



**INTERÉS DE LA TERAPIA  
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL  
TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA:  
UN ENFOQUE INTEGRADO Y DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Miguel Maset Fernández.  
Psiquiatra Psicoterapeuta.  
Servicio de Abuso de Sustancia.  
Hospital Universitario de Ginebra.

En los últimos años hemos asistido en Europa a una invasión sin precedentes de la cocaína en el mercado de la droga. La accesibilidad de la cocaína facilitada por redes de distribución potentes y precios extremadamente bajos han tenido un serio impacto en los toxicómanos en tratamiento. Se han alcanzado las cifras más elevadas de la historia en relación a los casos de hospitalización por problemas somáticos vinculados a la inyección de cocaína. Estas representan un 40% del total de las hospitalizaciones para los drogodependientes en el Hospital General. En el local de inyección higiénica "quai 9", en enero de 2002, 72% de las inyecciones eran de cocaína. En la mitad de las sobredosis mortales en 2001 la cocaína estaba presente (11/23). Por lo que se refiere al Servicio de Abuso de Sustancias: los desórdenes psiquiátricos relacionados con el abuso y dependencia de cocaína representan el primer diagnóstico entre las causas de hospitalización: 70%. Por otro lado, en las consultas ambulatorias, existe una prevalencia estimada del 60%. Para un tercio de los pacientes, se trata de una dependencia severa con un uso casi continuo.

A falta de un tratamiento farmacológico específico, los enfoques cognitivo conductuales y motivacionales son herramientas terapéuticas eficaces y portadoras de esperanza. La experiencia del programa de prescripción de heroína de Ginebra (PEPS) es un ejemplo interesante.

Pero a pesar de todo los drogodependientes no son un grupo homogéneo de personas. Cada paciente tiene su propia historia, su relación específica a la droga

(elección de las sustancias, método de consumo, efectos beneficiosos previstos, etc...). Se propone por ello no generalizar el consumo de cocaína y categorizar a sus consumidores en función de los métodos de consumo, del diagnóstico de dependencia y de las fases de motivación al cambio. Cualquiera que sea la estrategia terapéutica, para el tratamiento de cocainómanos se requiere una intervención precoz, de contención y múltiple, abordando conjuntamente los problemas biológicos, psicológicos y conductuales.

314

La integración de los enfoques terapéuticos representa actualmente la alternativa de elección para el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Combina la psicoterapia en sus distintos enfoques y la farmacoterapia, integrando su dimensión somática y psicosocial. Un estudio de Carrol, Rousanville y cols. (1994) que comparaba la psicoterapia y del farmacoterapia, concluía a la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para los distintos tipos de consumidores de cocaína. Nuestro enfoque se centra pues en tres principios:

1. Abordaje integrado: psicoterapia y farmacoterapia.
2. Categorización de los distintos tipos de consumidores.
3. Utilización del enfoque cognitivo conductual y motivacional.

## **ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL Y MOTIVACIONAL DE LAS ADICCIONES.**

Es uno de los enfoques reconocidos que han demostrado su eficacia para reducir la dependencia a la cocaína. Estos tratamientos representan hoy una de las soluciones existentes, con resultados interesantes.

La terapia cognitivo conductual postula que el síntoma es la expresión de las cogniciones, pensamientos y creencias disfuncionales que se aprendieron durante la vida del sujeto. Estos hacen hincapié sobre los comportamientos objetivos a cambiar y sobre la modificación de los sistemas de pensamientos, creencias y emociones inadecuadas que mantienen los comportamientos disfuncionales.

El estilo terapéutico de estos enfoques es cooperativo y empático. Los pacientes y los terapeutas se ponen de acuerdo sobre el inventario y la prioridad de los

problemas a tratar realizando un análisis funcional que permitirá una buena comprensión de la problemática del sujeto. Se definirán,, por ejemplo, los acontecimientos y se interrelacionarán con los pensamientos y las emociones que prevalecieron antes y durante la toma de cocaína. Se encontrarán estrategias cognitivas y conductuales alternativas al consumo del producto. El análisis funcional ayudará al paciente y al terapeuta a determinar las situaciones de riesgo que conducirían al consumo. Por ejemplo: hacer frente a estados emocionales desagradables, a presiones sociales insoportables, a conflictos interpersonales. Luego el terapeuta establecerá con su paciente objetivos de tratamiento con una escala de prioridad.

Por último, las terapias cognitivo conductuales van dirigidas no sólo a los problemas vinculados al drogodependencia sino también a la mayoría de los desórdenes que se le asocian (del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad). Estos enfoques nos permiten también integrar paralelamente el trabajo a nivel somático y psicosocial.

Marlatt y Gordon en su modelo llamado "de prevención de recaídas" pusieron a punto una serie de estrategias conductuales y cognitivas que permitan al paciente definir su situación de riesgo y la manera de enfrentarse a ellas. Estas estrategias son muy importantes para el mantenimiento de lo aprendido en el tratamiento de estos pacientes. Estas se enseñan en grupo o individualmente. Sólo cuando el paciente adquiera competencias en el control de su consumo o en la gestión de su abstinencia podrá iniciar terapias para tratar sus comorbilidades de base. Ejemplos: terapia cognitiva, psicodinámica, de relajación, grupo de gestión del stress, de las emociones, grupo de autoestima, etc...

Finalmente debemos hablar de un enfoque esencial en el tratamiento de los pacientes toxicodependientes: la entrevista motivacional resultante del modelo de las fases y los estadios de cambio de Di Clemente y Prochaska que, antagónico a una visión clásica consumo/abstinencia, postula que la abstinencia se inscribe en un proceso de cambio. En efecto, las terapias conductuales y cognitivas dan por hecho que el paciente esta motivado a trabajar sobre sus problemas. La entrevista motivacional, utiliza estrategias específicas con el fin de trabajar la motivación al cambio.

Todo individuo que tiene que realizar un cambio importante, con o sin terapia, pasa por varias fases que van del no conocimiento o reconocimiento de la necesidad de cambiar (fase de précontemplación) a la evaluación seria de las ventajas e inconvenientes del statu quo, pero también de los costes y ganancias que aportaría el cambio (fase de contemplación). Si el cambio se perfila, una fase de preparación al cambio, (fase de determinación), conducirá al individuo a comprometerse concretamente en acciones (fase de la acción), le corresponde a este último por mantener el cambio a largo plazo (fase de mantenimiento). La recaída puede ocurrir en cualquier momento en el proceso. A partir de estas fases, Miller y Rollnick propusieron un enfoque a la vez directivo y flexible centrado en el paciente para permitirle explorar y solucionar su ambivalencia vinculada al cambio de comportamiento.

Se verá en el ejemplo que se expone hasta qué punto es esencial que el terapeuta diagnostique la fase de cambio en la que el paciente se encuentra a su llegada al tratamiento con el fin de proponerle un trabajo terapéutico en consonancia con la fase en la cual se encuentra. Si el estadio no se respeta, paciente y terapeuta corren el riesgo de desfasarse en sus expectativas, con un riesgo evidente de abandono por parte del paciente.

## **PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DE LA DEPENDENCIA A AL COCAÍNA EN EL PEPS.**

El Programa PEPS, abierto en 1995, es un programa de tratamiento para pacientes drogodependientes, integrado en el Servicio de Abuso de Sustancias de Ginebra. Ofrece a sus pacientes que hayan fracasado en varias tentativas terapéuticas, un tratamiento individualizado de su problemática médico-psico-social, e incluye en su oferta terapéutica la prescripción de diacetylmorfina (heroína).

La prevalencia del consumo de cocaína por vía intravenosa en un programa de prescripción de heroína disminuye progresivamente a medida que los pacientes se integran en el proceso terapéutico. Al inicio en el programa (1995) esta era del 85%; tras 18 meses, descendió al 59%. En el programa PEPS, en 1998, nos encontramos ante una situación muy problemática, reflejo de la epidemia que el tienen vivía en Ginebra, que nos hizo desarrollar un programa específico con el fin de

adaptar nuestra oferta terapéutica a esta nueva realidad clínica. Los resultados de éste hicieron reducir aún el predominio al 9% en 2000.

El abordaje del abuso y/o de la dependencia de cocaína en el PEPS se ha organizado en función de los distintos perfiles de los consumidores. Estructuramos nuestra intervención terapéutica en torno al diagnóstico psiquiátrico y a los trastornos relacionados con la utilización de la cocaína así como a la fase motivacional. Globalmente, se toma como principio básico la individualización del tratamiento y la integración de los enfoques: psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, sociales y somáticos. A nivel psicológico, el enfoque cognitivo conductual se utiliza de manera preferencial tanto para el tratamiento de la dependencia como de la comorbilidad psiquiátrica. En definitiva, el "programa cocaína" está constituido por tres subprogramas autónomos y evolutivos:

#### 1. Programa dirigido a consumidores dependientes de cocaína.

Se caracterizan por un consumo compulsivo con pérdida del control, degradación física, psicológica y social muy importante. La alianza terapéutica se pierde quedando el paciente en una "fase de précontemplación" que se caracteriza por una profunda negación del consumo y de sus consecuencias. Esta población presenta una dependencia primaria a la cocaína, un grave comorbilidad psiquiátrica, trastornos mixtos de la personalidad con predominio borderline y disocial, con carencias afectivas muy importantes y la ausencia de un entorno social y familiar o éstos son patológicos. Esta población constituía la fuente principal de los trastornos mentales y del comportamiento en el PEPS con 20/21 hospitalizaciones en medio psiquiátrico: depresiones severas, degradación social, agresividad, crisis de pánico y trastornos psicopáticos. Las prácticas de riesgo acarrearán una gran degradación física: desnutrición, absceso, infecciones, flebitis, terapias HIV preventivas y dos seroconversiones HCV.

Este enfoque se le ha llamado: de "contención relacional" y tiene los siguientes objetivos:

- la supervivencia de los pacientes.

- la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de cocaína.
- la contención de la agresividad.
- la estructuración de su vida cotidiana.

Los cuidados físicos aportados por los enfermeros son a menudo la ocasión de abordar de manera pedagógica las cuestiones de higiene de vida (sueño, nutrición), de hablar de su ansiedad o sus estados de ánimo, de sus consumos paralelos y de sus relaciones sociales. Se ha elaborado una gráfica de evaluación que revisamos con el paciente en el marco de una entrevista semidirectiva que nos permite contextualizar el consumo y trabajar sobre la elaboración de las consecuencias físicas, psíquicas y sociales. A nivel psicoterapéutico, se inician cambios actuando sobre la negación de la importancia que adquirió en ellos el consumo de cocaína. Cuando esta toma de conciencia se establece, se trabaja sobre su ambivalencia ante la toma de cocaína listando las ventajas a corto y largo plazo del consumo así como los costes y las ganancias de una posible abstinencia.

## 2. Programa dirigido a consumidores abusadores u ocasionales de cocaína.

En este grupo, los pacientes guardan un determinado control sobre su consumo y sobre los acontecimientos relativos. Se encuentran en una fase de contemplación: son conscientes de que su consumo causa perjuicios personales o familiares, al mismo tiempo y aunque no consumen de manera permanente, son ambivalentes en cuanto a parar el consumo, manifestando tener dificultades de prescindir de cocaína.

En esta fase se propone un enfoque terapéutico grupal con el fin de elaborar y trabajar su ambivalencia para cambiar. Para los que no quieren participar en grupo, el mismo enfoque se propone en sesión individual. En grupo, se favorece un estilo de comunicación abierto, empático y pedagógico donde todas las expectativas y las creencias vinculadas a la droga pueden expresarse. Se utiliza las técnicas de "por" y de "contra" en lo que se refiere a continuar o a parar el consumo de sustancias. Se ponen de

relieve los círculos viciosos que mantienen los comportamientos disfuncionales. Se buscan en grupo comportamientos alternativos constructivos.

En la práctica se refuerzan los argumentos de los pacientes sobre las ventajas de dejar de consumir cocaína, estando muy atentos a recordar que detrás de este consumo, puede haber un intento positivo "de sentirse mejor", "tener una mejor comunicación", etc. Trabajamos sobre el coste de dejar el consumo: "qué será necesario trabajar para tener un mejor autoestima sin producto, para soportar mi ansiedad" y sobre las ganancias: ¿"qué voy a ganar si dejo de consumir?"

Comenzamos nuestra intervención por crear un marco creíble evitando encontrarnos, pacientes y terapeutas, en una posición de fracaso. Para eso motivamos de antemano individualmente a los pacientes para participar en el grupo: 7/10 decidieron participar. Los tres restantes adoptaron un enfoque individual. Fijamos un número de sesiones limitado a 12, a razón de una vez por semana durante alrededor de tres meses. Participan 3 profesionales: un psiquiatra, un internista y un enfermero. 2 se trunan para estar presentes por sesión. Se le pide la presencia de un mínimo de 2 pacientes por sesión, si no se cancela la misma. Intentamos desarrollar la motivación al cambio de nuestros pacientes trabajando sobre su ambivalencia. Los profesionales dan información de tipo médico y conductual sobre los efectos asociados al consumo de cocaína. Completamos nuestra intervención, a menudo a nivel individual, por técnicas de reestructuración cognitiva para poner de relieve pensamientos o distorsiones cognitivas que caracterizan el funcionamiento de los pacientes y que pueden contribuir al mantenimiento de este comportamiento problemático.

### 3. Programa dirigido a pacientes abstinentes de cocaína.

Algunos pacientes dejaron de consumir cocaína por su propia decisión o se vuelven abstinentes gracias a la evolución que realizaron a través del programa propuesto por el PEPS. En cuanto son abstinentes, alcanzan la fase del mantenimiento del cambio y se proponen una serie de estrategias cognitivo-conductuales de prevención de recaída suyo según las teorías de Gordon y Marlatt.

Los pacientes aprenden a reconocer las situaciones de riesgo y las señales de alarma que anuncian una vuelta al consumo. En el caso de un desliz,

siempre posible en un proceso de cambio, los pacientes trabajan sobre él y sobre las situaciones que le han llevado a recurrir al producto, sobre los pensamientos y las emociones que estaban en juego antes de la vuelta al consumo y que condujeron a este último. Así el desliz o la recaída no se ve como un fracaso del tratamiento ni es percibido "como una falta de voluntad". Una parte importante del trabajo consiste en enseñar a los pacientes a competencias y habilidades sociales para hacer frente a distintas situaciones, por ejemplo aprender a pedir ayuda, aprender a adaptarse a su nueva vida de abstinentes, saber decir no, oponerse a las presiones ejercidas por traficantes o consumidores.

## RESULTADOS

Los resultados de este programa han sido muy alentadores. En el programa motivacional las salivas y las orinas 6 meses más tarde fueron regularmente negativas en 8/10 pacientes. A un año, 9 pacientes mantuvieron su abstinencia y uno sólo prosiguió su consumo ocasional. 5 años más tarde este último prosigue este tipo de consumo. Los demás no volvieron a consumir. Los 4 pacientes que participaron en el programa de prevención de recaídas no recayeron 5 años más tarde. Finalmente, los resultados del programa basado en la "contención relacional" fueron más modestos aunque globalmente lo consideramos satisfactorios: 4 pacientes mejoraron su estado de manera significativa (2 consiguieron la abstinencia), 2 se mejoraron parcialmente y el estado del último continuó empeorándose.

## CONCLUSIONES.

Esta experiencia nos muestra que, aunque la situación del consumo de cocaína en Ginebra es inquietante, lo mismo en la calle que en los centros terapéuticos, no estamos desprovistos de alternativas terapéuticas. Los enfoques cognitivo conductuales resultaron ser eficaces en el PEPS. Estos nos permiten dar una respuesta adaptada a cada perfil de consumidor, requiriendo un acceso diferenciado en función del diagnóstico y la motivación al cambio en el marco de un enfoque diversificado, integrado e individualizado. El estilo cooperativo que les es inherente favorece la creación y el mantenimiento de una alianza terapéutica de calidad;

permiten la toma de conciencia sobre los pensamientos y de emociones que mantienen el consumo y los comportamientos disfuncionales; aportan a los pacientes competencias sociales que les permiten hacer frente a las situaciones complejas con las que se enfrentan cotidianamente; y ofrecen una panoplia de estrategias para evitar la recaída o para minimizar los efectos si esta tiene lugar. Los enfoques motivacionales, por su parte, son fundamentales para explorar y solucionar la ambivalencia vinculadas al cambios.

## REFERENCIAS.

1. Beck AT & all. Cognitive therapy of substance abuse. The Guilford Press, New York, 1993

2. Carroll KM. Therapy Manuals for Drug Addiction. Manuel 1 : A Cognitive-Behavioral Approach : Treating Cocaine Addiction. National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland, Etat-Unis Avril 1998

3. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris, 1995

4. Cungi C. Faire face aux dépendances. Editions Retz, Paris, 2000

5. Marlatt GA et Gordon JR. Relapse prevention. The Guilford Press, New York, 1985

6. Marset M, Becciolini E, Broers B, Mino A. "Approche intégrée des troubles liés des troubles liés à l'abus et à la dépendance de cocaïne dans un programme de prescription d'héroïne". Congrès Mondial de Réduction de Risques. Genève, mai 2000.

7. Millner, W.R., Rollnick, S. Motivational interviewing. The Guilford Press, New York, London, second edition, 2002.

8. Pratique guideline for treatment of patients with substance use disorders (Alcohol, Cocaïne, Opioids). American Psychiatry Association, Washington, 1995

9. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. American Psychologist, 47, 1102-1114.