

---

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS ADICTOS A ALCOHOL  
Y COCAÍNA VERSUS COCAÍNA Y ALCOHOL.  
APROXIMACIÓN A LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS  
TERAPÉUTICAS.

---

**Francisco Pascual**  
**Carmen Cortell**  
**M<sup>a</sup> José Hidalgo**  
**Alberto Sancho**  
**Elena Aranda**

*Unidad de Conductas Adictivas de Alicante*

*Unidad de Alcoholología de Alcoi.*

*Unidad de Conductas Adictivas de Alcoi.*

*Unidad de Alcoholología de Elx.*

---

**RESUMEN**

---

El presente trabajo pretende definir las características de los usuarios que acuden a cuatro Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante presentando una problemática con el consumo de alcohol y cocaína , incluyendo las variables sociodemográficas, hasta la aparición de distintas complicaciones y el tratamiento recibido en los recursos específicos. Todo ello a partir de un análisis longitudinal de los pacientes diagnosticados de abuso o dependencia a alcohol y cocaína, que han sido atendidos en distintas unidades de Conductas Adictivas de la Provincia de Alicante.

El objetivo del estudio es el de recoger el tratamiento a emplear, a partir de las características del sujeto.

**Palabras clave:** Alcohol. Cocaína. Tratamiento. Perfil

## ABSTRACT

---

The present study pretends to define the characteristics of the people who attend the four Units of Addictive Conducts of the province of Alicante, which presents the problems that exist in the consumption of alcohol and cocaine, including the sociodemographic variables and the different complications that appear, as well as the treatments received in the specific recourses. All of this is studied by longitudinal analysis of the patients diagnosed with alcohol or cocaine abuse or dependence, which were attended in the different units of Addictive Conducts of the Province of Alicante.

The objective of this study is to collect the treatments used depending on the subject's characteristics

**Key words:** Alcohol, cocaine, treatments, profile.

## OBJETIVOS

---

La realización del presente estudio pretende:

- Definir el perfil de este tipo de consumidores.
- Analizar las consecuencias bio psico sociales más frecuentes atribuibles al policonsumo.
- Definir el tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

---

Cada vez es más frecuente encontrar en las Unidades de Conductas Adictivas, un patrón de consumo mixto en el que se observa una utilización concomitante de varias drogas. En las Unidades de tratamiento de alcohólicos, se va observando de forma predominante el uso de alcohol y cocaína por lo que podemos diagnosticar al alcohólico que consume cocaína o al adicto a la cocaína que hace consumos de alcohol.

No obstante el uso de la coca data de 5.000 a. d. C. y el de las bebidas alcohólicas de entre 6.000 y 8.000 a. D. C.

Al uso conjunto de ambas sustancias contribuyó Angelo Mariani, un químico de Córcega, quien a finales del s. XIX vendió y embotelló una bebida denominada Vin Mariani, al que se le atribuían propie-

dades médicas contra la gripe, la malaria y otras enfermedades devastadoras.

En 1886, John Pemberton, un farmacéutico de Atlanta, inventó la coca - cola, bebida refrescante de extractos de cola que en principio contenía jarabe de coca, cola, cocaína y una pequeña cantidad de etanol.

En un estudio realizado en estados Unidos por la Epidemiological Catchment Area (ECA) en 1991, halló que un 16% de la población caía en el alcoholismo en algún momento de su vida, que un 84% de los cocaínómanos eran también alcohólicos y que el 30% de los alcohólicos tenían otra dependencia.

Un año más tarde un estudio del N.I.D.A., apuntaba que el consumo conjunto de cocaína y alcohol era del 47% en la población general, concluyendo que la mayoría de los consumidores de cocaína tomaban alcohol al mismo tiempo.

En la Comunidad Valenciana, el uso de alcohol junto con el de coca alcanza un 67% y el de coca junto con alcohol llega al 32% según las cifras de la Dirección General de Drogodependencias – Generalitat Valenciana. Extraídas de la Encuesta FAD – EDIS 1996.

Este nuevo patrón de consumo nos ha obligado a ensayar distintos enfoques terapéuticos para tratar el consumo de ambas sustancias y sobre todo para tratar el patrón de dependencia de cada individuo, aunque de momento no se ha llegado a definir la idoneidad de cada una de las estrategias terapéuticas o de las sustancias a utilizar.

Además, desde 1991 se sabe que de la combinación de la cocaína con el etanol se forma una nueva sustancia denominada cocaetileno. Esta sustancia descubierta por la facultad de Medicina de Miami, aumenta tanto la euforia como la ansiedad e incrementa potencialmente el riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga, lo que modifica el comportamiento de los consumidores así como las consecuencias físicas, planteándonos distintos enfoques en el tratamiento.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Para analizar los objetivos definidos se ha cogido una muestra de pacientes que reuniesen la condición de ser consumidores excesivos de alcohol y/o cocaína, en todo caso han de consumir ambas sustancias. Los pacientes están o han estado en tratamiento en la Unidad de Conductas

Adictivas de Alcoy (56), la Unidad de Alcoholología de Alcoy (12), la Unidad de Alcoholología de Elche (45) y de la Unidad de Conductas Adictivas de Alicante (36).

El total de la muestra es de N= 149 sujetos, con consumo concomitante de alcohol y cocaína y diagnóstico de abuso o dependencia a al menos una de las dos.

A todos los pacientes se les ha aplicado el cuestionario, elaborado al efecto y recogido en el Anexo I, y se han obtenido datos en base a la historia clínica específica para la recogida de datos de estos pacientes. Se les ha realizado análisis clínicos para determinar las probables alteraciones orgánicas a la vez que se han detallado la existencia de alteraciones psicológicas o sociales.

Se ha determinado el diagnóstico exacto de uso, abuso y/o dependencia para ambas sustancias según los criterios diagnósticos DSM-IV y se ha observado la evolución de cada uno de ellos teniendo en cuenta el tipo de tratamiento aplicado, farmacológico, psicoterapéutico, intervención social y tratamiento mixto, para poder establecer su efectividad.

Todo ello, corroborando el estado de abstinencia con controles de metabolitos en la orina o con el alcoholímetro para el alcohol.

Se han rellenado los cuestionarios de todos los pacientes que cumplían las características de doble consumo, estudiando su evolución durante al menos un año, a no ser que existiese finalización del tratamiento previo a ese margen de tiempo.

El cuestionario se ha elaborado a partir de los datos observados en estudios previos, extractados de la bibliografía consultada, en los que se definían epidemiología, consumos, perfiles y métodos terapéuticos, a fin de poder establecer las oportunas comparaciones tanto en los perfiles como en los resultados de las distintas estrategias terapéuticas aplicadas.

Como resultado del análisis estadístico de las distintas variables se pretende crear un protocolo de intervención válido para los consumidores de etanol y cocaína, según las características de cada uno de ellos.

---

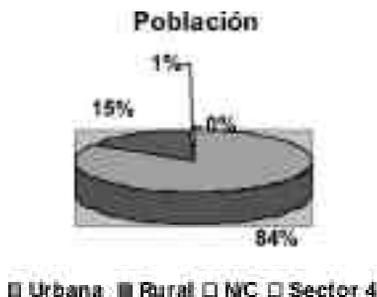
## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

---

La muestra estudiada nos da un total de 130 varones frente a 19 mujeres.



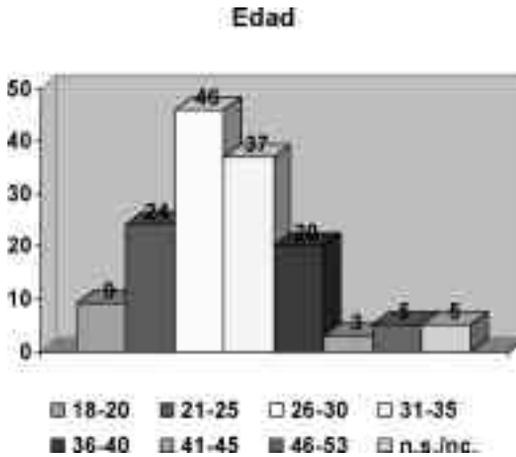
La población se compone de 22 pacientes del medio rural y 126 del urbano, encontrándonos a uno que no responde.



La vía de entrada de los sujetos ha sido fundamentalmente por iniciativa propia; 101, seguida por la derivación desde servicios sanitarios; 39, y por último por servicios sociales, 9.



La edad de los pacientes sigue la siguiente distribución:

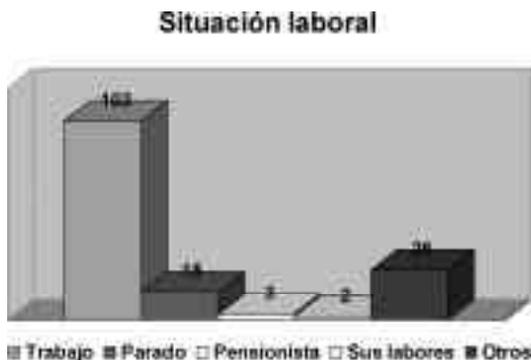


Encontrándonos como grupos de edad más importantes los de 26 a 30 y 31 a 35, lo que puede significar la necesidad de tener cierto poder adquisitivo para consumir sobre todo la cocaína.

Se recogió del mismo modo el nivel de estudios de la muestra, encontrando que la gran mayoría no habían llegado más que a conseguir los estudios primarios.



Por último se definió la muestra según la profesión, encontrándonos:



### ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Dentro de los policonsumos en el consumidor de cocaína el más frecuente es el de alcohol como droga primera y la cocaína como secundaria para mantenerse despierto.

Observando los motivos para el consumo de cocaína y alcohol (Generalitat Valenciana, 1997) comprobamos los siguientes:

| MOTIVOS PARA EL CONSUMO                              | ALCOHOL | COCAÍNA |
|--|---------|---------|
| Escapar a problemas personales                       | 11'6%   | 11'2%   |
| Gusto por lo prohibido                               | 8'1%    | 20'9%   |
| Por placer - Animarse.                               | 46'6%   | 48%     |
| Facilita la conversación - mejora el contacto social | 12'2%   | 5'3%    |

Estos motivos se correlacionan con los efectos del etanol y de la cocaína, lo que lleva a su consumo, a veces abusivo.

En nuestra muestra hemos tenido en cuenta los siguientes diagnósticos para realizar el estudio:

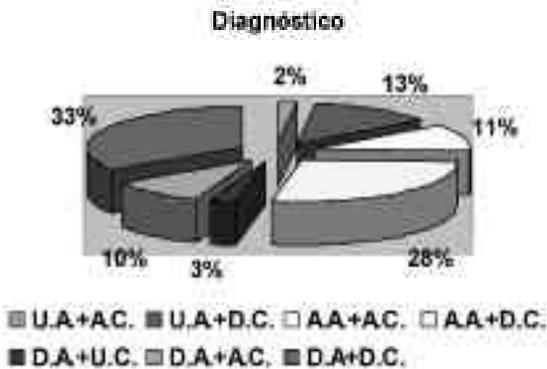
U.A. = Uso alcohol.

A.A. = Abuso alcohol.

D.A. = Dependencia alcohol.  
 U.C. = Uso cocaína.  
 A.C. = Abuso cocaína.  
 D.C. = Dependencia cocaína.

Hemos encontrado los siguientes diagnósticos combinados de alcohol y cocaína:

### *Efectos de la cocaína:*



Se han descrito distintos efectos por el uso abusivo de la cocaína (Cabrera, Torrecillas, et al. 1998) tanto en la esfera física como psíquica, así como la aparición de complicaciones sociales. Entre los efectos psíquicos cabe destacar:

Euforia y excitación con elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía, insomnio, hiperactividad motora y verbal, aumento de la capacidad de ideación e imaginación.

Y entre los efectos somáticos:

Elevación de la frecuencia cardíaca y presión arterial, vasoconstricción generalizada y palidez, temperatura corporal y actividad muscular aumentadas, midriasis, sudoración y temblor.

A todo ello tendríamos que sumar en este caso la aparición de hepatopatías, pancreatopatías, epilepsia, alteraciones de la conducta, la memoria o el carácter así como el grave deterioro social producido por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

### *Efectos del etanol:*

Cambios de carácter, fundamentalmente y por orden desinhibición, euforia, disminución de reflejos y somnolencia. Desde el punto de vista somático, alteraciones gástricas, pancreáticas, hepáticas, hematológicas, epilepsia, impotencia...

Y por último a nivel social, discusiones, reyertas, desajuste familiar, separación o degradación social...

### *Efectos del cocaetileno:*

Aumento de la euforia, ansiedad, incremento potencial del riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga.

Según el estudio de la Generalitat Valenciana (1997) las consecuencias del consumo de drogas serían las siguientes:

| CONSECUENCIAS                       | ALCOHOL | COCAÍNA | ALCOHOL<br>+ COCAÍNA* |
|-------------------------------------|---------|---------|-----------------------|
| Problemas en estudios               | 5'4%    | 4'5%    |                       |
| Problemas en trabajo                | 19'7%   | 9'5%    | 38'3%                 |
| Problemas familiares y de relación. | 5'4%    | 16'2%   | 79'2%                 |
| Problemas económicos                | 6'1%    | 19'2%   |                       |
| Enfermedades                        | 6'1%    | 8'9%    | 22%                   |
| Accidentes – Problemas legales      | 4'1%    | 5'7%    | 18'8%                 |

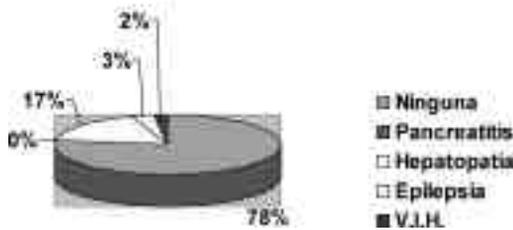
---

## RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO

---

No existe ningún estudio que haya estudiado las consecuencias del uso concomitante de ambas drogas por lo que para nuestra muestra hemos analizado las complicaciones agrupándolas en tres sectores, el físico, el psíquico y el familiar:

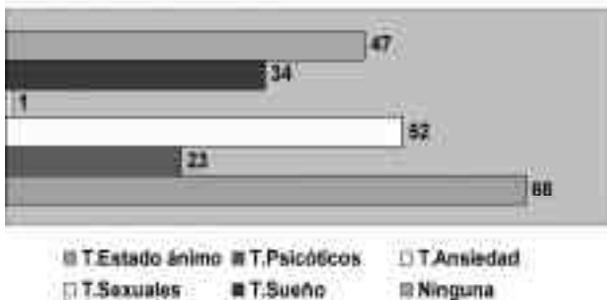
### Complicaciones físicas



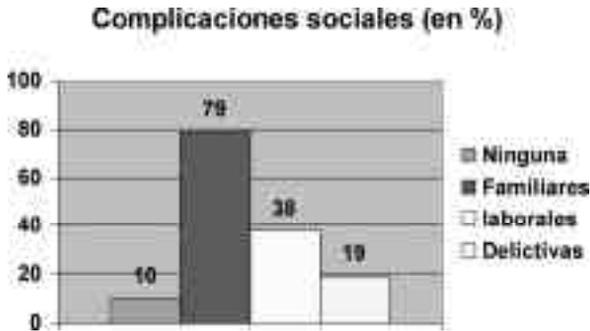
Debido probablemente a la edad de los pacientes la mayoría (78%) no presentan alteraciones físicas, no obstante en caso de sufrirlas predominan las hepatopatías (17%).

En segundo lugar observamos las complicaciones psíquicas que aparecen con mucha más frecuencia que las orgánicas, el 68'5% presentan alguna alteración psíquica, destacando los trastornos del estado de ánimo con un 45'6% y los trastornos de ansiedad con un 34'9%, no por su frecuencia pero si por su gravedad debemos señalar la presencia de los trastornos psicóticos en un 15'4% de los sujetos.

### Complicaciones psíquicas



Y en último lugar hemos analizado las complicaciones sociales:



Hemos podido observar que a mayor grado de dependencia a ambas sustancias mayor gravedad en las complicaciones aparecidas, sobre todo a nivel psíquico y social, siendo más grave si cabe siempre que esté presente la dependencia a la cocaína

Prácticamente el 90% presentan algún tipo de alteración social, siendo pues la complicación más frecuente.

Si tenemos en cuenta la combinación de los tres tipos de complicaciones sólo encontraríamos un 4% de sujetos de la muestra que no presenta ningún tipo de complicación.

Observando que cerca del 50% sufren al mismo tiempo complicaciones psíquicas y sociales, en especial trastornos del estado de ánimo y conflictos familiares, (7'4%).

Otra combinación es la de la aparición concomitante de alteraciones tanto físicas, psíquicas como sociales que llega a afectar a un 12'8% de la muestra.

También hemos querido valorar la motivación hacia el tratamiento, apareciendo claramente la presión familiar como motivo principal, lo cual es lógico teniendo en cuenta que la complicación más común es la familiar.



### *Tratamiento:*

Según Mark S. Gold, en su libro *Cocaína*, se precisan servicios psiquiátricos, sociales y de ayuda a la drogadicción además de la atención a aspectos familiares y de prevención de recaídas y aún así las tasas de éxito terapéutico son menores de las deseadas ( Gold, 1997).

En Estados Unidos se han ensayado distintos tipos de tratamiento, que abarcan desde el tratamiento ambulatorio, los grupos de autoayuda, las Comunidades terapéuticas (ingreso durante 18 meses), los programas de desintoxicación (con varios días de ingreso), los programas de dependencia química y por último los hospitales privados con una estancia de cuatro semanas en los que se realiza una desintoxicación más terapia de apoyo ( Gold, 1997).

Según el mismo autor, si las circunstancias lo permiten se prefieren los tratamientos ambulatorios, ya que no hay riesgo de síndrome de abstinencia físico, se puede llevar una vida normal y existe un menor estigma social. La base del tratamiento sería la psicoterapia de grupo junto con la intervención familiar o de pareja más el test de drogas.

Este tipo de intervención difiere significativamente de la empleada en los servicios estudiados por nosotros, donde la psicoterapia de grupo es prácticamente inexistente.

Las fases serían, primero la de abstinencia o desintoxicación, el objetivo sería limpiar al paciente de drogas durante un plazo de 30 – 60 días.

La segunda fase consistiría en detectar las situaciones de riesgo, antici-

par y prevenir la recaída, en esta fase se indica claramente la psicoterapia de grupo. En la terapia de grupo se exige a los pacientes que se abstengan de consumir cualquier sustancia, incluido el alcohol.

Por último al año de haber iniciado el tratamiento se deben trabajar los aspectos a largo plazo de una vida sin drogas, analizar el exceso de confianza contando con el apoyo psicológico necesario.

Sin lugar a dudas todos estos aspectos terapéuticos son aplicables al consumo mixto de alcohol y cocaína.

Dentro de los policonsumos en el consumidor de cocaína el más frecuente es el de alcohol como droga primera y la cocaína como secundaria para mantenerse despierto y cuyo tratamiento son los disuasorios del alcohol. (Cabrera, Torrecillas, et al. 1998; Miller et al, 1998).

En nuestra muestra la primera droga es la cocaína y la segunda el alcohol, ya que hemos encontrado más policonsumidores en las Unidades de conductas adictivas a drogas ilegales (N=92), que en las unidades específicas de tratamiento de alcoholismo (N=57).

A todo ello se le puede sumar la necesidad de aplicar distintos tratamientos farmacológicos (Gold, 1997; Cabrera, Torrecillas, et al. 1998; San Molina et al, 1999) que puedan ayudar al paciente a mantener la abstinencia mientras supera el hábito.

Precisamente del estudio realizado por L. San, se puede concluir que no existe ningún tratamiento farmacológico específico para la adicción a la cocaína. El mismo San indica que *"El tratamiento farmacológico de la dependencia de cocaína está concebido como una herramienta para ayudar a los pacientes a mantenerse abstinentes en conjunción con otros abordajes terapéuticos de tipo psicosocial"*. Lo que se hace más evidente si cabe ante una adicción mixta alcohol / cocaína.

Los fármacos más utilizados son:

- Antagonistas de la Cocaína (antagonistas de la dopamina): Bromocriptina – Amantadina – Pergolida – Mazindol.
- Antidepresivos: Tricíclicos (Desipramina – Imipramina); ISRS (Fluoxetina – Sertralina – Citalopram...); Trazodona; Mirtazapina; Bupropion.
- Anticonvulsivos: Carbamazepina.
- Antagonistas opioides: Naltrexona. - Eutimizantes: Litio.

Últimamente se está haciendo uso de fármacos antipsicóticos, neurolépticos de nueva generación, que han conseguido minimizar los efectos extrapiramidales y pueden producir un bloqueo en los neuroreceptores,

actuando como sedante e incluso se dice que como anticraving, estamos hablando de la Onlazapina o de la Risperidona.

Incluso hemos encontrado algunos trabajos que sugieren la posibilidad del uso del disulfiram junto con psicoterapia (Carrol, et al, 1998)

Nos llama poderosamente la atención como algunos de los fármacos indicados en el tratamiento de la dependencia a la cocaína tienen también su indicación en el tratamiento del alcoholismo, entre ellos los antidepresivos, la naltrexona, la carbamacepina y por supuesto el disulfiram, a los que podemos añadir el tiapride y el acamprosato entre otros (Swift, 1999; Alterman, 1993).

No obstante es conveniente en todo caso definir el tipo de psicoterapia, así como el uso de otros fármacos facilitadores de cambios en la conducta (Kunin, Smith y Amit, 1998).

En nuestro estudio es necesario considerar que en muchos pacientes deberemos de hacer un uso específico de los fármacos utilizados en la desintoxicación (tiapride, clometiazol, tetrabramato) y deshabituación (naltrexona, acamprosato, disulfiram, cianamida cálcica, ansiolíticos y antidepresivos) alcohólica como parte fundamental del tratamiento farmacológico.

En nuestra muestra el 64'4% no ha utilizado antidepresivos y de los que han tenido pauta farmacológica el 34'2% han sido tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En cuanto al uso de ansiolíticos su aplicación se ha hecho en un 26'2%, y los interdictores del alcohol se han utilizado en el 32'2% de los casos.

Probablemente estemos hablando de una infrautilización de los fármacos en estos pacientes, creemos que esto puede ser debido a que no existe una correlación clara de indicación terapéutica, excepto cuando aparece sintomatología ansiosa, del estado del ánimo, o abusos de alcohol con pérdida de control.

Nos queda pues como alternativa o complemento al tratamiento farmacológico, las intervenciones psicoterapéuticas. En este extremo si que podemos definir su importancia ya que de los 149 pacientes sólo 21, es decir el 14'1% queda sin intervención psicoterapéutica.

Si se produce intervención, el 98'5% tiene un enfoque conductual. De esta mayoritariamente el 82'6% se realiza de forma individual, el 23'5% es familiar y el 15'4% se trata de psicoterapia de grupo.

Estos datos difieren de los encontrados por Mark S. Gold, que suele emplear la psicoterapia de grupo.

Como complemento al tratamiento y en vistas de que la gran problemática aparecida es de carácter social podíamos entender la necesidad de la intervención social, sin embargo ésta sólo se produce en un 10% de los casos, lo cual queda explicado si valoramos la ausencia de trabajadores sociales en las Unidades de Conductas Adictivas, lo que demostraría su necesaria presencia e intervención. Este hecho se intenta subsanar atendiendo a que el mayor conflicto social es el familiar, complicación que suele ser tratada mediante la psicoterapia.

Es importante destacar que el 47'7% de los pacientes reciben un doble tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y que prácticamente 3 de cada 4 pacientes que reciben apoyo social además reciben apoyo farmacológico y soporte psicoterapéutico, aunque estamos hablando sólo de un 7'4% de sujetos de la muestra.

La intervención suele ser diferente según las complicaciones que presente el paciente pero sobre todo utilizamos la psicoterapia más la farmacopea cuando estamos delante de alteraciones psíquicas y sociales.

Con la aplicación de estos métodos terapéuticos, nos encontramos con los siguientes resultados, al primer, segundo, tercer, sexto y doceavo mes de tratamiento.

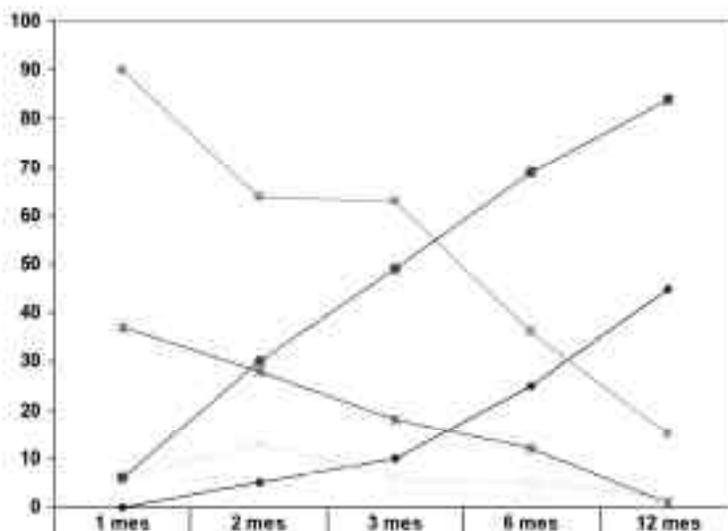
Observamos como con el paso del tiempo va aumentando el número de abandonos, 84 a los 12 meses de los 149 iniciales.

No obstante no todos los pacientes de nuestro estudio han cubierto el período de doce meses, pero la tendencia general que comprobamos, es al abandono o al consumo de sustancias, permaneciendo abstinentes solo 15 personas a ambas sustancias, lo que representa un escaso 10% del total.

Por último podemos observar las altas terapéuticas producidas, o lo que es lo mismo la adhesión al tratamiento. Son solo un 3% de los pacientes los que consiguen el alta terapéutica, lo que nos da a entender el fracaso de los enfoques terapéuticos utilizados.

Resumen de la abstinencia (consumo de...)

—●— tiempo —○— Ninguna Alcohol —○— Cocaína —○— Ambas —●— Abandono



|          | 1 mes | 2 mes | 3 mes | 6 mes | 12 mes |
|----------|-------|-------|-------|-------|--------|
| tiempo   | 0     | 5     | 10    | 25    | 45     |
| Ninguna  | 90    | 64    | 63    | 36    | 15     |
| Alcohol  | 10    | 5     | 3     | 2     | 2      |
| Cocaína  | 6     | 13    | 8     | 5     | 2      |
| Ambas    | 37    | 28    | 18    | 12    | 1      |
| Abandono | 6     | 30    | 49    | 69    | 84     |

Tipo de alta



■ Continúa TTO. ■ A. Terapéutica.  
 □ Abandono □ Otros tipos

## CONCLUSIONES

El policonsumo más extendido entre los consumidores de drogas, es el de etanol y cocaína, debido a los efectos euforizantes y estimulantes del cocaetilo, al contrarrestar los efectos depresores del alcohol.

Esto ha generado una nueva demanda de tratamiento en las Unidades de Conductas adictivas, fundamentalmente de gente joven de entre 20 – 40 años, especialmente varones que suelen acudir por la presión familiar consecuente con las alteraciones del comportamiento manifestadas en el entorno familiar.

El consumo puede desembocar en una dependencia a una o ambas sustancias, lo que va a facilitar alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, trastornos psicóticos, conflictos familiares y laborales y la aparición en algún caso de hepatopatías.

Una vez que el sujeto es “traído” a tratamiento, se suele realizar una propuesta de abstinencia a bebidas alcohólicas, en algún caso utilizando fármacos propios para la desintoxicación alcohólica e interdictores del etanol. En un tercio de los pacientes se utilizan antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

Pero básicamente el tratamiento utilizado es el psicoterapéutico, en el 85% de los casos, mayoritariamente con un enfoque cognitivo – conductual (98’5%) y fundamentalmente individual.

Sólo en un 10% de los casos se les da un soporte social. Hay que recordar la falta de Trabajadores sociales en las Unidades de Conductas adictivas, a pesar de que más del 70% presentan complicaciones sociales.

No obstante y conforme pasa el tiempo, la tasa de retención disminuye y la abstinencia a ambas sustancias disminuye. De forma mayoritaria los pacientes abandonan el tratamiento, habiendo conseguido el alta terapéutica sólo 4 de los 149 pacientes estudiados.

Si tenemos en cuenta estos datos y la vía de entrada a tratamiento (presión familiar), podemos admitir que estos policonsumidores no presentan motivación propia ni suficiente para el tratamiento y parece ser que los medios terapéuticos empleados no son útiles para este tipo de pacientes.

Todo ello nos obliga a reestructurar el enfoque asistencial empleado en este trastorno por dependencia mixta a sustancias, puede que la psicoterapia de grupo y los nuevos fármacos antipsicóticos o neurolépticos de nueva generación podrían aportarnos nuevas alternativas.

ANEXO I.  
PROTOCOLO DE ESTUDIO DE COCAÍNA.

1. N<sup>o</sup> Historia:                      Fecha de inicio de tratamiento:    /    / 199
2. Sexo :                       1. Hombre                       2. Mujer
3. Población :                       1. Rural                       2. Urbana
4. Vía de Entrada:  
 1. Iniciativa Propia     2. Servicios Sanitarios     3. Servicios Sociales
5. Estudios :  
 1. Primarios                       2. Secundarios                       3. Superiores
6. Edad:
7. Profesión :  
 1. Cumpliendo servicio militar o prestación sustitutoria.  
 2. Con relación laboral o contrato indefinido (aunque esté de baja) o trabajador por cuenta propia.  
 3. Con contrato o relación laboral temporal.  
 4. Trabajando sin sueldo para la familia.  
 5. Parado, no habiendo trabajado antes.  
 6. Incapacitado permanente o pensionista.  
 7. Estudiando u opositando.  
 8. Realizando labores hogar  
 9. Otros.

*2<sup>o</sup>/ Diagnóstico*

8. Alcohol:                      9. Cocaína:
1. Uso                       1. Uso
2. Abuso                       2. Abuso
3. Dependencia                       3. Dependencia

### 3º Complicaciones

10. Físicas:  1. Hepatopatías  
 2. Pancreatopatía  
 3. Epilepsia  
 4. V.I.H
11. Psíquicas:  1. Trastornos estado ánimo  
 2. Trastornos psicóticos  
 3. Trastornos ansiedad  
 4. Disfunciones sexuales  
 5. Trastornos sueño.
12. Sociales:  1. Familiares  2. Laborales  Delictivas

### 4º Motivación:

1. Presión Familiar.  
 2. Problemas Económicos.  
 3. Problemas Judiciales.  
 4. Problemas de Salud.

### 5º Tratamiento:

14. Farmacológico:
- A. Antidepresivos:  1. NO  2. ISRS  3. Tricíclicos  4. Otros
- B. Ansiolíticos:  1. NO  2. SI: \_\_\_\_\_
- C. Interdictores alcohol:  1. NO  2. SI
15. Intervenciones Psicoterapéuticas:
- A. Enfoque:  1. Sin intervención  
 2. Dinámico  
 3. Conductual  
 4. Sistémico  
 5. Otros \_\_\_\_\_

B. Tipo de Psicoterapia

1. Ninguna     2. Individual     3. Familiar     4. Grupal

C. Intervención Social:

1. NO     2. SI

**6º Seguimiento Abstinencia**

16. Primer mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

17. Segundo mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

18. Tercer mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

19. Sexto mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

20. Doceavo mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

**7º Altas**

21. Tipo de alta

1. Continúa tratamiento.  
 2. Alta Terapéutica  
 3. Abandono  
 4. Ingreso Prisión

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alterman, A y Mclellan, C. (1998). Impatient an Day Hospital Treatment Services for Cocaine an Alcohol Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (1993). vol. 10; 269-275.
- Cabrera Bonet, R.; Torrecillas Jiménez, J.M. et al. (1998). *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Cauce.
- Carroll, K et al. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychoterapy and disulfiram. *Addiction* 93(5), 713-728.
- Generalitat Valenciana (1997). El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana. Valencia: Dirección General de Drogodependencias.
- Gold, M. (1997). *Cocaína*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Kunin, D; Smith, B.R. y Amit, Z.(1998) Center for Studies in Behavioral Neurobiology, Concordia University, Montreal, Canadá. Ethanol and Cocaine interaction on conditioned taste aversion. *The Ninth Congres of the ISBRA Abstracts*. Supplement to Alcoholism Clinical and Experiental Research. Volume 22, number 3..
- Norman S. Miller et al. (1989).The Diagnosis of Alcohol an Cannabis Dependence in Cocaine Dependents and Alcohol Dependence in their Families. *British Journal of Addiction* 84, 1491-1498.
- Randall, T. (1992). Cocaine, alcohol, mix in body to form even longer lasting, more lethal drug. *JAMA*, 267, 6 1043 – 1044.
- Robert M. Swift, (1999). Tratamiento farmacológico del alcoholismo. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 340. Mayo 13,. Nº 19.
- San Molina, L. et al. (1999). Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de cocaína. *Trastornos Adictivos* 1 (1): 34-47.

*Para Correspondencia*

Francisco Pascual Pastor.  
Unidad de Alcoholología.  
C/ El Camí, 40 – 03802 Alcoi. Alicante.  
Tfn: 965 54 30 47 – FAX: 965 54 31 67.

Investigación subvencionada por el Instituto de Investigación en Drogodependencias (I.N.I.D.) de la Universidad Miguel Hernández.