

TRABAJO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA DE PROYECTO HOMBRE ASTURIAS.

Helí Álvarez Rodríguez, Juan A. Álvarez García, María García García, José Manuel Rodríguez Baranga y Ernesto Lois Ibañez.

Proyecto Hombre Asturias. phasturtac2@terra.es

Índice

RESUMEN	1
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	13
HIPÓTESIS	13
METODOLGÍA	13
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO.....	20
PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL TAC, SEGÚN LA MEMORIA DE PROYECTO HOMBRE ASTURIAS 2007.....	23
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	26
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	36
Bibliografía.....	39

Resumen

Tanto en lo descrito en la literatura sobre el tema, como en la práctica clínica, se constata que los usuarios que acuden a un tratamiento para la adicción a la cocaína, pueden presentar un uso o abuso de alcohol. La ingesta de alcohol como detonante del "craving" puede producir pérdida de control y vuelta al consumo de cocaína. El cocaetileno es el metabolito resultante del consumo simultáneo de alcohol y cocaína y su toxicidad es mayor que la de ambas sustancias por separado.

Nos planteamos, por lo tanto como hipótesis, que el consumo abusivo de alcohol o asociado al de cocaína, puede ser una de las causas más importantes en las recaídas de personas con problemas de cocaínomanía.

Trabajaremos con varios objetivos: valorar si la clasificación que hemos utilizado es válida y describe el perfil de consumo de alcohol de los usuarios del Tratamiento para la Adicción a la Cocaína (TAC) de Proyecto Hombre de Asturias, describir el perfil de los usuarios del TAC en relación a su consumo de alcohol y valorar la evolución de las personas que han seguido un "Plan de trabajo" con el alcohol establecido con el terapeuta y que han finalizado el tratamiento, constatando si los indicadores son predictivos de la evolución.

Para ello hemos contado con una población de 92 personas pertenecientes a los tres programas con los que cuenta el Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre de Asturias, de los cuales 50 cuentan con un "Plan de trabajo" en relación al consumo de alcohol durante el tratamiento y 30 han finalizado dicho tratamiento.

Se ha establecido una clasificación para describir el perfil de los usuarios del TAC, según los instrumentos utilizados para la Evaluación de los sujetos, y según la clasificación, se han establecido unas indicaciones terapéuticas. Posteriormente, tras un periodo de abstinencia de alcohol, se ha realizado un "plan" individualizado para que el usuario con un apoyo terapéutico pueda poner en práctica su consumo de alcohol y prevenir así posibles recaídas.

Los resultados mostraron que el 66,2% de los usuarios tienen necesidad de tratamiento con respecto al uso del alcohol y que dicho consumo es problemático o está asociado al consumo de cocaína. El 75% han cumplido adecuadamente el "plan" planteado sobre su consumo de alcohol y el 100% de los que consiguieron finalizar el tratamiento con un Alta Terapéutica habían cumplido el "plan" previsto. De los 11 usuarios que no llevaron a cabo dicho "plan", 10 han tenido además de consumos de alcohol consumos de cocaína. Podemos confirmar, por lo tanto, la hipótesis de que el consumo de alcohol en personas con abuso o asociación del mismo al consumo de cocaína (cocaetileno), influye en el consumo y posible recaída en el consumo de cocaína y que existen ciertos indicadores que pueden predecir dichos consumos.

Palabras clave: *Cocaína, alcohol, cocaetileno, recaída, perfil de los usuarios, clasificación, indicadores predictivos.*

Summary

Both bibliography and clinical practice prove that users that request treatment for cocaine addiction may present alcohol use or abuse. Ingestion of alcohol as a detonator of craving may lead to a loss of control and return to cocaine use. The cocaethylene is the resultant metabolite of the simultaneous use of alcohol, and cocaine and its toxicity is greater than the potential toxicity of both substances taken separately.

We suggest as hypothesis that the abusive alcohol use or its use combined with cocaine may be one of the most important causes of the addiction relapse of people with cocaine addiction.

We have several targets: Evaluating if the classification we have set is suitable for describing the alcohol use profile of the patients of the Cocaine Addiction Treatment (CAT) in Proyecto Hombre de Asturias, describing the profile of CAT users in relation to the alcohol use and evaluating the evolution of patients that have followed an alcohol "treatment plan" established with the therapist and have finished the therapy, checking if the indicators are predictive of their evolution.

In order to undertake it we have used a representative sample of 92 patients from the three different programs of the CAT of Proyecto Hombre de Asturias. 50 patients following a "treatment plan" relating to alcohol use during the therapy and 30 has finished that treatment.

We have set a classification to describe the profile of the users from the CAT, according to the tools used for the evaluation of the patients and, according to this classification, we have set certain therapeutic indications. Later, after a period of abstaining from alcohol use, we have made an individualistic "plan" so that the patient with therapeutical support can carry out its alcohol use and, this way, preventing addiction relapse.

The results demonstrated that a 66.2% of the patients need alcohol use treatment and that this use is problematic or it is related to the cocaine use. A 75% has successfully achieved the "plan" related to alcohol use. A 100% of the patients that could finished the treatment with a therapeutic discharge had followed the "plan" traced. 10 patients of the 11 that did not followed that "plan" have presented both alcohol and cocaine use.

In conclusion, we can confirm the hypothesis: The alcohol use by people that abuse of alcohol or combined with cocaine use (cocaethylene) influences the use and a possible cocaine addiction relapse, and that there are several indicators than can predict that uses.

Key words: Cocaine, alcohol, cocaethylene, addiction relapse, profile of users, classification, predictive indicators.

Introducción

Los datos aportados en los últimos años por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías sugieren un incremento en la prevalencia de uso de cocaína, de su disponibilidad y de los problemas generados por su consumo en la mayoría de los países europeos. Concretamente, en nuestro país se ha venido experimentando un aumento del consumo tanto experimental como más regular de la misma.

Dicho incremento es especialmente llamativo en los jóvenes, y afecta a todos los grupos de edad de ambos sexos (Bobes, J; Saiz, P.A; González, M.P; Bascarán, M.T, 2001). La droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de cocaína es el alcohol (Flanner y cols., 2004), seguida del cannabis y de la heroína (muchos adictos a opiáceos consumen también cocaína). El alcoholismo también se asocia con frecuencia a la dependencia de cocaína y no siempre es fácil determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario (Rounsaville y cols., 1991; Kleinman y cols., 1990). En series clínicas de cocainómanos se encuentran porcentajes de alcoholismo que duplican los hallados en series de adictos a opiáceos. Los pacientes que hacen uso concurrente de alcohol y cocaína tienen tasas más altas de trastornos físicos múltiples y de infecciones que los alcohólicos o cocainómanos puros (Salloum y cols., 2004). En la clínica es muy frecuente que los cocainómanos refieran episodios de consumo de cocaína que están precedidos o se acompañan muy pronto de alcohol con el que pretenden «modular» los efectos, el estado de ánimo y los síntomas ansiosos que produce la cocaína.

Todos los datos indican que la cocaína y el alcohol son dos sustancias que se complementan. La mayoría de los consumidores afirma que la cocaína les ayuda a controlar los efectos del alcohol, la consumen para seguir 'bebiendo' sin embriagarse. De esta forma los efectos del alcohol quedan latentes, se postergan. Ese efecto de la cocaína como sustancia que "controla al alcohol" sugiere una cierta obligatoriedad de consumo de alcohol en algunos espacios ya sean recreativos o laborales. El alcohol es, por tanto, una sustancia clave en la lógica del consumo de cocaína (Calafat, A; Juan, M; Becoña, E; Fernandez, C; Gil, E; Llopis, J.J, 2001)

Además de la complementariedad química y funcional también puede haber una relación simbólica entre esas dos sustancias. Y posiblemente está estimulado por una industria recreativa a la que el consumo de alcohol le aporta los mayores beneficios. La cocaína permite beber sin entrar en la embriaguez y por tanto ayuda a consumir mucho más alcohol, a cambio el alcohol transfiere a la cocaína parte de su poder totémico y ancestral al convertirla en su aliada de la fiesta.

A pesar de que el alcohol es una sustancia clave en las relaciones sociales, tiene prestigio y se estimula su consumo, la embriaguez crea una imagen negativa. Las personas que se embriagan son excluidas, se les ve como personas que han perdido el control, que no saben donde tienen su límite. En la mayoría de locales con control de aforo se impide el que accedan personas que presentan un cierto estado de embriaguez. Por todo ello la cocaína es una aliada inmejorable (Calafat, A; Juan, M; Becoña, E; Fernandez, C; Gil, E; Llopis, J.J, 2001)

Los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína y abuso de alcohol, presentan peculiaridades respecto de los que sólo consumen cocaína. La ingesta de alcohol como detonante del "craving" y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, influye en haber una mayor pérdida de control del consumo, más problemas sociales, más conductas de riesgo y antisociales (Pastor, Llopis y Baquero, 2002).

El consumo de alcohol y cocaína incrementa la morbilidad psiquiátrica y empeora el pronóstico de la dependencia de ambas sustancias, el abordaje terapéutico es más complejo y el cumplimiento terapéutico es menor (Avila Escribano, J.J; Villaverde Diaz, R, 2007).

Algunos estudios sobre percepción de riesgo y tendencias en población general comienzan a mostrar las peculiaridades del uso de cocaína. Todo parece indicar que el uso de cocaína y alcohol se complementa dentro de la escena de consumo. En estos momentos nos encontramos

con que ya han aparecido a nivel asistencial las repercusiones del consumo abusivo de cocaína y alcohol de forma que en los últimos años se viene observando un grupo de pacientes, cada vez más amplio, que solicitan tratamiento por problemas con la cocaína y que, simultáneamente, realizan consumos abusivos de alcohol.

Este grupo de pacientes presenta peculiaridades que les diferencian de aquellos que consumen cocaína aisladamente y que se caracterizan por:

- Mayor percepción de control sobre el consumo que en otras adicciones. En especial en lo que se refiere a la ingesta de alcohol.
- Percepción de problemas con la cocaína pero no con el alcohol. En cambio su historia de consumo lleva al diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol.
- Progresivo incremento en las cantidades consumidas en cada episodio, pero no tanto en la frecuencia de los episodios de consumo.
- La ingesta de alcohol aparece como detonante del craving y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína.
- Mayor pérdida de control del consumo comparado con sujetos que no asocian cocaína y alcohol.
- Aparición de conductas con rasgos antisociales tras el consumo.
- Mayores consecuencias sociales, laborales, familiares y conductuales con incremento de las conductas de riesgo a nivel sexual, grandes gastos, ludopatía, peleas, problemas de pareja y separación, frecuentar ambientes de prostitución, sexo compulsivo y relaciones sin protección (Pastor, Llopis y Baquero, 2002).

La presencia de un metabolito denominado Cocaetileno, resultante del consumo simultaneo de alcohol y cocaína, podría explicar, la mayor toxicidad y compulsividad de estos episodios (Pastor, R; Llopis, J.J; Baquero, A, 2002).

Esta sustancia hace que aumente el riesgo coronario e inmunotóxico de la cocaína y se asocia a más efectos secundarios y a mayor mortalidad.

Este consumo simultáneo tiene mayores consecuencias que el consumo de estas dos drogas por separado. La ingesta de alcohol provoca incremento del craving de cocaína con mayor gravedad en los episodios de consumo, mayor pérdida de control e intoxicación más grave (Pastor, R; Llopis, J.J; Baquero, A, 2002). Tras la coexposición alcohol-cocaína, el cocaetileno se encuentra rápida y principalmente en hígado, pulmón y riñón. Unos minutos más tarde, este metabolito es detectado en otros tejidos como el cerebro, el corazón o el bazo. Esta distribución temporal sugiere que la formación del cocaetileno ocurriría principalmente en el hígado para posteriormente ser distribuido por el resto del organismo (Dean et al., 1997).

La interacción alcohol-cocaína interfiere en el patrón de degradación tanto del alcohol (Farré et al. 1993) como de la cocaína (Pan y Hedaya, 1999), incrementando, de esta forma, el potencial tóxico de ambas sustancias. La presencia en el organismo de cocaetileno se ha podido asociar con convulsiones, cardiotoxicidad, daño hepático, repercusiones en el sistema inmunitario y letalidad (Pirozhkov et al., 1993; Andrews, 1997).

En este sentido, el uso/abuso de ambas sustancias se ha relacionado con déficits cognitivos en memoria, atención, orientación y asimetrías sensoriales. Además, se han observado deterioros más marcados a medida que avanza el consumo, llegando a imposibilitar el adecuado funcionamiento del sujeto (Singer et al., 2000).

En comparación con las intoxicaciones por cocaína, los pacientes atendidos en servicios de urgencias por consumo de alcohol y cocaína, presentaban cuadros clínicos más graves, tasa cardiaca y presión arterial más elevada, estado mental más deteriorado, así como mayor frecuencia de intubaciones y mayor severidad del tratamiento requerido (Vanek et al., 1996; Signs et al., 1996).

Existen concentraciones de cocaetileno más significativas cuando el alcohol se administra previamente a la cocaína (Pastor,R; Llopis,J.J; Baquero,A, 2002).

Por otro lado, el consumo de alcohol deriva frecuentemente en recaídas de pacientes cocainómanos en fase de recuperación y por ello la abstinencia de ambas sustancias es un objetivo inseparable en el tratamiento de la cocainomanía (Caballero,L.2005).

Por todo ello se valora el uso de fármacos aversivos del alcohol pautados bajo consentimiento informado y también la posibilidad de la utilización de fármacos antagonistas opiáceos que limiten el consumo de alcohol y eviten la pérdida de control una vez iniciada la ingesta, como puede ser el caso de tratamientos farmacológicos con naltrexona para reducir el "priming" y limitar las consecuencias de la ingesta de ambas sustancias adictivas (Pastor,R; Llopis,J.J; Baquero,A 2002).

Los interdictotes o aversivos son medicamentos (cianamida cálcica y disulfiram) que por inhibir la metabolización del alcohol, producen, si se consume éste, síntomas desagradables. Este tratamiento no debe utilizarse de forma aislada, sino integrado en programas amplios de intervención. Ofrecen al enfermo una fórmula de autocontrol y de apoyo a la sobriedad que sirve como ayuda para que éste no ceda a los impulsos de consumo que se producen al comienzo de la abstinencia (Crespo,C; O´Ferral,C; Gavira,C,1997)

El disulfiram puede reducir el consumo de cocaína por, al menos, un doble mecanismo: control de la ingesta alcohólica que acompaña al consumo de cocaína (y que, con frecuencia, lo dispara) e incremento de los niveles de dopamina por inhibición de la dopa-beta-hidroxilasa (que, por un lado, disminuiría el «craving» y, por otro, asociaría efectos displacenteros y aversivos a la cocaína) (Hameedi y cols., 1995; McCance-Katz y cols., 1998). Quizá hay otros mecanismos que no se han dilucidado todavía porque la investigación clínica no es completa (Carroll y cols 1993; Higgins y cols 1993; Hameedi y cols., 1995; Carroll y cols 1998; Carroll y cols., 2000; Vocci y Elkashef, 2005).

Al evitar el consumo de alcohol es obvio que se eliminan también los problemas derivados de la síntesis de cocaetileno (McCance-Katz y cols., 1993). Se ha mostrado que se obtienen mejores resultados cuando el disulfiram se asocia a psicoterapia (Carrol y cols., 1998) y se mantiene un año (Carrol y col., 2000).

Desde el punto de vista práctico, aquellos pacientes en los que el consumo de alcohol precede al de la cocaína parecen los candidatos más claros a tratamiento con disulfiram. Este tratamiento requiere consentimiento informado y vigilancia del posible desencadenamiento de síntomas psicóticos por el fármaco (Caballero,L. 2005).

Tanto en lo descrito en las publicaciones revisadas referidas a las consecuencias derivadas de la interacción entre alcohol y cocaína y en particular sobre las acciones del cocaetileno, como en la práctica clínica, se constata que muchas recaídas de personas en tratamiento para la adicción a la cocaína se producen tras el consumo de alcohol.

En el año 2000 se inicia en Proyecto Hombre de Asturias un tratamiento para la adicción a la cocaína de tipo ambulatorio dada la demanda específica sobre esta sustancia, y viendo que el tratamiento para la misma, era en algunos aspectos distinto al de otras adicciones tratadas hasta el momento. Desde el inicio, se puso como una de las condiciones de tratamiento la abstinencia de consumo de alcohol durante el mismo, alegando varios motivos:

- El consumo de alcohol puede inducir al consumo de otras sustancias como la cocaína.
- El consumo de alcohol puede hacer que el usuario no muestre la sobriedad necesaria para aprender a enfrentarse a sus propias carencias y dificultades sin la utilización de alguna sustancia que altere su forma de ser.
- El usuario puede sustituir una sustancia (cocaína) por otra que el puede considerar menos perjudicial (alcohol) para conseguir los mismos efectos que buscaba en la cocaína.

Durante varios años hemos trabajado con la abstinencia, haciendo un trabajo muy importante de tipo teórico y analítico de las situaciones pasadas, presentes y futuras de los usuarios, preparándolos para el momento en que una vez finalizado el tratamiento se enfrentaran al consumo o no de alcohol, sustancia, por otro lado, muy utilizada en la población, percibida con poco riesgo, y donde la presión social para su consumo es muy alta. Empezó a observarse en el Tratamiento para la Adicción a la Cocaína (TAC) que uno de los motivos de recaída una vez finalizado el tratamiento por los usuarios, era el consumo abusivo o descontrolado de alcohol que propiciaba la vuelta al consumo de la sustancia principal, la cocaína.

Por este motivo, nos planteamos la posibilidad de iniciar el consumo de alcohol de una forma controlada desde el tratamiento, en el último tramo del mismo, para ayudar a los usuarios a realizar un entrenamiento adecuado y tutelado por el programa.

Objetivo

Valorar si la clasificación que hemos utilizado es válida y describe el perfil de los usuarios a tratamiento.

Describir el perfil de los usuarios del Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre Asturias, en relación a su consumo de alcohol.

Valorar la evolución de los usuarios del TAC, que una vez clasificados, han seguido un "plan de trabajo" sobre el alcohol y que han finalizado el tratamiento. Y constatar si los indicadores son predictivos de la evolución.

Para ello necesitamos establecer indicadores de evaluación, clasificar a los usuarios dentro de dichos indicadores (descripción del perfil) y correlacionar los indicadores y la evolución que tienen.

Hipótesis

Este trabajo se desarrolla para intentar verificar, si el consumo de alcohol influye en las recaídas de aquellas personas con abuso o dependencia a la cocaína que a su vez muestran, un abuso o dependencia del alcohol o una ingesta simultánea de alcohol y cocaína (cocaetileno).

Metodología

La descripción se hará de todos los usuarios del TAC (TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAINA) de Proyecto Hombre, que han seguido la evaluación, clasificación y planteamiento indicado por el terapeuta en relación con su consumo de alcohol, lo hayan puesto o no en marcha. Vamos a trabajar con los usuarios que tenemos a tratamiento desde mayo de 2007 hasta abril de 2008. Fue en 2007 cuando se pone en marcha en el TAC, esta manera de trabajar con el consumo de alcohol en personas con problemas de adicción a la cocaína, ya que

hasta el momento se planteaba la abstinencia de todos los usuarios, independientemente de su problemática, hasta el Alta Terapéutica.

Para describir el **perfil** de los usuarios utilizaremos la información recogida en las variables de todos ellos, mientras que para describir la **evolución** solo utilizaremos la información recogida de aquellos usuarios que hayan finalizado el tratamiento en cualquiera de los programas del TAC.

Las variables recogidas corresponden a un número de **92** usuarios de los cuales **69** pertenecen al Programa Ambulatorio, **4** al Programa de Apoyo y **19** al Programa CRA.

La experiencia clínica, nos ha mostrado que los usuarios, en su mayoría, una vez finalizado el tratamiento, consumían alcohol sin ningún control ni apoyo terapéutico, y esto hacía que un porcentaje no determinado, tuviera problemas nuevamente con la cocaína.

Esto nos ha llevado a observar cual es el perfil, en relación al consumo de alcohol, de los usuarios que reciben ayuda en un programa de Tratamiento para la Adicción a la Cocaína (TAC) de Proyecto Hombre de Asturias y ver la evolución que tienen hasta la finalización del mismo.

De la observación mencionada de los usuarios del TAC y de los instrumentos de evaluación y seguimiento con que contamos en Proyecto Hombre se deducen tres tipos de perfil en relación con el consumo de alcohol:

- Perfil "*sin problemas*": usuarios que no han manifestado problemas de consumo de alcohol a lo largo de su vida, ni asociación de su consumo con el de cocaína.
- Perfil "*cocaetileno*": usuarios en los que se da una asociación entre el consumo de ambas sustancias (cocaína y alcohol), formando el denominado complejo "cocaetileno".
- Perfil "*con problemas*": personas con adicción o abuso previos de alcohol (concomitante o no al consumo de cocaína).

Estimamos que para cada uno de estos tres perfiles el tipo de intervención en relación con el alcohol debe ser diferenciado y, en la medida de lo posible, individualizado, teniendo en cuenta también, la evolución y cumplimiento de los objetivos que presente el usuario. Se plantearían tres tipos de intervenciones:

- Perfil "sin problemas": planteamiento de **consumo moderado** de alcohol (situaciones habladas, y cantidades supervisadas en ambientes de no riesgo).
- Perfil cocaetileno: se plantearía establecer un **programa de bebida controlada** o la **abstinencia** de alcohol en función de las características personales de cada usuario.
- Perfil "con problemas": se plantea **la abstinencia** de alcohol.

Se considera adecuado en un tratamiento para la adicción a la cocaína mantener abstinencia al alcohol, al menos en un periodo de tiempo indicado por el terapeuta, ya que neurológicamente, debe haber un tiempo sin consumo que permita la "recomposición cerebral" (sistema de recompensa, etc.), además de posibilitar un estilo de vida saludable y de soporte, relaciones adecuadas, superación de los retos de la vida sin uso de sustancias, etc. También se tomará la decisión terapéutica, con acuerdo del usuario, de la toma pautada de cianamida cálcica o Disulfiram.

Se definieron indicadores de evaluación en relación con el alcohol que servirán al terapeuta para clasificar al usuario en uno de los tres supuestos, y desde ahí, hacer posteriormente la indicación más adecuada para cada uno. Esta indicación se concretará en un "plan" entre el usuario y el terapeuta, en el que se tendrán en cuenta otros aspectos, como la historia pasada,

las habilidades adquiridas,... A lo largo del proceso terapéutico se contrastará el "plan" con la evolución del usuario.

Los indicadores de evaluación que utilizaremos serán:

- **EuropASI:** es un instrumento heteroaplicado que consiste en una entrevista relativamente breve, semiestructurada y realizada para proporcionar información sobre aspectos de la vida del usuario que han podido contribuir a su drogodependencia. La entrevista consta de siete áreas que son independientes entre sí y que integran múltiples aspectos: médico, empleo/soportes, alcohol, drogas, legal, familiar/social y psíquica. Diversos estudios han mostrado la fiabilidad y validez de esta prueba (Roa, 1995; Sandi y Avila, 1990). Si la puntuación en cada área es igual o superior a 4 se ve necesidad de tratamiento en el mismo, y dicha puntuación en el apartado del alcohol indicaría la exclusión del grupo "sin problemas".
- **MAST (MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST):** es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar abuso de alcohol. Se trata de un cuestionario de 25 ítems diseñado para proporcionar una visión rápida del posible abuso de alcohol y de los problemas relacionados con éste. El MAST ha sido probado con éxito en diversos contextos y poblaciones. La corrección es totalmente cualitativa. Según la versión original 5 ó más respuestas afirmativas en la puntuación del mismo indicarían problemas con el alcohol y por lo tanto exclusión del grupo "sin problemas" de nuestra clasificación.

También el MAST sería un instrumento válido para tomar decisiones acerca de la posibilidad de empezar el tratamiento con Disulfiram. Más de 5 respuestas afirmativas podrían aconsejar esta posibilidad.

- El Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura, es un instrumento autoaplicado que nos indicaría la capacidad del usuario para afrontar situaciones de forma asertiva.
- en la "Ficha de primeros contactos TAC", que es un instrumento heteroaplicado, realizado en las primeras entrevistas con el usuario. Se observarán principalmente los apartados: "la teoría acerca de la existencia del problema" y "situaciones de riesgo".
- **SOCRATES (STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS SCALE):** Se trata de un cuestionario de 19 ítems para valorar la motivación para el cambio del usuario y el deseo de ir a un tratamiento. Está compuesto por tres factores: reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos. La corrección del test nos indica en que momento se encuentra el usuario en cada uno de los tres factores.

Una vez iniciado el "plan" individualizado de cada usuario se revisará con el terapeuta a lo largo del tratamiento:

- Grupo "*sin problemas*": Se establecen dos momentos de seguimiento para el consumo de alcohol moderado, uno en el primer trimestre y otro en el segundo de la fase C (última fase del tratamiento).
- Grupo "*cocaetileno*": para la mayoría de estos casos el planteamiento sería de abstinencia, excepcionalmente se podría plantear el acceso a un "programa de bebida controlada", con registros de unidades de bebida y seguimiento del mismo. Si no se consigue el objetivo de beber controlado se pasaría al usuario a un programa de abstinencia.

- Grupo " *con problemas*": se plantea la abstinencia. El beber controlado no es considerado un programa viable para los enfermos alcohólicos (Crespo,C; O`Ferral,C; Gavira,C, 1997).

La finalidad de un programa de bebida controlada es conseguir consumos moderados exentos de riesgo.

Los datos de diferentes estudios señalan que los programas de bebida controlada no estarán indicados para pacientes con una dependencia grave. Aquellos pacientes con una dependencia leve o moderada, sin patología médica o psiquiátrica añadida que contraindique el consumo de alcohol y con un apoyo sociofamiliar adecuado serán los principales beneficiarios de este tipo de programas.

Las dos o tres semanas previas al tratamiento el paciente debe permanecer abstinentes. Si el paciente no consiguiera la abstinencia deberíamos replantearnos la idoneidad del programa y valorar uno libre de alcohol.

En un programa de bebida controlada deberíamos:

- Limitar el consumo pactando previamente un límite que se considere seguro para el usuario, siempre por debajo de 12 UBE (unidades de bebida)/semana en el hombre de 7 UBE/semana en las mujeres y nunca más de 4 UBE en un mismo día.
- Registrar los consumos y las circunstancias en los que se realizan, ya que además de aportarnos información sobre el consumo, permite al paciente identificar las situaciones que se relacionan con consumos no controlados y de esta manera evitarlas o trabajar estrategias que permitan su abordaje sin alcohol o con un consumo no problemático.
- Cambiar de patrón de consumo. Algunas estrategias para conseguirlo pueden ser; cambiar las bebidas de alta graduación por otras de menor grado alcohólico, cambiar de bebida habitual, evitar combinaciones de alcohol con bebidas azucaradas o carbonatadas ya que provocan por las características de su absorción picos de alcoholemia más rápidos y intensos, beber despacio, alternar bebidas alcohólicas con zumos o refrescos y sobre todo realizar consumos en el contexto de actividad de ocio amplia donde el alcohol no sea el punto focal.
- Entrenar habilidades que permitan afrontamiento del estrés, actitud asertiva y prevención de recaídas.

Establecer recompensas al alcanzar objetivos pactados. (G. Rubio y col.,2000)

Descripción del tratamiento

El tratamiento para la adicción a la cocaína (TAC) de Proyecto Hombre Asturias consta de tres programas diferentes: Programa ambulatorio, programa de apoyo y programa CRA (APROXIMACIÓN DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO).

El **Programa Ambulatorio**, va dirigido a personas mayores de 18 años, de ambos sexos, que, o bien abusan de cocaína como forma exclusiva de consumo o bien lo hacen acompañada de otros estimulantes (anfetaminas, speed, MDMA...), u otras sustancias como alcohol o cannabis. Se realizará en un marco ambulatorio para la totalidad de los usuarios, contemplando excepcionalmente la posibilidad de realizarlo de manera residencial inicialmente, siempre que el perfil o los apoyos sociales no se ajusten adecuadamente.

Centrar la acción terapéutica en el objetivo de abstinencia siempre que sea posible, incidiendo para ello en cambios saludables del estilo de vida, manteniendo y mejorando la integración

social y laboral del usuario y dotándole de las capacidades y habilidades necesarias para prevenir posibles recaídas. Se establece el marco terapéutico en términos de ayuda mutua, donde el trabajo grupal constituye un punto fuerte en la estructura metodológica del programa.

El proceso terapéutico está estructurado en etapas o fases: Evaluación, fase A de integración grupal, fase B de conocimiento y fase C de consolidación, con objetivos diferenciados y evaluables, tanto por el usuario como por el equipo terapéutico.

Durante el tiempo de tratamiento se realizarán analíticas de orina para reforzar la abstinencia de cocaína y otras sustancias.

El acompañamiento y orientación familiar, cuando éste sea posible, se realizará durante todo el tratamiento y constituye uno de sus pilares.

El tiempo de tratamiento estimado de manera general, se sitúa en torno a los dieciocho meses y finalizará con el Alta Terapéutica, una vez cumplidos los objetivos propuestos.

Objetivos del tratamiento:

1. Lograr que el usuario conozca el efecto adictivo de la cocaína, así como ayudarle a controlar la conducta impulsiva que mantiene la dependencia e impide la abstinencia; aprendiendo a identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden prevenir o aproximarles al consumo.
2. Posibilitar los procesos de cambio a nivel comportamental, emocional y cognitivo que sean necesarios para lograr la abstinencia con respecto a las drogas.
3. Reequilibrio del estilo de vida: fortalecer las estrategias globales de afrontamiento. Promover cambios en el sujeto que progresivamente le acerquen a un mayor bienestar biopsicosocial y a un estilo de vida más saludable.

Programa de apoyo. Tiene los mismos objetivos y características similares a las del programa ambulatorio. En este programa se incluirían usuarios que, tras la primera fase de Evaluación, se considere que por una serie de circunstancias personales, laborales, psicológicas, de edad,... sea aconsejable un tratamiento individual y adaptado en tiempo y objetivos a sus características particulares.

Se realizarán analíticas de orina para reforzar la abstinencia si se considera conveniente.

En los casos que exista posibilidad, se trabajará con la familia, amigos o pareja que deseen acompañarlo.

El programa finalizará así mismo, con el Alta Terapéutica, una vez cumplidos los objetivos planteados inicialmente.

Programa CRA (APROXIMACIÓN DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO) (S.T. Higgins y A. Budney, 2006) Es un tratamiento para la adicción a la cocaína que ha tenido muy buenos resultados en otros países donde se ha aplicado, sobre todo en Estados Unidos. La Universidad de Oviedo junto con la Asociación Proyecto Hombre de España y avalado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) está desarrollando un proyecto para implantar esta terapia en nuestro país.

En Proyecto Hombre Asturias se lleva implantando este programa desde hace tres años de forma aleatoria a los usuarios que piden tratamiento para su adicción a la cocaína.

El objetivo fundamental del mismo es la abstinencia de la cocaína. Para ello, los usuarios han de hacer cambios en el estilo de vida en cuatro áreas fundamentales: relaciones familiares,

actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. La duración del mismo es de un año y al usuario se le realizan análisis de orina para reforzar la abstinencia.

Una variedad del programa ha sido la unión del método de CRA más una terapia de incentivos, donde los usuarios pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína. Las analíticas y las sesiones irán distanciándose en el tiempo a medida que va discurrendo el tratamiento. (Secades-Villa, R; García-Rodríguez, O; Álvarez-Rodríguez, H; Río Rodríguez, A; Fernández Hermida, J.R; Carballo, J.L; 2007)

Perfil general de la población atendida en el TAC, según la Memoria de Proyecto Hombre Asturias 2007

Se trata de un varón, nacido y residente en Asturias, con edad entre 27 y 33 años, soltero (60,9%). De los que han tenido familia propia, casi la mitad han roto con su pareja (42,2%). Tienen 3 hermanos y los que tienen o han tenido pareja son padres de un niño que vive con ellos o está a cargo de la madre.

Ha obtenido el graduado escolar (86,1%) y ha abandonado los estudios a los 18,2 años, debido a que quería ganar dinero y no le gustaba estudiar. Por esta edad es consumidor de alcohol y hachís. Comienza a trabajar a los 17,4 años. Más de la mitad (61%) mantienen la actividad laboral cuando empieza su proceso de rehabilitación en nuestro Tratamiento. Su trabajo principal se sitúa en el sector de la construcción en los varones y en la hostelería y el comercio para las mujeres.

Empiezan a consumir por motivos de ocio y de presión grupal. Consume cocaína a los 19,9 años y su fuente de ingresos proviene de su sueldo durante toda la drogodependencia. Ha dependido de la cocaína unos 4,3 años antes de iniciar el proceso de rehabilitación, consumiéndola de forma esnifada. Ha sido consumidor de cocaína, alcohol y hachís y en menor medida de éxtasis y speed.

El 60% nunca había intentado dejar las drogas con ayuda profesional anteriormente y los motivos para iniciar el Tratamiento han sido los problemas familiares y querer cambiar de vida. Un 23,5% tiene juicios pendientes.

El estudio que vamos a realizar incluye a todos los usuarios que integran los tres programas del TAC en un periodo de tiempo y de los que hemos obteniendo información a través de las siguientes variables:

- Puntuación de "problemas con el alcohol" del EuropASI.
- Puntuación del MAST.
- Uso o no de aversivo (Colme o Antabus).
- Clasificación en: "sin problemas", cocaetileno, "con problemas". Esta clasificación la hace el equipo terapéutico una vez realizada la fase de Evaluación en función de los resultados obtenidos.
- Indicación terapéutica; incluiría las variables: consumo moderado, plan de bebida controlada y abstinencia de consumo de alcohol. Tras un periodo de tiempo de abstinencia el terapeuta indicará al usuario que modo de consumo es el más adecuado a su situación, teniendo en cuenta la clasificación, su historia pasada, sus antecedentes familiares y toda la información que tiene sobre su proceso y sus habilidades personales.

- Planteamiento o "plan": consumo moderado, plan de bebida controlada y abstinencia. El equipo terapéutico conjuntamente con los objetivos y las expectativas del usuario acordará con él que modalidad de consumo de alcohol va a realizar. No siempre el planteamiento coincidirá con la indicación terapéutica (sobre todo en el supuesto del cocaetileno), ya que algunos usuarios no quieren plantearse la abstinencia y quieren "probarse" llevando a cabo planes de bebida controlada. Es fundamental que el planteamiento sea acorde con la intención real del usuario, ya que lo importante es que este aprenda a utilizar el alcohol de forma adecuada, no ligado a ciertos ambientes o contextos, sea capaz de controlarse y cuente en todo momento con ayuda terapéutica, que le facilite el feedback y el análisis de las situaciones a las que se enfrenta.
- Estilo de consumo: Plantea tres variables: "cumple adecuadamente las indicaciones", "no cumple adecuadamente las indicaciones" y "se modifica el plan previsto". Si el planteamiento no funcionara, se renegociarían cambios en el mismo.
- Evolución: En este apartado planteamos si el usuario finaliza el tratamiento con un Alta Terapéutica (cuando la persona ha llevado a cabo los objetivos planteados al inicio del tratamiento), un Alta Voluntaria (el usuario decide abandonar el tratamiento sin completar los objetivos planteados al inicio del tratamiento), una Expulsión (decisión del equipo terapéutico de no continuar la terapia con el usuario por incumplimiento del contrato terapéutico) o una derivación a otro tratamiento (si se considera que el tratamiento no está siendo adecuado para que el usuario consiga los objetivos terapéuticos planteados)

Análisis de los datos

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS-12. Se llevaron a cabo diferentes análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes.

Resultados

Puntuaciones medias y desviación típica en el EuropASI y MAST.

	N	Media	Desv. Tip.
Puntuación OH EuropASI	90	3,83	1,850
Puntuación MAST	87	5,78	4,802

La puntuación media del europASI está prácticamente en el límite de necesidad de tratamiento (3,83) y la del MAST pasa un poco por encima del mismo (5,78). Se hizo la estadística con una población N de 90 usuarios para el europASI y de 87 para el MAST, el resto hasta 92 no tenían este dato reflejado. De la población estudiada para el europASI (N=90), 56 (62,2%) daban una puntuación para OH igual o mayor a 4, y de la población estudiada para el MAST (N=87) 42 (48,2%) daban una puntuación igual o mayor a 5. Esto indicaría que prácticamente la mitad de los usuarios mostrarían una necesidad de tratamiento con el alcohol.

Media y desviación típica de los usuarios clasificados como no problemáticos en el EuropASI y MAST

	N	Media	Desv.tip.
Puntuación OH europASI	31	2,26	1,632
Puntuación MAST	30	2,13	2,047

N válidos	31		
------------------	----	--	--

La puntuación media del europASI en los usuarios clasificados como "no problemáticos" es de 2,26, siendo la necesidad de tratamiento a partir del 4. Esto significaría que el resultado obtenido en esta clasificación, está avalada por el resultado del europASI. La puntuación del MAST también avala dicha clasificación, al estar la puntuación media por debajo de 5, que es donde comenzaría a detectarse un problema con el alcohol.

Puntuaciones medias y desviación típica de los sujetos clasificados como "cocaetileno" en el EuropASI y en el MAST

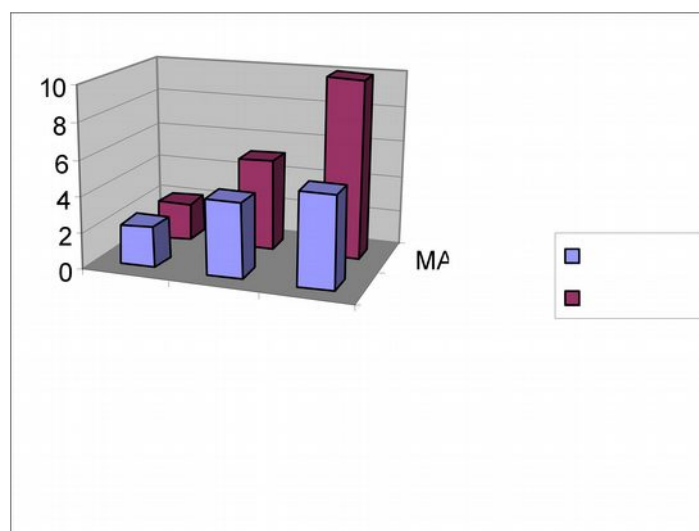
	N	Media	Desv. Típ.
Puntuación OH europASI	28	4,14	,970
Puntuación MAST	27	5,15	3,592
N válido	29		

La puntuación media en el grupo de "cocaetileno" es de 4,14 en el europASI y 5,15 en el MAST, lo cual muestra en estos individuos, una necesidad de tratamiento con el alcohol y avala que la clasificación de estos usuarios es correcta.

Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas por los sujetos clasificados como "problemáticos" en el EuropASI y en el MAST

	N	Media	Desv. típ
Puntuación OH europASI	31	5,13	1,500
Puntuación MAST	30	10,00	4,480
N válido	30		

Las puntuaciones del grupo de los denominados "problemáticos" son en el europASI (5,13) y en el MAST (10), lo cual indicaría necesidad de tratamiento para el usuario y una problemática con el alcohol. En el MAST empiezan a reflejar problemas con el alcohol con puntuaciones por encima de 5, y la media en este caso es de 10, bastante por encima del 5,15 de los del grupo "cocaetileno". Esto indicaría que la clasificación es adecuada.



Comparativa de las puntuaciones de EuropASI y del MAST en las tres categorías de la clasificación

Gráfico 1

Uso del aversivo en el tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje válido
"no aversivo"	48	52,2
"uso de aversivo"	44	47,8
Total	92	100,0

Un 47,8% de los usuarios utilizarían aversivo, esto se correspondería con el dato, señalado en el siguiente apartado, de que el 66,3% de los sujetos estudiados plantean un problema con el uso del alcohol. Todos los usuarios clasificados como "problemáticos" han utilizado aversivo, excepto 4 personas que aún teniendo problema con el consumo de alcohol llevaban un tiempo abstinentes (medio protegido, enfermedad.)

Clasificación según estilo de consumo

	Frecuencia	Porcentaje válido
"no problemático"	31	33,7
"cocaetileno"	29	31,5
"problemático"	32	34,8
Total	92	100,0

Los datos muestran un equilibrio numérico entre las tres variables. Se ve también claramente que el alcohol está presente mayoritariamente entre los usuarios del TAC, ya que si juntamos los datos de las dos últimas variables vemos que 61 personas (29 de "cocaetileno" y 32 de "problemático"), el 66,3% tienen un consumo asociado o problemático de alcohol y cocaína frente a 31 (33,7%) que no tienen esta asociación.

Indicación del equipo del estilo de bebida futura

	Frecuencia	Porcentaje válido
"moderado"	33	38,8
"plan de bebida controlada"	16	18,8
"abstinencia"	36	42,4
Total	85	92,4
Perdidos	7	7,6
Total	92	100,0

La indicación la hará el equipo terapéutico una vez tenga los datos necesarios para valorar que tipo de consumo es el más adecuado para el usuario. La mayor duda se tiene con aquellos consumidores de cocaína y alcohol asociados (cocaetileno), ya que algunos, según ciertas características personas, familiares y sociales, podrían entrar en un programa de bebida controlada o, por el contrario, sería más recomendable la abstinencia. Los usuarios perdidos (7) en el estudio, son aquellos que no tienen hecha todavía una indicación terapéutica por falta de datos, al no llevar tiempo suficiente en el Programa.

Planteamiento realizado por el usuario

	Frecuencia.	Porcentaje válido
"moderado"	21	42,0
"plan de bebida controlada"	11	22,0
"abstinencia"	18	36,0
Total	50	100,0
Perdidos	42	
Total	92	

Este estudio se ha realizado sobre los 50 usuarios que ya están llevando a cabo un planteamiento de utilización o no de alcohol. Los 42 usuarios "perdidos" son aquellos que todavía no han realizado un "plan" con el equipo terapéutico con respecto al consumo de alcohol, ya que dicho "plan" se realiza en la última fase (fase C) del Programa Ambulatorio o en el momento que lo determine el usuario y el terapeuta en los Programas de Apoyo y CRA.

Estilo de consumo realizado a lo largo del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje válido
"cumple adecuadamente el plan previsto"	34	75,6
"no cumple adecuadamente el plan previsto"	9	20,0
"se modifica el plan previsto por incumplimiento"	2	4,4
Total	45	100,0

El 75% de los usuarios que tienen un "plan" respecto a su consumo de alcohol están cumpliendo dicho plan. Los 5 usuarios que no salen reflejados en la tabla hasta completar los 50, son aquellos que no llevan tiempo suficiente realizando el "plan" y todavía no se puede hacer una valoración de su cumplimiento. El 20% han cumplido el plan previsto y un 4,4% han modificado el plan ante su incumplimiento.

Cómo finaliza el proceso el usuario

	Frecuencia	Porcentaje válido
AT progr. ambulatorio	18	60,0
AT progr de apoyo	2	6,7
AT progr CRA	3	10,0
AV progr ambulatorio	1	3,3
AV progr CRA	2	6,7
Derivación a otro tratamiento	2	6,7
Expulsión	2	6,7
Total	30	100,0
Perdidos sistema	62	
Total	92	

Un número de 30 personas de las 92 a estudio, han finalizado el tratamiento, los 62 restantes (perdidos sistema) son los que continúan en él. **23 personas han finalizado el tratamiento siendo Alta Terapéutica de alguno de los tres programas del TAC, y todos ellos (100%) "cumplían adecuadamente el plan previsto".**

Relación entre la clasificación del estilo de consumo y la indicación terapéutica

No problemáticos. N 31

	Frecuencia	Porcentaje válido
"moderado"	30	96,8
"plan de bebida controlada"	1	3,2
Total	31	100,0

A 30 usuarios (96,8) se les ha hecho la indicación terapéutica de bebida "moderada", y sólo a 1 se le indicó un plan de bebida controlada (Ver gráfico 2).

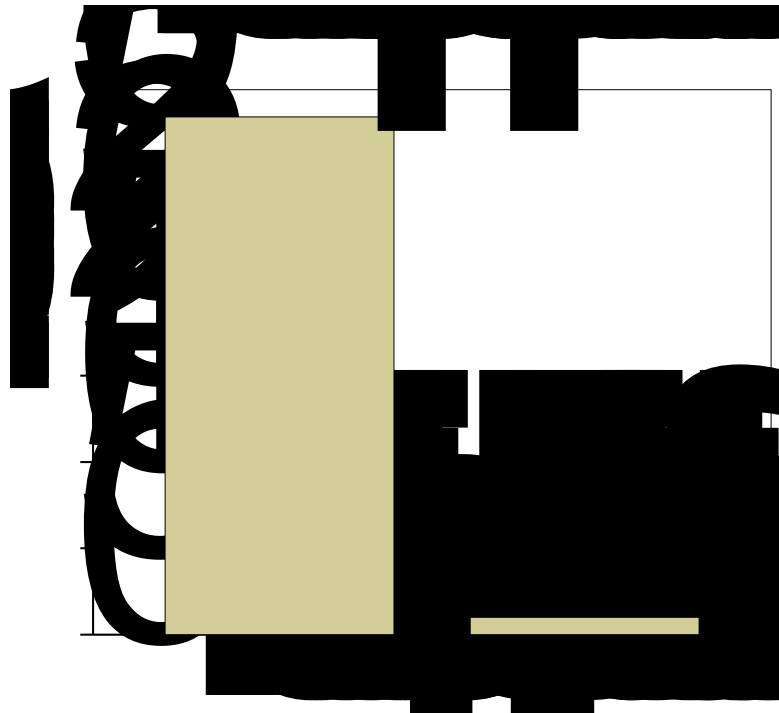


Gráfico 2

Cocaetileno. N 22

	Frecuencia	Porcentaje válido
"moderados"	3	13,6
"plan de bebida controlada"	15	68,2
"abstinencia"	4	18,2
Total	22	100,0
Perdidos	7	
Total	29	

A la mayoría se le indica iniciar un plan de bebida controlada (68,2), a las personas que pese a la asociación de la cocaína con el alcohol, se les indica un consumo moderado, es debido a circunstancias personales, como por ejemplo, pasar una larga temporada en un programa terapéutico en prisión y en abstinencia de alcohol y cocaína (13,6). A un 18,2 se les indicaría mantener la abstinencia (Ver gráfico 3).

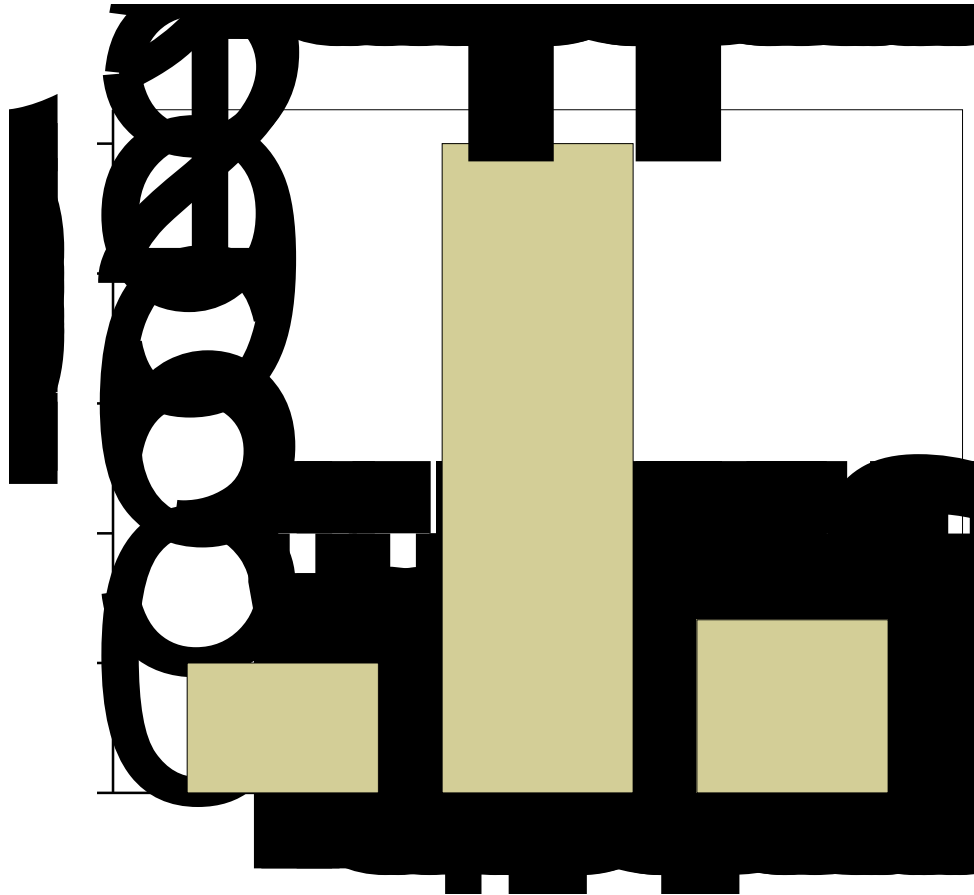


Gráfico 3

Problemáticos. N 32

	Frecuencia	Porcentaje válido
"abstinencia"	32	100,0

Al 100% de los usuarios clasificados como problemáticos, se les ha hecho la indicación terapéutica de abstinencia. (Ver gráfico 4)

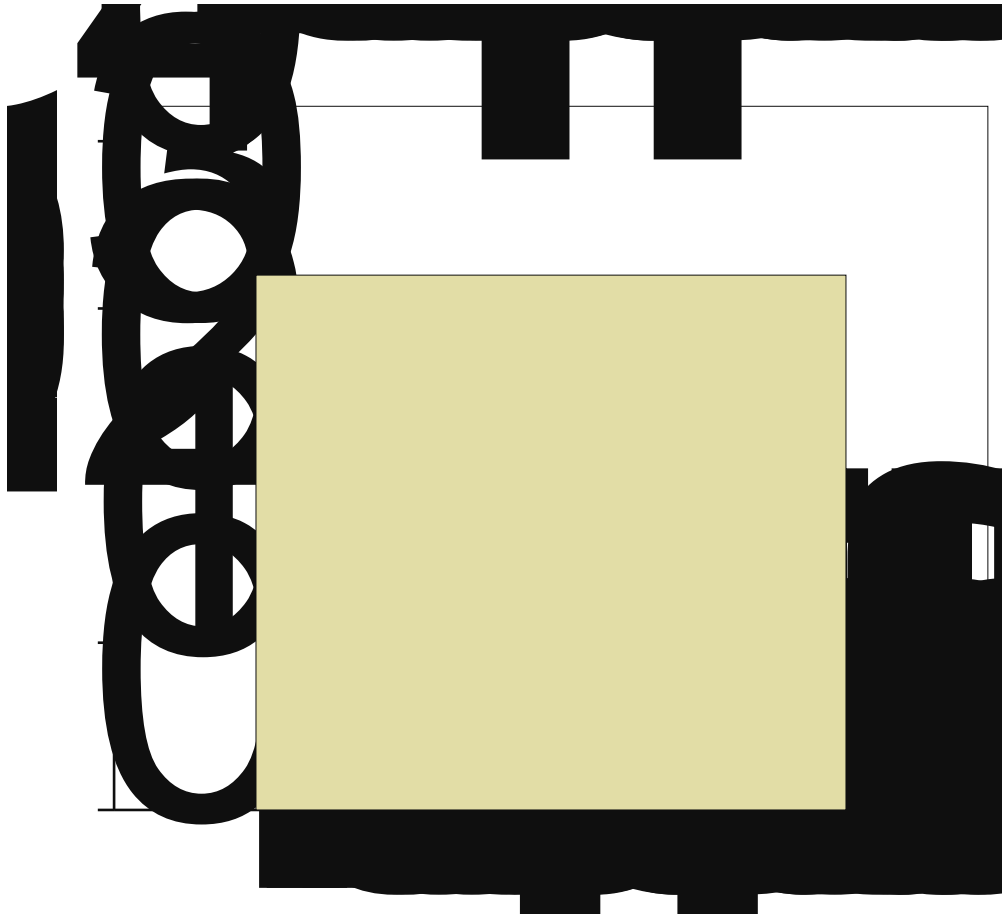


Gráfico 4

¿Cumplen los usuarios del TAC el planteamiento con el alcohol previsto?

	Cumple adecuadamente el plan previsto	No cumple adecuadamente el plan previsto	Se modifica el plan previsto por incumplimiento
"Plan" de bebida moderada N 21 Perdidos 2	15	3	1
Plan de bebida controlada N 11 Perdidos 2	5	3	1
Abstinencia N 18 Perdidos 0	15	3	0

La mayoría de los usuarios del estilo de bebida moderada cumplen el "plan" previsto, lo mismo ocurre con los usuarios que tienen un "plan" de mantener la abstinencia, posiblemente sean los más conscientes de su problemática. Muestran una mayor dificultad en cumplir lo planteado, los usuarios clasificados como "cocaetileno", quizás porque como

indicamos en la introducción, sean conscientes de su cocainomanía pero no quieran verse con un problema añadido con el alcohol, con lo que ello supone a nivel de presión social.

De los 11 (9+2 que lo modifican por no cumplirlo) usuarios que “no cumplen adecuadamente el plan previsto”, 10 han tenido consumos de cocaína asociados al consumo de alcohol. El 80% de estos usuarios tenía una puntuación mayor de 4 en el EuropASI y el 70% puntuaba por encima de 5 en el MAST. 6 de ellos tenía la indicación terapéutica de abstinencia o plan de bebida controlada, pero prefirieron “probarse” y consumir alcohol. Hay 2 personas que han modificado el “plan” por consumo reiterado de alcohol que les ha llevado a consumo de cocaína. Uno de ellos tenía un consumo problemático, tenía una indicación de abstinencia, pero quiso hacer un programa de bebida controlada. El incumplimiento del mismo y el consumo de cocaína, le llevaron a cambiar el plan y decidir mantener la abstinencia. El otro usuario, tenía un problema asociado de alcohol y cocaína (cocaetileno) y se le indicó hacer un plan de bebida controlada. El usuario no cumplía el plan y bebía de forma moderada, en un principio, hasta que por ingesta de alcohol tuvo varios consumos de cocaína y decidió mantener la abstinencia.

Discusión

La media de las puntuaciones obtenidas en el europASI y en el MAST, indican que la población del TAC muestra, en un gran porcentaje, una necesidad de tratamiento con el alcohol como detonante del consumo de cocaína y que una buena práctica en este tema, ayudaría a la prevención de futuras recaídas en la cocaína.

La mayoría de los usuarios del TAC (66%), muestran un consumo problemático con el alcohol y asociado al consumo de cocaína (cocaetileno).

Los resultados avalan que la clasificación que nos planteamos desde el TAC de Proyecto Hombre Asturias, es correcta, ya que demostramos que incluye a personas con unas características determinadas, según la Evaluación hecha previamente, a las que las indicaciones terapéuticas dadas y el planteamiento realizado, les ha ayudado mayoritariamente a mantenerse abstinentes con el alcohol y a finalizar el tratamiento de manera adecuada. Los resultados de múltiples estudios muestran como la retención y la abstinencia durante el tratamiento, son predictores muy importantes de la abstinencia a largo plazo (Higgins, Badger, Budney, 2000).

La mayoría de los usuarios cumple adecuadamente el plan previsto, esto demuestra que los planes realizados están siendo acertados. Los que no han cumplido el plan o ha sido modificado y por lo tanto, han estado consumiendo alcohol de forma no prevista, han tenido también consumos de cocaína.

Es muy significativo, que todas las personas que han tenido un Alta Terapéutica en el tratamiento estaban cumpliendo adecuadamente el plan previsto y este prácticamente en un 100% era coincidente con la indicación terapéutica. Esto avalaría que las indicaciones realizadas siguiendo la clasificación establecida son adecuadas y su cumplimiento garantiza finalizar con éxito el tratamiento.

Podemos concluir, que la clasificación elaborada por el equipo del TAC de Proyecto Hombre de Asturias es válida y describe el perfil de los usuarios a tratamiento.

Hemos descrito el perfil de los usuarios y vemos que mayoritariamente tienen un problema con el alcohol asociado al consumo de cocaína.

Hemos valorado también, que la evolución es más positiva en aquellos usuarios que cumplen adecuadamente el planteamiento establecido junto con el equipo terapéutico,

teniendo en cuenta la clasificación a la que pertenecen. Se ha observado que todos los sujetos con Alta Terapéutica habían seguido el "plan" establecido.

Por lo tanto, podemos constatar que los indicadores establecidos, pueden ser predictivos de la evolución del usuario.

Sería interesante seguir estudiando el resto de los instrumentos utilizados en la Evaluación (test de Habilidades Sociales de Mariana Segura, el SOCRATES y la "ficha de primeros contactos TAC") que nos han servido de base para crear la clasificación establecida, y valorar si también son predictivos del consumo de cocaína a través del consumo de alcohol.

Sería también útil, continuar estudiando la población del TAC respecto a su consumo de alcohol y según la clasificación establecida e incluso hacer una comparativa entre los dos programas que cuentan con mayor número de usuarios (Programa Ambulatorio y CRA).

Bibliografía

- Andrews, P. (1997). Cocaethylene toxicity. *J Addict Dis* 16: 75-84.
- Ávila Escribano, J.J; Villa, R. Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína. *Rev. Trastornos Adictivos*, 2007 oct.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. Retrieved February 7, 2006, from <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html>.
- Beneit, J.V.; García, C.; Mayor, L.I.; Intervención en drogodependencias. Un enfoque Multidisciplinar. Ed. Síntesis, S.A. Madrid, 1997.
- Bobes, J.; Saiz, P.A.; González, M.P.; Bascarán, M.T.; Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Rev. Adicciones. Monografía cocaína. Vol. 13, suplemento 2, 2001. Págs. 23-36.*
- Caballero, L.; Adicción a la cocaína: Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid, 2005.
- Calafat, A; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis, J.J.; Vida social de la cocaína. *Rev. Adicciones, Monografía cocaína. Vol. 13, suplemento 2, 2001.*
- Carroll KM, Nich C, Ball SA y cols. One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction* 2000; 95: 1335-49.
- Carroll KM, Nich C, Ball SA y cols. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 1998; 93: 713-27.
- Carroll KM, Ziedonis D, O'Malley SS y cols. Pharmacologic interventions for abusers of alcohol and cocaine: disulfiram versus naltrexone. *Am J Addict* 1993; 2: 77-9.
- Dean, R.A.; Bosron, W.F.; Zachman, F.M. and Brzezinski, M.R. (1997.) Effects of ethanol on cocaine metabolism and disposition in the rat. *NIDA Research monograph* 173: 35-47.
- Farré, M.; de la Torre, R.; Llorente, M.; Lamas, X.; Ugena, B.; Segura, J. and Camí, J. (1993). Alcohol and cocaine interactions in humans. *J Pharmacol Exp Ther* 266: 1364-1373.
- Flanner BA, Morgenstern J, McKay J y cols. Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 976-81.
- Hameedi FA, Rosen MI, McCance-Kantz EF y cols. Behavioral, physiological, and pharmacological interaction of cocaine and disulfiram in humans. *Biol Psychiatr* 1995; 37: 560-3.
- Higgins ST and Budney AJ. Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology. *NIDA Res Monogr* 1993; 137: 97-121.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK y cols. Disulfiram therapy in patients abusing cocaine and alcohol. *Am J Psychiatr* 1993; 150: 675-6.
- Higgins ST, Badger GI, Budney AJ, 2000. Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and clinical. Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Jover, R.; Ponsoda, X.; Gómez-Lechón, M.J.; Herrero, C.; del Pino, J. and Castell J.V. (1991). Potentiation of cocaine hepatotoxicity by ethanol in human hepatocytes. *Toxicol Appl Pharmacol* 107: 526-534.

- Kleinman PH, Miller AD, Millman RB y cols. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 442-7.
- McCance-Katz EF, Kosten TR, and Jatlow P. (b) Disulfiram effects on acute cocaine administration. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 27-39.
- McCance-Katz EF, Price LH, McDougle DJ y cols. Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: Pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene. *Psychopharmacology (Berl)* 1993; 111: 39-46.
- Pan, W.J. and Hedaya, M.A. (1999). Cocaine and alcohol interactions in the rat: effect of cocaine and alcohol pretreatments on cocaine pharmacokinetics and pharmacodynamics. *J Pharma Sci* 88(12): 1266-1274.
- Pastor, R.; Llopis, J.J.; Baquero, A.; Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Rev. Adicciones*, 2003. Vol.15 Núm.2. Págs 159-164.
- Pirozhkov, S. V.; Watson, R. R. and Chen, G. (1993). Ethanol enhances immunosuppression induced by cocaine. *Alcohol. Alcohol Suppl* 2: 75-82.
- P.N.D. (2001). Informe sobre la situación de la Cocaína en España. Abril 2001. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. PNSD/Internet. Ministerio de Interior.
- Revista Española de Drogodependencias*. Volumen 30. núms..3 y 4. 2005.
- Rounsaville B, Aton SF, Carroll K y cols. Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 43-51
- Rubio, G. y col. Guía práctica de intervención en alcoholismo. Madrid. Agencia antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2000.
- Salloum IM, Douaihy A, Ndimbie OK, Kirisci L. Concurrent alcohol and cocaine dependence impact on physical health among psychiatric patients. *J Addict Dis* 2004; 23: 71-81.
- Secades-Villa, R; García-Rodríguez, O; Álvarez- Rodríguez, H; Rio Rodríguez, A; Fernández Hermida, J.R; Carballo, J.L; El programa de reforzamiento comunitario mas terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Rev. Adicciones* 2007. Vol. 19, Nº1, págs 51-57.
- Signs, S.A.; Dickey-White, H.I.; Vanek, V.W.; Perch, S.; Schechter, M.D.; and Kulics, A.T. (1996). The formation of cocaethylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and ethanol. *Am J Emerg Med* Nov 14: 665-670.
- Singer, L.T.; Arendt, R.; Minnes, S.; Farkas, K. and Salvator, A. (2000). Neurobehavioral outcomes of cocaine-exposed infants. *Neurotoxicological Teratology* 22: 653-666.
- Vanek, V.W.; Dickey-White, H.I.; Schechter, M.D.; Buss, T. and Kulics, A.T. (1996). Concurrent use of cocaine and alcohol by patients treated in the emergency department. *Ann Emerg Med*, Nov 28: 508-514.
- Vocci FJ, Elkashef A. Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Curr Opin in Psychiatry* 2005; 18: 265-270.