

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS CON EL RESULTADO DE USUARIOS QUE  
PARTICIPARON EN EL TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAÍNA  
(TBUC).

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BLANCA MANTILLA MAYA

Director de Tesis: Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Revisora: Dra. Silvia Morales Chainé

Asesor: Dr. Roberto Oropeza Tena

México, D. F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Un agradecimiento especial a todo el personal que integra el centro de Servicios Psicológicos Acasulco, por el gran trabajo que realizan y por su colaboración en la elaboración de esta tesis.*

*Gracias al programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, coordinado por el Dr. Roberto Oropeza Tena, de cuya base de datos se hizo uso para llevar a cabo los análisis necesarios. Así mismo un reconocimiento para Roberto, para quienes han pertenecido al programa y al equipo actual del TBUC que han contribuido de diversas formas en esta investigación.*

## DEDICATORIAS.

ψ A la UNAM y en especial a los profesores de la Facultad de Psicología que permitieron mi formación profesional.

ψ A los honorables miembros del jurado:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Dra. Silvia Morales Chainé

Dra. Lydia Barragán Torres

Lic. Gabriela Mariana Ruiz Torres

Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez

Por todo su apoyo, aportaciones y sugerencias que enriquecieron este proyecto.

ψ Roberto muchas gracias por brindarme todo el tiempo, la confianza y el conocimiento necesario para concluir esta etapa.

ψ A mis padres por todo su apoyo, por darme siempre lo mejor pero sobre todo las oportunidades necesarias para desarrollarme.

ψ Sandra por ser siempre una gran amiga, por el ánimo, los consejos y todo lo demás.

ψ Elvia por ser mi amiga, apoyarme y escuchar.

ψ Ruth gracias por estar cuando te lo pido y aún cuando no lo hago pero en especial por regalarme tu amistad.

ψ Marco por darme motivos y la confianza que necesitaba en mi misma para terminar el proyecto y por estar a mi lado en todo momento.

ψ A los compañeros de la fac (Luisa, Juan Carlos, Jaime, Adrián, Alejandra, etc.)

ψ A todos los de Acasulco y los de la maestría en adicciones que han hecho la estancia mucho más amena.

ψ TBUC: Julián gracias por ayudarme y enseñarme desde que llegue al cubículo además de compartir tu experiencia y largas conversaciones, Eiji por darme tu tiempo y enseñarme bastante además de ser un buen consejero y amigo, Liz por ofrecerme tu apoyo y compañía.

ψ A todos aquellos que permitieron de manera voluntaria e involuntaria la realización de la tesis (pacientes, terapeutas, maestros, investigadores, etc.).

## ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I. ADICCIONES.	4
1.1 Historia del consumo de drogas ilegales en México.	5
1.2 Epidemiología de las drogas ilegales.	7
1.3 Definición de droga.	10
1.3.1 Acción de las drogas.	11
1.3.2 Farmacocinética.	11
1.3.3 Farmacodinamia.	12
1.4 Clasificación de las drogas.	13
1.5 Patrones de consumo.	15
1.6 Problemas relacionados con el consumo.	17
1.7 Tipos de usuarios.	21
1.8 Legislación de las drogas ilegales en México.	23
1.9 Conclusión.	24
CAPÍTULO II. COCAÍNA.	26
2.1 Historia de la cocaína.	27
2.2 Epidemiología de la cocaína.	30
2.3 Obtención de la cocaína.	34
2.3.1 Presentación y formas de consumo.	34
2.3.2 Adulteración de la cocaína.	37
2.4 Efectos de la cocaína.	38
2.4.1 Farmacocinética.	39
2.4.2 Farmacodinámia.	41
2.4.3 Efectos del consumo de la cocaína a corto y largo plazo.	42
2.5 Tolerancia y dependencia.	44
2.5.1 Síndrome de abstinencia.	45
2.6 Legislación de la cocaína en México.	47
2.7 Conclusión.	48
CAPÍTULO III. TEORÍAS Y TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LAS ADICCIONES.	50
3.1 Panorama general de tratamientos de adicciones.	50
3.2 Acupuntura.	53
3.3 Modelo de autoayuda.	54
3.4 Modelo farmacológico.	56
3.5 Modelo cognitivo.	59

3.6 Modelo conductual.	60
3.7 Modelo cognitivo conductual.	61
3.8 Modelo de Intervenciones Breves.	65
3.8.1 Tratamiento breve para usuarios de Cocaína (TBUC).	67
3.9 Conclusión.	69
CAPÍTULO IV. FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS ADICCIONES.	71
4.1 Factores sociodemográficos.	73
4.1.1 Sexo.	73
4.1.2 Familiar-social.	75
4.1.3 Salud Mental.	76
4.1.4 Tratamientos previos.	78
4.2 Laboral educativa.	80
4.2.1 Educación.	80
4.2.2 Situación laboral.	81
4.3 Historia del consumo.	82
4.3.1 Años de consumo.	84
4.3.2 Cantidad.	84
4.3.3 Severidad de la adicción.	86
4.3.4 Presentación de la cocaína (vía de administración).	87
4.4 Conclusión.	88
MÉTODO.	90
RESULTADOS.	100
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	110
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	114
REFERENCIAS.	116

## INTRODUCCIÓN.

El uso de drogas ha estado presente desde las épocas más tempranas de la humanidad. El consumo se ha caracterizado por diversos usos y funciones, así como por los diversos grados de permisividad social en cada cultura (Viesca, 2001). En el transcurso del tiempo, y particularmente durante el siglo XX, el consumo se diversificó, extendiéndose a grandes sectores de la población mundial y, en la mayoría de los países, se ha convertido en un grave problema político, económico y especialmente de salud (CIJ, 2001).

Actualmente, la investigación epidemiológica ha determinado que el fenómeno del consumo de diversas sustancias va en aumento y se ha extendido a varios núcleos de la población en los que con anterioridad no se presentaba, tal es el caso de niños y adolescentes (De la Fuente, 1987).

En nuestro país, presenciamos un incremento paulatino en el uso y dependencia a sustancias tales como la cocaína, heroína, metanfetaminas y otras drogas llamadas de diseño, además del uso tradicional de marihuana, inhalables, tranquilizantes e hipnóticos. Basta mencionar que en los últimos 10 años, el consumo de la cocaína casi se ha triplicado (ENA, 2002).

Hablando específicamente de la cocaína, se sabe, de manera muy general, que es una de las sustancias más consumidas y se le atribuye un gran poder adictivo debido al fuerte efecto estimulante que la caracteriza. Una gran proporción de quienes la usan pueden perder el control de su consumo hasta alcanzar una dependencia que varía en cuanto a su nivel. Los factores que influyen sobre el estado de dependencia no se conocen específicamente, pero algunos estudios, como los mencionados por Gold (1993), sugieren que la disponibilidad, la vía de administración, la dosis, la frecuencia y la vulnerabilidad preexistente pueden estar relacionados.

Las investigaciones más recientes con respecto al consumo de sustancias (ENA, 2002) señalan a la adolescencia como la edad de inicio más frecuente en el consumo de drogas, tanto para los usuarios experimentales como para aquellos que evolucionan a un consumo mucho más severo y que, con el paso del tiempo,

presentan problemas en diversos ámbitos como el de salud, familiar, social, económico, etc. Dada esta situación se hace cada vez más importante el hecho de generar acciones preventivas así como tratamientos que incidan directamente sobre este tipo de problemática, ayudando a los usuarios a alcanzar la abstinencia así como a encontrar un estilo de vida mucho más saludable (López, 1994).

En este sentido, existen algunos programas de tratamiento basados en diferentes modelos, por ejemplo, el cognitivo conductual, el farmacológico, los alternativos y el de 12 pasos, entre otros. El objetivo, de manera general, dentro de los diversos tipos de tratamiento es el de alcanzar la abstinencia, sin embargo, dada la complejidad del problema, la reducción en el consumo y en los problemas asociados, en algunos casos, puede verse como la meta final. La característica que comparten la mayoría de los tratamientos es que pretenden reintegrar favorablemente al consumidor a su medio familiar, laboral o social. En la actualidad hay evidencia sustancial de que los tratamientos para abuso de drogas pueden ser efectivos en la reducción o abstinencia del uso de la sustancia, situación que conlleva a mejorías en las áreas de la vida anteriormente mencionadas (McLellan, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994).

Pese a la gran diversidad de tratamientos para las adicciones, los efectos de estos no son uniformes, es decir, no son los mismos para todos los usuarios, por lo que, no se pueden generalizar y presentan grandes variaciones. Esta situación incrementa la dificultad de expandir los hallazgos de cualquier estudio relacionado con los resultados de tratamientos de adicciones por que existen muchas variables como el tipo de droga que usan y el tratamiento al cual acuden (McLellan, et. al., 1994). Algunos de los estudios enfocados a predecir el resultado del tratamiento se basan en estudios de caso que evalúan al paciente desde el comienzo del tratamiento para, de esta forma, conocer el estado del paciente al final del mismo. Con respecto a esto, algunos factores tales como la severidad de la dependencia, presencia de soporte familiar y social, severidad de los síntomas psiquiátricos así como presencia de problemas de tipo psicológico han estado entre las variables asociadas con el resultado post tratamiento (Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer, 2007; Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira, 2002; Sartz, Horton, Larson,

Winter, & Samet, 2005; McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Haver, 2001; Muth, 1997).

Debido a esta situación, los investigadores han tratado de identificar y estudiar aquellos factores que pueden influir sobre dichas variaciones (Mathias, 1997; Washton, & Stone, 2002; Nunes, & Barth, 1993; Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira, 2002; McCance, Carroll, & Rounsaville, 1999; Carroll, 1997; McLellan, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994; Stockers, s/f; McKay, 2001; Muth, 1997). No obstante, la investigación realizada en torno al resultado del usuario de cocaína que participa en diversos tipos de tratamiento exige modelos y hallazgos más específicos y certeros.

El hecho de conocer algunas de las características de los usuarios relacionadas con el resultado del tratamiento puede desencadenar en la adaptación y reestructuración de algunos programas ya existentes o la creación de algunos nuevos para, de esa forma, alcanzar los objetivos establecidos por cada persona.

Es por todo lo anterior que se hace evidente la necesidad de estudiar más a fondo algunos de los factores asociados con el resultado del tratamiento (entendiéndolo como el cambio en el consumo del participante, es decir, la reducción, abstinencia o ningún cambio en el uso de las drogas ilegales así como la finalización o no finalización del tratamiento en el cual esté participando). Por lo que, el objetivo de esta investigación es estudiar la posible relación entre el nivel de dependencia, años de consumo, tratamientos previos, presentación de la cocaína y situación laboral, con el resultado del tratamiento. Se pretende estudiar la probable relación por medio de una comparación entre un grupo de usuarios de cocaína que finalizó comparado contra un grupo de pacientes que abandonó el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína antes de la segunda sesión.

## **CAPÍTULO I. ADICCIONES.**

En los últimos años, el tema de las adicciones ha sido motivo de prolíficas investigaciones, sin embargo, ya que el fenómeno es cambiante con base en el tiempo y lugar en el que se desarrolla, es imperiosa la necesidad de renovar la información así como de encontrar nuevos datos que permitan la intervención de los especialistas en salud, del gobierno y de la sociedad en general.

Desde tiempos muy remotos, el ser humano ha hecho uso de una o varias drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales (CIJ, 2001), sin embargo, esta situación se ha convertido en un fenómeno digno de llamar la atención no solo por su gran difusión sino además por las consecuencias a nivel salud, familiar, legal, laboral, etc.

El uso y abuso de drogas o psicotrópicos, que llevan a la dependencia, se incluyen en el rubro genérico de farmacodependencia. Esta es a la vez una enfermedad (desde el punto de vista médico), un problema de conducta (desde una aproximación cognitivo conductual) y, de manera general, un fenómeno psicosocial, cuya condición nociva se ha diversificado ampliamente durante años, al punto que alcanza grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de las naciones representa actualmente un grave problema de salud pública (CIJ, 2001).

Para abordar convenientemente este delicado asunto es necesario, no solo conocer la forma en la que se ha desarrollado durante la historia de la humanidad, sino además, poner en práctica diferentes alternativas tanto de investigación como terapéuticas, que pretenden entender el fenómeno y dirigir sus esfuerzos hacia la prevención y rehabilitación (CIJ, 2001).

## 1.1 Historia del consumo de drogas ilegales en México.

La presencia y el consumo de sustancias psicotrópicas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Por el contrario, su existencia está documentada en la historia de la mayoría de las culturas, con variaciones en los tipos de drogas, los patrones de uso, sus funciones individuales y sociales así como las respuestas que la sociedad ha desarrollado para responder ante la situación.

Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial. Los incas, mayas, egipcios, griegos y otros pueblos las han utilizado con fines místicos y para predecir el futuro. Las referencias más antiguas datan del año 6,000 A.C. y se refieren al opio, que es quizá la más antigua de las drogas conocidas y cuyo potencial adictivo es bastante alto (Lorenzo, Landero, Leza & Lizasoain, 1998).

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de consumo desde la época prehispánica. Todas las culturas asentadas en el territorio mexicano, tenían un conocimiento amplio y valioso acerca del ambiente en el que vivían, de la naturaleza y de sus propiedades, por lo tanto, también acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales (Viesca, 2001).

En nuestro país se hacía uso de hongos alucinógenos desde tiempos precolombinos como parte de los ritos ceremoniales; a estos hongos se les denominaba *teonanácatl*, lo que significa la carne de los dioses (Brailowsky, 1995), y sus efectos tóxicos fueron descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su Historia General de las Cosas de la Nueva España. Los indígenas también hacían uso de una semilla llamada *olloliuqhi*, que de acuerdo a las crónicas emborracha y enloquece; y además se describen unas tunas de tierra conocidas como *Péyotl*, que son blancas, y, según los relatos, quienes las comen o beben experimentan visiones espantosas (Viesca, 2001).

El consumo de alucinógenos se daba de manera ritual y dentro de celebraciones especiales. Las sustancias usadas en esa época se limitaban al consumo personal de gobernantes, guerreros de jerarquía y algunos sacerdotes;

el resto de la población, durante días ordinarios se regía por la prohibición de ingerirlos. La primera planta representativa en este contexto fue el peyote del que se obtienen algunos alcaloides entre los cuales se encuentra la mezcalina, que, como se sabe, posee un potente efecto psicotrópico (Viesca, 2001).

A partir de la conquista española, los hongos sagrados, al igual que muchas otras plantas, animales y compuestos, perdieron su significado espiritual pero su uso no desapareció por completo. A estas sustancias, se agregó el uso de otras que, a pesar de no pertenecer al territorio ni a la cultura propia de México, aumentaron de manera sucesiva su distribución y su consumo, tal es el caso de la *cannabis*, de la cual, no se sabe exactamente la fecha ni la forma en la que llegó, sin embargo, en México existía, desde antes, una especie del mismo género, conocida como *cannabis sativa*, que presenta efectos semejantes a los que produce la intoxicación con marihuana. En esa época, el clero y algunos de sus representantes, como en el caso del padre Antonio Alzate, se horrorizaban por sus efectos y lo asociaban con rituales demoníacos, por lo que, el consumo de marihuana se limitó a cuarteles y a ciertos grupos de adictos que la consumían junto con algunas otras drogas (Viesca, 2001).

En cuanto a otras sustancias tales como el opio, en los años ochenta, ya se habla de problemas de adicción aunque se cree que el uso de este tipo de sustancias quedó limitado a grupos pequeños y muy selectos. El caso de la coca es semejante, sin embargo, esta hoja cuenta con descripciones realizadas en el siglo XVI que hablan tanto de efectos fisiológicos como ventajas dentro del uso medicinal, campo en el que, además, se experimentó con morfina hasta que se descubrieron los problemas y las repercusiones de éstas sobre la vida social, la salud y otras esferas importantes en los usuarios (Viesca, 2001).

En años más recientes, la investigación epidemiológica ha determinado que el fenómeno del consumo de diversas sustancias va en aumento y no solo eso, sino además que ha experimentado cambios en cuanto a su magnitud y se ha extendido a núcleos de la población especialmente vulnerables, como los de niños y jóvenes. En este sentido, se ha encontrado que dentro de las drogas más

usadas a nivel mundial esta la marihuana, anfetaminas y, en general, drogas de diseño, en el caso de nuestro país, la marihuana también representa la droga más usada mientras que la cocaína ocupa el segundo lugar (De la Fuente, 1987).

Todos estos cambios, dados a lo largo de la historia del ser humano, han puesto énfasis en la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica constantemente actualizada, lo que a su vez, permite realizar acciones que se dirigen de manera específica a la prevención y tratamiento de diversas adicciones (De la Fuente, 1987).

## **1.2 Epidemiología de las drogas ilegales.**

De manera general se sabe que el consumo de drogas tanto legales como ilegales en todo el mundo es elevado y trae consigo implicaciones de tipo médico, legal, familiar etc. Cabe mencionar que del total de la población mundial, el 5% (alrededor de 200 millones de personas), con un rango de edad de entre 15 a 64 años, ha consumido por lo menos una vez en la vida alguna droga de tipo ilegal, de ese 5%, el 2.7% las consume de manera habitual, es decir, por lo menos una vez al mes (ONU, 2006).

En la estimación porcentual del consumo, se sabe que el cannabis es aún, por mucho, la droga de consumo más extendido (unos 162 millones de personas, es decir, 4% de la población), seguido de los estimulantes de tipo anfetamínico (unos 35 millones de personas), que abarcan las anfetaminas (consumidas por 25 millones de personas) y el éxtasis (casi 10 millones de personas). Se estima que el número de personas que hacen uso indebido de opiáceos es de unos 16 millones, de los que 11 millones son heroinómanos y en un rango igualmente elevado se encuentra el uso de la cocaína (13,4 millones de personas, es decir, 0,3% de la población) (ONU, 2006).

Las solicitudes de tratamiento aportan una cierta idea del problema mundial de las drogas, en cuanto a la repercusión de las drogas en la salud. En África, se

precisa la mayor proporción del tratamiento para el consumo de cannabis, mientras que en el caso de Asia y Europa, el mayor número de solicitudes de tratamiento corresponde a los opiáceos. El número más elevado de solicitudes de tratamiento por cocaína se registra en América del Sur, seguida de América del Norte (ONU, 2006).

En el caso específico de México, se sabe que un promedio de 3, 508, 641 habitantes, lo que representa un aproximado de 5% de las personas con edades entre los 12 y los 65 años, han hecho uso ilícito de alguna droga por lo menos una vez en la vida. Dentro de este total, tomando en cuenta a los habitantes de zonas tanto urbanas como rurales, se encuentra que 2,697,970 son de sexo masculino, mientras que el sexo femenino fue representado por 810,671 mujeres (ENA, 2002).

Las drogas de inicio más notables suelen ser los inhalables, seguida de cerca por la marihuana ocupando el segundo lugar y la cocaína como tercera droga de elección para el primer consumo. En general, el inicio del consumo de drogas tienen un rango promedio de 19 a 24 años de edad (ENA, 2002).

De aquellos consumidores de drogas que inician con la marihuana el 11.4% continua con ella como monousuario, y el 88.6% pasa a una segunda, de las cuales la cocaína ocupa el primer lugar con un 26.4%, de aquellos que pasan a una segunda droga, el 71.5% continua un incremento a una tercera droga representada en primer lugar, igualmente, por la cocaína, seguida del cristal y heroína (SISVEA, 2005).

La marihuana, dentro de nuestro país, al igual que en el resto del mundo, se mantiene como la droga más consumida, siendo reportada así por un 2.8% de la población encuestada. En segundo lugar se coloca la cocaína que fue reportada por un total de 857,766 personas, lo que representa el 1.23% de la población encuestada, seguida muy de cerca se encuentran las drogas de uso médico consumidas sin prescripción con un 1.2%, dentro de las sustancias más usadas de este grupo se encontraron los tranquilizantes (diazepam, tafil y valium) y las anfetaminas (sexenal, sedinil y opioides) (ENA; 2002).

El consumo de estimulantes de tipo anfetaminico (“tachas” y “pingas”) ha cobrado suma importancia ya que con el paso de los años ha tenido un aumento significativo alcanzando a 55,526 personas que reportan haber consumido alguna de estas sustancias por lo menos una vez en la vida. En el caso de aquellos que reportaron el uso de heroína se encontró una proporción de 6 hombres por cada mujer englobando a un total de 62,292 personas dentro de la población encuestada (ENA, 2002).

Para el año, 2005, en México, se reportaron un total de 56,400 tratamientos otorgados dentro de los centros no gubernamentales dentro de 31 entidades federativas, con excepción del D. F. respecto a los pacientes que buscaron ayuda especializada dentro de este tipo de instituciones, se sabe que la droga ilegal de mayor impacto fue el denominado cristal, alcanzando un 21.3% de los registros, seguido de la cocaína que alcanzó a un 18.3% de los casos (SISVEA, 2005).

En el caso de aquellos usuarios que buscaron ayuda en algún Centro de Integración Juvenil, la demanda de tratamiento de acuerdo a la droga ilegal de impacto fue en orden descendente por consumo de cocaína (26.5%), marihuana (13.1%), estimulantes (9.6%), inhalables (9.4%) y drogas de diseño (0.2%) (SISVEA, 2005).

Se sabe que el consumo de drogas ha sido y es, hasta la fecha, uno de los factores de riesgo de muerte, no solo en nuestro país sino en todo el mundo. En el caso de México, las muertes relacionadas con las drogas son comunes y engloban situaciones tales como la asfixia, accidentes de tránsito y atropellamientos entre otros (SISVEA, 2005).

La importancia de mantener una estricta vigilancia sobre el consumo de drogas radica, de manera general, en conocer las características de los usuarios y los patrones de consumo, entre otros factores, para de esta forma poder llevar a cabo acciones específicas que permitan tanto la prevención y protección de grupos vulnerables como la rehabilitación de los usuarios existentes, situación que además, denota la importancia de hablar acerca de las drogas, los diversos tipos de éstas, sus efectos y los patrones de su consumo, entre otras cosas.

### **1. 3 Definición de Droga.**

Desde el punto de vista de la ciencia, fármaco o droga es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. Los fármacos que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, se denominan psicoactivos o sustancias psicotrópicas. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones, entre otras. Este tipo de sustancias tienen la capacidad de generar estados de abuso o dependencia que llevan a la persona a experimentar su uso continuado, generando así una dependencia (CIJ, 2001).

Actualmente, la palabra droga, se refiere a un gran número de sustancias que, según Lorenzo y colaboradores (1998), cumplen con cuatro condiciones básicas, se trata de sustancias que al introducirse al organismo alteran o modifican funciones psíquicas, su ingesta puede llegar a ser repetida debido al placer que ocasionan, cuando este consumo se detiene suelen presentarse malestares de tipo físico y/o psíquico, su administración se da sin fines terapéuticos y es de automedicación (1998).

### 1.3.1 Acción de las drogas.

Los efectos de las drogas psicoactivas sobre el SNC no están dados por sus cualidades intrínsecas, sino por su capacidad de afectar el funcionamiento ordinario del SNC.

Para que las drogas puedan provocar efectos específicos sobre el organismo (farmacodinamia) es necesario que entren en el cuerpo, sean absorbidas, distribuidas y finalmente eliminadas, este proceso, que se da dentro del organismo, es conocido como farmacocinética.

### 1.3.2 Farmacocinética.

En este sentido, cuando la droga alcanza el compartimiento acuoso del organismo se dice que se ha absorbido y con excepción de la piel y algunas mucosas, en este mecanismo participa la sangre (Brailowsky, 1995). En este fenómeno intervienen un conjunto de variables propias de las sustancias así como del organismo al que son introducidas. De esta forma, la vía de administración, los vehículos para su disolución, el flujo sanguíneo, la solubilidad, concentración del fármaco, presencia de alimento en el estómago, el pH del aparato digestivo como el de la zona por la que se administra el fármaco, son entre otros, factores decisivos que determinan la biodisponibilidad de la sustancia (CIJ, 2001). Un fármaco puede administrarse por medio de inyecciones o puede ser depositado en espacios exteriores que se absorben gradualmente. El sistema gastrointestinal es el espacio habitual aunque la vía pulmonar, subcutánea e intramuscular representan otras opciones de administración (Brailowsky, 1995).

El metabolismo de los fármacos se realiza, en gran parte en el hígado, que tiene reacciones químicas que convierten al fármaco en una sustancia menos soluble y más ionizada, por lo tanto, menos absorbible y menos reutilizable (Brailowsky, 1995).

La eliminación, almacenamiento y excreción de un fármaco ocurren una vez que la sustancia ha sido metabolizada. Todos estos procesos tienden a disminuir los niveles extracelulares del fármaco. El proceso más frecuente es el de la excreción por medio de los riñones, sistema biliar, intestino y en ocasiones por los pulmones. Las diferentes porciones de la nefrona, unidad funcional de los riñones, realizan funciones de filtración, secreción y excreción diferencial las cuales pueden alterarse por cambios fisiológicos o patológicos. Así, la acidificación de la orina tiene como consecuencia una mayor ionización del fármaco y aumento en las sustancias con pH (Brailowsky, 1995). Algunas sustancias que no son reabsorbidas en los segmentos intestinales o los metabolitos excretados a través de la bilis, se eliminan en las heces. El sudor, la saliva y la respiración, representan desde el punto de vista cuantitativo, vías de poca importancia en su eliminación. (CIJ, 2001). La eliminación es el último proceso por el que pasa la sustancia sin embargo al ser ingerida, metabolizada, etc. provoca diversos efectos farmacológicos dentro del cuerpo, estos se deben a la interacción entre la sustancia y los receptores del organismo, este proceso es denominado farmacodinamia.

### 1.3.3 Farmacodinamia.

Las células que componen el cuerpo, poseen receptores, que a su vez, actúan como “cerraduras”, y las hormonas o neurotransmisores son las llaves que abren o bloquean esas cerraduras. Un neurotransmisor u hormona que abre la cerradura, recibe el nombre de agonista, mientras que uno que impida que se abra, es un antagonista (Brailowsky, 1995).

La estructura química de las sustancias psicoactivas es muy similar a la de ciertos neurotransmisores u hormonas del SNC, por lo que pueden alterar temporalmente el funcionamiento habitual del organismo humano actuando como agonistas o antagonistas de los receptores celulares. Funcionan más como hormonas que como neurotransmisores, pues al ser consumidas penetran en el

torrente sanguíneo como las secreciones glandulares y no únicamente en el cerebro, como ocurre con los neurotransmisores (Brailowski, 1995).

En general, podemos decir que, si un psicoactivo actúa como agonista su efecto será el de potenciar el propio efecto fisiológico de una hormona específica, en cambio si actúa como antagonista, su principal acción es la de bloquear los receptores e impedir que la hormona realice su función biológica. Así, la ocupación de los receptores no produce ningún efecto distinto, simplemente afecta la intensidad o la duración de los efectos habituales de los neurotransmisores u hormonas corporales, modificando temporal o permanentemente, si es que se abusa de la sustancia, el funcionamiento denominado "natural" (Brailowsky, 1995).

En conclusión, las sustancias actúan sobre el cuerpo alterando su funcionamiento normal, sin embargo, los efectos son muy variados dependiendo de la sustancia de la que se habla, esta situación ha sido tomada en cuenta por algunos autores como Darley, Glucksberg & Kinchla (1990) como un criterio que ayuda a clasificar las drogas, aunque existen muchas otras clasificaciones.

#### **1. 4. Clasificación de las drogas.**

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia, sin embargo una de las más comunes es, como se mencionó anteriormente, aquella que se atiene a los efectos fisiológicos más importantes e inmediatos de las sustancias. Con base en dichos criterios, según Darley (1990) se puede hablar de tres grupos básicos: los depresores, los estimulantes y los alucinógenos.

En el caso de los depresores, se sabe que son sustancias que intervienen en la función de los tejidos excitables reprimiendo todas las estructuras presinápticas neuronales con la consecuente disminución de la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso, lo cual produce, además, una disminución de la función de los respectivos receptores presinápticos (CIJ; 2001) El grupo incluye

sustancias tales como el alcohol, los inhalables, barbitúricos e hipnóticos, tranquilizantes y opiáceos, de manera general, reducen o deprimen la actividad del sistema nervioso central aunque sus efectos iniciales algunas veces parecen estimulantes, porque suprimen algunos de los procesos inhibitorios normales de inhibición social. (Darley, et al, 1990).

Los estimulantes, también llamados simpaticomiméticos, ejercen un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica; por ejemplo, aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores, labilización de la membrana neuronal o reducción del tiempo de recuperación sináptica (CIJ, 2001). La cocaína, las anfetaminas, la cafeína, el metilfenidato, los anoréxicos y la nicotina pertenecen a éste segundo grupo y su efecto básico es el de energetizar al sistema nervioso central. En cantidades moderadas, los estimulantes incrementan la agilidad mental y reducen la fatiga. En dosis más frecuentes pueden producir ansiedad e irritabilidad. Con frecuencia, quienes los consumen pueden experimentar una sensación pasajera de energía inextinguible y se sienten excitados y eufóricos; desde el punto de vista fisiológico, las pupilas se dilatan, se incrementa el pulso y la presión arterial, y el apetito disminuye por que el nivel de azúcar se eleva. No obstante, cuando pasa el efecto inicial, el consumidor se derrumba y experimenta depresión, ansiedad y fatiga (Darley, et al, 1990).

Finalmente, existe un tercer grupo denominado alucinógenos, por el efecto que producen sobre los procesos sensoriales de percepción. Generan una inhibición de los receptores serotoninérgicos, o un bloqueo de los receptores muscarínicos centrales (CIJ, 2001). Las sustancias características del grupo son: LSD, sustancias naturales (psilocibina, psilocina, mezcalina, etc.) Este tipo de sustancias son susceptibles de producir alucinaciones; pueden alterar nuestras sensaciones y percepciones hasta el punto de que tanto el mundo interior como el exterior se experimentan de manera radicalmente diferente (Darley, et al, 1990).

Los diversos efectos y consecuencias del consumo de las sustancias, dependen de muchos factores, sin embargo, dentro de los más notables se encuentran: el individuo en relación con la sustancia que consume así como el patrón con el que lo hace, es decir, la frecuencia, la cantidad y las diversas consecuencias que el consumo puede traer consigo, lo que de alguna manera permite conocer la magnitud del problema (Medina, 2001).

### **1.5 Patrones de consumo.**

Al hablar de patrones de consumo es importante observar una gran cantidad de variables, entre, los aspectos a considerar podemos observar el tipo de sustancia consumida, las drogas de uso secundario, vías de administración, cantidad y efectos del consumo, etc.

El uso de sustancias se refiere al consumo de sustancias cuando es esporádico o experimental, puede mantenerse bajo una aislada y breve temporada sin que llegue a causar propiamente daño o alteraciones psicofísicas a la economía corporal o en el ámbito social, familiar, etc. (Lorenzo, et. al., 1998). En tales casos sólo se habla de uso de psicotrópicos, experimentación y uso social, por lo que, según los autores, no es propio, el calificarlo de dañino o nocivo (CIJ 2001).

Por otro lado, la definición de abuso se refiere al uso de sustancias que daña o amenaza con dañar la salud física, mental o el bienestar en general del sujeto. La OMS habla de un abuso cuando, de manera general, cumple con cuatro criterios fundamentales: Se refiere a un uso no aprobado, peligroso y, finalmente, que conlleve a cierta disfunción (es decir un “patrón desadaptativo” ya sea por la prioridad que toma el consumo o por los excesos del mismo) (Lorenzo, et. al., 1998).

En cuanto a este mismo caso del DSM-IV señalan 2 criterios generales (APA, 1995):

1. Se trata de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 12 meses.

a. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa

b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso

c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia

d. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes así como problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

El consumo de alguna o varias sustancias trae consigo consecuencias naturales que son problemáticas. Se pueden producir, no solo cuando se consumen drogas, sino cuando se consumen ciertos medicamentos, aunque sean prescritos y en dosis correctas. El consumo de drogas puede generar múltiples problemas asociados tales como la tolerancia o el síndrome de abstinencia, cuando es que el consumo se detiene de manera brusca, entre otros (Lorenzo, et. al., 1998).

### **1.6 Problemas relacionados al consumo.**

#### *Tolerancia.*

Se trata de una condición fisiológica definida en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal ante la presencia e interacción constante de un psicotrópico. Este fenómeno se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios que permiten el funcionamiento relativamente normal de los

órganos y sistemas corporales aún en presencia de altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias. La tolerancia se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, lo cual demanda incremento de las dosis para producir semejantes efectos (CIJ, 2001). Es probable que al incrementar la dosis requerida se genere con esto un estado conocido como dependencia.

### *Dependencia.*

La dependencia se caracteriza por síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. El individuo continúa usando la sustancia a pesar de los problemas que ha ocasionado (De la Fuente, 1999).

La dependencia de diferentes sustancias tiene elementos comunes. El deseo del uso de la droga es intenso o compulsivo y el sujeto tiene dificultad para controlarlo y la utiliza durante más tiempo o en mayor cantidad de lo que se ha propuesto; puede tener un deseo persistente, pero poco exitoso de abandonar el uso de la sustancia. Al interrumpir el consumo de la droga o al disminuir la cantidad empleada, experimenta el síndrome de la supresión de la droga. También sucede que el sujeto emplea la droga o una similar para evitar los síntomas de la supresión. El sujeto desarrolla tolerancia, indicada por el aumento en la cantidad de la sustancia que consume para obtener los mismo efectos o por la disminución de los efectos cuando continúa usando la misma cantidad. La persona invierte mucho tiempo en tratar de obtener la droga, emplearla o recuperarse de sus efectos. El sujeto abandona o descuida actividades importantes; escolares, laborales, sociales, etc. El sujeto continúa con el uso de la sustancia, a pesar de que por ello sufra problemas diversos entre los que se encuentra la dependencia física y psicológica (De la Fuente, 1999).

La dependencia física se refiere a la adaptación o tolerancia que el organismo desarrolla hacia una determinada droga; cuando ésta se suspende, generalmente,

provoca algún trastorno físico y/o malestar tal como el Síndrome de Abstinencia (Lorenzo, 1998).

La dependencia psíquica se manifiesta cuando el usuario experimenta la necesidad de la droga que le va a producir satisfacción, placer o bien para evitar malestares, lo cual lo impulsa a una administración periódica o continua (Lorenzo, 1998). Existen diversas definiciones de dependencia, sin embargo uno de los más conocidos y utilizados es aquel que da el CIE-10 así como el del DSM-IV.

En el caso del CIE-10 el síndrome de dependencia se define como un trastorno que presenta los siguientes aspectos (OMS, 1992):

1. Manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognitivas características.
2. Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia
3. Hay un deseo (intenso o insuperable) de administración.
4. Las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes

Y de las pautas diagnósticas si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo o compulsión de consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.
3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo.
4. Tolerancia.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
6. Persistencia en el consumo a pesar de ser evidentes las consecuencias perjudiciales.

Por su parte el DSM-IV hace la siguiente descripción de dependencia de sustancias psicoactivas. Se refiere al término como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes síntomas en algún momento de 12 meses previos (APA, 1995).

1. Tolerancia definida por:

a. Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado

b. El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas:

a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

b. Se administra la misma sustancia (o una semejante) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es administrada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación por los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias.

7. se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen ser causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

Este mismo sistema sugiere la gran importancia de especificar si es que existe o no una dependencia fisiológica:

1. Con dependencia fisiológica; aquellos que presentan signos de tolerancia o de abstinencia

2. Sin dependencia fisiológica: los que no presentan signos de tolerancia o abstinencia.

La administración constante de alguna sustancia provoca en el organismo alteraciones que con el tiempo pueden exceder la propia capacidad del cuerpo para recuperarse, por otro lado, la tendencia a incrementar la dosis acostumbrada por el usuario, en cierto momento puede provocar síndrome de intoxicación.

#### *Síndrome de intoxicación.*

Por síndrome se entiende genéricamente el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que definen un estado mórbido particular, producido por uno o diferentes factores juntos o por separado. Cuando este síndrome es de intoxicación por psicotrópicos se alude al estado agudo, crónico o crónico agudizado que se experimenta como consecuencia del consumo reciente de uno o varios de ellos, y que producen alteraciones psicofísicas asociadas a los niveles sanguíneos. La severidad de la intoxicación es resultado de la dosis, así como de otras distintas condiciones simultáneas en las cuáles se utiliza el fármaco (CIJ, 2001).

Las manifestaciones y gravedad de los casos dependen sobre todo del tipo de sustancias responsables de la intoxicación, así como de la presencia de complicaciones físicas o psiquiátricas. En este sentido existen otro tipo de síndromes asociados al consumo, como lo es el síndrome de abstinencia, en este caso se habla de la suspensión inmediata de alguna sustancia, lo que de manera semejante, genera un conjunto de signos u síntomas característicos.

#### *Síndrome de abstinencia.*

Este término se refiere al conjunto de signos y síntomas producido como consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de un psicotrópico, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos más aislados, por dosis altas. La severidad del síndrome puede determinarse mediante la evaluación de la intensidad de los signos y factores tales como la dosis utilizada y uso simultáneo de sustancias farmacológicamente sinérgicas (CIJ, 2001).

### **1.7 Tipos de Usuarios.**

Hay que considerar que el uso de cualquier sustancia supone necesariamente la aparición de algunos problemas para el consumidor. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o en un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificaciones en su personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. La repetición de estos usos experimentales o circunstanciales son lo que puede conducir a consecuencias tales como la dependencia (CIJ, 2001).

#### *Usuario Experimental.*

Es un consumo fortuito y durante un periodo de tiempo limitado. La droga se puede probar una vez o incluso un par de veces, pero no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de amigos y compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogas (CIJ, 2001).

#### *Usuario Ocasional.*

Es un consumo intermitente. Puede darse con propósitos concretos, como la obtención de mayor placer sexual. Este consumo se caracteriza por que la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y donde quiere usarla, es decir, elige situaciones muy particulares y si es que dichas condiciones no se dan el consumo no se presenta. Si estas circunstancias se dan con frecuencia aumenta el peligro de desarrollar un consumo mucho más frecuente (CIJ, 2001).

#### *Usuario Habitual.*

Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicológico y orgánico que la persona padece y por otro lado, mantener el rendimiento. Existen alteraciones menores del comportamiento. No obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y administrarla (CIJ, 2001).

#### *Usuario Compulsivo.*

Es un consumo muy intenso, varias veces al día. Existe un trastorno severo del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias en la salud, en la familia, laborales, sociales, etc. El consumidor pierde cierta capacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria (CIJ, 2001).

Los distintos tipos de usuarios han aumentado en cuanto a su cantidad, esto, aunado al incremento en la distribución de las drogas han representado un problema creciente sobre todo en los últimos años, esto ha provocado que los gobiernos de los diferentes países en el mundo desarrollen acciones encaminadas a una disminución tanto en la venta como en el consumo de dicha droga, en México el uso de las drogas se ha legislado desde hace ya varios años y contiene especificaciones que abogan por la disminución el consumo así como de la distribución de las drogas (De la Fuente, 1997).

## **1.8 Legislación de las drogas en México.**

En México, el consumo de drogas no está prohibido y las personas que sean sorprendidas consumiendo o portando cualquier sustancia prohibida cuya cantidad se considere como de estricto consumo personal, no pueden ser sujetas a ningún proceso judicial. Cuando la cantidad supera los niveles establecidos para cada droga en específico se trata de una violación de lo establecido por la legislación penal mexicana en materia de delitos contra la salud. Además del tráfico, lo que se castiga en nuestro país es la producción (manufactura, fabricación, elaboración, preparación o acondicionamiento de algún narcótico), el transporte, el suministro gratuito, la prescripción y el comercio (vender, comprar, adquirir o enajenar, es decir, denegar en otro la propiedad o el uso, algún narcótico). También se imponen penas a quienes aporten recursos o colaboren financieramente en los delitos anteriores, a quienes siembren o permitan que se siembre en terrenos de su posesión alguna planta cuyo alcaloide esté prohibido y realicen actos de publicidad o propaganda para favorecer el consumo de narcóticos (Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, 1994).

## **1.9 Conclusión.**

El consumo de diversas sustancias, no es característico de la época en la que vivimos, es, por el contrario, muestra de la diversidad de prácticas antiguas llevadas a cabo en el territorio nacional. En las últimas décadas, el uso de sustancias, ya sean de origen natural, animal o de fabricación, se ha deformado y expandido convirtiéndose en un grave problema social, por lo que, los problemas relacionados con el abuso constituye motivo de creciente preocupación basada en

los altos costos sociales y en las dificultades que encuentra el país para intervenir sobre la problemática.

La diversidad de sustancias, las modalidades de su consumo así como los problemas asociados, hacen imprescindible el abordar el fenómeno desde una perspectiva mucho más amplia que traiga consigo la posibilidad de considerar los diferentes factores asociados con cada tipo de droga y con la persona que la consume (De la Fuente, 1987).

El fenómeno del uso y abuso de las drogas psicoactivas varía con el tiempo, con la política, con la cultura, disponibilidad, etc. Sin embargo, el consumo de drogas adictivas, sin importar el país, puede generalizarse y adquirir características de epidemia.

En los últimos 5 años, el consumo de algunas drogas como la marihuana se ha mantenido constante dentro de nuestro país, sin embargo existen algunas otras que representan un llamado a la atención de la sociedad, tal es el caso de la cocaína, a la fecha, se sabe que el cultivo de la planta de coca aún resulta altamente rentable por lo que los productores suelen producir miles de toneladas al año. En Europa la demanda de cocaína ha aumentado (ONU, 2006), en nuestro país, la cocaína representa la segunda droga de mayor consumo dentro de la población (ENA, 2002), y los porcentajes mundiales parecen ir en aumento.

Es de suma importancia hacer hincapié en el conocimiento, la investigación e intervención relacionadas con la cocaína, para, de esta forma, lograr un giro en la tendencia para que se intente alcanzar un descenso significativo y benéfico para la sociedad en general.

## CAPÍTULO II. COCAÍNA

Como se mencionó en el capítulo anterior, desde hace varios años en todo el mundo y específicamente en México se ha presenciado un incremento paulatino en el uso y dependencia a sustancias tales como la cocaína, heroína, metanfetaminas y otras drogas llamadas de diseño, además del uso tradicional de marihuana, inhalables, tranquilizantes e hipnóticos (CIJ, 2001). Basta mencionar que en los últimos 10 años, el consumo de la cocaína casi se ha triplicado (ENA, 2002).

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC), se sabe, de manera general, que ésta interfiere sobre el proceso de reabsorción de la dopamina, cuya función se asocia directamente con el placer. Cuando la cocaína entra al sistema, la dopamina se acumula y las neuronas receptoras entran en una constante estimulación lo que, a su vez, genera la euforia experimentada por el usuario (Brailowsky, 1995).

Una gran proporción de usuarios de cocaína pueden perder el control sobre el consumo y desarrollan una dependencia que puede resultar en problemas a nivel físico, mental y social, entre otros. Las variables que influyen sobre ésta pérdida de control no se conocen específicamente, pero algunos datos sugieren que la disponibilidad, la vía de administración, la dosis, la frecuencia y la vulnerabilidad preexistente pueden estar relacionados (Brailowsky, 1995).

Entre los efectos físicos más notables generalmente se observan la constricción de vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, aumento en la temperatura así como en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. La duración de los efectos puede variar de sujeto en sujeto y depende de diversos factores, sin embargo, uno de los más importantes es la vía de administración. El uso excesivo de esta sustancia puede desarrollar episodios de paranoia e irritabilidad así como alteraciones severas en el ritmo cardiaco, problemas en las vías respiratorias así como a nivel gastrointestinal y en casos extremos puede conducir a la muerte (Lorenzo, et. al., 1998).

La cocaína, desde tiempos remotos, al igual que gran variedad de drogas, ha sido comúnmente usada de diferentes formas y con diferentes fines, sin embargo, recientemente, este hecho se ha convertido en un problema (Rudgley, 1999), principalmente de salud pero también a nivel social y económico. Esta situación plantea la necesidad de desarrollar mecanismos de acción en cuanto a la prevención y el tratamiento, por lo que, resulta importante conocer los antecedentes de dicha sustancia así como sus efectos y la prevalencia de su consumo, entre otros.

## **2.1 Historia de la Cocaína**

El hombre comenzó a masticar la hoja de coca antes del año 2000 a.C. Igual que el alcohol, opio y marihuana, es una de las drogas más antiguas que se conocen (Brailowsky, 1995). *Erythroxylum coca* es el nombre botánico que recibe este arbusto nativo de Sudamérica, generalmente crece en las regiones húmedas de los Andes tales como Perú, Ecuador y Bolivia (Leshner, s/f).

El arbusto es característico por que posee una corteza rugosa de color pardo rojizo y puede alcanzar una altura de hasta 6 metros, aunque se le deja crecer a una altura aproximada de 2 metros y medio para facilitar su recolecta (Tapia, 2001), sus hojas, de aproximadamente 6 cm., son de forma oval con un color verde oscuro; Se calcula que de cada hoja puede extraerse el 5% de cocaína (Lorenzo, et. al., 1998).

Químicamente, la cocaína es benzoilmetilecgonina. La ecgonina es una base aminoalcohólica que comparte algunas de las características con la tropina, el aminoalcohol de la atropina (que estimula al sistema nervioso y posee propiedades analgésicas) (Dorsh, 1996), por lo tanto puede considerarse como un éster del ácido benzoico y una base nitrogenada. Generalmente se presenta en forma de cristales blancos con pequeñas escamas, posee un sabor amargo que, debido a su estructura básica semejante a la de los anestésicos sintéticos, provoca insensibilidad gustativa (Tapia, 2001).

Se sabe que su uso, por parte de las culturas sudamericanas, se remonta aproximadamente a los años 500 d. C., (Lorenzo, et. al, 1998), especialmente dentro de los territorios ocupados por los aymarás y los quechuas; llegó a ser considerada como la planta sagrada de los Incas, el Estado controlaba su producción y su distribución, comúnmente se ingería dentro de rituales, como un regalo divino y en algunas otras ocasiones se administraba con fines curativos (Rogel & Lara, 2000).

En el lenguaje de la cultura Tiahuanaca, la palabra coca deriva del término *Kuka*, que significa “el árbol” o “la planta”. La leyenda plantea que la coca era una ofrenda que el dios sol le concedió a su hijo Manco Capac, quién fue fundador del imperio, para ayudarlo a combatir contra el sufrimiento humano e infundir vigor a la nueva sociedad (Lorenzo, et. al., 1998).

Debido al uso sagrado, la ley inca no legislaba el uso de las hojas, por lo que, la población la consumía tanto en ceremonias como una forma de mitigar el cansancio. Esta costumbre prevaleció durante muchos años hasta que en 1532, el emperador Atahualpa fue derrotado ante un ejercito dirigido por Francisco Pizarro y el uso de la planta fue prohibido (Lorenzo, et. al., 1998). Esta situación propició un aumento en el consumo ya que las costumbres y creencias sagradas orillaban al uso como forma de mantener su identidad; Por otro lado, los españoles, con un afán desmedido de riqueza, la proporcionaban a sus trabajadores para que rindieran durante las largas horas de trabajo. Este hecho produjo uno de los primeros conflictos concernientes a las drogas: por una parte, la iglesia condenaba su uso en las prácticas denominadas “paganas”, por lo que abogaba a favor de la destrucción de las cosechas; por otro lado, los colonizadores propiciaban la expansión de su uso, bajo pretexto de su importancia económica como un medio para incrementar la productividad de los trabajadores (Tapia, 2001).

El carácter mágico así como la idolatría que se le profesaba a esta planta ocasionaron que en el año de 1565 se reafirmara la prohibición de su uso (Rogel & Lara, 2000).

En 1750, el botánico Tussie envió una muestra de la planta a Europa, en dónde se le realizaron estudios y se clasificó como *erythroxylum coca*. Para el año de 1857 el médico italiano Mantegazza, publicó un artículo basado en el consumo personal de coca que había tenido en Perú, dentro de dicho texto describió los efectos experimentados así como los posibles beneficios medicinales de la sustancia (Lorenzo, et. al., 1998).

Durante el año de 1858, Schezer, recolectó dentro del territorio sudamericano algunas hojas de coca, de regreso a Alemania se las entregó al químico Wholer, quién, a su vez, relegó el estudio a su discípulo Neiman. A finales de 1859 Neiman logró aislar el alcaloide puro de coca, al que llamó cocaína. El descubrimiento de la fórmula química, hizo posible el uso de la cocaína pura así como el consumo de los extractos de la hoja (Tapia, 2001).

Las propiedades asociadas a la coca permitieron que su uso dentro del ambiente médico, y en especial en el área de la oftalmología, se extendiera (Velasco, 1997), tal es el caso de Freud y Koller, éste último la introdujo como anestésico oftalmológico local. En 1892, se iniciaron investigaciones acerca de sustitutos sintéticos de la cocaína, y para 1905 se sintetizó la procaína, que en la actualidad se sigue usando. De hecho, en esos años, la coca se volvió tan popular (Tapia, 2001), que hasta llegó a convertirse en ingrediente común para tónicos; de hecho la Coca-Cola incluía en sus preparaciones hojas de cocaína (Rogel & Lara, 2000) y en 1863 Angelo Mariani se las ingenió para crear una bebida preparada con estas mismas hojas y vino a la que llamó Vino Mariano (Brailowsky, 1995).

En 1914 la llamada ley Harrison, clasifica a la cocaína dentro del grupo de los narcóticos, lo que implicaba sanciones por posesión y tráfico iguales a las impuestas a la heroína y morfina. Posteriormente, en 1922, una enmienda al *Narcotic Drugs and Export Act* prohíbe la importación de las hojas de coca excepto para usos farmacéuticos controlados. A mediados de 1960, como consecuencia del control ejercido sobre otras drogas, entre las cuales se encontraban las anfetaminas, el mercado de la coca se amplió, sobre todo en EUA (Tapia, 2001).

En la actualidad el aumento del consumo y la expansión a mayores sectores de la población, como se verá posteriormente en el tópico de epidemiología, asociados, a su vez, a los problemas familiares, sociales y laborales, ha orillado a que el uso de la cocaína sea tomado en cuenta como un grave problema de salud pública (Tapia, 2001).

## **2.2 Epidemiología de la cocaína.**

La mayor cantidad de cocaína se sigue consumiendo en América, en particular en América del Norte, que representa, con 6,5 millones de consumidores, casi la mitad del mercado mundial de cocaína. En los Estados Unidos, los estudios reportados por la ONU (2006) recientemente publicados que tratan sobre la prevalencia entre estudiantes de enseñanza superior indicaron que, tanto en el caso de la cocaína como en el de la cocaína "crack", la prevalencia anual disminuyó en 2005. Las tasas de prevalencia de cocaína han descendido un 20% aproximadamente con respecto a 1998. También se han notificado disminuciones en encuestas sobre el medio estudiantil en el Canadá y en estudios realizados en una serie de países sudamericanos. Puede observarse la tendencia contraria en Europa, donde sigue aumentando el consumo de cocaína. Los 3,5 millones de consumidores de cocaína en Europa representan el 26% del consumo mundial de cocaína. Casi el 25% de los consumidores de cocaína del mundo se encuentra en Europa occidental y central. El consumo de cocaína en Europa occidental y central (el 1,1% de la población de 15 a 64 años de edad) sigue siendo más bajo que en América del Norte (2,3%), pero la tendencia en Europa es al alza. España y el Reino Unido han comunicado tasas de prevalencia anual superiores al 2%. En Oceanía, el nivel de consumo de cocaína se sitúa en el 0,9% de la población de 15 a 64 años de edad y se percibió en descenso. El consumo de cocaína en África mostró una tendencia al alza en 2004, lo que es reflejo en parte del creciente uso que se hace de África como punto de transbordo para el tráfico de cocaína

destinada a Europa. El consumo de cocaína en Asia sigue siendo muy limitado (ONU, 2006).

Algunos de los estudios más importantes realizados por la ONU (2006) con población norteamericana han arrojado datos impactantes acerca del consumo de la cocaína en E. U. Las encuestas han permitido conocer el porcentaje de usuarios, tanto experimentales como dependientes. En este sentido se sabe que el porcentaje de jóvenes entre 12 y 17 años que han reportado algún uso de cocaína a lo largo de la vida aumentó de un 2.3 por ciento en el 2001 al 2.7 por ciento en el 2002. Entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años, la tasa aumentó del 14.9 por ciento en el 2001 al 15.4 por ciento en el 2002 (Johnston, 2006).

En el 2002, 33.9 millones de americanos de 12 años en adelante informaron haber usado cocaína alguna vez en la vida y de éstos, 8.4 millones reportaron haber usado crack. Alrededor de 5.9 millones reportaron uso anual de cocaína y de éstos, 1.6 millones informaron haber usado crack. Alrededor de 2 millones informaron haber usado cocaína en los últimos 30 días, y de éstos, 567.000 informaron haber usado crack (O'Malley, 1993)

En Estados Unidos existen encuestas e investigaciones acerca del consumo de drogas dentro de la población, sin embargo, una de las más significativas es la llamada MTF (Estudio de Observación del Futuro) que se enfoca en poblaciones estudiantiles de nivel básico así como medio. En algunas de sus publicaciones reporta que el uso anual de cocaína, en general, aumentó en cada uno de los grados desde principios de la década de los noventa hasta 1998 ó 1999, y desde entonces se ha estado estabilizando o incluso ha disminuido un poco. Entre los estudiantes del 12º grado, la tasa aumentó del 3.1 por ciento en 1992 al 6.2 por ciento en 1999, y disminuyó de manera importante al 5.0 por ciento en el 2000, manteniéndose estable en un 4.8 por ciento hasta el 2003. Entre los estudiantes del 10º grado, la tasa aumentó del 1.9 por ciento en 1992 al 4.9 por ciento en 1999. En el 2003, el 3.3 por ciento de los estudiantes del 10º grado informaron haber usado cocaína en el año anterior, una disminución significativa del tope alcanzado en 1999, aunque los cambios de un año a otro no son significativos.

Entre los estudiantes del 8º grado, en el 1991 el 1.1 por ciento informó haber usado cocaína en el año anterior, cifra que aumentó al 3.0 por ciento en 1996 (Johnston, 2006).

Mientras que en E.U. la cocaína representa aproximadamente el 80 o 90% del problema de las drogas ilegales, en España es la heroína la que representa el 96% del problema de las drogas ilegales, sin embargo la cocaína representa un problema potencial.

Hasta hace poco España se caracterizaba por una importante permisividad para el consumo de anfetaminas y una escasa presencia de cocaína, sin embargo la expansión de su uso ha generado, en ese país, una prevalencia del consumo de cocaína de 1,2 y el 3,3% de la población total.

En el caso de México, en el 2002, se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones, los resultados arrojaron que dentro de las drogas más usadas por la población, en primer lugar se encontró la marihuana y en segundo lugar la cocaína con un 0.21% de la población total, es decir 99, 202 personas que respondieron afirmativamente ante el uso en el último mes (ENA, 2002).

Se sabe que en el consumo de drogas existe una mayor participación del hombre que de la mujer, esta situación se ve reflejada en el consumo de cocaína en México, en el que tan solo el .41% representa al total de mujeres que lo hicieron por lo menos una vez en la vida, situación que contrasta con el 2.23% de los hombres que así lo hicieron (ENA, 2002).

En 2002, por primera vez, la Encuesta Nacional de Adicciones, incluyó población urbana, esto permitió observar de manera más certera el consumo de drogas en todo el país. Existen diferencias marcadas en cuanto al consumo por parte de poblaciones de tipo rural y entre aquellas que son de tipo urbano; En cuanto al consumo de cocaína se observa un notorio incremento en la cantidad de usuarios dentro de zonas urbanas, alcanzando hasta un 1.44% de la población mientras que aquellos dentro de zonas rurales alcanzaron solo el .57% del total de la población encuestada (ENA, 2002).

Existe también información recopilada por el SISVEA, dicha información se obtiene de diversos centros especializados en adicción, sin embargo dentro de los más importantes se encuentran los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Con respecto a esto se sabe que entre 1994 y 1997, la demanda de atención en el total de estos centros aumentó en un 80%; lo que hace evidente que en esa zona existe una importante problemática de abuso en el consumo de drogas.

En todos los centros de tratamiento incluidos en el SISVEA se observa que en la población atendida predomina el sexo masculino (89%). En el caso de la cocaína, se menciona en 1997 como la principal droga actual por un 21.8% de todos los pacientes de los CIJ. Al analizar sus tendencias en las distintas zonas geográficas, se observan variaciones de importancia. Así, destaca la región Centro del país por el incremento entre 1991 y 1997, seguida por la región Norte, que muestra una tendencia a disminuir y, por último, la región Sur, en la que el consumo de cocaína como droga actual es muy bajo (SISVEA, 2005)

Respecto a la historia natural del consumo de cocaína, de los casos que inician el consumo con esta droga, 59.1% se mantiene como monousuario; el resto ha incorporado el uso de otras sustancias, principalmente la marihuana, seguida del alcohol y los inhalables.

El consumo de este tipo de droga se ha convertido en una situación problemática, es decir, la cocaína es una de las principales drogas de consumo y no solo esto sino que además es una de las principales sustancias por las que los usuarios buscan ayuda. El consumo varía de muchas formas, e decir, frecuencia, vía de administración y forma de presentación entre otras. La condición en la que actualmente se vende y se consume tiene cuatro principales formas de presentación.

### **2. 3 Obtención de la cocaína.**

El cultivo de la hoja suele darse en zonas húmedas con temperaturas cálidas. Entre los países con mayor producción del arbusto podemos encontrar a Perú, Bolivia, Brasil, Chile y Argentina, entre otros. A los cuatro años en promedio, a

partir de la plantación, el arbusto puede ser cosechado unas cuatro veces durante un solo año. Una vez que se han recolectado, las hojas se ponen a secar ya sea bajo el sol o por medio de calor artificial, posteriormente se almacenan en lugares secos, lo que evita que pierdan su principio activo. El procesamiento para obtener las diversas presentaciones de coca, generalmente, es llevado a cabo por quienes siembran, cosechan y posteriormente exportan a los países denominados “consumidores” (Lorenzo, et. al., 1998).

### 2.3.1 Presentación y formas de consumo

#### *Hojas de Coca*

Las hojas se utilizan principalmente por los indígenas de los Andes, en particular los campesinos quechuas y aymarás. El contenido de cocaína va de 0.5 a 1.5%, y su uso se limita a contribuir con las labores del campo a grandes alturas, ya que disminuye los síntomas de la presión atmosférica sin que su consumo tenga fines de intoxicación. Las hojas de coca se mastican o ingieren mediante una infusión de té denominado mate de coca (Tapia, 2001), su absorción depende de muchos factores como el contenido de la hoja y la preparación que se le da, entre otros (Lorenzo, et. al., 1998). La hoja la base para obtener las otras tres formas de presentación.

#### *Clorhidrato de cocaína*

El clorhidrato de cocaína es la forma de presentación más común de esta droga y consiste en pequeños cristales blancos y escamosos insolubles, poseen un poder anestésico local así como efectos vasoconstrictores marcados y es producto de un proceso químico que libera ciertos alcaloides de la pasta base para

que ésta quede en dicha presentación. Suele ser cristalina, frecuentemente se diluye con una variedad de ingredientes, los más comunes son la lactosa, inositol, manitol y anestésicos locales como la lidocaina (Brailowsky, 1995). Su absorción es rápida y los efectos vienen casi de inmediato, aunque suelen durar poco tiempo. Esta sustancia generalmente se administra por vía oral, intranasal, intravenosa o subcutánea y en algunas ocasiones puede ser intramuscular. La inyección puede contener únicamente clorhidrato de cocaína o combinarse en una mezcla con heroína o metadona denominada "speed ball" (Tapia, 2001). Además de las vías anteriores, también se han descrito otras formas tales como la rectal o la vaginal o por laceraciones en la piel (CIJ, 2002). El clorhidrato de cocaína se conoce entre los usuarios como "nieve", "perico", "lineazo", "grapa", "blanca nieves", "oro blanco", "big C", "dama blanca", "polvo blanco", "coke", "mama coca" y otros más (Tapia, 2001).

### *Crack/ Base Libre*

Alrededor de la segunda mitad de los ochenta, la pasta base se dejó secar y comenzó a venderse en forma de rocas con un color grisáceo, dichas rocas se trituran un poco y se fuman mezcladas con tabaco. En 1985 el *New York Times* menciona por primera vez "una nueva forma de droga llamada *crack*" que no es más que la pasta seca diluida en una solución de amonio precipitada con éter, al calentarla y filtrarla adquiere nuevamente una forma de pequeñas rocas, sin embargo esta vez el color es blanco. El crack se considera la droga más adictiva, su aparición y consumo se han vuelto un fenómeno digno de llamar la atención de la sociedad y de las autoridades. (Rudgley, 1999).

Esta sustancia también es conocida como "base libre" o "freebase", se obtiene al mezclar el clorhidrato de cocaína con una solución de amoníaco e hidróxido de sodio, se filtra la solución y se mezcla nuevamente con éter, una vez que se han evaporado los líquidos se obtiene una pasta dura con aspecto de porcelana (Lorenzo, et. al., 1998). Esta forma es estable al calor e insoluble al agua, suele

consumirse por inhalación de vapores (fumada) que se generan con la ayuda de dispositivos cuya única finalidad es dicho efecto (Tapia, 2001), su absorción y distribución avanza por la vía pulmonar hacia el corazón y al cerebro, induciendo una intoxicación en menos de 15 segundos y puede durar por un espacio de 5 a 10 minutos (CIJ, 2002). Cuando se fuma, la sustancia se rompe, esto produce un sonido característico del que surge el nombre “crack” (Tapia, 2001).

Sus efectos, básicamente son iguales a los de otras formas de consumo de cocaína, sin embargo, el efecto estimulante es tan rápido que lleva con cierta facilidad a un aumento potencial de dependencia, y asimismo aumenta el riesgo de reacciones tóxicas agudas, las que incluyen convulsiones, irregularidades y funcionamiento cardiaco, parálisis respiratoria, psicosis de tipo paranoide y disfunción pulmonar (CIJ, 2002).

### *Pasta de Coca*

Esta forma también es conocida como “sulfato de cocaína”, “pasta básica” o “basuco”, su consumo es muy común en las regiones Andinas. Su uso se inició en Perú alrededor de 1972 y de ahí se extendió a otros países como Bolivia, Ecuador y Chile. Esta sustancia es un polvo, resultante del primer proceso de extracción a partir de las hojas, que contiene un promedio de 40 a 90% de cocaína mezclada con otros alcaloides de la hoja de coca y en la mayoría de las ocasiones se agregan, además, una serie de adulterantes químicos. La pasta base puede producirse rociando las hojas secas de coca con potasa, agregándoles después queroseno y posteriormente ácido sulfúrico y agua. Normalmente la masa resultante adquiere la consistencia del barro

Se consume de manera inhalada, a veces se extiende sobre un papel y se envuelve como un cigarro, otras veces se mezcla con tabaco o marihuana; a esta forma se le conoce como “pistolas”, “tabacazo” o “diablitos” (Tapia, 2001).

Esta droga permite, gracias a su presentación, ciertas adulteraciones para abaratar costos y alcanzar a más sectores de la población lo que ha resultado en un aumento en la compra-venta y consumo de cocaína

### 2.3.2 Adulteración de la cocaína

La cocaína por su presentación es, tal vez, una de las drogas sujetas a sufrir más adulteraciones. En el estudio realizado por Leshner (s/f) se encontró, por lo menos en California, que de las drogas que circulan en el mercado clandestino todas están adulteradas en cantidades que oscilaban de 30% a un 40%.

Básicamente existen dos tipos de “cortes” o formas de adulterar la cocaína. Por un lado se encuentran aquellos llamados “inactivos” y se usan para que la sustancia adquiriera un mayor peso, para tal efecto suelen usarse sustancias tales como el talco, lactosa, borax, manitol o alguna otra de aspecto semejante al de la cocaína y que no tenga efectos colaterales perceptibles de manera inmediata. La segunda forma de “cortar” la cocaína busca, de cierta forma, compensar la potencia que se pierde al adulterarla, este tipo de “cortes” son llamados “activos” y pueden ser de dos clases, los excitantes para potencian el efecto, y los congelantes, que intentan reproducir algunos de los efectos, como por ejemplo el adormecimiento clásico de la boca que se presenta en el consumo, por ejemplo la novocaína (Leshner, s/f).

Quienes distribuyen la cocaína suelen cortarla de manera que le quede una pureza de un 80% u 85%, quienes compran estos paquetes para venderlos en menor cantidad la cortan con anfetaminas o anestésicos, quedando así una pureza de 60% o 70%. Este primer comprador, generalmente hace una nueva venta a un tercero quién la corta con cualquier sustancia de aspecto semejante al de la cocaína, en la mayoría de los casos, agregan talco o raticida, entre otras. Esta situación hace que su administración sea mucho más peligrosa. Si es que pasa por un revendedor más puede acabar hasta en un 20%. El caso es que el consumidor que compra por gramos, para uso personal, rara vez recibe más allá

del 50% de cocaína pura, la cantidad acostumbrada en las muestras callejeras actuales oscila entre el 20 y el 40% (Leshner, s/f)

Existe la creencia generalizada de que la forma de saber si la sustancia esta adulterada es probando la droga; el supuesto es que cuando ésta entra en contacto con los labios y la lengua, la cocaína los adormece. Esto no representa una verdadera garantía debido a que el efecto puede estar provocado por lidocaína o procaína. La presencia de grumos tampoco es certera, en realidad estos grumos pueden deberse a la humedad y se forman con todas las sustancias con las que pueda estar cortada (Leshner, s/f).

## **2.4 Efectos de la cocaína.**

Actualmente se sabe mucho acerca de la forma en que la cocaína produce sus efectos, principalmente aquellos que resultan placenteros y la razón por la que es tan adictiva. Uno de los mecanismos es el efecto que ejerce sobre las estructuras profundas del cerebro. Existen ciertas regiones del cerebro que se incitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como alimentos, agua, sexo y muchas de las drogas de abuso. Uno de los sistemas neurales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región muy profunda del cerebro llamada el área ventral del tegmento (AVT). Las células nerviosas originadas en el AVT se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas claves del cerebro involucrada en la gratificación (Mathias, s/f)

Cuando está ocurriendo un evento gratificante, las neuronas del AVT aumentan considerablemente la cantidad de dopamina que liberan en el núcleo accumbens. Dentro del proceso normal de comunicación, una neurona libera dopamina dentro de la sinapsis (el pequeño espacio entre dos neuronas). Allí, la dopamina se liga con proteínas específicas (llamadas receptores de dopamina) en la neurona adyacente así enviando una señal a la misma. Las drogas de abuso pueden interferir con este proceso normal de comunicación. Se ha descubierto que la cocaína bloquea la eliminación de la dopamina de la sinapsis lo que resulta

en una acumulación de la misma. Esta acumulación de dopamina causa una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo que se asocia con la euforia que comúnmente reportan los usuarios de cocaína. El efecto que genera la cocaína se relaciona directamente con la forma en la que se administra así como con los procesos de absorción, metabolización y eliminación de dicha droga. (Mathias, s/f).

#### 2.4.1 Farmacocinética

La cocaína es soluble en agua y grasas e ingresa fácilmente al organismo. Es importante tomar en cuenta que el estado de intoxicación por cocaína depende de la vía de administración, forma de presentación, pureza y dosis entre otros factores. La vasoconstricción local inducida no impide que su absorción sea rápida además de que posee una lenta capacidad de excreción. Así, la administración intravenosa alcanza una alta concentración en la sangre durante los primeros 15 segundos, misma que desaparece unos 30 minutos después. La inhalación de cocaína induce un estado de intoxicación dentro de los primeros minutos y persiste a lo largo de dos horas. La vía de administración fumada hace que su absorción y distribución avance por la vía pulmonar hacia el corazón y cerebro, induciendo la intoxicación en menos de 15 segundos con una persistencia de 5 a 10 minutos. La cocaína se absorbe con facilidad en todos los sitios donde se aplica, incluidas las mucosas; sin embargo, por vía bucal, se hidroliza gran parte en el conducto digestivo con pérdida, por tanto, de su eficacia. La vida media del efecto de la cocaína intravenosa o fumada es de aproximadamente 40 minutos, pero cuando se usa por vía nasal, se prolonga hasta poco menos de dos horas (Tapia, 2001).

La mayor parte de la cocaína se metaboliza en el hígado, con la ayuda de colinesterasas plasmáticas, aunque una parte es excretada sin cambios por vía renal. La cocaína se considera una sustancia muy tóxica y aún con dosis de 20 Mg pueden presentarse reacciones tóxicas muy graves; la dosis mortal de cocaína en

inyección intravenosa es de 1 g aproximadamente. Las altas concentraciones en sangre aparecen rápidamente y mantienen relación con el incremento de las complicaciones cardiovasculares y pulmonares, así como con los accidentes letales. Quienes consumen cocaína pueden sufrir reacciones adversas añadidas por la combinación de la droga con otras sustancias como la heroína, benzodiazepinas y alcohol, o todas ellas. En el caso del alcohol, se sabe que éste induce la activación de la enzima carboxilesterasa, que convierte la cocaína en etilcocaína, metabolito activo que puede incrementar la cardiotoxicidad y la frecuencia de muerte súbita en aquellos que combinan ambas drogas (Tapia, 2001).

En cuanto a los efectos que provoca, estos son variables y dependen de muchos factores aunque como se ha mencionado anteriormente la cocaína es un estimulante del sistema nervioso central.

#### 2.4.2 Farmacodinamia.

La cocaína se comporta como una amina simpaticomimética de acción indirecta; es decir, puede asemejar las acciones de las catecolaminas sin actuar directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, más bien aumenta la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo I, esto es recaptación de noradrenalina y dopamina (un mensajero químico que está asociado con el placer y el movimiento y que tiene que ver con el estímulo que caracteriza el consumo de ésta sustancia) desde la hendidura sináptica a la terminal presináptica; lo que facilita la acumulación de noradrenalina o dopamina en la hendidura sináptica (Tapia, 2001).

Este exceso de noradrenalina es el responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de las complicaciones agudas de la cocaína (hipertensión arterial, midriasis, sudoración, temblor, etc.) La cocaína, además, bloquea la recaptación de serotonina y el consumo crónico produce cambios en estos neurotransmisores con disminución de la biodisponibilidad que se manifiesta en la reducción de los metabolitos 3-metoxi-4-hidroxifenetilenglicol y ácido 5-hidroxiindolacético. El aumento de la biodisponibilidad de dopamina por la inhibición de la recaptación tipo I es la que media la euforia que produce la cocaína que parece implicada en el proceso de la adicción (Tapia, 2001).

El consumo crónico induce hipersensibilidad en los receptores catecolaminérgicos, por lo que la anhedonia- síntoma frecuente en los dependientes de esta sustancia- podría explicarse por una suspensión de la transmisión dopaminérgica, causada por la inhibición de la retroalimentación en el autoreceptor, a partir del desarrollo de la hipersensibilidad dopaminérgica del mismo (Tapia, 2001).

#### 2.4.3 Efectos del consumo de la cocaína a corto y largo plazo

### *A corto plazo.*

Los efectos de la cocaína pueden variar dependiendo de la vía de administración y de la “pureza” del producto, sin embargo, de manera general, se presentan casi de inmediato produciendo euforia y una disminución temporal en algunos de los síntomas relacionados con el cansancio.

La cocaína estimula al SNC, situación que se manifiesta en una rápida sensación de bienestar, lucidez, deseo de hablar, tranquilidad, olvido de los problemas y disminución de los efectos del abuso del alcohol. La inquietud y la excitación, son efectos que pueden venir poco después de los que se presentan inicialmente (Tapia, 2001).

La vía de administración de la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia, es decir, mientras más rápida es la absorción, menor es el tiempo de duración del efecto de la droga (Leshner, s/f). Los consumidores de crack y cocaína, manifiestan sobre todo sentimientos de superioridad y alegría. Aquellos usuarios cuya vía de administración es inyectada, refieren que los efectos positivos son mucho mayores que los efectos de cualquier otra droga. La sensación de placer es tan intensa que supera cualquier efecto negativo que se pudiera presentar (Tapia, 2001).

La cocaína es una droga extremadamente adictiva, se cree que esta situación es el resultado de su habilidad para impedir la reabsorción de la dopamina lo que produce efectos inmediatos gratificantes, sin embargo existen otras consecuencias que suelen presentarse después de un uso repetido de la sustancia, es decir, efectos a largo plazo (Leshner, s/f).

### *A largo plazo*

Los efectos a largo plazo pueden incluir sensaciones de inquietud, náuseas, insomnio, pérdida considerable del peso, psicosis alucinaciones de tipo paranoide, anhedonia, infartos cardiacos, accidentes vasculares cerebrales, enfermedades infecciosas, convulsiones e impotencia sexual, entre otras (CIJ, 1999).

Se sabe que la administración repetida de la cocaína puede provocar hipertimia, así mismo produce labilidad afectiva, agitación, anorexia, ansiedad, desinhibición, euforia, megalomanía, alucinaciones, hiperactividad, hipersexualidad, juicio deteriorado, impulsividad, congestión nasal, náuseas, pánico, paranoia, inquietud, escurrimiento nasal y comportamiento violento (Tapia, 2001).

Es importante tomar en cuenta la adulteración que sufre la cocaína antes de llegar a manos del usuario. En algunas ocasiones, la cocaína que se consume de manera personal puede alcanzar tan solo un 10% de pureza, razón por la que los problemas físicos suelen ser más adversos que los producidos por el activo de la coca (Tapia, 2001).

A nivel somático, el consumo de cocaína ocasiona: dilatación de pupilas, disminución de la sensibilidad al frío, relajamiento muscular, aumento en la presión sanguínea y aceleración de la frecuencia cardiaca. Como resultado de la acción supresora en los centros reguladores de apetito en el cerebro, también se experimenta falta de apetito. Como la cocaína es un vasoconstrictor, su inhalación constante provoca la degeneración del tejido local dañando la membrana mucosa (Brailowsky, 1995).

En caso de ser fumada habitualmente, ocasiona infecciones en las vías respiratorias e incluso puede llegar a provocar un edema pulmonar. En casos graves de abuso, se experimentan mareos, vómitos, irritabilidad, y alucinaciones, además de perforación del tabique nasal en caso de inhalarla, infecciones cutáneas en caso de inyectarla o hemorragias pulmonares en caso de fumarla.

El usuario de la cocaína se expone a tener un ataque al corazón, que pueden resultar en una muerte súbita, sin importar en la forma en que consumió la cocaína o la frecuencia con qué lo hizo (Brailowsky, 1995).

Con sobredosis, los individuos experimentan agitación, problemas para respirar, ansiedad, paroplejia, arritmia, bronquitis, depresión, alucinaciones, psicosis, ideación suicida, paro respiratorio, como, convulsiones y muerte (Tapia, 2001).

Si el consumo es muy repetido se puede desarrollar una tolerancia considerable por lo que el usuario suele aumentar la dosis, lo que a su vez, amplifica los riesgos físicos y mentales así como una probabilidad de volverse dependiente de la cocaína (Leshner, s/f).

## **2.5 Tolerancia y Dependencia**

Es bien sabido que la cocaína causa abuso y patrones de abstinencia diferentes a la de otras sustancias psicoactivas; y el uso y abuso por un largo periodo produce alteraciones neurofisiológicas en el SNC. Se ha demostrado que el “crack” puede llegar a ser tan adictivo como otras sustancias, se estima que entre 10 y 15% de quienes se inician en el consumo de cocaína por vía intranasal se vuelven adictos. Conforme se desarrolla la adicción existe un periodo de transición hacia una mayor tolerancia, en donde los efectos de placer se intensifican y luego se experimenta la soledad; algunos usuarios llegan a administrarse cocaína cada 10 a 30 minutos. Esta compulsión se da cuando hay disponibilidad de dosis mayores, o bien cuando se cambia a una vía de administración intensiva, por ejemplo de intranasal a fumada o intravenosa. Durante este proceso, aparecen periodos de extrema euforia y memorias vívidas, que son seguidas por estados depresivos que producen el deseo de cocaína (Tapia, 2001).

La intensidad de la dependencia a esta sustancia limita el campo conductual de los usuarios, de tal forma que invierten grandes esfuerzos, tiempo y dinero para conseguirla y en caso de que el consumo no pueda darse, se produce una gran ansiedad que junto con una serie de síntomas provocan un síndrome (Tapia, 2001).

### 2.5.1 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia puede observarse como un conjunto de signos y síntomas que siguen a una interrupción o disminución brusca en el uso de alguna sustancia que se ha consumido de manera más o menos frecuente durante cierto periodo de tiempo (De la Fuente, 1997).

Los síntomas de abstinencia de la cocaína están asociados fundamentalmente a cambios en el SNC. Los síntomas comunes incluyen depresión, insomnio, anorexia, fatiga, irritabilidad y agitación. La etapa de movimientos oculares rápidos dentro del sueño puede verse afectada durante varias semanas después del último consumo. Los usuarios pueden experimentar una ansiedad por consumir y es posible que desarrollen algunos desordenes psiquiátricos alternos. El riesgo de recaída es alto durante el periodo de abstinencia, esto se debe en parte, a la ansiedad por consumo que se presenta con mucha facilidad sobre todo cuando el usuario encuentra factores asociados al consumo de la sustancia (de la Fuente, 1997).

Gawin y Cléber, en 1986 fueron de los primeros clínicos contemporáneos que describieron un síndrome específico de la problemática del uso de la cocaína. En 1991, Gawin (citado en NIDA, 1998) describió un patrón trifásico de síntomas indicativos de una respuesta de abstinencia de cocaína. Aunque Gawin refiere el síndrome como fases de abstinencia, otros prefieren llamarlo fases poscocaína dado que las fases son más descriptivas y dinámicas que lo que sugiere el término de abstinencia. Además, muchos de estos síntomas pueden aparecer sin indicar abstinencia, como por ejemplo cuando se cambian los patrones de uso: estos síntomas son más complejos y sutiles que en otras drogas y están caracterizados por tres fases: (Gawin, citado en NIDA, 1998).

La llamada fase de rompimiento o “crash” se presenta entre nueve horas y cuatro días. Después de la suspensión de un desenfreno de cocaína o “borrachera de cocaína”, viene un “quiebre” del humor y la energía, que son comparables con

la “cruda” del alcohol. Deseo de cocaína; depresión, agitación y ansiedad se ven rápidamente intensificados; hay suspicacia y paranoia y más de a mitad de los usuarios buscan tratamiento. En las siguientes 1 a 4 horas, el deseo de la cocaína disminuye y es suplantado por cansancio y deseo de dormir, con lo que su uso es rechazado. Muchos de los adictos usan marihuana, sedantes, opiáceos o alcohol para inducir el sueño, y después de dormir por un largo periodo hay hipersomnolencia (con cambios característicos en el electroencefalograma similar al de individuos con periodo de sueño). Al despertar hay hiperfagia, días después, disminuye la somnolencia y los cambios de humor. (Gawin, citado en NIDA, 1998).

Poco después del rompimiento, el sentimiento de disforia aumenta y se presenta la segunda fase que es conocida como abstinencia. El síndrome disfórico se caracteriza por una actividad y ansiedad disminuida, falta de motivación y aburrimiento, con una marcada disminución de la intensidad de las experiencias placenteras normales (anhedonia). Se produce de 12 horas a 4 días después de la fase 1. Al inicio de esta fase el sueño se normaliza, no hay cambios de humor, poca ansiedad y bajos deseos por la droga; al compara este estado con el de la euforia inducida por la cocaína, se incrementan de manera importante las ansias por cocaína. Excepto por el hecho de que no existen cambios fisiológicos importantes, esta fase es similar a la abstinencia por otras sustancias. (Gawin, citado en NIDA, 1998).

Durante la extinción, que es la tercera fase, el deseo por consumir se va extinguiendo de manera gradual, hasta que dejan de ocurrir la asociación entre los objetos y eventos específicos con la euforia por el consumo de cocaína. En esta fase se puede presentar una respuesta placentera normal, un buen estado de ánimo y episodios de deseo, no obstante, puede surgir un disparador que induzca la recaída. (Gawin, citado en NIDA, 1998).

## 2.5.2 Usos Terapéuticos

Poco después de haber sido aislada, médicos y laboratorios recomendaban la cocaína como un "buen alimento para los nervios" destinado a combatir hábitos de alcohol, opio o morfina, e incluso para "conceder vitalidad y hermosura a las damas." En aplicación externa, debido a su efecto vasoconstrictor, puede cortar hemorragias e inhibir la transmisión de impulsos en las fibras nerviosas. Debido a esto último se convirtió en el primer anestésico local de la cirugía moderna. Se le usaba en intervenciones oftálmicas y de otorrinolaringología hasta que el descubrimiento de otras sustancias derivadas de la coca, como la benzocaína, la lidocaína y la procaína la sacaron de circulación. Actualmente los laboratorios Merck Sharp & Dohme, continúan produciéndola y vendiéndola en su forma de hidrocloreto; cabe mencionar que este tipo de farmacéuticas se encuentran legisladas en México con el objeto de especificar la forma en la que es legal producir y vender así como consumirla (De la Fuente, 1997).

## **2.6 Legislación de la cocaína en México**

La coca y la cocaína están prohibidas. En la práctica esto significa que no hay autorización alguna para comercializar cocaína con fines recreativos. Para fines médicos y científicos Perú y Bolivia pueden cultivarla legalmente. Sólo unos cuantos laboratorios transnacionales como Merck Sharp & Dohme tienen permiso de procesarla y obtienen elevadas ganancias, ya que de ella se derivan, además del hidrocloreto de cocaína, varios anestésicos locales como la lidocaína, la procaína y la hidrocaína, cabe mencionar que todas estas sustancias suelen usarse para cortar un gran porcentaje de la cocaína que circula en el mercado negro.

En el caso de la legislación mexicana en materia de drogas, de acuerdo a las Tablas de penas previstas en el artículo 195bis del Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal (1994), portar menos de 2 gr. de clorhidrato de cocaína o 2 gr. de sulfato de cocaína se considera como consumo personal y no se aplica ninguna sanción según el

Artículo 199 del mismo código. Una cantidad mayor se considera como tráfico y sí está sujeta a penalización, dependiendo de la cantidad.

## **2.7 Conclusión.**

La cocaína es un estimulante que puede generar una rápida dependencia en el usuario, se sabe que de manera directa al cerebro. El uso de esta sustancia, como se mencionó anteriormente, no es reciente, sin embargo, es a partir de los años 1980 y 1990 cuando su uso se extendió y popularizó.

Actualmente, se ha convertido en un fenómeno que llama la atención tanto de las autoridades, de los profesionales de la salud como de la sociedad en general, no solo por su gran poder adictivo sino además por los múltiples efectos adversos que puede traer consigo. Esta situación ha traído consigo acciones encaminadas al desarrollo de tratamientos especializados que ayuden a los usuarios de cocaína que han evolucionado su consumo en problemas que caen dentro diferentes esferas como la familiar, social, económica y de salud, entre otras.

Alrededor de todo el mundo existen diferentes tratamientos, sin embargo, es necesario generar nuevos programas que se adapten a la época así como revisar y actualizar aquellos ya existentes. Esta meta puede alcanzarse al estudiar la evolución de la epidemiología, así como aquellos factores que intervienen en el resultado del tratamiento, sin importar de que tipo sea este.

## **CAPÍTULO III. TEORÍAS Y TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LAS ADICCIONES**

Dado el incremento en el consumo de las drogas así como la gran necesidad de mejores pronósticos y resultados para los usuarios, en fechas recientes se ha enfatizado en la importancia de los tratamientos, por lo que se ha intentado que éstos respondan cada vez mejor a las características y necesidades de los diferentes usuarios que pueden presentarse en busca de rehabilitación.

Algunas de las investigaciones más recientes han arrojado la existencia de más de 200 millones de personas que consumen drogas alrededor del mundo, es decir el 5% de la población total (ONU, 2006). En nuestro país, las cifras de consumo van en aumento, muestra de ello es el consumo de cocaína que para 2002 (ENA) ocupó el segundo lugar de preferencias alcanzando el 1.44% de la población mientras que en 1998 tan solo un 0.33% la había usado alguna vez (ver capítulo 2).

Las estadísticas son alarmantes y han generado acciones encaminadas a la resolución del problema. Dicho esfuerzo se dirige a la prevención universal, selectiva e indicada. Con respecto a ésta última, actualmente, existen algunos programas de rehabilitación, basados en diferentes modelos que se proponen generar mejorías en los usuarios de drogas.

### **3.1 Panorama general de tratamientos de adicciones.**

Existen muchas drogas adictivas y los tratamientos para drogas específicas pueden variar entre si. El tratamiento también puede presentar ciertas diferencias dependiendo de las características del usuario (De la Fuente, 1997).

Los usuarios de drogas que acuden en busca de tratamiento provienen de todo nivel social. Aún en casos en que haya pocos problemas relacionados, la

gravedad de la adicción en sí no es igual para todas las personas. Muchos sufren de problemas psicológicos, laborales, físicos, o sociales, los cuales hacen que sus trastornos adictivos sean mucho más difíciles de tratar (De la Fuente, 1997).

Los tratamientos pueden llevarse a cabo en una gran variedad de ambientes o sitios, de muchas maneras diferentes, y con diferentes duraciones de tiempo. Algunas de las investigaciones realizadas dentro de éste campo (Hanson, s/f; Méndez, 2001; Mothner, & Weitz, 1986.) han demostrado que, generalmente, un solo tratamiento a corto plazo suele no ser suficiente. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que involucra intervenciones múltiples con el objetivo de alcanzar la abstinencia (De la Fuente, 1997).

Para muchos usuarios, el manejo de su caso así como el poder ser referido a otros servicios médicos, psicológicos y sociales constituyen componentes esenciales de su tratamiento. En años recientes se ha encontrado que los mejores programas proveen una combinación de diversas estrategias (componentes de autoayuda, habilidades de enfrentamiento, identificación y manejo de creencias irracionales, etc.) y de otros servicios (médicos, psiquiátricos, etc.) para satisfacer las necesidades de cada paciente, los cuales se conforman por cuestiones tales como la edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, paternidad o maternidad, vivienda y trabajo, además de la posibilidad de haber sufrido abuso físico o sexual (De la Fuente, 1997).

Los modelos desarrollados para el tratamiento de las adicciones son varios, se sabe que, dentro de los más usados están los modelos de autoayuda, de doce pasos, cognitivos, conductuales y el de tipo farmacológico, además de aquellos que actualmente han adquirido mayor significancia y que son típicos dentro de la medicina tradicional como el modelo de acupuntura, no obstante algunos estudios como los de Tait & Hulse (2003) han demostrado que para lograr avances significativos en los usuarios son más eficaces los modelos de corte cognitivo conductual así como las intervenciones breves.

El uso y abuso de diversas drogas se ha convertido paulatinamente en un problema muy complejo que involucra situaciones físicas, sociales, familiares y

ambientales, entre otros. Este contexto ha resaltado la necesidad de desarrollar modelos especializados que tomen en cuenta las características del consumo, tales como el patrón del mismo y el tipo de droga usada, así como características sociodemográficas que pueden ser importantes al considerar el tratamiento adecuado para cada persona. En años recientes el consumo de algunas drogas, tales como la cocaína, ha aumentado generando una gran preocupación por aquello que puede convertirse en una epidemia. En el caso de México y Estados Unidos, diversos estudios epidemiológicos han reportado que la droga de abuso que los clientes citan con más frecuencia es precisamente la cocaína, en sus diversas modalidades. Debido al abuso tan extendido de esta sustancia, se han destinado grandes esfuerzos al desarrollo de modelos para el tratamiento en cuanto a la adicción de esta droga. Por lo tanto, los modelos de tratamiento para la cocaína deben abarcar una variedad de problemas. Como cualquier buen plan, las estrategias del tratamiento para la adicción a la cocaína deben analizar los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y farmacológicos del abuso de la droga en el paciente (Leshner, s/f).

Los intentos para tratar a los usuarios de cocaína con modelos inicialmente desarrollados para otro tipo de drogas tienen resultados limitados por lo que es importante generar investigación que permita el desarrollo de programas específicamente enfocados al tratamiento de la cocaína. En el reporte publicado por GAO (1996) acerca de la efectividad de los tratamientos se ha evidenciado que el uso de modelos cognitivo conductuales, la terapia neuroconductual así como el reforzamiento comunitario suelen ser efectivos al reducir el consumo o mantener periodos de abstinencia mucho más prolongados que en cualquier otro tipo de tratamientos.

El tratamiento, generalmente, comienza con un diagnóstico que comprende la evaluación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la enfermedad de cada persona, y que implica exámenes y análisis médicos y psicológicos (Darley, 1990). Tras el diagnóstico y el diseño del proceso a seguir, el tratamiento, en muchas ocasiones inicia con la desintoxicación del usuario, que se encuentra dentro del rubro de modelo farmacológico (De la Fuente, 1997). En

otras ocasiones se utilizan técnicas tradicionales de medicina que han demostrado ser eficaces en el control del consumo de cocaína, tal es el caso de la acupuntura.

### **3.2 Acupuntura**

La acupuntura es una técnica usada desde hace cientos de años, sin embargo, desde hace pocos, se ha popularizado y ha incrementado su uso dentro del ámbito de las adicciones como el tabaco, el alcohol y la cocaína, entre otros.

Este tipo de intervención trata básicamente, de la inserción de agujas en cinco puntos estratégicos del oído, por un periodo de 50 minutos por sesión, durante unas ocho semanas en promedio. Al paso de las primeras seis semanas, los clientes reciben la terapia durante 5 sesiones por semana. En las semanas posteriores el tiempo se reduce a tres veces por semana (Hanson, s/f).

En la universidad de Yale, desde hace algunos años, se ha llevado a cabo investigación, sustentada por el NIDA, en relación con el tratamiento de la cocaína, en este sentido, se ha encontrado que 18 usuarios de cocaína que recibieron acupuntura auricular tuvieron mayor posibilidad de estar libres del uso de cocaína durante el tratamiento en comparación con aquellos usuarios que no recibieron sesiones de acupuntura (Hanson, s/f). En otro caso, los resultados fueron semejantes y se observó que casi un 90% de un grupo de consumidores de cocaína tratados con metadona, que completaron un programa de 8 semanas de acupuntura permanecieron abstinentes por más de un mes (Gao, 1996).

### **3.3 Modelo de autoayuda**

Uno de los modelos de tratamiento más usados en la actualidad se basa en el concepto de "autoayuda". La mayoría de los programas basados en este modelo utilizan una combinación derivada de diferentes comunidades terapéuticas y el

concepto de “autoayuda” así como el modelo de doce pasos. El énfasis del enfoque se basa en el presente (“aquí y ahora”), en modificar el comportamiento actual, más que en buscar y refutar conductas pasadas, de esta forma y con base en la ideología de los doce pasos se busca romper el ciclo de la adicción comenzado por la abstinencia. La filosofía de los doce pasos ha generado programas asociados que tratan de ayudar a personas con adicciones a diversos tipos de drogas como lo es Narcóticos Anónimos (NA) y Cocainomanos Anónimos (CA). La demanda del grupo sobre el individuo es que éste debe actuar de forma responsable (Mothner & Weitz, 1986)

De manera general, la autoayuda proporciona al usuario un medio para permanecer sin consumir drogas, un mecanismo para la resolución de problemas y una forma de introducir y controlar nuevos comportamientos.

Este tipo de programas se especializan en la atención a personas con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas, cuentan con albergues y granjas que brindan servicios las 24 horas del día. Algunos de éstos han desarrollado una red de centros en diferentes estados de la república como en el caso de Alcohólicos Anónimos y Drogadictos Anónimos (Oropeza, 2003).

Estos grupos se componen de hombres y mujeres que han llegado a considerar su consumo como una situación problemática y de alto riesgo, por lo que intentan, constantemente, vivir libres del consumo y ayudar a otros a mantenerse en abstinencia por medio de reuniones dentro de las que hablan de sus experiencias y enseñan a otros el método de los doce pasos.

Algunos autores han sugerido que los grupos de doce pasos juegan un papel importante en los tratamientos de adicciones. Históricamente, los programas de tratamiento de 12 pasos están ligados principalmente a la recuperación del abuso del alcohol y las adicciones (Oropeza, 2003).

La ideología de los doce pasos ofrece a los pacientes la búsqueda de la recuperación como una nueva forma de vida que se puede iniciar al romper el ciclo del usuario y manteniendo la abstinencia. De manera esencial, cada paso es una aproximación que ayuda a la recuperación. La terapia grupal tiene el objetivo

de que cada participante narre su experiencia, para, de esta forma, ayudar a los demás a confrontar la realidad de su adicción y a reconocer el daño que se hacen a si mismos y a las personas que los rodean (Méndez, 2005).

Este modelo considera la abstinencia como el único objetivo posible del tratamiento. Aquellos que apoyan el modelo consideran la adicción como una enfermedad incurable, en la que cualquier uso es patológico por lo que la abstinencia es la única que se considera como recuperación. La búsqueda de dicho estado se da por medio de la ruptura del ciclo de adicción basada en los llamados "12 pasos". Los pasos están organizados por orden de importancia, buscan motivar al individuo a reintegrarse a una nueva vida más saludable. (Oropeza, 2003).

En este sentido es importante mencionar que existen grupos cuyos resultados no han sido del todo evaluados, esto, debido a que no tienen un método muy claro, como en el caso de grupos de AA, cuya intervención no está dirigida por expertos sino más bien por ex usuarios cuya voluntad es ayudar a otros a salir del problema que ellos consideran haber superado. De manera general se puede decir que este tipo de intervenciones no han reportado, de manera sistemática, su eficacia en el uso de la cocaína, sin embargo, en un estudio realizado en 1991 se encontró que el 41% de los pacientes que entraron a un programa de 12 pasos duraron 12 semanas en tratamiento y tan solo un 25% logro 4 semanas de abstinencia mientras que los otros participantes se encontraron por debajo de dicho promedio (Higgins, Delaney, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Fenwick). En este sentido es importante mencionar que existen grupos cuyos resultados no han sido del todo evaluados, esto, debido a que no tienen un método muy claro, como en el caso de grupos de AA, cuya intervención no esta dirigida por expertos sino más bien por ex usuarios cuya voluntad es ayudar a otros a salir del problema que ellos consideran haber superado.

### **3.4 Modelo farmacológico.**

El objetivo de éste tipo de procedimiento es la eliminación de las sustancias tóxicas que se han introducido al organismo, es decir, intenta reestablecer los mecanismos normales de las funciones corporales, creando con ello las condiciones para iniciar un tratamiento psicológico (CIJ, 2001). De manera general, este tipo de tratamientos tiene dos objetivos, el primero, ayudar a alcanzar la abstinencia inicial y, el segundo, mantenerla para encontrar un estilo de vida mucho más saludable y libre de drogas, así mismo puede dividirse en dos tipos: Modelo farmacológico a corto plazo y aquel considerado como de largo plazo.

El modelo farmacológico a corto plazo, también conocido como desintoxicación, consiste en el cese progresivo del consumo de una droga que produce dependencia física, generalmente se disminuye la dosis de la droga o se usa un sustituto. Muchos de los programas incluyen este proceso, sin embargo no se considera un tratamiento de rehabilitación sino solo un complemento que induce a los usuarios a alcanzar y permanecer en abstinencia, por lo que, muchas de las veces puede representar el primer paso hacia la recuperación (Mothner & Weitz, 1986).

Este proceso suele iniciarse una vez que se ha determinado el nivel de tolerancia del usuario, con el fin de establecer una dosis suficiente que prevenga la aparición de los síntomas de abstinencia. Generalmente se administran sustancias de vida media larga para sustituir a las de vida media corta. En los programas hospitalarios la desintoxicación suele implicar reducciones diarias del orden del 10% hasta llegar a la supresión total (Mothner & Weitz, 1986).

En éste sentido De la Fuente (1997) pone énfasis en la importancia de eliminar la droga del organismo por medio de dos formas básicas, en primer lugar propone la administración de un antagonista, cuya función es bloquear el acceso de la droga usada al receptor al que se dirige y finalmente sugiere administrar un antagonista funcional que aumente la actividad de algunos sistemas cerebrales y, por lo tanto, contrarreste los efectos de la droga.

El tratamiento farmacológico a largo plazo tiene como objetivo el ayudar al usuario a mantener la abstinencia que ha alcanzado, tratando de eliminar el deseo compulsivo por la droga, evitando, de ésta forma, una recaída. Pueden emplearse diversas estrategias que dependen de la sustancia usada así como de algunas características personales del usuario, sin embargo, en este sentido De la Fuente (1997) propone la importancia de sustituir el fármaco que usa la persona, ya sea por, otro fármaco, un antagonista que bloquee los efectos, un fármaco que reduzca la compulsión de la droga o, finalmente, alterar el metabolismo de la droga para que esta produzca efectos aversivos en lugar de reforzantes.

Dentro de este modelo, existen medicamentos que se proporcionan a los usuarios, como la metadona y la naltrexona, para el caso de aquellos que consumen narcóticos. Existen preparados de nicotina (parches, chicles, vaporizador nasal) y bupropión para el caso los fumadores que han elegido dejar de serlo (De la Fuente, 1997).

Los medicamentos como los antidepresivos, estabilizadores para el estado de ánimo, o los neurolépticos pueden ser críticos para el éxito del tratamiento cuando los pacientes tienen trastornos mentales que existen al mismo tiempo, tales como la depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, o psicosis (De la Fuente, 1997).

De manera general, una intervención farmacológica puede implicar desde limpiar al organismo de la droga a corto plazo, hasta la recuperación, a largo plazo. de los daños cerebrales causados por la droga, y de las funciones cognitivas y afectivas que han sufrido alteraciones. Cuando el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la cocaína y el cerebro ha dejado de producir las sustancias químicas naturales que la droga reemplaza, sobre todo en el caso de la dopamina, se presenta el síndrome de abstinencia. El organismo depende de la droga para funcionar “normalmente”, y por eso cuando el usuario deja de consumir cocaína, después de un tiempo prolongado de consumo, el organismo no cuenta ni con las sustancias químicas naturales que ha dejado de producir, ni con el sustituto químico que supone la droga, y sufre alteraciones (De la Fuente 1997).

En este sentido el NIDA, se encuentra estudiando de manera constante algunos medicamentos que ayuden a aliviar el deseo vehemente por la droga ("craving") que a menudo sienten las personas bajo tratamiento por adicción a la cocaína. Recientemente se están investigando la seguridad y eficacia de varios medicamentos que podrían ser usados en la desintoxicación y en el tratamiento para la adicción a la cocaína (Stocker, s/f).

En la actualidad no hay un medicamento que sirva para tratar específicamente la adicción a la cocaína, por lo que, de manera constante, se investigan varios compuestos nuevos para determinar su seguridad y eficacia en el tratamiento de la cocaína. No obstante, el topiramato y el modafanil son dos medicamentos en el mercado que han mostrado señales prometedoras como agentes viables para el tratamiento de la adicción a la cocaína. El baclofén, un agonista GABA-B se ha estudiado en usuarios de cocaína con patrones de uso fuerte de la droga y se ha demostrado que ayuda a las personas a alcanzar y mantener la abstinencia por periodos importantes de tiempo (Jackson & Muth, 2000). Por otro lado, se ha encontrado que uno de los medicamentos más prometedoras hasta la fecha es la selegina. Algunos estudios, como el efectuado por Rochin (2003), evalúan dos rutas nuevas de administración, un parche y una píldora, para determinar cual de los dos es más eficaz. También se ha demostrado que el disulfiram, medicamento que generalmente se usa en el tratamiento del alcoholismo, es efectivo al reducir el abuso de cocaína (NIDA, 1997).

Por otro lado, es bien sabido que algunos de los síntomas de abstinencia de la cocaína son similares a aquellos observados en los trastornos depresivos, tales como: fatiga, hipersomnia, oscilaciones bruscas en el afecto, entre otros. Esta situación representa un gran reto para el clínico cuando se trata de definir al trastorno afectivo como secundario al uso de cocaína, o si es un caso de comorbilidad psiquiátrica (Rochin, 2003). Debido a todos estos cambios emocionales que ocurren al comenzar la abstinencia de la cocaína, las drogas antidepresivas ofrecen ciertos beneficios (Leshner, s/f).

Se ha observado que la venlafaxina puede ser un medicamento útil para el tratamiento de la depresión en pacientes con dependencia a la cocaína. Este tipo de medicamento representa una acción inhibitoria en la recaptura de la serotonina y noradrenalina (Rochin, 2003).

### **3.5 Modelo cognitivo**

Este modelo señala que los desordenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos, así como creencias que deben identificarse y modificarse para cambiar tanto las formas erróneas de pensar como las conductas que se asocian. El deseo de usar sustancias normalmente se activa en situaciones específicas, por lo que es posible, hasta cierto punto, predecir situaciones consideradas de alto riesgo. Esta aproximación tiene como objetivo ayudar al usuario a analizar sus pensamientos negativos y reemplazarlos con creencias y acciones más positivas. Muchas estrategias de prevención de recaídas usan procesos cognitivos para identificar los eventos disparadores o los estados emocionales que reactivan el uso de sustancias y los reemplazan con respuestas consideradas como saludables (Oropeza, 2003).

Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y al llamado "craving". Existen varias técnicas usadas dentro de éste enfoque, dentro de las más usadas podemos encontrar: *establecimiento de metas*, *análisis de ventajas y desventajas* tomando en cuenta que la persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de tomar dichas sustancias, por lo que éste tipo de análisis resulta útil al hacer comprender al usuario que el consumo es mayoritariamente perjudicial, *identificación de creencias asociadas con la droga* que se apoya por un *registro diario de pensamientos* y *reatribución de la responsabilidad* que pone de manifiesto el hecho de que es el propio usuario el único responsable de sus conductas adictivas

y por lo tanto es él quien tiene el poder para cambiar este tipo de patrones desadaptativos (Beck, Wright, Newman & Liese 1993).

La investigación realizada para evaluar los resultados de intervenciones de corte cognitivo, según Monti, Rohsenow, Michael, Martín & Abrams (1997), es poca y ha mostrado que aquellos tratamientos basados en éste modelo han fallado al evaluar el periodo de abstinencia en quienes consumen drogas o por lo menos no ha sido evaluado de manera sistemática en usuarios de cocaína. En este sentido la búsqueda de información con respecto a los resultados del modelo no fue suficiente para llegar a conclusiones contundentes.

### **3.6 Modelo conductual.**

Este tipo de tratamientos proponen una reducción en el consumo basándose en el desarrollo de nuevas pautas de comportamiento que eviten el consumo. Dicha aproximación basada en el aprendizaje, tiene como objetivo enseñar al usuario habilidades específicas que lo ayudan a combatir las deficiencias de su funcionamiento social así como de autocontrol (Oropeza, 2003).

Las terapias conductuales ofrecen estrategias para que los usuarios puedan enfrentar sus deseos por las drogas, les enseñan maneras para evitar las drogas y prevenir las recaídas y les ayudan a manejar las recaídas, en caso de que éstas llegasen a ocurrir. Cuando el comportamiento relacionado a las drogas coloca al paciente en alto riesgo de contraer SIDA u otras enfermedades infecciosas, las terapias de conductuales pueden ayudar a reducir el riesgo de la transmisión de la enfermedad (De la Fuente, 1997).

Este modelo consiste en conocer y controlar el comportamiento para enfrentarse al problema de la adicción. Generalmente es de corto plazo cuyo enfoque es ayudar a los adictos a la cocaína a través de la abstinencia a ésta y a otras sustancias. La base de esta teoría es que los procesos de aprendizaje

desempeñan un papel muy importante en el desarrollo del mantenimiento del abuso y la dependencia de la cocaína (Oropeza, 2003).

Se ha encontrado que muchos modelos de cambio de la conducta son eficaces para tratar la adicción a la cocaína, tanto en ambientes residenciales como ambulatorios. En efecto, las terapias conductuales a menudo son el único medio eficaz disponible para tratar muchos de los problemas relacionados con las drogas, incluyendo aquellos usuarios de cocaína (Oropeza, 2003).

### **3.7 Modelo cognitivo conductual.**

Los tratamientos cognitivo conductuales (TCC), tienen como objetivo el modificar la forma en la que la gente piensa, actúa y se relaciona con otros, de esta forma, como consecuencia, puede facilitar la abstinencia inicial así como el mantenimiento. (GAO, 1996).

Este modelo asume que los usuarios de sustancias tienen habilidades de enfrentamiento deficientes, o que poseen la adecuadas, sin embargo prefieren o no son capaces de usarlas de manera eficiente. Asume que los usuarios han desarrollado una serie de expectativas sobre los efectos de la sustancia, basadas en las observaciones de los amigos y conocidos que abusan de ellas para enfrentar situaciones difíciles, así como a través de su propia experiencia sobre los efectos positivos (Oropeza 2003).

En este sentido los tratamientos basados en el modelo utilizan los procesos de aprendizaje para ayudar a los usuarios a reducir su consumo de drogas. Ayuda a la persona a reconocer las situaciones donde es probable que use sustancias, encontrando formas de evitarlas y enfrentándose más efectivamente a una gran variedad de situaciones, sentimientos y conductas relacionadas a su abuso. Para lograr estas metas terapéuticas, la TCC incorpora tres componentes centrales, que son, el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades y la prevención de recaídas

El análisis funcional intenta identificar los antecedentes y las consecuencias de las conductas de abuso de sustancias, que sirven como factores disparadores y mantenedores. En éste, el usuario y el terapeuta normalmente empiezan la terapia llevando a cabo un análisis funcional de las conductas de abuso de sustancias. Los antecedentes del consumo pueden venir de los dominios emocionales, sociales cognoscitivos, situacionales y fisiológicos. El análisis funcional también sirve para analizar el número, rango y efectividad de las habilidades de enfrentamiento individuales (Monti, Gulliver & Myers, 1994).

El entrenamiento en habilidades de enfrentamiento se basa en el concepto de que el déficit en las habilidades de enfrentamiento entre aquellos usuarios de sustancias puede ser resultado de diferentes factores (Carroll, 1998). Ellos pueden no haber desarrollado las habilidades, y es muy probable que un consumo a edades tempranas provoque un deterioro en las habilidades de enfrentamiento. Aquellas previamente desarrolladas pueden estar comprometidas por el incremento de la confianza en el uso de sustancias como forma primaria de abuso. El objetivo es ayudar a los individuos a desarrollar y emplear habilidades de enfrentamiento que efectivamente trabajen con las demandas de las situaciones de alto riesgo en vez de tener que recurrir a las sustancias como respuesta alternativa (Oropeza, 2003).

Finalmente, la prevención de recaídas tiene como objetivo ayudar a la persona a alcanzar una mayor autoeficacia, ésta, se relaciona directamente con la disponibilidad de estrategias de enfrentamiento y se espera que se incrementen conforme el usuario aprende nuevas habilidades esto no siempre ocurre de manera espontánea. Es necesario ayudar al usuario a cambiar la actitud de pasividad el sentido del desamparo que normalmente acompañan a la baja autoeficacia (Carroll, 1998).

La terapia cognitiva-conductual constituye un enfoque eficaz para evitar una recaída. Por ejemplo, el tratamiento cognitivo-conductual está dirigido a ayudar a que los usuarios de cocaína se abstengan de la cocaína y otras sustancias y que se mantengan sin reincidir. La premisa detrás de este enfoque es que el proceso

de aprendizaje juega un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento del abuso y la dependencia en la cocaína. Estos mismos procesos de aprendizaje podrían utilizarse para ayudar a los pacientes a reducir su consumo de drogas y enfrentar exitosamente cualquier recaída. Este enfoque trata de ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar, es decir, a reconocer las situaciones que invitan al consumo de cocaína, evitar estas situaciones cuando sea posible, y aprender a manejar más eficazmente una serie de problemas y conductas relacionadas con el abuso de la droga. Además, esta terapia es digna de consideración porque es compatible con otros tratamientos que el paciente puede recibir, como la farmacoterapia.

Este tipo de intervención ha mostrado ser eficaz al disminuir el consumo de la droga, con respecto a esto, algunos autores señalan que la aproximación, al ser comparada con otro tipo de modelos, demuestra una superioridad importante en cuanto a los resultados. Los periodos de abstinencia alcanzados por los usuarios que participan dentro de éste tipo de tratamientos suelen ser más prolongados aún cuando el diagnóstico de los mismos alcance un nivel de severidad muy elevado, por otro lado se ha observado que un alto porcentaje alcanza y mantiene la abstinencia hasta un periodo de 24 meses, en los seguimientos (GAO, 1996).

Entre los estudios realizados para comprobar la efectividad de éste tipo de modelos se encuentra el realizado por Maude, Griffin, Hohenstein, Humfleet, Tulse y Hall (1998), estos autores compararon un tratamiento cognitivo conductual para cocaína contra uno de doce pasos, ambos tratamientos duraron 12 semanas, se realizó una evaluación inicial y seguimientos a los 4, 8, 12 y 26 meses posteriores al tratamiento. Se encontró que los sujetos que participaron en la terapia cognitivo conductual alcanzaron hasta 4 semanas de abstinencia mientras que el promedio alcanzado por los participantes del programa de 12 pasos fue significativamente menor.

El modelo se basa en conceptos de la teoría del aprendizaje social. Están diseñados para ayudar a los consumidores a interactuar de manera efectiva con su ambiente sin consumir drogas. Existen varias estrategias que ayudan al usuario

a alcanzar los objetivos establecidos, a partir de este modelo se han desarrollado tratamientos específicos que han mostrado ser eficientes en el manejo de personas que consumen drogas, dentro de estos programas podemos encontrar el tratamiento neuroconductual y el reforzamiento comunitario (Rawson, Obert, McCann & Ling, 1993).

En el caso de la terapia neuroconductual se trata de una aplicación de las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la cocaína con pacientes externos. Este es un tratamiento intensivo para pacientes externos, con una duración aproximada de 12 meses, que incluye la terapia individual, la educación acerca de las drogas, estabilización de las drogas así como la asistencia a grupos de auto ayuda. (Rawson, Obert, McCann & Ling, 1993).

El modelo enfatiza en una secuencia de etapas específicas que marcan un paso hacia la recuperación, Se distinguen cinco etapas, el retiro, la luna de miel, la pared, el ajuste y la resolución. Durante cada fase, los clientes asisten a grupos educativos, reuniones de grupo basados en el modelo de 12 pasos, sesiones de consejo individual, pruebas de orina y discusiones con miembros de la familia (Oropeza 2003).

Algunas investigaciones han demostrado que este tipo de aproximación es efectiva para alcanzar y mantener la abstinencia. La investigación realizada indica que el 36% de los usuarios consumidores de cocaína que entraron en un programa de terapia neuroconductual se mantuvieron abstinentes durante 6 meses a partir del inicio del tratamiento (GAO, 1996).

Por otro lado el reforzamiento comunitario, también denominado CRA o manejo de contingencia, tiene como objetivo la identificación y la construcción de un sistema de apoyo al usuario. Este enfoque busca ayudar a alcanzar y mantener la abstinencia por periodos de tiempo más prolongados, básicamente consiste en regresar a la persona a su comunidad, el proceso debe incluir a otra persona significativa, ya sea familiar o un amigo (Finney & Monahan, 1996).

Algunos autores, como Finney & Monahan (1996) han señalado que el CRA es una de las aproximaciones más efectivas en el tratamiento, la comparación de

este tipo de terapia con otras ha mostrado que los resultados son mejores con respecto al consumo, se observan mejorías significativas en el funcionamiento familiar, generalmente suele combinarse con otro tipo de terapias para hacer aún más efectivo el resultado.

### **3.8 Modelo de Intervenciones Breves**

Las intervenciones breves son procesos sistemáticos enfocados, se sustentan en la evaluación, el involucramiento del usuario y la rápida implementación de estrategias de cambio. Esta modalidad de terapia, utiliza ciertos procesos para lograr cambiar algún problema específico, en este caso el del consumo de alguna droga. Normalmente hay una teoría subyacente sobre las causas del problema y sobre la mejor forma de motivar al usuario para lograr un cambio positivo en su vida (Mendez, 2005).

Este modelo de terapia tiene como objetivo solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora".

Si bien la Terapia Breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta filosofía es la que permite a la Terapia Breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana (Méndez, 2005).

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el

mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. (Oropeza, 2003).

En este sentido, una ventaja notable de la terapia breve, en comparación con otro tipo de terapias, es la realización de cambios conductuales importantes para las personas en espacios de tiempo relativamente cortos.

Las terapias breves difieren de aquellas consideradas como de largo plazo ya que estas se enfocan en el presente, enfatizan el uso de herramientas terapéuticas efectivas en un periodo de tiempo relativamente corto y se enfocan en cambiar conductas específicas más que cambios grandes en la personalidad. Hay varios tipos de terapias que se han diseñado especialmente para que el tiempo de duración se reduzca, tal es el caso de las cognitivas conductuales que en ocasiones se llevan a cabo en solo cuatro sesiones (Oropeza, 2003).

### 3.8.1 Tratamiento breve para usuarios de Cocaína (TBUC).

Este modelo cognitivo conductual de habilidades de enfrentamiento, busca, principalmente, ayudar a los usuarios dependientes de la cocaína a buscar la abstinencia como meta final, ya sea desde un inicio del tratamiento o reduciendo de manera sucesiva el consumo. Se basa en la suposición de que el proceso de aprendizaje tiene un papel importante en el desarrollo y continuación del abuso o dependencia a la droga, así, el mismo proceso de aprendizaje puede usarse para ayudar a los sujetos a reducir su consumo de otras drogas (Oropeza, 2003).

El enfoque ayuda al usuario a tomar la decisión de realizar un cambio en su consumo y en su vida, a partir del establecimiento de una meta, el análisis del deseo de la sustancia, la evaluación de situaciones consideradas de riesgo así como la consideración de los problemas asociados al consumo de la cocaína (Oropeza, 2003).

Este tratamiento tiene dos componentes básicos (Oropeza, 2003):

1. Análisis funcional. Permite identificar los pensamientos, sentimientos y situaciones asociadas al consumo. Durante todo el tratamiento, esta estrategia es muy importante ya que ayuda tanto al usuario como al terapeuta a evaluar los disparadores y situaciones de alto riesgo que hacen más probable el consumo, además proporciona herramientas para enfrentarse a dichos disparadores.

2. Entrenamiento en habilidades. Ayuda a los usuarios a desaprender viejos hábitos asociados al consumo de la cocaína y les proporciona nuevas habilidades y formas más saludables.

El modelo es individual y se finaliza al cabo de 10 sesiones, 2 de evaluación y 8 de tratamiento, una vez por semana con duración de una hora en promedio. Este tratamiento breve tiene como finalidad que el usuario alcance la abstinencia. Los seguimientos se efectúan una vez concluido el tratamiento, al mes, a los tres meses y al año (Oropeza, 2003).

El tratamiento breve para usuarios de cocaína busca brindarle a los usuarios estrategias que le ayuden a lograr cambios favorables en la conducta de no consumir, para esto cada sesión aborda un tópico específico dentro de los cuales encontramos los *motivacionales*, que ayuda a la retención, el *análisis de los resultados del tratamiento*, dentro del que se revisa el patrón de consumo, el *análisis funcional*, en el que se enseña a la persona a identificar los antecedentes (pensamientos, sentimientos y circunstancias, así como consecuencias de su forma de consumo, el *balance decisional*, que ayuda a que el sujeto establezca las razones de cambio en términos de costos y beneficios del consumo, *establecimiento de metas*, para elegir con ayuda del terapeuta la meta para las siguientes semanas, es decir reducción o abstinencia tomando en cuenta el nivel de confianza para alcanzar la meta, *identificar y enfrentar pensamientos sobre la cocaína*, en el que se enseña al usuario algunas estrategias para que reconozca, evite y enfrente sus pensamientos con relación al uso y deseo de cocaína, *enfrentar el deseo de cocaína* para identificar los disparadores que le hacen desear consumir cocaína para evitarlos o enfrentarlos, *habilidades de rechazo*, para darle al usuario habilidades para evaluar la disponibilidad de la cocaína, lo

que ayuda a romper el contacto con aquellos quienes lo proveen de droga y pueda, de ésta forma, rechazar los posibles ofrecimientos. Por otro lado se encuentran otros temas como el de *decisiones aparentemente irrelevantes*, se discute lo que son este tipo de decisiones relacionándolas con aquellas situaciones consideradas de alto riesgo y se desarrollan cursos de acción. *Solución de problemas*, que ayuda al usuario a encontrar y dar algunos de los pasos básicos para solucionar problemas y se trata de aplicar a situaciones consideradas de riesgo. *Identificación de situaciones de riesgo*, identifica la variedad de circunstancias que lo llevan al riesgo de consumir, *probabilidad de recaídas* en la que se analiza la probabilidad de que el usuario tenga una recaída enfatizando en la importancia de considerar éstas como experiencias necesarias en un proceso de enseñanza y no como fracasos. Finalmente se llevan a cabo seguimientos al mes, tres y doce meses de haber dado de alta al usuario, dentro de éstos se intenta determinar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo (Oropeza, 2003).

### **3.9 Conclusión**

A pesar del gran auge del consumo de diversas drogas, los modelos desarrollados para el tratamiento de adicciones no son suficientes, aunado a esto, la investigación dedicada a comprobar su efectividad resulta sumamente limitada. No obstante, a partir de la década de los noventa se han realizado algunos estudios que apoyan la mejoría y/o la creación de tratamientos. En el caso de nuestro país, la investigación se ha visto reducida a algunos pocos estudios, por lo que se hace imperiosa la necesidad de evaluar algunos de los tratamientos existentes para generar así una mejoría en la atención brindada a los usuarios de drogas ilegales.

Los estudios, realizados a nivel mundial, muestran que existen algunos tratamientos mucho más efectivos que otros, por lo que es imperante la necesidad de encontrar cuales son los factores que se asocian con los resultados del

tratamiento, no solo los relacionados con las características del tratamiento sino además aquellos que tiene que ver con las características de consumo y sociodemográficas. Este tipo de investigación podría arrojar la verdadera efectividad de los tratamientos adaptándose a las necesidades y características de los usuarios para, de ésta forma, obtener un resultado mucho más provechoso, disminuyendo a la vez los costos del tratamiento y la deserción.

En el caso de los modelos específicos para la cocaína, en México, aún no existen modelos sistemáticos y específicos, con excepción del desarrollado en la Universidad Nacional Autónoma de México: Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003), situación que hace énfasis en la necesidad de evaluar los resultados del mismo, para de ésta forma, generar mejoras dentro de lo posible.

## **CAPÍTULO IV. FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS ADICCIONES.**

La investigación acerca de los resultados del tratamiento se ha vuelto más rigurosa con el paso del tiempo. Existe valiosa información (McLellan, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994; McCance, Carroll, & Rounsaville, 1999; Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira, 2002; Washton, & Stone, 2002; Nunes & Barth, 1993; Sartz, Horton, Larson, Winter & Samet, 2005; McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Haver, 2001; Muth, 1997; Sartz, Horton, Larson, Winter, & Samet, 2005; Mathias, 1997; Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer, 2007; Carroll, 1997; Stockers, s/f; McKay, 2001), con relación a los resultados de usuarios dentro de diversos tipos de tratamiento, este tipo de estudios han desencadenado en la posibilidad de observar diferentes factores que resultan relevantes a la hora de evaluar los resultados de las personas así como de los tratamientos. Estos factores incluyen el costo-efectividad, ciertas características de los pacientes, tales como edad, sexo, nivel educativo, etc., los síntomas y áreas problemáticas que presentan cambios durante y al finalizar el tratamiento así como los beneficios a corto y largo plazo entre otros (Carroll, 1997).

La investigación en torno a este tipo de factores ha arrojado que, según Carroll (1997), los tratamientos dirigidos para el tratamiento de las drogas, sin tomar en cuenta el modelo del que se hable, resulta en una reducción del consumo y es tan efectiva como algunos de los tratamientos enfocados a los desordenes orgánicos (como la diabetes o el asma). Así mismo, menciona que cierto tipo de tratamientos pueden ser más efectivos con algunos grupos de pacientes específicos. Finalmente, en el caso de E. U., cada dólar que se invierte en tratamientos para las adicciones puede, a largo plazo, ahorrar de 4 a 12 dólares en diversas áreas, como la legal, laboral, social, etc.

Se sabe que los tratamientos para las drogas, aún sin hablar de modelos específicos, pueden reducir el uso de las mismas así como la actividad criminal y las conductas de riesgo, entre otras, asociadas con el consumo (De la Fuente,

1997). No obstante, la necesidad de tratamientos efectivos es creciente debido al mismo aumento que se ha dado en el consumo de diversas sustancias. En este sentido, el uso de nuevas drogas, sumadas a las ya existentes, se ha expandido y tomando en cuenta los índices de consumo, se están convirtiendo en un fenómeno epidemiológico; Sin embargo, debido a la falta de recursos y por otros motivos metodológicos, como la falta de investigación, los tratamientos aún no han sido del todo desarrollados ni evaluados como en el caso de aquellos enfocados especialmente hacia los usuarios de cocaína. La identificación de los factores que predicen el resultado de la persona dentro de un tratamiento así como el uso posterior de las sustancias son de suma importancia ya que pueden derivar en modelos teóricos que expliquen el fenómeno, lo que, a su vez, resulta en la posibilidad de mejorar y desarrollar intervenciones más adecuadas y funcionales.

En la actualidad, existe investigación que intenta observar el éxito o fracaso de los usuarios, basándose en la evaluación de diversas esferas (Carroll, 1997; McLellan, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994; McCance, Carroll, & Rounsaville, 1999; Stockers, s/f; McKay, 2001; Muth, 1997; McKay, 2001), entre las que se encuentran la familiar, social, laboral y los cambios en la conducta de consumo, en la que se esperaría alcanzar la abstinencia o por lo menos una reducción debida al tratamiento (McLellan, Metzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O'Brien, 1994). En este sentido, los mismos factores que son útiles para evaluar las mejorías o cambios ocasionados por el tratamiento, pueden, a su vez, ser usados como predictores asociados al resultado del usuario. Entre los más notables están los familiares, de salud física y/o mental, laborales o educativos, la historia del consumo del usuario y aquellos clasificados dentro del rubro denominado como indicadores sociodemográficos, es decir, edad, sexo, raza, estado civil, etc. de la persona.

## **4.1 Factores sociodemográficos**

Se sabe que el resultado del usuario dentro de algún tipo de tratamiento para las adicciones, puede verse influido por diversos factores, sin embargo, algunas de las diferencias más estudiadas y reportadas como significativas se observan entre las condiciones sociodemográficas de los usuarios (Stockers, s/f; Hubbard, & Mariden, 1994; Vaillant, 1988). De ésta forma, características tales como el sexo, grupo étnico, el estado civil, las redes de apoyo tanto social como familiar, entre otras, han sido usadas para observar su asociación con el resultado de algunos tratamientos. El propósito de éste tipo de investigación es identificar algunos indicadores del pronóstico así como la creación de estrategias que permitan una intervención adecuada basada en características personales de los usuarios. En el caso específico de la identificación de las diferencias de género en cuanto a diversos factores, se sabe que puede brindar un amplio conocimiento acerca del inicio, mantenimiento y los posibles cambios en la conducta del consumo de diversas sustancias, y en este caso específico, de la cocaína (McCance, Carroll, & Rounsaville, 1999).

### **4.1.1 Sexo**

Existen muchas diferencias de género, que van desde las anatómicas, fisiológicas hasta las psicológicas, sin embargo, el papel de las mismas no ha sido completamente investigado dentro del área de las adicciones, es decir, no suelen usarse para adaptar los tratamientos a las características de la persona, en este caso si es hombre o mujer. Esta situación resalta la importancia de realizar más estudios que ayuden a evaluar como es que este factor puede influir sobre los resultados del tratamiento en términos de cambios dirigidos a la recuperación del estado saludable.

Stockers (s/f) ha mencionado que las mujeres en tratamiento de drogas recaen menos frecuentemente que los hombres, esto lo explica señalando que las mujeres tienen más probabilidad de comprometerse con un tipo de tratamiento; es

decir, que una vez que entran en éste suelen asistir de manera regular y es probable que finalicen el mismo. Según éste mismo autor, las mujeres y hombres adictos a la cocaína difieren ampliamente en los resultados que obtienen después del tratamiento. Esta situación pone énfasis en el hecho de que hombres y mujeres pueden verse beneficiados de diferentes estrategias para mejorar los mismos.

La situación propuesta por Stockers (s/f) se ha visto apoyada por estudios como el realizado por Fiorentine (1997), en el que se evaluó a un total de 182 mujeres y 148 hombres, usuarios de cocaína, inscritos en programas de tratamiento público ya fuese con una modalidad grupal, individual, familiar, etc. Los resultados indican que las mujeres asistieron a más sesiones que los hombres (con 10.9 sesiones en promedio para el caso de las mujeres y tan solo un 7.9 para los hombres). Esta situación fue interpretada por Fiorentine (1997) como la probabilidad de compromiso con el tratamiento. Los resultados parecen atribuirse a que las mujeres son más comprometidas y se les facilita aceptar que necesitan ayuda, sin embargo, al evaluar el consumo al final del tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

En otro estudio realizado por Weiss (1997, citado en Stockers, s/f) se encontró una situación semejante al evaluar a 74 usuarios de cocaína hospitalizados. Los usuarios fueron entrevistados seis meses después del internamiento y se observó que, en promedio, 51% de las mujeres se habían mantenido en abstinencia, en comparación con un 25% de los hombres que así lo habían hecho.

Tanto Weiss (1997, citado en Stockers, s/f) como Fiorentine (1997) encontraron algunas diferencias entre los sexos, en la mayoría de los casos se reportó que las mujeres que asisten a tratamiento tienen más reportes emocionales negativos y problemas interpersonales como disparadores para recaer, mientras que los hombres reportan las experiencias positivas del mismo consumo. Esta situación pone énfasis en la necesidad de usar diferentes estrategias de prevención dependiendo de las características de los usuarios, tales como el sexo (Stocker, s/f).

Sobre esta misma línea, según De la Fuente (1997) una de las metas del tratamiento para las adicciones, aún cuando están basados en diferentes modelos, es que el individuo vuelva a funcionar productivamente dentro del trabajo, la familia, y de la comunidad, situación por la cuál, estos factores se han usado para evaluar el resultado del tratamiento y, así mismo, para observar la forma en la que estos mismos factores pueden estar influyendo sobre el resultado del tratamiento en el que se encuentra el usuario.

#### 4.1.2 Familiar-social

Los tratamientos especializados en drogas, en muchas de las ocasiones, pueden apoyarse del conocimiento de los problemas a nivel legal, social y familiar que presenta el usuario para poder, hasta cierto punto, predecir el resultado de la persona que ha asistido en busca de ayuda. Esta situación puede darse al conocer más a detalle las características que presenta y cómo es que estas se han asociado con los cambios no solo en el consumo sino en el bienestar general al finalizar el tratamiento.

Muestra de lo anterior es el estudio llevado a cabo por Hubbard, & Mariden (1994), quienes reportaron resultados basados en mediciones de funcionamiento, tanto social como familiar. Los investigadores evaluaron a una muestra de pacientes dependientes de cocaína que participaron en un tratamiento residencial. Los principales hallazgos arrojaron que, en un seguimiento de 12 meses, aproximadamente un 12% de los pacientes reportaron abstinencia total, ninguna actividad criminal, y ningún problema de tipo psiquiátrico o familiar. En contraste con estos casos “exitosos” después de 12 meses, aproximadamente un 18% estaban en la cárcel, 29% habían tenido un uso significativo de drogas y un 13% habían entrado nuevamente a algún tratamiento.

En el estudio llevado a cabo por Vaillant (1988) se ha puesto en evidencia la facilidad con que aquellos usuarios que encuentran situaciones de estabilidad social y empleo gratificante, apoyo comunitario, y relaciones estables (incluyendo

la afiliación a grupos religiosos), tienen mayor posibilidad de cambiar su patrón de consumo a largo plazo, hacia una reducción.

En este mismo sentido el cambio del patrón de consumo representa una de las principales metas de los tratamientos, sin embargo, no es la única ni la más importante. De manera general se puede decir que la finalidad es la recuperación u obtención de un estilo de vida saludable, es decir, mejorías observables en la salud física y mental del individuo para, de esta forma, mejorar de manera paralela algunos otros rubros como lo es el funcionamiento social y familiar.

#### 4.1.3 Salud Mental

En la búsqueda de investigaciones respecto de la salud mental y su relación con el consumo de sustancias así como con el resultado de usuarios que presentan un diagnóstico de enfermedad mental paralelo al de dependencia de alguna sustancia, tan solo se encontraron aquellos realizados por Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni (2006) y Kim, Dennerstein, & Guthrie (2005). Por lo que existe poca investigación dedicada a estudiar los efectos que pueden tener este tipo de factores sobre los resultados de un tratamiento para las adicciones. Es por esto que es necesario poner énfasis en la necesidad de expandir la investigación enfocada al estudio de la comorbilidad de la adicción con otro tipo de problemas de índole psiquiátrico.

La comorbilidad de alguna enfermedad mental y el uso de sustancias es una situación que debe preocupar principalmente a los especialistas, ya que, al parecer, el diagnóstico de un trastorno, además de la dependencia de alguna sustancia, es un factor de riesgo que puede verse como un pronóstico mucho más negativo que para aquellos que tan solo presentan la dependencia. Aquellos pacientes con desórdenes mentales mayores así como con uso de sustancias han mostrado tener resultados menos favorecedores que aquellos usuarios en el mismo tratamiento que no presentan desórdenes de tipo mental; sin embargo es necesario enfatizar que estos últimos presentan otro tipo de desventajas en el

funcionamiento psicosocial y en la salud entre otras (Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni, 2006).

En el estudio realizado por Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni (2006), se planteó el objetivo de encontrar algunas de las diferencias entre los usuarios, dentro de un tratamiento, (del que no se especifica el modelo, encuadre ni formato) con diversos diagnósticos de trastornos psiquiátricos para así poder tener un pronóstico, basado en la severidad del trastorno, mucho más confiable acerca del tratamiento enfocado a las drogas. El diagnóstico de trastornos, tanto de dependencia como de los trastornos mentales se realizó por medio del DSM-IV. Dentro de los resultados se encontró que aquellos usuarios que participaron en un tratamiento no especificado, con diagnóstico de esquizofrenia puntuaron mucho más bajo en la severidad de problemas asociados con el uso (la severidad se evaluó con ayuda del ASI). No obstante, cabe mencionar que dentro de dicha investigación no se menciona el momento de la evaluación, es decir no se especifica si el ASI se aplicó antes, durante o después del tratamiento. Por otro lado, no existe una evaluación previa que permita afirmar de manera confiable que existe algún cambio en los puntajes con relación a el mismo sujeto y que sean debidos al tratamiento.

En el caso de la investigación llevada a cabo por Kim, Dennerstein, & Guthrie (2005) los datos arrojados hacen mayor referencia a las diferencias entre un grupo de 438 mujeres (con un rango de 45 a 55 años de edad) con diagnóstico de alguna enfermedad mental con base en los criterios de DSM-IV y aquellas que al parecer no padecen ningún trastorno. En este sentido, se encontró dentro de la muestra, que el 47.3% tenía un desorden de tipo psiquiátrico y que dentro de este porcentaje, aquellas que presentaron algún trastorno de ansiedad o depresión, presentaron un mayor consumo de alcohol que aquellas que presentaban otro desorden o ninguno. El estudio no hace referencia a un tratamiento para adicciones en especial y las evaluaciones son llevadas a cabo en la admisión de las mujeres a un centro de salud médica por razones diversas, por lo que es difícil hacer conclusiones, con respecto a la posible relación entre un desorden

psiquiátrico y el consumo de drogas, así como la influencia de los mismo en el resultado después de un tratamiento.

La evidencia disponible para apoyar los modelos que explican la abstinencia en el uso de sustancias entre aquellos con enfermedades mentales severas aun permanece limitada, por lo que hay gran interés de expandir la investigación acerca de la comorbilidad psiquiátrica en los desórdenes de abuso de sustancias. La comorbilidad de la enfermedad mental y el uso de sustancias es causa de preocupación ya que se ha visto asociada con un gran número de variables que representan factores de riesgo para un pronóstico pobre. Los pacientes con desórdenes mentales y un desorden de uso de sustancias han sido constantemente mostrados con resultados más negativos que aquellos que no tienen problemas de tipo mental, es decir, desventajas en términos de funcionamiento social, estado de salud, y el poder brindarles tratamientos más adecuados a sus necesidades especiales, situación que debe enfatizarse por que pueden requerir habilidades y competencias diferentes a aquellos que no están diagnosticados con enfermedades mentales.

#### 4.1.4 Tratamientos previos

Las diferencias individuales en las historias de tratamientos para el abuso de drogas pueden estar asociadas con diferentes tipos de responsividad a intervenciones muy particulares. Es posible que aquellos pacientes que entran por primera vez tengan características y problemas diferentes a aquellos pacientes que tienen experiencias de tratamientos anteriores múltiples.

La necesidad de observar la relación existente entre los tratamientos previos y los resultados del sujeto han llevado a los investigadores a profundizar en el conocimiento de dicho fenómeno, tal es el caso de Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer (2007) quienes realizaron un estudio para evaluar las características y los resultados de 410 usuarios diagnosticados con dependencia, basados en los criterios de DSM-IV, con menos tratamientos y aquellos que tenían una cantidad mayor de los mismos, inscritos en un modelo de incentivos

motivacionales (manejo de contingencia). Los resultados muestran que aquellos participantes con mayor experiencia en tratamientos previos tenían mayor edad, en promedio, y fueron representados, en su mayoría, por mujeres, a diferencia de aquellos que presentaban una menor cantidad de tratamientos previos. Con respecto al uso de la sustancia, los que respondieron tener menor experiencia previa en cuanto a los tratamientos, presentaron menor consumo de la misma así como un perfil de problemas asociados menos severo (evaluado por el ASI) que aquellos que ya habían participado en más tratamientos anteriores. En este sentido, se observó que estos últimos, al finalizar el tratamiento actual, tenían más probabilidades de continuar el consumo o de no reducirlo, así como de abandonarlo antes de terminarlo, en comparación con el grupo que no tenía experiencia previa en el mismo, o en otro tipo de tratamiento.

En otro estudio con una muestra de 313 usuarios, donde el 90% eran hombres con un promedio de edad de 26 años, un 44% no tenían empleo en el momento de la entrevista y en su mayoría presentaban un consumo de cocaína inhalada. Aquellos cuya droga de preferencia era la cocaína, fueron diagnosticados con dependencia basados en criterios diseñados para fines de la propia investigación; es decir, aquellos quienes respondieron de forma afirmativa a un consumo de por lo menos dos días a la semana dentro de un periodo de seis meses fueron incluidos en el estudio como el grupo de usuarios con dependencia. La muestra se dividió entre aquellos con 0 o 1 tratamiento y aquellos con 2 o más tratamientos previos al actual. El análisis de datos demostró que aquellos con más tratamientos anteriores puntuaron en las escalas del ASI con mayor severidad de dependencia así como una mayor cantidad en el consumo de cocaína. Finalmente, se concluye que los usuarios con más tratamientos suelen tener más dificultades al dejar su uso de cocaína y es probable que reingresen constantemente a diversos tipos de tratamiento (Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira, 2002).

En este sentido se hace necesario poner énfasis en la importancia de la evaluación previa y posterior de las características sociodemográficas de los usuarios de cocaína asociadas con sus propios resultados en el tratamiento, sin importar el modelo del que se hable.

## **4.2 Laboral educativa**

Según Nunes, & Barth (1993) el número de usuarios que buscan tratamiento va en continuo crecimiento y se ha observado que a la fecha el hecho de tener menor educación y menores ingresos económicos son algunas de las características que se presentan en un gran porcentaje de los mismos.

### **4.2.1 Educación**

El factor educativo parece ser importante ya que puede, de cierta forma y hasta cierto punto, interferir con el proceso terapéutico. El nivel de educación del usuario tiene que ver con ciertas habilidades y conocimiento que pueden facilitar o dificultar el avance de las sesiones, así como la comprensión de los contenidos. Se debe subrayar la importancia de que el tratamiento se adecue a las características y necesidades de los usuarios para brindarles a éstos mayores oportunidades de un buen resultado.

Existen estudios que hablan acerca de la influencia del nivel educativo sobre los resultados del tratamiento. Entre los más destacados ya que las conclusiones resultan ser significativas, está el desarrollado por Knight, Logan, & Simpson (2001). De manera general, el estudio, intenta examinar algunas características antes del tratamiento para usar como posibles predictores de finalización o abandono de un tratamiento al que entraron 87 mujeres adictas a diversas sustancias, de la que el 79% usaban crack o clorhidrato de cocaína, con un promedio de 30 años de edad. Los factores que resultaron significativos como predictores, fueron el nivel educativo y la situación legal en términos de haber sufrido o no algún arresto en los seis meses previos a la entrevista. Los resultados muestran que aquellas que completaron de manera exitosa el programa (61%) tuvieron más alto grado escolar, ya fuese de preparatoria o equivalente y no habían tenido ningún arresto en los meses anteriores a la aplicación de la entrevistas.

#### 4.2.2 Situación laboral

Dentro de la misma muestra estudiada por Knight, Logan, & Simpson (2001) se evaluaron otros posibles predictores como en el caso de la situación laboral de los usuarios al momento de la evaluación, se encontró que el 56% con un empleo de por lo menos medio tiempo no completaron y el 44% con por lo menos medio tiempo de empleo si completaron el tratamiento, sin embargo, este factor no resultó significativo.

Las investigaciones anteriores muestran la probabilidad de que los usuarios presenten características personales, que pueden ayudar a que el tratamiento tenga un resultado considerado como exitoso, es decir que reduzca y si es posible interrumpa por completo el consumo de diversas sustancias y en este caso de cocaína. Con respecto a esta situación se sabe que el hecho de que usuario tenga un empleo, nos habla no solo de la probabilidad de que su nivel de dependencia no sea tan elevado, sino además de que aún tiene actividades alternas que pueden ayudarlo a evitar el consumo en la medida de lo posible.

Las suposiciones anteriores se basan en investigación como la que iniciaron Roll, Prendergast, Richardson, Burdon, & Ramírez (2001), en ésta, se reportó el caso de 99 usuarios (65.7% usaban metanfentaminas, 14.1% cocaína y el resto usaban marihuana, opiáceos o alcohol) que participaron en el programa de una corte de California, al cuál fueron mandados por haber cometido algún tipo de delito, de manera general, se encontró que la situación laboral representó un predictor significativo. Es decir, aquellos que estaban empleados al entrar al tratamiento tuvieron más probabilidades de completar de manera exitosa el programa, el 49% lo finalizaron disminuyendo el consumo o alcanzando la abstinencia. De la muestra total, el 38.4% dijo tener empleo al momento de entrar al tratamiento, los análisis estadísticos asociaron de manera significativa esta variable con un buen resultado en el tratamiento.

### **4.3 Historia del consumo**

Como se ha mencionado anteriormente, los diversos tratamientos tienen metas semejantes dentro de las que se encuentra el mantenimiento o recuperación del bienestar físico, psicológico y social, situación que puede lograrse a través de la reducción del consumo de la sustancia, o la abstinencia total, lo que a su vez, reduce de manera directa los riesgos asociados. La historia del consumo (años de consumo, intentos de abstinencia, frecuencia, cantidad, situaciones en las que consume, etc.) de cada usuario es diferente por lo que es necesario hacer énfasis en las necesidades particulares de cada persona en cuanto al tratamiento adecuado además de tomar en cuenta que los resultados pueden ser versátiles.

En este sentido, se llevó a cabo un estudio que evalúa los resultados de un tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual, los análisis arrojaron que dicho enfoque parece ser uno de los más prometedores ya que alcanza porcentajes elevados de abstinencia con periodos más prolongados así como reducciones significativas en el consumo de la cocaína (McKay, 2001). Dentro de este estudio se evaluaron los resultados de 121 usuarios de cocaína (79% de sexo masculino) que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a la misma, con base en los criterios de DSM-IV, por lo que se sometieron a un tratamiento cognitivo conductual de 12 semanas. El análisis sugiere que los clientes alcanzaron una reducción en el consumo de un 70% al finalizar el tratamiento (GAO, 1996).

El estudio realizado por Wells (1992, en GAO, 1996) indica que el resultado obtenido en un tratamiento cognitivo conductual de 6 meses fue de un 71% de abstinencia en el promedio total del tiempo. La muestra usada en esta investigación fue de 110 usuarios, dentro de los que el 64% era de sexo masculino. Los resultados, con base en investigaciones previas, parecen ser confiables.

En el estudio realizado por McKay y colaboradores (2001), se evaluó a un grupo de 132 veteranos de los Estados Unidos, con una edad promedio de 41 años cuyo consumo principal era de heroína y/o cocaína. Estos sujetos entraron a

un tratamiento basado en los 12 pasos. La finalidad era encontrar algunos de los factores relacionados tanto como con el resultado del tratamiento así como con el mantenimiento de dicho resultado a largo plazo. Para tal efecto se realizaron diferentes medidas dentro de las cuales se encuentran: cumplimiento de la abstinencia, etapa de cambio en la que se encontraba al inicio del tratamiento (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento), autoeficacia, humor positivo, apoyo familiar, problemas familiares y sociales, asistencia al programa, participación en grupos de auto ayuda, periodos de abstinencia, empleo y uso de cocaína (en cantidad y frecuencia). Los principales resultados obtenidos por medio de un análisis univariado señalan a los periodos de abstinencia y a la situación laboral como los principales y mejores predictores en la reducción del uso de cocaína durante y después del tratamiento. Dentro de los hallazgos más interesantes, se encontró que los usuarios que alcanzaron la abstinencia en periodos más breves tendieron a mantener dicha conducta con el avance del tiempo y por el contrario aquellos que tardaron o no alcanzaron la abstinencia tuvieron como resultado un aumento posterior en el consumo. Esta situación demuestra la gran importancia de alcanzar buenos resultados en el uso de la cocaína lo más pronto posible dentro del tratamiento, es decir, intentar alcanzar reducciones o abstinencia desde las primeras sesiones puede resultar en mejorías mucho más significativas.

Este estudio concluye con la suposición de que el predictor más relevante del uso subsecuente de cocaína es su uso actual así como la historia de su consumo, es decir, años de consumo, cantidad, frecuencia, etc. (McKay, 2001). La suposición se ha visto complementada por los estudios que se enfocan especialmente a evaluar este tipo de situación, de manera general, la historia del uso de cocaína, tomando en cuenta tanto la cantidad, la edad de inicio, los años de consumo, etc.

#### 4.3.1 Años de consumo

Se ha observado que los años de consumo están fuertemente asociados con el nivel de dependencia y por lo tanto con el resultado del tratamiento (Sartz, Horton, Larson, Winter & Samet, 2005; McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Haver, 2001; Muth, 1997). Esta situación resulta digna de considerarse ya que, como se ha mencionado anteriormente, es importante tomar en cuenta cualquier factor que pueda estar afectando el resultado del usuario en cuanto al tratamiento en el que participa, para de esta forma reducir, o por lo menos intentarlo, el número de abandonos así como mejorar el pronóstico en las diversas áreas de la vida de la persona así como lograr los objetivos, en términos del consumo, establecido de manera inicial.

En el estudio realizado por Kleinman, Millery, Scimeca, & Polissar (2002) 279 pacientes que entraron a un centro de desintoxicación público los que tuvieron fueron entrevistados en cuanto a factores sociodemográficos y datos con respecto de su consumo personal de la sustancia de preferencia. Dentro de los resultados, se encontró que aquellos con mayor probabilidad de éxito en el tratamiento tenían, a su vez, menor años de consumo, y sobre esta misma línea, permanecieron por mayor tiempo dentro del tratamiento. Es importante mencionar que en esta investigación, no se menciona el criterio con el que se evalúan los resultados, es decir, si es que se hizo en términos del consumo o de mejorías dentro de alguna esfera en particular, ya sea laboral, legal, social, familiar de salud, etc.

#### 4.3.2 Cantidad

Como se ha visto hasta el momento, el resultado en el uso del alcohol así como de otras drogas después del tratamiento se relaciona con una gran variedad de factores, entre los que podemos encontrar los interpersonales, intrapersonales y situacionales. La identificación de factores antes y después del tratamiento puede ayudar a predecir el resultado y el uso de sustancias posteriores, además de que son importantes ya que pueden derivar en la generación de modelos teóricos que expliquen el resultado del tratamiento y como una forma para desarrollar intervenciones cada vez más eficaces.

En este sentido, en el estudio realizado por McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Haver, (2001) se evaluó la relación entre ciertos factores, tales como los sociodemográficos, el consumo y el uso posterior al tratamiento. La muestra de usuarios estuvo compuesta por 132 veteranos de guerra diagnosticados con dependencia con base en los criterios de DSM-III R. Los análisis realizados arrojaron que el uso, evaluado a través de un registro de consumo (consumo diario a partir de 6 meses antes del tratamiento y hasta los seguimientos de 2 años), fue el mejor predictor del resultado del tratamiento, es decir, a mayor consumo previo y durante el tratamiento, mayor posibilidad de consumo después del tratamiento.

En otro estudio realizado por Muth (1997) se evaluó a 1605 usuarios de cocaína que participaron en diversos tipos de tratamiento brindados por el NIDA. Cada usuario fue clasificado, según su consumo y con base en un promedio de consumo, en una severidad que iba desde bajo, medio y llegaba a alto. Se realizaron seguimientos después del año de haber sido dados de alta. Entre los pacientes con una severidad baja, el uso semanal de cocaína se redujo en un 80% sin importar el tipo de programa en el que participaron. Aquellos usuarios con problemas moderados y severos fueron capaces de reducir el consumo semanal en un 85%, pero solo con la condición de que el tratamiento durara por lo menos 90 días, ya que en el caso de aquellos que permanecieron menos de 90 días la reducción alcanzada fue de un 60 a 70%, en promedio.

El patrón del consumo de cocaína suele usarse como predictor debido a que es un resultado que puede comprobarse por medio de análisis de orina. Sin embargo otra medida que puede resultar apropiada es la severidad o el nivel de dependencia que presenta el usuario. En este mismo sentido hay que resaltar la importancia de utilizar instrumentos cuya confiabilidad y validez han sido demostradas y de esta manera asegurar que la evaluación es adecuada y por tanto útil con fines no solo de diagnóstico sino además de tratamiento

#### 4.3.3 Severidad de la adicción

La severidad de la adicción puede medirse con diversos instrumentos, sin embargo, la aplicación de alguno en especial depende del enfoque así como del terapeuta o las necesidades de investigación. La severidad de la adicción suele usarse como medida de resultados del tratamiento, ya que al finalizar el mismo se esperaría una reducción sin importar el instrumento o el modelo de terapia del que se hable. En este sentido, no solo se usa para evaluar los resultados sino que puede usarse para predecir el resultado del individuo en particular. Generalmente el diagnóstico del patrón de abuso de sustancias puede basarse en diferentes instrumentos, dentro de los más usados se encuentra el ASI (Addiction Severity Index) (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati, Argeriou, 1992) y el DSM en sus diversas publicaciones y especialmente en la versión IV del mismo. Los diversos perfiles de adicción y las necesidades relacionadas que tienen los usuarios deben tener un buen diagnóstico para poder usar evaluaciones y habilidades que se requieren específicamente para mejorar la probabilidad de un buen resultado del usuario en tratamiento.

Una de las investigaciones realizadas con respecto de esta situación evaluó a 391 usuarios de cocaína cuya severidad de la adicción se evaluó por medio del ASI y se encontró que aquellos que recibieron más días de tratamiento tuvieron más probabilidad de reducir los puntajes en las diversas esferas y, así mismo, la severidad predijo de manera mucho más adecuada la reducción del consumo de la sustancia, es decir, a menor puntaje en el ASI mayor probabilidad de disminuir el consumo (Sartz, Horton, Larson, Winter, & Samet, 2005).

#### 4.3.4 Presentación de la cocaína (vía de administración)

La forma de administración de la sustancia es importante, ya que el efecto suele variar mucho dependiendo de este factor. Por ejemplo, en el caso de que la cocaína se fume o consuma de manera intravenosa (lo cuál es poco frecuente en la actualidad en México), su entrada en el organismo produce un efecto intenso de manera muy rápida; sin embargo, el efecto se disipa rápidamente creando una

poderosa necesidad de ingerir nuevamente la droga. La rapidez y duración de un compuesto juega un papel importante en el abuso de la droga (Mathias, 1997).

En el estudio realizado por Washton, & Stone (2002) se evaluó a una muestra de 60 usuarios adictos a crack o a la cocaína, los usuarios estaban dentro de un servicio de salud para dejar las drogas en una modalidad ya sea de internamiento (40 usuarios) o terapia externa (20 usuarios) todos ellos cumplieron con los criterios de DSM-III-R para dependencia severa, dentro del cuestionario de evaluación todos ellos respondieron afirmativamente a consumo alterno de alcohol y/o marihuana.

Los resultados de los seguimientos a 12 y 24 meses después de concluido el tratamiento, indicaron que al terminar el tratamiento, el grupo de aquellos que recibieron tratamiento interno alcanzaron un promedio de 68% de abstinencia y 64% en el caso de aquellos de tratamiento externo. Uno de los factores tomados en cuenta para evaluar los resultados fue que la vía de administración de cocaína, es decir, aquellos que la fumaban (crack) mostraron más alto porcentaje de abstinencia con un 68% mientras que aquellos que la inhalaban (clorhidrato de cocaína) alcanzaron un 78% sin importar si se hablaba de tratamiento interno o externo (Washton, & Stone, 2002).

#### **4.4 Conclusión**

En la mayoría de los estudios reportados anteriormente, el resultado del tratamiento se evalúa de forma global y no particular, situación por la cual es difícil hablar de factores específicos que se relacionen con dicho resultado, sin embargo, al analizar los datos se encuentran características que parecen ser de suma importancia, dentro de los cuales podemos encontrar la situación laboral (el porcentaje de abstinencia se asocia con el porcentaje de individuos que para el momento del tratamiento se encontraban empleados), el promedio de años de consumo así como características asociadas con el consumo, es decir, cantidad, frecuencia, vía de administración, presentación, etc.

En general, las características de los usuarios de cocaína son cambiantes y fundamentales para predecir las posibilidades de un sujeto en tratamiento. La razón principal por la que deben conocerse dichas características es por que una buena intervención depende en gran medida de éstas para obtener cada vez mejores resultados.

Debido a la necesidad de contar con indicadores que de cierta forma predigan los resultados del usuario en tratamiento y a fin de brindar elementos que permitan retroalimentar el diseño y la planeación de los servicios de atención terapéutica en el TBUC, se ha considerado importante explorar los factores que pueden estar asociados con el resultado del tratamiento, en términos de los cambios dados en el consumo, a partir de la exploración de diferencias entre los pacientes.

El panorama presentado dentro de este capítulo pone énfasis en la importancia de realizar más investigación con respecto a algunas de las características del usuario que se asocian al resultado de tratamientos específicos, por lo que, que el objetivo de esta investigación es evaluar algunos de estos factores (tales como el nivel de dependencia, los años de consumo, la situación laboral, la vía de consumo de cocaína y la asistencia a tratamientos previos), para, de ésta forma saber si influyen en el resultado de los usuarios dentro del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. En este sentido y con base en las características a analizar, se espera encontrar que los usuarios que finalizan el tratamiento, tengan un bajo nivel de dependencia antes del tratamiento, más años de consumo que los que no terminan el tratamiento, haber tenido por lo menos un tratamiento previo, que estén trabajando al momento de iniciar el TBUC y que consuman clorhidrato de cocaína.

## MÉTODO

### *Participantes*

Un total de 345 usuarios que cumplieron los criterios de admisión para el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC.), ofrecido en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, en un periodo comprendido del 2000 al 2007, fueron tomados en cuenta para el estudio.

#### *Criterios de inclusión:*

1. Acudir a solicitar el servicio de consulta externa para tratar el problema de consumo de cocaína.
2. Hombres y mujeres mayores de 18 años.
3. Consumidores de cocaína.
4. Saber leer y escribir.
5. Firmar un consentimiento informado.

#### *Criterios de exclusión:*

1. No cumplir con los criterios de inclusión.
2. Consumidores con complicaciones médicas graves.
3. Alteraciones cognoscitivas severas, detectadas a través de la entrevista inicial, que impidan su participación adecuada, medidas a través de una entrevista clínica.

De la muestra total, tan solo 68 usuarios cumplieron los criterios de elegibilidad para éste estudio. De éstos, 35 (51.5%) concluyeron el tratamiento y 33 (48.5 %) suspendieron antes de llegar a la sesión 8 pero por lo menos asistieron hasta la sesión 2. La edad media fue de 28.13 (con un rango de 18 a 52 años), con una desviación estándar de 7.5 años.

La muestra estuvo compuesta por 60 hombres (88.2%) y 8 mujeres (11.8%), todos ellos diagnosticados con dependencia a la cocaína con base en los criterios del DSM-IV. La media de años de consumo fue de 6.70 años con una desviación estándar de 4.80.

El 61.8% de la muestra eran solteros, el 26.4% casados, el 7.4% en unión libre y el 4.4% divorciados. La escolaridad fue de 2.9% primaria, 27.9% secundaria, 29.4% bachillerato, 32.4% profesionales y el 7.4% carrera técnica

Dentro de la muestra se encontró que el 14.7% no tenía ocupación al momento de entrar al tratamiento, el 11.8% eran estudiantes, el 14.7% subempleados, el 29.4% empleados, el 10.3% comerciantes, 5.9% licenciatura, 5.9% carrera técnica, 1.5% taxistas, 4.4% ofrecen sus servicios y el 1.5% no especificaron el ámbito en el que se desempeñan.

### Diseño y método de asignación

El tipo de diseño empleado en esta investigación fue de tipo ex post facto comparativo, con dos grupos de usuarios: que terminaron (GF) y no terminaron (GA), es decir, aquellos que no llegaron a la sesión 8 pero que por lo menos asistieron hasta la sesión 2. La selección de la muestra fue con una asignación no probabilística, por conveniencia.

### Escenario

El TBUC se ofreció en el Centro Acasulco, de la Facultad de Psicología, UNAM.

### *Instrumentos*

1. Ficha de identificación. Tiene como finalidad explorar los datos sociodemográficos del usuario, tales como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, situación laboral así como nivel de ingresos económicos, entre otros. De manera general, contiene 12 reactivos tanto de opción múltiple como de tipo abierto.

2. Cuestionario de preselección. Este instrumento fue diseñado para identificar a aquellos usuarios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, consta de 8 reactivos con

respuestas dicotómicas, tales como: ¿Sabe leer y escribir?, ¿Tiene 18 años o más?, etc.

3. Cuestionario de entrevista inicial. Esta entrevista fue desarrollada específicamente para el TBUC. Su finalidad es analizar 7 diferentes áreas importantes de la vida del paciente: historia del consumo de sustancias; problemas psicológicos, físicos, afectivos, emocionales, económicos y de salud relacionados con el consumo. En esta entrevista semiestructurada los usuarios indican la cantidad de consumo y la cantidad consumida por ocasión, así como los años que tienen de consumo y los tratamientos previos relacionados con la cocaína.

4. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, & Ayala, 2001). Consta de 20 reactivos de respuestas dicotómicas, arroja un índice de problemas de drogas experimentadas en un periodo pasado de 12 meses y el grado de dependencia que presenta el sujeto. Este instrumento ha demostrado validez y una confiabilidad de KR20: .9637

5. Línea Base Retrospectiva. (Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979, adaptada por Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). El método de la línea base retrospectiva se desarrolló para ayudar a recordar conductas de consumo de alcohol o drogas reciente, es decir, el patrón de consumo de la persona. Es un registro de los últimos seis meses, cuyo objetivo es identificar la frecuencia (en días) y cantidad de consumo del usuario.

6. Indicadores de dependencia a drogas del DSM-IV (Oropeza, 2000). Esta escala se adaptó a partir de los indicadores de dependencia a sustancias del DSM-IV. Son trece reactivos dicotómicos que señalan los síntomas del usuario al momento de la evaluación y permiten realizar un diagnóstico basado en los criterios de dicho manual (abuso, dependencia o dependencia fisiológica).

7. Autorregistro del consumo. (Sobell & Sobell, 1992) Su objetivo es recolectar información sobre el consumo de cocaína y otras sustancias durante un periodo significativo. Si se da el consumo, éste debe señalarse en cantidad y fecha adecuadas así como en situaciones, pensamientos y sentimientos asociados. En caso de que se presente algún deseo de cocaína es necesario especificar la

duración e intensidad del mismo, los disparadores y la cantidad de episodios por día.

8. Línea Base Retrospectiva. (Ayala, Cárdenas, Echeverría, & Gutiérrez, 1998). El método de la línea base retrospectiva se desarrolló para ayudar a recordar conductas de consumo de alcohol o drogas reciente, es decir, el patrón de consumo de la persona. Es un registro de los últimos seis meses, cuyo objetivo es identificar la frecuencia (en días) y cantidad de consumo del usuario.

### *Procedimiento*

Los usuarios que conformaron la muestra para el análisis se registraron y participaron en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, conformado por 2 sesiones de evaluación y ocho tópicos de tratamiento, con una duración promedio de una hora, impartidos una vez a la semana. Una vez finalizado el tratamiento se programaron tres sesiones de seguimiento, al mes, a los tres y a los seis meses después de concluido el tratamiento. Los instrumentos, resúmenes de las sesiones así como datos personales del usuario se registraron en una base de datos con el fin de realizar investigación relacionada y análisis de datos posteriores.

#### *1. Descripción del tratamiento*

El TBUC está orientado a la abstinencia ya sea desde un inicio o por medio de una reducción continua hasta detener el uso de la cocaína. El modelo se maneja de manera individual y las herramientas enseñadas intentan alcanzar la abstinencia de una manera no intrusiva, en consulta externa y se trata de apoyar al usuario para que alcance metasterapeutas. El tratamiento se diseñó especialmente para los usuarios que dependen de la sustancia, sin embargo también ha demostrado ser útil con aquellos que se diagnostican con uso o abuso.

El tratamiento comprende un periodo de tiempo aproximado de 10 semanas, con una duración de una hora a hora y media en promedio por sesión. En el TBUC

el usuario resuelve, con ayuda del terapeuta, los 8 diferentes tópicos con sus ejercicios correspondientes, cada tópico contiene diversas habilidades que serán de utilidad para que la persona alcance la meta de abstinencia al finalizar el tratamiento.

#### 1. Admisión:

Los usuarios buscaron ayuda para su uso de cocaína en el centro de atención Acasulco, llenaron una hoja con sus datos y se les canalizó con un terapeuta calificado en el TBUC. El terapeuta se comunicó con el usuario y concertaron una cita que se adaptara al horario de ambos para iniciar con la evaluación y posteriormente el tratamiento.

#### 2. Evaluación :

La sesión de evaluación tuvo como objetivo conocer si es que el usuario era candidato o no para el tratamiento, así como identificar algunas de las características personales, familiares, laborales y de consumo. Durante esta sesión el terapeuta llenó la ficha de admisión y posteriormente aplicó, por medio de una entrevista semiestructurada, cuestionario de preselección, Entrevista inicial, LIBARE y CAD. Una vez concluida la entrevista se le explicó al usuario como es que debía llenar el autorregistro y se aclaró la importancia de llenarlo a partir de ese mismo día y hasta que finalizó el tratamiento. Se dio una nueva cita para continuar con la evaluación.

La segunda sesión de evaluación tuvo como objetivo completar la evaluación del usuario con los instrumentos estructurados que conformaron la batería para el TBUC, se aplicó el ISCD, SACD y Cuestionario de Indicadores de Dependencia (diseñado especialmente para el TBUC). En caso de que fuese necesario ahondar más en la historia del consumo o en los problemas asociados al mismo, se hacía una nueva exploración para no dejar que ningún dato importante quedará sin

explicar. Se dio una nueva cita para iniciar con los tópicos del TBUC, se le pidió al usuario que respondiera el tópico 1 para trabajarlo en la siguiente sesión.

### 3. Tópicos

Los tópicos que se manejaron dentro del tratamiento fueron 8, cada uno tiene diferentes objetivos específicos para el manejo del uso de cocaína, sin embargo, la meta general fue la abstinencia y la recuperación de una vida más saludable en varios ámbitos, es decir, familiar, social, laboral, salud, etc.

Una sesión de tratamiento involucró la observación del autorregistro del consumo y del deseo por consumir, se revisó el cumplimiento de la meta de cada semana así como la elaboración de la tarea asignada, en todo momento se dio retroalimentación, se elaboraron planes de acción para las situaciones de riesgo identificadas y finalmente se explicó la siguiente tarea.

La estructura general de las sesiones comprendió básicamente 7 pasos, el primero consistió en establecer rapport con el usuario al que se atendió, posteriormente se verificó el estado de ánimo de la persona, preguntando directamente y por medio de observación, el tercer punto consistió en establecer una agenda y especificar cuales son los objetivos y la forma de alcanzarlos para el tópico, se tendió un puente con la sesión pasada para hacer notar la relación que puede tener una habilidad con otra y como es que todas ayudan a la recuperación, durante la sesión se intentó trabajar todos los asuntos de la agenda que fueron variables y dependieron básicamente de las necesidades del usuario así como de la estructura del tópico, al finalizar la sesión se hizo un resumen verbal al usuario acerca de todo lo que se trabajó durante esa hora y se trató de hablar de los temas más importantes, para concluir, el paso 7 consistió en asignarle a la persona la tarea para la siguiente sesión. El contenido general de cada tópico se encuentra descrito en la tabla 1.

**Tabla 1.** Contenido de los Tópicos

Tópico	Objetivo	Ejercicios
--------	----------	------------

<p>1. Balance Decisional y Establecimiento de metas</p>	<p>Motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea reduciéndolo gradualmente, o buscando la abstinencia desde esta sesión</p>	<p>Ambivalencia y balance decisional. Discutir razones para cambiar. Hablar acerca de los efectos de la sustancia. Establecimiento de la meta del tratamiento. Confianza en el logro de la meta.</p>
<p>2. Manejo del consumo de cocaína</p>	<p>Enseñar al usuario a identificar y manejar los disparadores del consumo de cocaína</p>	<p>La recuperación a largo plazo y la montaña de la recuperación. Identificación de los disparadores, consecuencias y riesgos de consumo. Desarrollo de planes de acción.</p>
<p>3. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína</p>	<p>Enseñar al usuario a identificar y manejar, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento, sus pensamientos relacionados con el consumo de cocaína</p>	<p>Identificación y manejo de pensamientos. Diario de pensamientos. Situaciones de consumo, estados negativos particulares y pensamientos asociados. Hoja de cambios para las siguientes cinco semanas. Enfrentamiento de pensamientos sobre cocaína. Lista de teléfonos de emergencia.</p>
<p>4. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína</p>	<p>Enseñar al usuario a identificar y manejar el deseo de consumir cocaína</p>	<p>Como entender el deseo Identificación de situaciones de consumo y deseo. Lista de disparadores de deseo.</p>

		<p>Lista de actividades de evitación.</p> <p>Hablar del deseo.</p> <p>Autoplática constructiva.</p> <p>Sentir el deseo.</p> <p>Ventajas y desventajas del consumo.</p> <p>Plan de enfrentamiento del deseo.</p> <p>Evaluación del enfrentamiento del deseo.</p>
5. Habilidades asertivas de rechazo	Enseñar al usuario habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de cocaína, que le servirán para controlar posibles situaciones de riesgo	<p>Tipos de respuesta y análisis de la situación.</p> <p>Evaluación de las respuestas asertivas.</p> <p>Respuestas asertivas ante el ofrecimiento de cocaína.</p> <p>Sugerencias útiles para enfrentar a los proveedores de cocaína.</p> <p>Manejo de los proveedores.</p> <p>Efectividad de las respuestas asertivas.</p>
6. Decisiones aparentemente irrelevantes	Enseñar al usuario a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de riesgo de consumo	<p>Explicación de las decisiones aparentemente irrelevantes y las señales rojas.</p> <p>Análisis de DAI.</p> <p>Identificación de ejemplos personales de DAI.</p> <p>Cursos alternativos de acción.</p> <p>Recaídas por DAI.</p> <p>Decisiones futuras.</p>
7. Solución de problemas	Enseñar al usuario a desarrollar y aplicar una estrategia de solución de problemas	<p>Pasos de la estrategia de solución de problemas.</p> <p>Solución de problemas relacionados con el consumo.</p>

		Solución de otros problemas.
8. Reestablecimiento de la meta y planes de acción	Evaluar el cumplimiento de la meta del tratamiento así como la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas dentro del TBUC, para alcanzar o mantener la abstinencia	Reevaluación de la meta establecida. Establecimiento de la abstinencia. Planes de acción para las citaciones de mayor riesgo. Conclusión.

#### 4. Seguimientos

Una vez que el usuario terminaba el tratamiento, se le daba una cita para su seguimiento al mes. En esta sesión se realizó una nueva evaluación acerca del consumo de la persona, su funcionamiento social, familiar, laboral y acerca del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas en el tratamiento para controlar el consumo. En los seguimientos se analizó la trayectoria del patrón de consumo así como la necesidad de fortalecer algunas estrategias para mantener la abstinencia. Los seguimientos se planearon al mes, tres y seis meses después de concluido el tratamiento y el procedimiento fue básicamente el mismo para los tres.

#### *II. Descripción del análisis de datos*

##### 5. Base de datos

Los datos de cada persona que participó en el tratamiento fueron registrados en una base de datos elaborada específicamente para contener los datos relevantes del tratamiento de los usuarios (datos sociodemográficos, resultados de los instrumentos aplicados, resúmenes de las sesiones, Libare, Automonitoreo, etc.).

##### 6. Análisis de Datos

A. En una primera etapa se hizo un análisis descriptivo de los datos, para, de esta forma, llevar a cabo definir algunas características de la muestra a partir de frecuencias, medias y desviaciones estándar. Los datos expuestos se obtuvieron de la ficha de identificación, cuestionario de preselección identificadores de dependencia a drogas y entrevista inicial

B. En una segunda etapa se llevaron a cabo análisis que incluyeron, para los datos a nivel nominal  $\chi^2$ ; para aquellos de nivel ordinal la U de Mann Withney, finalmente pruebas T de Student para comparar los datos obtenidos a nivel intervalar. Las principales variables analizadas fueron el nivel de dependencia, años de consumo, tratamientos previos, situación laboral y presentación de la cocaína, estos datos se obtuvieron del cuestionario de entrevista inicial, cuestionario de abuso de drogas (CAD), Autorregistro del consumo y LIBARE respectivamente.

## RESULTADOS.

La primera etapa consistió en hacer un análisis descriptivo mientras que la segunda se destinó a la comparación entre grupos.

### *A. Análisis Descriptivo*

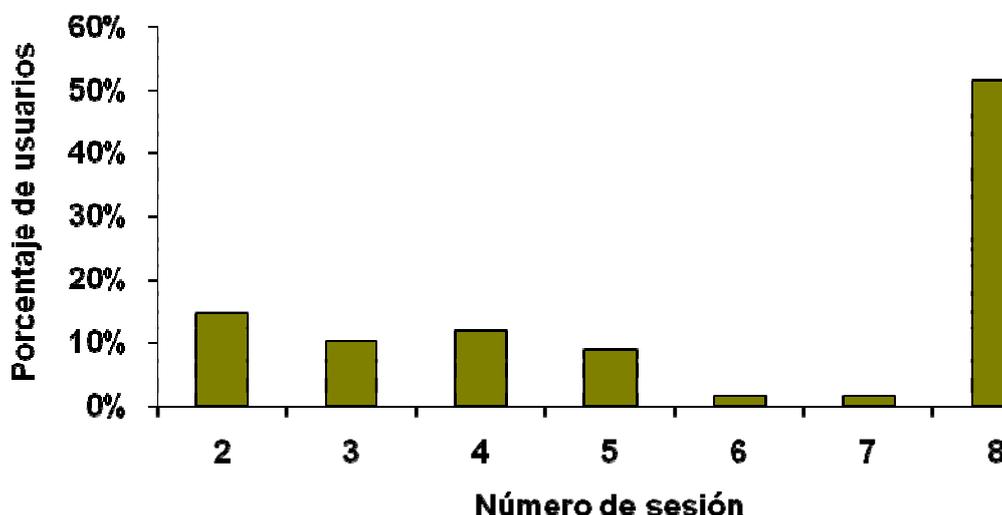
Este apartado describe la muestra, a partir de frecuencias, medias y desviaciones estándar. Inicialmente se detallan las características de la muestra total y a continuación por grupos.

#### *Muestra total.*

La muestra final se conformó por 68 usuarios que ingresaron al TBUC en diferentes fechas y atendidos por diferentes terapeutas, todos ellos capacitados y entrenados en el TBUC.

Del total de la muestra, se dividieron 2 grupos, el primer grupo (GT) estuvo compuesto de 36 (52.9%) usuarios que terminaron hasta el tópico 8, de los que el 41.17% tuvieron seguimiento y el 58.83% no lo tienen por diversas razones (no se presentaron, no se pudieron localizar, su teléfono había cambiado, etc.). El segundo grupo (GA) se formó por 32 usuarios (47.1%) que no terminaron el tratamiento pero por lo menos llegaron a la sesión dos, aquellos que llegaron a la 1 o antes fueron descartados de la muestra ya que la información necesaria para el estudio no estaba del todo integrada para esa sesión. El total de las personas que compusieron la muestra así como la sesión a la que legaron se observa en la figura 1.

**Figura 1.** Representa el porcentaje de usuarios, de la muestra total, que llegaron a cada sesión.



#### Características sociodemográficas.

Se procedió a realizar un análisis de frecuencias tanto de las variables sociodemográficas como de las características de consumo y de algunas variables obtenidas durante la evaluación de los usuarios.

La tabla 2 contiene la distribución de características sociodemográficas de los usuarios que compusieron la muestra total. Se observó que el mayor porcentaje de usuarios eran solteros, mientras que la escolaridad se encuentra mayormente distribuida sobre tres de los niveles (secundaria, bachillerato y profesional), finalmente, solo el 14.7% estaban desempleados al momento de entrar al tratamiento.

**Tabla 2.** Muestra las características sociodemográficas de la muestra total.

Variable	Usuarios	Porcentaje	Media	Mediana	Desviación Estándar
Genero	Masculino	60	88.2%		
	Femenino	8	11.8%		
Edad	68	-	28.13	25.50	7.5

Estado civil	Soltero	42	61.8%	-	-	-
	Casado	18	26.5%			
	Unión libre	5	7.4%			
	Divorciado	3	4.4%			
Escolaridad	Primaria	2	2.9%	-	-	-
	Secundaria	19	27.9%			
	Bachillerato	20	29.4%			
	Profesional	22	32.4%			
Ocupación	Carrera técnica	5	7.4%			
	Sin ocupación	10	14.7%	-	-	-
	Estudiante	8	11.8%			
	Subempleado	10	14.7%			
	Empleado	20	29.4%			
	Comerciante	7	10.3%			
	Técnico	4	5.9%			
	Licenciatura	4	5.9%			
	Taxista	1	1.5%			
	No especificó	1	1.5%			
Tiempo dedicado a la ocupación	Ofrece sus servicios	3	4.4%			
	Completo	32	47.1%	-	-	-
	Medio	10	14.7%			
	Por horas	8	11.7%			
	Eventual	6	8.8%			
	No respondió	12	17.7%			

### Características del consumo de cocaína

El patrón de uso de drogas de los 68 usuarios que participaron en el estudio indicó que la ruta de administración más frecuente fue fumada mientras que la inhalada ocupó el segundo lugar de preferencia entre los usuarios (Tabla 3). La media de años de consumo para la muestra total fue de 6.7 con una desviación estándar de 4.8

**Tabla 3.** Representa el porcentaje de la vía de administración de cocaína de la muestra total.

Vía de administración	Número de usuarios	Porcentaje
Inhalada	30	44.1%
Aspirada	4	5.9%
Fumada	33	48.5%
Inyectada	1	1.5%
<b>TOTAL 68</b>		<b>TOTAL 100%</b>

La media de consumo en la Línea Base Retrospectiva fue de 2.4 con una desviación estándar de 2.3, sin embargo es necesario tomar en cuenta que solo 38 usuarios completaron dicho registro mientras que con los restantes no ocurrió así, de los usuarios que llenaron la LIBARE. En la pregunta: ¿Con qué frecuencia consume? algunos de los usuarios reportaron un consumo diario mientras que otros respondieron tener un consumo esporádico que iba de 2 o tres veces al año, los resultados de todos los usuarios se muestran en la tabla 4, el 58% de los usuarios consumía solo, el 38.2% acompañado y el 2.9% en ambas situaciones; El 16.2% consumía en lugares públicos y el 75% en lugares privados mientras que el 8.8% restante consumía en ambas situaciones.

**Tabla 4.** Se observa la frecuencia de consumo de cocaína de la muestra total

Frecuencia	Muestra total	GT	GA
2 o 3 veces al año	1 (1.5%)	1 (2.9%)	00
Menos de una vez al mes	1(1.5%)	1 (2.9%)	-
Una vez al mes	2(2.9%)	-	2 (6.1%)
2 veces al mes	6(8.8%)	4 (11.4%)	2 (6.1)
1 vez a la semana	15(22.1%)	9 (25.7%)	6 (18.2%)
2 a 3 veces por semana	21 (30.9%)	9 (25.7%)	12 (36.4%)

Diario	12 (17.6%)	6 (17.1%)	6 (18.2%)
Más de una vez al día	10 (14.7%)	5 (14.3%)	5 (15.2%)

#### Otras características

En la evaluación inicial se exploraron algunos factores tales como calidad de vida al momento de ingresar, los resultados muestran que el mayor porcentaje (31.3%), del total de la muestra, respondieron estar “muy insatisfechos” con su estilo de vida

El 39.7 de los usuarios no habían asistido a ningún tratamiento anterior mientras que el 58.8% si lo hizo así, al cuestionar acerca del tipo o enfoque con el que trabajaron, en la tabla 5 se observa que la mayoría ingreso a un “anexo”.

**Tabla 5.** Tipo de tratamiento recibido

Tipo	Usuarios	Porcentaje
Anexo	10	14.7
Alcohólicos Anónimos	10	14.7
Centro de Integración Juvenil	5	7.4
Terapia Familiar	3	4.4
Grupo de autoayuda	5	7.4
Tratamiento médico	2	2.9
Varios	1	1.5
Omitido	32	47.1
	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>68</b>	<b>100%</b>

En cuanto al diagnóstico de los usuarios que ingresaron al TBUC, al aplicar el CAD se obtuvieron diversos resultados que se pueden percibir en la tabla 6.

**Tabla 6.** Diagnóstico CAD

Diagnóstico	Usuarios	Porcentaje
Sin problemas	1	1.5%
Leve	4	5.9%

Moderado	24	35.3%
Sustancial	25	36.8%
Severo	12	17.6%
No se aplicó	2	2.9%
	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>68</b>	<b>100%</b>

*Muestra por grupos.*

Características sociodemográficas.

En la tabla 7 se muestran las características de los dos grupos de estudio (el grupo que terminó y el grupo que abandonó), como se puede apreciar, en términos de porcentajes aquellos que abandonaron tuvieron una media de edad mayor y un porcentaje menor de ellos se encontraban empleados al momento de ingresar al tratamiento comparados con los usuarios que terminaron, para el GT el promedio de años de consumo fue de 6.3 con una desviación estándar de 3.9 y en el caso de GA la media fue 7.17 con una desviación de 5.6, es decir el grupo que abandonó tenía un promedio de años mayor que el grupo que terminó.

**Tabla 7.** Se describen las características sociodemográficas por grupos.

<b>Variable</b>		<b>GT</b>	<b>GA</b>
Genero	Masculino	92.9%	93.9%
	Femenino	7.1%	6.1%
Edad		Media: 17.47	Media: 28.93
Estado civil	Soltero	60.0%	63.6%
	Casado	34.3%	18.2%
	Unión libre	2.9%	12.1%
	Divorciado	2.9%	6.1%
Escolaridad	Primaria	2.9%	3.0%
	Secundaria	20.0%	36.4%
	Bachillerato	25.7%	33.3%
	Profesional	45.7%	18.2%

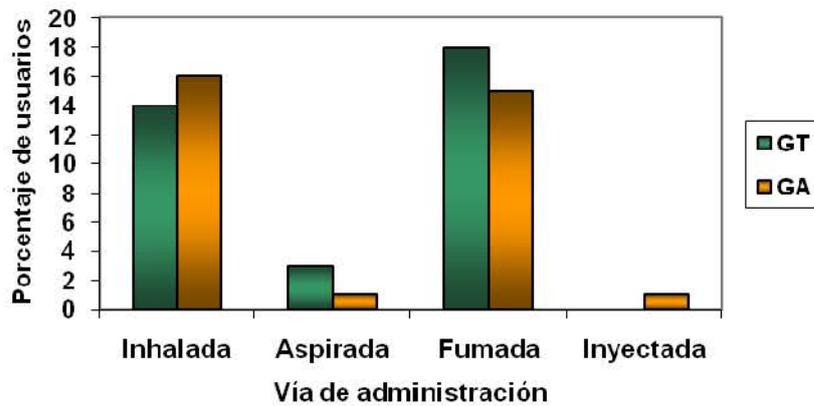
Ocupación		Carrera técnica	5.7%	9.1%
		Sin ocupación	8.6%	21.2%
		Estudiante	22.9%	0.0%
		Subempleado	11.4%	18.2%
		Empleado	25.7%	33.3%
		Comerciante	14.3%	6.1%
		Técnico	5.7%	6.1%
		Licenciatura	5.7%	6.1%
		Taxista	2.9%	0.0%
		No especificó	0.0%	3.0%
		Ofrece sus servicios	2.9%	6.1%
Tiempo dedicado a la ocupación		Completo	40.0%	54.5%
		Medio	20.0%	9.1%
		Por horas	8.6%	15.2%
		Eventual	14.3%	3.0%
		No respondió	17.1%	18.2%

Es importante observar que los mayores porcentajes de escolaridad, para el grupo que terminó, se concentran en la licenciatura, mientras que para el grupo que abandonó la muestra tiende a niveles más bajos (primaria, secundaria y bachillerato).

#### Características del consumo de cocaína.

Las diferentes vías de administración para ambos grupos pueden apreciarse en la figura 2. Se observa que el mayor porcentaje de usuarios que terminó la fumaban mientras que aquellos que abandonaron la consumían preferentemente inhalada.

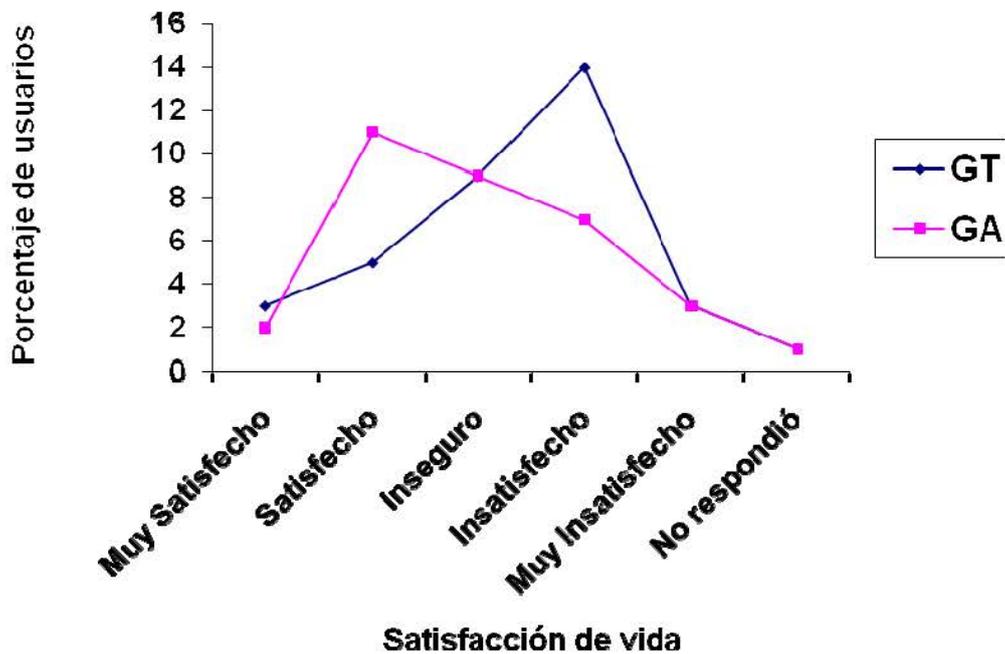
**Figura 2.** Muestra el porcentaje de la vía de administración de cocaína de la muestra por grupos



### Otras características

En el caso de satisfacción de vida, los casos se muestran separados por grupo (GT, GA) en la figura 3 y se observa que el número de usuarios “insatisfechos” en el grupo que terminó (GT) es superior en cuanto a número en comparación con el grupo de usuarios que abandonaron el tratamiento (GA), mientras que las demás categorías son semejantes para ambos grupos.

**Figura 3.** representa la satisfacción de vida de los usuarios, por grupos, al ingresar al tratamiento



### B. Análisis Estadístico.

Como se mencionó anteriormente, la muestra total (68 usuarios) se dividió en dos grupos: GT (grupo que terminó el tratamiento) y GA (grupo que abandono el tratamiento antes de concluir las 8 sesiones pero por lo menos llegó a la sesión 2). Con el objetivo de evaluar que asociaciones resultaban ser estadísticamente significativas entre las diversas variables (nivel de dependencia, los años de consumo, la situación laboral, la vía de consumo de cocaína y la asistencia a tratamientos previos) y el resultado del tratamiento. Se aplicó  $X^2$  para los datos a nivel nominal, U de Mann Withney para aquellos de nivel ordinal y finalmente pruebas T de Student para comparar los datos obtenidos a nivel intervalar. Los análisis para examinar las diferencias entre un grupo y otro se llevaron a cabo de manera separada para cada variable analizada.

De las características analizadas (nivel de dependencia, los años de consumo, la situación laboral, presentación de cocaína y la asistencia a tratamientos previos) tan solo la presentación de la cocaína ( $X^2= 3.32$   $p<.05$ ) (3,5) y los tratamientos previos ( $X^2= 3.401$ ,  $p<.05$ )(1,2) se asociaron de manera estadísticamente

significativa con el resultado del TBUC, es decir, los usuarios que consumían clorhidrato tuvieron más probabilidades de abandonar el tratamiento que aquellos que consumían crack, además de que aquellos que no habían asistido a tratamientos previos tuvieron más posibilidades de terminar.

El análisis realizado a partir de  $X^2$  entre ambos grupos (GA y GT) en cuanto al nivel de dependencia no resultó significativo, al igual que en el caso del empleo

En cuanto a la comparación entre el grupo (GT, GA) contra el autorregistro y la LIBARE por medio de una T de Student, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Posteriormente y con base en los resultados obtenidos se efectuó un nuevo análisis, en el caso del nivel de dependencia se reordenó en dos grupos denominados: leve (conteniendo el subgrupo sin problemas y leve) y Severo (en el que se incluyeron los subgrupos moderado, sustancial y severo), se aplicó una  $X^2$  y los resultados no fueron estadísticamente significativos. De los análisis posteriores ninguno de estos resultó estadísticamente significativo.

En conclusión, los análisis realizados por medio de diversas pruebas estadísticas arrojaron que el resultado del tratamiento se asocia significativamente con dos variables, presentación de la cocaína y tratamientos previos, las demás variables no se asocian, por lo menos estadísticamente con el resultado de los usuarios dentro del TBUC

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de datos comprendió, primero, el uso de estadística descriptiva, basado principalmente en frecuencias, posteriormente se llevó a cabo un estudio comparativo entre el grupo (GA, GT) y las variables: años de consumo, tratamientos previos, presentación de la cocaína, nivel de dependencia, empleo, autorregistro, automonitoreo y seguimiento..

Los resultados fueron concluyentes al determinar que de las características analizadas, la presentación de la cocaína y los tratamientos previos fueron las dos variables asociadas de manera significativa con el resultado del tratamiento.

En el caso de la presentación, se encontró que aquellos que consumen clorhidrato tienen más posibilidades de abandonar el tratamiento, estos resultados llaman la atención, sobre todo si se toma en cuenta el estudio realizado por Washton, & Stone (2002); Estos investigadores concluyeron que el hecho de consumir crack estaba asociado con resultados y pronósticos más negativos que aquellos que consumían clorhidrato, situación que concuerda con los resultados de ésta investigación No obstante debemos considerar la diferencias contextuales y culturales, además es importante tomar en cuenta que el tipo de tratamiento que se les dio a los sujetos no se especifica en el artículo. En general el hecho de que aquellos que consumen clorhidrato tengan más probabilidades de abandonar el tratamiento puede deberse al hecho de que esta vía de administración trae consecuencias genera efectos reforzantes de manera más inmediata, Lo que puede llevar al usuario a evaluar las consecuencias de su consumo como menos negativas y por lo tanto no estar motivado al cambio.

En el caso de los tratamientos previos se encontró dentro de esta investigación que aquellos que habían asistido previamente a algún tipo de tratamiento tenían menores posibilidades de terminar, estos resultados concuerdan con los propuestos por Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer (2007), en su investigación se observó que aquellos usuarios con más tratamientos previos tienen menor posibilidad de disminuir su consumo y muchas más probabilidades de recaídas así como problemas en cuanto a la severidad de su dependencia

(evaluada por medio deASI), este mismo caso se da en el estudio de Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira (2002) que de manera semejante exponen la asociación entre los resultados de los usuarios en tratamiento y su experiencia previa con tratamientos para las adicciones. En este sentido, hablan acerca de la relación que guarda el hecho de tener más tratamientos previos con una mayor severidad de dependencia, así como un mayor nivel y frecuencia de consumo y menores probabilidades de abstinencia.

También se registró una probabilidad cercana al nivel de significancia en la estimación de la relación entre el resultado del tratamiento (GT, GA) y cantidad previa registrada en la LIBARE, el sentido de la relación indica que aquellos con un promedio de consumo mayor tenían menos probabilidades de finalizar el tratamiento, esta variable apoya la teoría de que aquellos con un nivel de dependencia mayor tienen resultados menos favorecidos comparados con aquellos que tienen niveles menores de dependencia, a pesar de que la variable del nivel de dependencia no resultó estadísticamente significativo es importante tomarla en cuenta ya que se encuentra directamente asociada con la cantidad de consumo de los 6 meses previos al ingreso al tratamiento.

Con respecto a las variables de empleo, nivel de dependencia y años de consumo, principalmente, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, pese a esta situación, cabe recalcar que cualitativamente se observaron tendencias importantes, entre las que podemos mencionar que aquellos usuarios que no tenían trabajo o aquellos que tenían mas años de consumo tendían a no terminar el tratamiento. Este tipo de tendencias deben interpretarse con cautela pero su importancia radica en que sugieren que las variables empleadas dentro del estudio son predictores razonables.

En el caso de la variable, nivel de estudios, al ser analizada estadísticamente no arrojó resultados significativos, aunque, cabe mencionar que cualitativamente se nota una tendencia de mayor nivel escolar en aquellos que finalizan el tratamiento. Esta situación es importante ya que nos da pautas para la forma de trabajo con los diferentes tipos de usuarios, es decir, el tratamiento debe ser

flexible ante las necesidades de personas que tienen diferentes niveles educativos.

Es probable que los factores personales o características de los usuarios predigan solo una baja proporción de la varianza en el fracaso o renuncia al tratamiento, por lo que, es importante examinar variables asociadas con el tratamiento (como las herramientas, costos, facilidades, alianza terapéutica, retención, nivel de compromiso, etc.) que predigan de manera mucho más certera y que complementen los hallazgos para una mejor predicción de los resultados ya que la terapia es un proceso dinámico que no se da solo por el paciente sino que tiene que ver también con el terapeuta, el tipo de terapia y el ambiente, entre otros.

El hecho de que tan solo dos variables hayan resultado estadísticamente significativas, probablemente se debe a que el programa tiene bases teóricas muy funcionales y por lo tanto ayudan a los usuarios a dejar o reducir el consumo independientemente de sus características, además de que demuestra cierta flexibilidad, ya que funciona para un amplio rango de población. Otra de las ventajas es que el modelo está estandarizado es decir se les dan las mismas sesiones con básicamente la misma estructura por lo que la evaluación de los resultados es mucho más confiable.

El objetivo de esta investigación no fue el de evaluar las razones por las que las variables influyen sobre el resultado del tratamiento, sin embargo puede suponerse en el caso de tratamientos previos puede deberse a que los usuarios que no han asistido a otro tipo de tratamientos no han generado creencias negativas acerca de los mismos por lo tanto, como terapeutas, es importante poner atención en el hecho de que el usuario que asiste por primera vez debe ser retenido para aumentar su probabilidad de cambio en el consumo.

Este tratamiento funciona bien para personas que no han tenido tratamientos previos y que consumen clorhidrato, por lo que deben adaptarse algunas de las sesiones para aquellos que no presentan dichas características. En el momento en el que el usuario recibe atención es importante evaluar sus factores de riesgo y tratar de implementar, junto con el, acciones que incrementen su probabilidad de

abstinencia, es importante hacerle notar que necesita poner mas empeño y preguntarle cuales áreas considera son las más débiles para trabajar mas en ellas, Esto pone de relieve la necesidad de planear más el tratamiento cuando se conocen las características del usuario y, por lo tanto, incrementar la retención así como mejorar los posibles resultados del usuario en su tratamiento. Es de suma importancia poner Atención a aquellos que están regresando a tratamiento en primer lugar por que quiere decir que tienen recaídas y en segundo por que están generando un mayor costo no solo social sino económico

La posibilidad de identificar y desarrollar estrategias de tratamiento efectivas para los usuarios de cocaína se ha vuelto una prioridad y más desde que esta droga se ha convertido en una de las más usadas no solo en nuestro país sino mundialmente. El abuso de cocaína se ha expandido generando una gran preocupación y necesidad de acciones, sin embargo, la investigación acerca del resultado de los usuarios en tratamiento es muy poco. Las investigaciones epidemiológicas muestra que una gran cantidad de la población usa cocaína y la principal causa por la que los usuarios buscan atención, por lo menos en los CIJ, es precisamente la cocaína.

Actualmente se sabe que aquellos usuarios que reciben servicios dirigidos a sus necesidades específicas tienen mayor probabilidad de terminar sus tratamientos y tienen mejores resultados en el seguimiento.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al interpretar los resultados deben tomarse en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar debido a que el estudio se llevó a cabo con aquellos usuarios que accedieron a participar en el TBUC, los resultados, no son del todo, generalizables, sin embargo, si dejan muestra de la importancia de evaluar algunos de los factores que se asocian con el resultado de los usuarios en tratamiento. Por otro lado, cabe mencionar que los resultados de esta investigación concuerdan con otros, como los de Washton, & Stone (2002); Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer (2007) y Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira (2002), entre otros, realizados para diferentes modelos y explorando diferentes variables por lo que cabe la posibilidad de que la importancia y el alcance de la investigación llegue mucho más allá en el estudio de los resultados de los usuarios en diversos tipos de tratamiento.

De manera adyacente, otras dos situaciones que limitan la investigación son, en primer lugar, que muchos de los usuarios que acudieron al tratamiento y lo finalizaron, no asistieron a los seguimientos programados, por otro lado, muchos de los usuarios que ingresan al tratamiento lo abandonan poco tiempo después sin finalizar las 8 sesiones programadas; Esta situación pone en relieve la necesidad de implementar acciones correctivas, es decir, que los terapeutas trabajen más en las habilidades de retención y recuperación de usuarios, por ejemplo: programar llamadas a los usuarios, realizar seguimientos telefónicos que permitan evaluar los avances y/o retrocesos que la persona pudiera estar experimentando, entre otros.

La investigación y reportes existentes acerca de los factores asociados al tratamiento son muy limitados, por lo que la investigación bibliográfica se vio reducida en cuanto a número pero no en cuanto a calidad ya que los aquellos existentes son verdaderamente valiosos y, más allá, resaltan la importancia de estudiar las posibles relaciones que existen entre ciertas características y los resultados de los usuarios en el tratamiento.

Una de las variables estudiadas fue la de tratamientos previos, sin embargo, una vez que se llevo a cabo el análisis estadístico, se observó la necesidad de

ampliar algunos datos asociados con la variable ya que no se especificó ni la cantidad, el modelo o el tiempo invertido en éstos, solo se evaluó como respuesta dicotómica, es decir, si habían asistido o no a otro tratamiento, por lo que, para futuras investigaciones se sugiere observar la relación que guardan los resultados con estos factores. Es probable que se encuentre diferencias asociadas con las expectativas y creencias de la persona basadas en la experiencia con otros tratamientos por lo que es importante saber en que tipo de encuadres ha trabajado el usuario.

Dentro de este estudio se observaron relaciones importantes que ofrecen una visión general de la influencia de ciertos factores sobre el resultado de usuarios de cocaína que participan en el TBUC. Todo esto puede mejorar nuestra comprensión de la necesidad de adaptar y mejorar los tratamientos existentes.

Para concluir, cabe mencionar la importancia y necesidad de desarrollar instrumentos adaptados y validos para la población mexicana que permitan evaluaciones fehacientes así como de unificar los criterios de los terapeutas dentro de un mismo contexto, es decir, dar el tratamiento bajo las mismas pautas, hacer registros completos y un expediente verdaderamente integrado para cada paciente. Para que esto sea posible es también recomendable que cada terapeuta se comprometa no solo con el usuario sino con los procesos administrativos como lo es el de la captura en base de datos.

Finalmente, cabe hacer hincapié en la importancia de hacer evaluaciones pertinentes, dentro de lo posible, para los diferentes tratamientos en México, así como establecer comparaciones entre los mismos para obtener una mejoría en los diversos servicios en adicciones. Además se deben realizar análisis semejantes y complementarios para los descritos en este estudio, lo que, a su vez, permitiría conocer algunas claves que desarrollarían mejores planes de tratamiento para potenciar los resultados de los usuarios.

## REFERENCIAS.

- APA (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Carrá, G., Scioli, R., Monti, M., & Marinoni, A. (2006). Severity profiles of substance abusing patients in italian community addiction facilities: Influence of psychiatric concurrent disorders. *European Addiction Research*.12, 96-101.
- Carroll, K. (1997). New methods of treatment efficacy research. *Alcohol Health & Research World*. 21 (4), 352-359.
- Centros de Integración Juvenil, (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil, (2001). *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. México: CIJ.
- De la Fuente, R. (1987). El problema de la farmacodependencia. Visión del conjunto. *Salud Mental* (10) 4, 7-10.
- De la Fuente, R. (1997). *La patología Mental y su terapéutica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Darley, J., Glucksberg, S., & Kinchla, R. (1990). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Delitos contra la Salud pública en el Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal (1994). México: *Diario Oficial de la Federación*.
- Dorsh, F. (1996). *Diccionario de psicología*. México: Herder.
- ENA (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: Secretaría de Salud.
- Ferri, G., Gossop, M, Rabe, H., & Laranjeira, R. (2002). Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re entry among cocaine users. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drug*. 97, 825-832.

- Fiorentine, R., Rivas, G., & Taylor, E. (1997) Drug treatment: explaining the gender paradox. *Substance Use and Misuse*. 32 (6), 653-678.
- GAO (1996). *Cocaine Treatment: early results from various approaches*. Washington, D.C.: General Accounting Office.
- Gold, M. (1993). *Drugs of abuse. A comprehensive series for clinicians*. Vol. 3. USA: Plenum Publishing Corporation.
- Hanson, G. (s/f). Acupuncture shows promise as element of treatment for cocaine addiction. NIDA Notes: *Bulletin board* 15 (6).
- Higgins, S., Delaney, D., Budney, A., Bickel, W., Hughes, J., Foerg, F., & Fenwick, J. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Jackson, B., & Muth, M. (2001). *Study shows a combination of antabuse and buoenorphine may be effective in treating those addicted to cocaine*. NIDA
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., & Schulenberg, J. (2006) *Monitoring the future. National results on adolescents drug use. Overview of key findings 2005*. National Institute of Health.
- Killen, T., Carter, R., Copersino, M., Petry, N., & Stitzer, M. (2007) Effectiveness of motivational incentives in stimulant abusing outpatients with different treatment histories. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 129-137.
- Kim, J., Dennerstein, L., & Guthrie, J. (2006). Mental health treatments and associated factors amongst mid aged melbourne woman. *Arch Womens Ment Health*. 9, 15-22.
- Kleinman, B., Millery, M., Scimeca, M., & Polissar, N. (2002). Predicting long term treatment utilization among addicts entering detoxification: the contribution of help seeking models. *Journal of Drug Issues*. 209-230.
- Knight, D., Logan, S., & Simpson, D. (2001). Predictors of program completion for woman in residential substance abuse treatment. *Drug Alcohol Abuse*. 27 (1), 1-18.
- Leshner, A. (s/f). *Cocaína: Adicción y abuso*. Serie de reportes de investigación. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas: NIDA

- López, B. (1994). Estudio de autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y no usuarias de drogas. *Salud Mental*, 17( 4), 31-37.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain. (1998). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. México: Panamericana.
- Mathias, R. (S/f). *Even modest could use may cause brain changes that could contribute to addiction*. NIDA NOTES. Research findings, 16 (3).
- Mathias, R. (1997). *Rate and duration of drug activity play major roles in drug abuse, addiction and treatment*. NIDA NOTES, 12 (2).
- McLellan, T., Metzger, D., Grissom, G., Woody, G., Luborsky, L., & O'Brien, C. (1994). Similarity of outcome predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psochology*. 62(1), 141-158.
- McLellan, T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M., (1992). The fifth Edition of the Adicción Severity Index. *J. Substances Abuse Treatment*, 9(3) 199-213.
- McCance, E., Carroll, K., & Rounsaville, B. (1999). Gender differences in treatment seeking cocaine abusers. Implications for treatment and prognosis. *The American Journal of Addiction*. 8, 3-11.
- McKay, J., Merikle, E., Mulvaney, F., Weiss, R., & Koppenhaver, J. (2001). Factors Accounting for cocaine use two years following initiation o continuing care. *Addiction*, 96(2), 213-225.
- Méndez, B. (2005). *Medición del deseo en usuarios de cocaína: una evaluación a partir de un autorregistro*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Monti, P., Rohsenow, P., Michael, E., Martín, A., & Abrams, D. (1997) Brief coping skills treatment for cocaine abuse; substance use outcomes at three months. *Addiction*. 92 (12), 1717-1728.
- Mothner, I., & Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. México: Martínez Roca
- NIDA (1997). Medication Development for the treatment of cocaine dependence: Issues in clinical efficacy trials. NIDA *Research Monograph* 175.

- Nunes, M., & Barth, R. (1993). Cocaine treatment and outcome. *Social Work*, 38 (5), 611-617.
- OMS (1992). *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- O'Malley, P., Johnston, L., & Bachman, J. (1993). Adolescent substance use and addictions: Epidemiology, current trends, public policy. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 4, 227-248.
- ONU (2006). *Informe Mundial sobre Drogas 2006*. Oficina Contra las Drogas y el Delito.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rochin, G. (2003). El uso de la venlafaxina en pacientes cocainómanos con trastornos depresivos. *Liber- Addictus* (74) 9-14.
- Rogel, A., & Lara P. (2000). Cocaína: ¿la blanca nieves y sus eternos enanos?. *Liber-Addictus* (40) pp. 11-15.
- Rudgley, R. (1999). *Enciclopedia de las sustancias psicoactivas*. México: Paidós.
- Sartz, R., Horton, N., Larson, N., Winter, M., & Samet, J. (2005). Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*. 100, 70-78
- Stocker, S. (s/f). Compounds shows strong promise for treating cocaine addiction. NIDA, *Notes News*, 12 (3).
- Stocker, S. (s/f). Men and women in drug abuse treatment relapse at different rates and for different reasons. NIDA NOTES, *Research findings*. 13(4).
- Subsecretaria de Prevención y promoción de la salud. (2005). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones. Informe 2005*. México: Dirección de investigación operativa epidemiológica.

- Tait, R. & Hulse, G. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*. 22, 337-346.
- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Velasco, R. (1997). *Las adicciones*. México: Trillas.
- Viesca, C. (2001). Bosquejo histórico de las adicciones. En Tapia, R. *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Washton, A., & Stone, N. (2002). Is outpatient treatment effective?. *NIDA research monograph. Cocaine treatment research*.