



Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de  
Psicólogos  
España

López Durán, Ana; Becoña Iglesias, Elisardo  
EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA  
Papeles del Psicólogo, vol. 30, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 125-134  
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela

*El consumo de cocaína está cobrando una creciente importancia en España en los últimos años. A pesar de los importantes esfuerzos que se vienen realizando desde el campo farmacológico en investigación sobre el tratamiento del abuso y dependencia de la cocaína, el peso del tratamiento sigue recayendo en el psicólogo. En el presente artículo hacemos una síntesis de los aspectos más importantes relacionados con el consumo de cocaína, desde una perspectiva psicológica: prevalencia, factores relacionados con el inicio y el mantenimiento en el consumo de cocaína, la evaluación del consumo y otros problemas que se asocian al mismo, y los tratamientos psicológicos con mayor respaldo científico. Se concluye que la intervención psicológica es central en este problema.*

**Palabras clave:** cocaína, factores de riesgo, evaluación psicológica, tratamiento psicológico.

*The problem of cocaine consumption has been gaining importance in Spain in the last few years. Despite the important research efforts made in the field of pharmacology regarding cocaine abuse and dependence, the reference treatment continues to be psychological. This paper offers a synthesis of the most important aspects of cocaine consumption and treatment from a psychological perspective: prevalence data, factors related to the initiation and maintenance of cocaine consumption, assessment of consumption and other associated problems, and psychological treatments with the greatest scientific support. We conclude that psychological treatment is essential in this problem.*

**Keywords:** Cocaine, risk factors, psychological assessment, psychological treatment.

La antigüedad en la utilización de la hoja de coca apunta al periodo IV precerámico (2500-1800 a.c.). Es en 1859, cuando A. Niemann aísla el principal alcaloide que contiene la hoja de coca, la cocaína. Pronto aparecen productos, principalmente bebidas alcohólicas y no alcohólicas, que contienen cocaína en su composición como el famoso Vino Coca Mariani. Pero con la llegada del siglo XX, una serie de cambios van a llevar a la ilegalización del uso de la cocaína (Escohotado, 2001): las aspiraciones del ámbito médico, presiones del movimiento prohibicionista y la asociación del consumo de este tipo de sustancias a minorías, inmigrantes y marginales.

La cocaína es una sustancia que se obtiene de las hojas del arbusto denominado *Erythroxylon coca*. Los productos que se extraen son: las hojas de coca, la pasta de coca, la cocaína, la cocaína base y *crack* (tabla 1). La cocaína es clorhidrato de cocaína. Es un polvo blanco, cristalino y de sabor amargo que se consume por vía nasal ("esnifada"), oral o endovenosa. También hay datos de consumo fumada en cigarrillos o mezclada con cannabis (OEDT, 2004).

En relación a la prevalencia de su consumo, la encuesta domiciliaria realizada en España en los años 2005-2006 (OED, 2007), un 7.0% de las personas entre 15 y 64 años han probado alguna vez la cocaína, 3.0% la consumieron en el último año y 1,6% en el último mes. Hay un incremento en el consumo en los últimos años: se pasó del 1.8% en 1995 al 3.0% en 2005. El consumo en el último mes pasó del 0.9% en 1995 al 1.6% en 2005.

TABLA 1  
PRODUCTOS DERIVADOS DEL ARBUSTO DE LA COCA

Tipo de sustancia	Vía	Inicio de los efectos (seg.)	Duración del efecto (min.)	Concentración de cocaína
Hoja de coca mascada	Oral	300-600	45-90	0.5-1.5%
		600-1800	-	
Clorhidrato de cocaína	Intranasal	120-180	30-45	12-75%
	Intravenosa	30-45	10-20	
Pasta de coca	Fumada	8-10	5-10	40-85%
Crack de base libre		8-10	5-10	30-85%

Fuente: Modificado de San (1996); Gold (1997); y Lizosaín, Moro y Lorenzo (2001)

Correspondencia: Ana López. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. Galicia. España E-mail: ana.lopez@usc.es.

El consumo de cocaína base o crack está mucho menos extendido, el 0.6% de la población lo ha consumido alguna vez, y un 0.2% lo consumió en el último año.

En la encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES) del PNSD (OED, 2007) en jóvenes escolarizados entre 14 y 18 años, hay un descenso en el consumo, tras un importante incremento en el estudio previo. En 1994 un 2,5% habían consumido alguna vez cocaína, un 1,8% lo hizo en el último año y un 1.1% en el último mes. En 2006, un 5.7% había consumido alguna vez en la vida, un 4.1% lo hizo en el último año, y un 2.3% en el último mes (ver figura 1). El consumo de cocaína en jóvenes se ha multiplicado por dos o tres en estos últimos diez años.

Al aumentar el consumo de cocaína, las demandas de tratamiento por problemas con la cocaína también han experimentado un importante incremento desde el año 1991. En 1991 había en España 943 personas en tratamiento por cocaína, en 2005 ascendió a 22.820 (OED, 2007).

## INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE COCAÍNA

Para explicar las causas por las que algunas personas llegan a tener problemas con el consumo de cocaína y otras, que se encuentran en circunstancias similares no los tienen, encontramos diversos factores que intervienen en los distintos niveles que podemos diferenciar en el consumo de drogas (Becoña, 1999), y un factor que es fundamental desde la perspectiva psicológica y que juega un papel importante en el inicio, mantenimiento e incluso el abandono del consumo de sustancias: el reforzamiento (Higgins, Heil y Plebani, 2004; Secades-

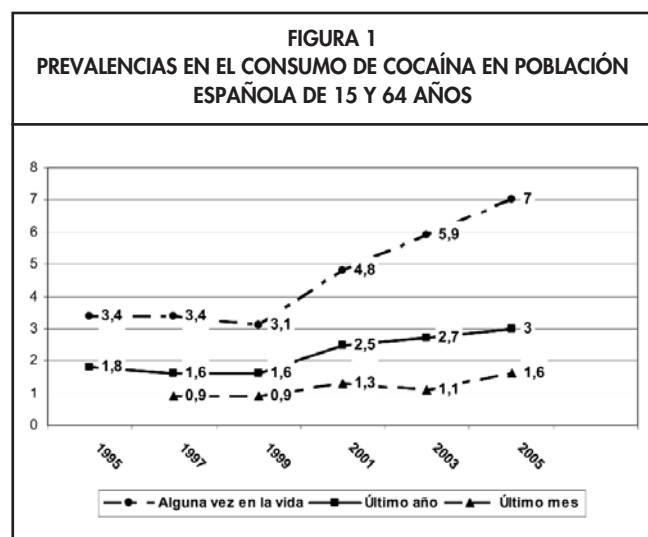
Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Las sustancias psicoactivas funcionan como reforzadores positivos para poner en marcha las conductas de búsqueda y autoadministración de dichas sustancias. Y en el caso concreto de la cocaína, el mantenimiento en el consumo no se produce para eliminar el síndrome de abstinencia (Secades-Villa *et al.*, 2007). Es decir, el sujeto no consume para reducir una sintomatología negativa (reforzamiento negativo), sino por los efectos positivos que produce dicha sustancia (reforzamiento positivo).

Tal y como indicábamos al principio de este apartado, vamos a señalar los factores más importantes en las distintas fases existentes en el consumo de sustancias psicoactivas.

En un primer nivel está la fase de predisposición o antecedentes del consumo, en donde están la predisposición biológica, socio-cultural y la psicológica. En la predisposición biológica, la genética explica un porcentaje muy bajo de los casos de adicción (Cadoret, Yates y Devor, 1997) y los estudios se centraron fundamentalmente en el caso del alcohol (Goodwin, 1985; Miller, 1997). El ámbito socio-cultural es un factor determinante para explicar la predisposición hacia el consumo de determinadas sustancias (Westermeyer, 1996). En nuestra sociedad el consumo de alcohol es un elemento de nuestra cultura, múltiples fiestas alrededor del vino y toda celebración con una copa de alcohol, por lo que el consumo está normalizado y hay una predisposición hacia el mismo. En el caso de la cocaína, el consumo de la hoja de coca en los países andinos está normalizado y tiene unas funciones específicas (aliviar el mal de alturas, reducir la fatiga...). El problema aparece cuando una sociedad se ve expuesta a una sustancia que desconoce, dándole usos diferentes y utilizando formas de consumo más dañino. Por último, dentro de la fase de predisposición, señalar la importancia de tres factores psicológicos: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.

En la fase de conocimiento de la sustancia, los factores relevantes son el ambiente en donde se desarrolla el individuo, el aprendizaje, la socialización que se realiza a través de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación, y las expectativas, tanto las existentes hacia el consumo de drogas como hacia uno mismo, también denominado por Bandura (1995) como autoeficacia percibida. La socialización es un proceso fundamental en la vida del individuo, ya que facilita el aprendizaje de actitudes, creencias, valores, roles y ex-



pectativas de su sociedad. Aunque la socialización se produce durante toda la vida, el periodo clave es hasta la adolescencia (Craig, 1996), teniendo especial relevancia en esta edad los pares y la familia como elemento determinante a la hora de elegirlos (Kandel, 1996).

En la fase de experimentación con la sustancia e inicio del consumo, las variables que determinan que se produzca o no el consumo de drogas son toda una serie de factores de riesgo que influyen en el desarrollo (de tipo constitucional, familiar, emocional, interpersonal, intelectual, ecológico y acontecimientos vitales que generan estrés) (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnov, Markman *et al.*, 1993). En relación a la disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, y la percepción de riesgo sobre la misma, los estudios que analizan los consumos en población general, señalan que el incremento en el consumo está acompañado de una disminución del riesgo percibido sobre la sustancia (Chatlos, 1996; OED, 2007), junto al acceso a la misma y al bajo precio.

Otros factores determinantes son las creencias, actitudes, las normas interiorizadas, los valores y la intención conductual. Al mismo tiempo estos factores están determinados por el proceso de socialización en el que familia, iguales, escuela y medios de comunicación tienen un papel fundamental. Por último, el estado emocional, la presencia o no de problemas psicopatológicos (Chatlos, 1996), y la existencia de habilidades de afrontamiento adecuadas para las distintas situaciones a las que debemos enfrentarnos, son también factores importantes para explicar el inicio en el consumo.

En el caso del inicio en el consumo de cocaína (ver figura 2), la existencia de problemas psicopatológicos previos como depresión o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (López y Becoña, 2006a), el consumo previo de otras sustancias como el cannabis, y el consumo excesivo de alcohol son factores relacionados frecuentemente con la prueba de cocaína. El elemento clave para explicar el mantenimiento del consumo, son las consecuencias que se derivan del mismo, sobre uno mismo, sobre la familia y los iguales. Si las consecuencias que aparecen tras el consumo son fundamentalmente negativas, cesará el consumo.

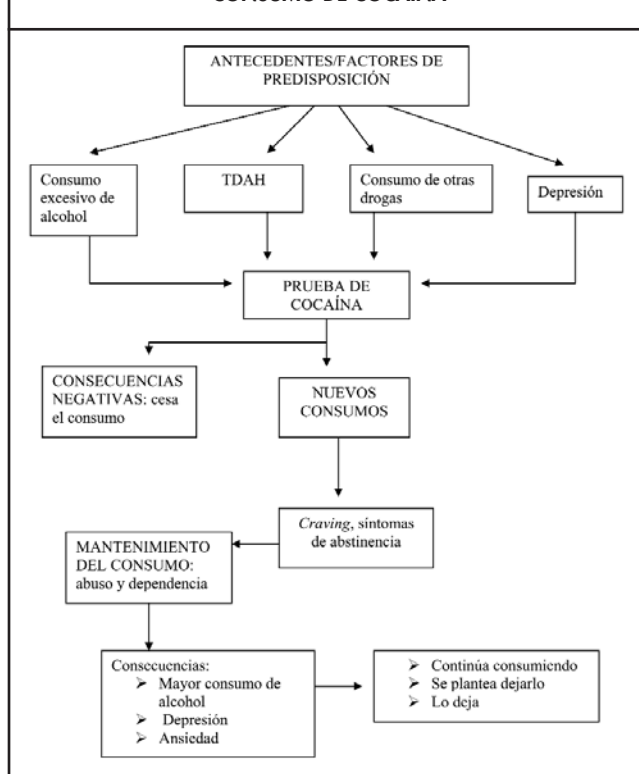
Si sigue consumiendo, el siguiente paso es el abuso y dependencia. La consecuencia de este proceso es un incremento en las consecuencias negativas derivadas del consumo (mayor consumo de alcohol, problemas psicopatológicos como depresión y ansiedad, problemas económicos, familiares...). La importancia de estas

consecuencias para el individuo, es lo que va a determinar que continúe consumiendo, que se plantee abandonar el consumo y que finalmente deje de consumir. No podemos revisar extensamente lo que tendríamos que hacer a nivel preventivo en el caso concreto del consumo de cocaína, pero sí podemos indicar que partiendo de la anterior información se pueden diseñar distintas medidas orientadas a reducir los factores de vulnerabilidad, entrenar al individuo que tiene riesgo de consumir sustancias en distintas habilidades o bien poner en práctica programas universales para la prevención del consumo de drogas (Becoña, 2002; Tolan, Szapocznik y Sambrano, 2006).

### EVALUACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA

La evaluación es el paso previo al inicio del tratamiento. Los resultados de la evaluación van a guiar la planificación del tratamiento. Además, durante el tratamiento, la evaluación continúa siendo necesaria para monitorizar su evolución, y para determinar los resultados del tratamiento. La evaluación al inicio del tratamiento abarca tres áreas: evaluar el problema por el que demanda tra-

**FIGURA 2**  
**ANTECEDENTES, INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE COCAÍNA**



tamiento, evaluar otros problemas que pueden interferir y determinar cuáles son los recursos que tiene el sujeto.

Para evaluar la existencia de dependencia según los criterios DSM, disponemos de la *Entrevista Estructurada de DSM-IV* (SCID) en su versión española (First, Spitzer, Gibbon, Williams y Smith-Benjamin, 1998). Otros instrumentos que evalúan dependencia son la Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS; Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall *et al.*, 1995), el Test de Gravedad de la Adicción a la Cocaína (CAST; Washton, 1995), el Perfil de Evaluación del consumo de cocaína (CAP; Washton, 1995), la Escala de Deterioro relacionada con el consumo de cocaína (Halikas y Crosby, 1991) y el Índice de Gravedad a lo largo de la vida para el Trastorno por Consumo de Cocaína (Hser, Shen, Grella y Anglin, 1999). El Índice de Gravedad de la Adicción (ASI; McLellan, Luborsky, Cacciola, Griffith, McGahan y O'Brien, 1992) es más completo que los anteriores y permite planificar la intervención y realizar seguimientos.

Para evaluar el síndrome de abstinencia de la cocaína disponemos de la Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA; Kampman, Volpicelli, McGinnis, Alterman, Weinrieb, D'Angelo *et al.*, 1998).

Para evaluar el *craving* de la cocaína el cuestionario más utilizado es el de *Craving de Cocaína* (CCQ; Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993), que tiene como ventaja que considera el *craving* como un constructo multidimensional pero como inconveniente que es muy amplio. Otros cuestionarios que se utilizan son el cuestionario de evaluación del *craving* de Weiss, Griffin y Hufford (1995), la Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de la Cocaína de Yale-Brown (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill *et al.*, 1989), y la Escala de Evaluación del *Craving* de López y Becoña (2006b). Otros cuestionarios relacionados con el consumo de cocaína son el Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Drogas (Annis, Turner y Sklar, 1997), el Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo de Cocaína (Michalec, Zwick, Monti, Rohsenow, Varney, Niaura *et al.*, 1992) y la *Cocaine Relapse Interview* (CRI; McKay, Rutherford, Alterman y Cacciola, 1996).

Respecto a la evaluación de problemas que interfieren en el tratamiento, la evaluación de la psicopatología es fundamental. Hay multitud de instrumentos que permiten evaluar la presencia de síntomas o trastornos psicopatológicos, pero en función de la población con la que trabajemos hay que evaluar, en primer lugar, aquella psicopatología que con mayor frecuencia aparece.

Por lo tanto, señalamos dos fases: en la primera el objetivo es detectar si hay otros problemas que interfieran en el tratamiento, y en caso de presentarlos pasamos a la segunda fase que es un nivel más específico, con instrumentos de evaluación más amplios y específicos para la patología que presenta.

En la primera fase se utilizan instrumentos de *screening* que detectan los síntomas psicopatológicos que más frecuentemente presenta la población con la que trabajamos. En los consumidores de cocaína, es necesario evaluar sintomatología depresiva (López y Becoña, 2006a; 2007) con un instrumento de cribado como el *Beck Depression Inventory II* (Beck, Steer y Brown, 1996), y posteriormente, si deseamos establecer un diagnóstico (fase dos) se puede administrar una entrevista diagnóstica como la SCID-I (First *et al.*, 1998). La presencia de trastornos de personalidad también es frecuente entre este tipo de consumidores (López y Becoña, 2006a; 2006c) por lo que es necesario utilizar un instrumento de detección de este tipo de trastornos como el MCMI-III (Millon, 1997). Si detectamos la presencia de algún trastorno de personalidad y deseamos establecer un diagnóstico administramos una entrevista diagnóstica como la SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith Benjamín, 1999).

Otro aspecto a evaluar es el consumo de otras drogas, en los consumidores de cocaína la presencia de problemas con el alcohol es muy frecuente (López y Becoña, 2006d). Un instrumento muy útil, por su brevedad y fácil corrección es el *Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol* (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT) (Contel, Gual y Colom, 1999; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993). Si detectamos que presenta problemas con el consumo de alcohol podemos pasar un cuestionario más amplio y específico como el MALT (Rodríguez-Martos, 1986).

Un cuestionario de *screening*, que también es interesante es el SCL-90-R (Derogatis, 2002). Evalúa la presencia de diversos síntomas psicopatológicos y el malestar subjetivo percibido, por lo tanto es útil para evaluar la evolución del tratamiento.

Una parte importante en la evaluación, es determinar las estrategias de afrontamiento al estrés que tiene el sujeto, que puede ser un recurso o una interferencia para el tratamiento. Instrumentos recientes diseñados para su uso en población drogodependiente son el cuestionario de *Variables de Interacción Psicosocial* (VIP; Pedrero, Pérez, De Ena y Garrido, 2005) y la *Escala Multiaxial*



de Afrontamiento Disposicional (EMA-D; Pedrero, 2007).

Para evaluar los estadios y procesos de cambio disponemos del *Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína* (Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) y la *Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island* (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983).

Y finalmente, tras la revisión de distintos instrumentos de evaluación relacionados con el consumo de cocaína, no podemos olvidar la importancia que tiene el análisis funcional como procedimiento de evaluación psicológica fundamental para la realización de un correcto diseño de la intervención.

### TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

A pesar de los intentos desde la industria farmacéutica para descubrir un fármaco para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, dichos intentos hasta la actualidad han resultado infructuosos (*European and Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction*; EMCDDA, 2007; Higgins, Alessi y Dantona, 2002).

En la actualidad, los tratamientos psicológicos son los que cuentan con mayores evidencias para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Destacan, el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo y el tratamiento cognitivo-conductual (Becoña et al., 2008; Rawson, McCann, Flamino, Shoptaw, Miotto, Reiber et al., 2006; Secades y Fernández-Hermida, 2001; Terán, Casete y Climent, 2008).

Los programas de reforzamiento comunitario, se basan en proporcionar al sujeto contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinente (Marlowe, Kirby, Festinger, Merikle, Tran y Platt, 2003). Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos clave: a) Abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir. b) Los que no tienen trabajo o aquellas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional. c) Identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el consumo. d) Se ofrece terapia de pareja. e) Se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits

que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumenten la probabilidad de que sufra una recaída. f) Se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias (Higgins et al., 2004).

Con frecuencia estos programas van acompañados de la terapia de incentivo. Es un procedimiento de manejo de contingencias para conseguir y mantener la abstinencia, e incrementar la adherencia al tratamiento (Higgins, Alessi y Dantona, 2002). El paciente va ganando puntos a medida que va alcanzando los objetivos de abstinencia o de tratamiento, y dichos puntos los puede cambiar por distintos reforzadores (bienes o servicios disponibles en la comunidad).

Una revisión completa de la utilización conjunta de ambos procedimientos y su eficacia la encontramos en Higgins et al. (2002) y Higgins et al. (2004).

Respecto a la eficacia de este tratamiento cuando se compara con otros, Higgins et al. (2002) apuntan que el refuerzo comunitario más manejo de contingencias es más eficaz que el *counseling*. Petry, Alessi, Carroll, Hanson, McKinnon, y Rounsaville (2006) señalan mejores resultados con este tratamiento que con un tratamiento estándar (sesiones grupales de prevención de la recaída, educación sobre el VIH, entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento y el programa de los 12 pasos). Rawson et al. (2006) han encontrado mejores resultados en retención y abstinencia durante el tratamiento con el manejo de contingencias que con el tratamiento cognitivo conductual, aunque durante el seguimiento las tasas de abstinencia son similares.

Petry, Alessi, Marx, Austin y Tardiff (2005) han diseñado un programa basado en el uso de reforzadores de forma contingente a la consecución de objetivos, pero que reduce su coste. Estos autores plantean que el sujeto en lugar de recibir un refuerzo determinado previamente tras la consecución de un objetivo señalado, el sujeto lo que gana tras conseguir el objetivo es la posibilidad de conseguir un refuerzo que de forma aleatoria, puede ser un refuerzo de magnitud alta o baja.

Secades y Fernández-Hermida (2001), consideran el Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo como un tratamiento bien establecido. Los resultados de diferentes estudios indican que con la terapia de incentivo se obtienen buenos resultados durante el tratamiento, además incrementa la adherencia al mismo, pero al finalizar el tratamiento los resultados positivos no se mantienen (García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez, Río, Fernández-Hermida, Carballo et al., 2007; Higgins,

Heil, Dantona, Donham, Mathews y Badger, 2006; Higgins *et al.*, 2003; Rawson *et al.*, 2006; Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida y Carballo, 2008).

Debemos destacar en esta línea de investigación los interesantes estudios publicados recientemente en nuestro país sobre la puesta en marcha de este tipo de programas en nuestro medio (García-Rodríguez *et al.*, 2006; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Respecto a los tratamientos de tipo cognitivo-conductual, el objetivo es que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína, y estrategias de autocontrol. El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (1998), y consta de: análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del *craving*, habilidades de afrontamiento, detección de cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento. Secades y Fernández-Hermida (2001) lo consideran como un tratamiento probablemente eficaz.

Carroll (1996) señala que las técnicas de prevención de recaídas, incluidas dentro de los tratamientos cognitivos-conductuales, son especialmente eficaces para las personas con alta dependencia de la cocaína y además en el caso de producirse nuevas recaídas, éstas son menos severas.

Entre las críticas que ha recibido este tipo de tratamiento destaca que el paciente debe de tener un funcionamiento cognitivo adecuado, y ello no siempre es posible entre los consumidores de cocaína. Tanto el consumo crónico de cocaína, como el abusivo consumo de alcohol, produce deterioro a nivel cognitivo (EMCDDA, 2007).

Una interesante y reciente revisión sobre la eficacia de estos dos tratamientos la podemos encontrar en García-Rodríguez (2008).

Además de estos dos tratamientos que son los que cuentan con mayor respaldo científico, hay otras intervenciones. Los tratamientos psicosociales que agrupan el asesoramiento grupal e individual, la terapia cognitiva y la terapia de apoyo expresivo. Distintos estudios comparativos que se han realizado (Crist-Christoph, Siqueland, Blaine, Frank, Luborsky, Onken *et al.*, 1999; McMahon, Kouzekanani y Malow, 1999), señalan que la combinación del asesoramiento grupal y el individual es más efectiva que la terapia cognitiva y la de apoyo expresivo,

aunque las personas permanecen en tratamiento menos tiempo. También destacan las intervenciones basadas en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999). Este tipo de intervenciones habitualmente van acompañadas de otras, y han obtenido buenos resultados en consumidores con baja motivación al inicio del tratamiento (Rohsenow, Monti, Martin, Colby, Myers, Gulliver *et al.*, 2004), e incluso las intervenciones breves han mejorado las tasas de abstinencia en consumidores de heroína y cocaína (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson y Hingson, 2005).

## CONCLUSIÓN

En la actualidad, el tratamiento psicológico de los problemas con el consumo de cocaína es el tratamiento de referencia (EMCDDA, 2007). A pesar del esfuerzo de los laboratorios farmacéuticos para descubrir un tratamiento eficaz, en la actualidad esos esfuerzos continúan siendo infructuosos. Los tratamientos farmacológicos comercializados pueden ser eficaces sólo cuando existe un problema psicopatológico (ej. depresión, ansiedad...) que interfiere en el tratamiento. En ese caso es preciso actuar sobre el trastorno psicopatológico para poder solucionar los problemas con el consumo (Terán *et al.*, 2008). Pero no siempre es preciso administrar un tratamiento farmacológico. La intervención psicológica puede ser suficiente. La evaluación previa y la valoración del profesional juegan un papel importante en este punto.

El objetivo del presente artículo es reseñar la importancia de la Psicología dentro del campo de las adicciones y de su tratamiento, de modo específico para la cocaína. En muchas ocasiones, se ha dejado de lado la labor fundamental que el psicólogo realiza tanto en la prevención y tratamiento de los problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, como en la comprensión del inicio y el mantenimiento de dicho consumo (Becoña, 2007; Secades-Villa *et al.*, 2007).

El ámbito de las drogodependencias es un área muy importante que no se puede ignorar desde la Psicología. Los profesionales que trabajan en el tratamiento de las adicciones, no sólo abordan el abandono del consumo de sustancias psicoactivas, sino que con mucha frecuencia tienen que intervenir sobre otro tipo de síntomas o trastornos psicopatológicos (Becoña *et al.*, 2008). Tal y como apuntan diversas revisiones publicadas en los últimos años (Ochoa, 2000; San, 2004), existe una amplia presencia de otros problemas psicopatológicos entre los consumidores de cocaína, por lo que el trabajo del psicólogo en el ámbito de

las adicciones es, en muchas ocasiones, mucho más completo que en otros ámbitos de la salud mental. Estos profesionales tienen que aprender a manejar la presencia de un problema psicopatológico determinado, como por ejemplo un trastorno de personalidad o del estado de ánimo, junto con un problema con el consumo de sustancias psicoactivas, que es por el que el sujeto demanda tratamiento (Becoña et al., 2008). Este último punto es un aspecto clave, ya que en muchas ocasiones el sujeto reconoce que tiene un problema con el consumo de drogas, pero no es consciente de la presencia de otro problema psicopatológico por lo que la labor del psicólogo es doblemente importante. Además, es necesario abordar conjuntamente todos los problemas que presenta el sujeto porque de otra forma no se alcanzará el objetivo final de abandono del consumo de sustancias.

Por lo tanto, el papel del psicólogo es fundamental en el campo de las adicciones, tanto en su prevención como en su tratamiento. Y en el consumo de la cocaína, de manera más concreta. Por todo ello, es preciso que se continúe con la investigación en este campo, para optimizar los procesos de evaluación y tratamiento para conseguir mejores resultados, y sobre todo disminuir la probabilidad de que en el futuro se produzcan nuevas recaídas en el consumo.

## REFERENCIAS

- Annis, H. M., Turner, N. E. y Sklar, S. M. (1997). *Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. et al. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Recogida el 8 de enero de 2009 en [http://socio-drogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia\\_sda\\_intervenciones\\_psicologicas.pdf](http://socio-drogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_sda_intervenciones_psicologicas.pdf)
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. y Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59.
- Cadoret, R. J., Yates, W., y Devor, E. (1997). Genetic factors in human drug abuse and addiction. En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 35-46). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Clinical and Experimental Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Craig, G. J. (1996). *Desarrollo Psicológico (7ª edición)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Crist-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloom, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. y Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-501.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnov, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Escohotado, A. (2001). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpé.



- European and Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2007). *Treatment of problem cocaine use. A review of the literature*. Recogido el 15 de Diciembre de 2007 en <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W. y Smith Benjamin, L. (1999). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV- SCID-II*. Barcelona: Masson.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- García-Rodríguez, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 242-251.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Erraste, J. M. y Al-Halabí, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para los adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Gold, M.S. (1997). *Cocaína*. Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Goodman, W. K., Price, L. H, Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodwin, D. W. (1985). Alcoholism and genetics: The signs of our fathers. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171-174.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. y Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Halikas, J. A. y Crosby, R. D. (1991). Measuring outcome in the treatment of cocaine abuse: The Drug Impairment Rating Scale for Cocaine. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 121-138.
- Higgins, S. T., Alessi, S. M. y Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addictive Behaviors*, 27, 887-910.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., Dantona, R., Donham, R., Mathews, M. y Badger, G. J. (2006). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependents outpatients. *Addiction*, 102, 271-281.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Hser, Y. I., Shen, H., Grella, C. y Anglin, M. D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 742-750.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peers contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influence. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Lizasoain, I., Moro, M. A. y Lorenzo, P. (2001). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 13 (sup.2), 37-45.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). El *craving* en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- López, A. y Becoña, E. (2006c). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 577-582.
- López, A. y Becoña, E. (2006d). El consumo de alcohol en las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento. *Psicología Conductual*, 14, 235-245.
- López, A. y Becoña, E. (2007). Depression and cocaine dependence. *Psychological Reports*, 100, 520-524.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Festinger, D. S., Merikle, E. P., Tran, G. Q. y Platt, J. J. (2003). Day treatment for cocaine dependence incremental utility over outpatient counseling and vouchers incentives. *Addictive Behaviors*, 28, 387-398.
- Martin, R. A., Rossi, J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M., Rohsenow, D. J. (1992). *Stages and processes of change for quitting cocaine*. Póster presentado a la 26<sup>th</sup> Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Boston.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of changes in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Theory, Research and Practice* 20, 368-375.
- Miller, N. S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En N. S. Miller (Ed.). *The principles and practices of addictions in psychiatry* (pp. 18-25). Philadelphia, PA: W. B. Sandunders Company.



- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1997). *MCMII-III Manual*, 2nd edition. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., McGinnis, D. E., Alterman, A. I., Weinrieb, R. D'Angelo, L. y Epperson, L. E. (1998). Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addictive Behaviors*, 23, 449-461.
- McKay, J. R., Rutherford, M. J., Alterman, A. I. y Cacciola, J. S. (1996). Development of the cocaine relapse interview: an initial report. *Addiction*, 91, 535-548.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGahan, P. y O'Brien, C. P. (1992). *Addiction Severity Index*, 5th ed. Philadelphia: Penn-VA Centre for Studies of Addiction.
- Madge, T. (2002). *Polvo blanco. Historia cultural de la cocaína*. Barcelona: Editorial Península.
- Michalec, E., Zwick, W. R., Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Varney, S., Niaura, R. S. y Abrams, D. B. (1992). A Cocaine High-Risk Situations Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 377-391.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas*. Recogido el 20 de julio de 2008 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- Observatorio Europeo de la droga y las toxicomanías (2004). *Informe anual 2004 del Observatorio Europeo de la droga y la toxicomanía (OEDT) sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*. Recogido el 13 de Enero de 2005 en [http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT\\_2004.pdf](http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT_2004.pdf).
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- Pedrero, E. J. (2007). *Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento- Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACS-D) a población general y adictos a sustancias*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pedrero, E. J., Pérez, M., De Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7, 166-186.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Hanson, T., McKinnon, S. y Rounsaville, B. (2006). Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal related activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 592-601.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Marx, J., Austin, M. y Tardiff, M. (2005). Vouchers versus prizes: Contingency management treatment of substance abusers in community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1005-1014.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Hanson, T., McKinnon, S. y Rounsaville, B. (2006). Contingency management treatments: Reinforcing abstinence versus adherence with goal related activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 592-601.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas Secundarias 2004 -resumen-*. Recogido el 13 de Enero de 2005 <http://www.mir.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Observatorio Español sobre drogas. Informe 2004*. Recogido el 23 de enero de 2006 en <http://www.pnd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España 2005-2006. Análisis y principales resultados*. Recogido el 15 de junio de 2007 en <http://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/estudios/home/htm>.
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flaminio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, Ch. y Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101, 267-274.
- Rodríguez-Martos, A. (1986). *El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios*. Barcelona: Fons Informatiu de l'Ajuntament de Barcelona, nº 2.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., Brown, R. A., Mueller, T. I., Gordon, A. Y Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- San, L. (1996). Dependencia de la cocaína. En: Becoña, E., Rodríguez, y Salazar, I. (Coord.), *Drogodependencias III. Drogas ilegales* (41-99). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela.



- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). *Guías clínicas Soci drog alcoh ol basadas en la evidencia científica: Cocaína*. Recogido el 30 de julio de 2008 en [http://soci drog alcoh ol.psiquiatria.com/documentos/guia\\_cocaina\\_08.pdf](http://soci drog alcoh ol.psiquiatria.com/documentos/guia_cocaina_08.pdf)
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A. y Henningfield, I.E. (1993).The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Sambrano, S. (Ed.) (2006). *Preventing youth substance abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Washton, A. M. (1995). *La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención de recaídas*. Barcelona: Paidós.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L. y Hufford, C. (1995) Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 289-301.
- Westermeyer, J. (1996). Cultural factors in the control, prevention, and treatment of illicit drug use: The earthlings' psychoactive trek. En W. K. Bickel y R. J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit dug abuse* (pp. 99-124). Nueva York: Plenum Press.