

# Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública\*

E. SÁNCHEZ-HERVÁS<sup>a</sup>, R. SECADES-VILLA<sup>b</sup>, F. ZACARÉS ROMAGUERA<sup>c</sup>, O. GARCÍA-RODRÍGUEZ<sup>d</sup>, J.R. FERNÁNDEZ-HERMIDA<sup>b</sup>  
Y F.J. SANTONJA GÓMEZ<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Departamento 10. Conselleria de Sanitat. Valencia. España.

<sup>b</sup>Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

<sup>c</sup>Universidad de Valencia. Valencia. España.

<sup>d</sup>Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>e</sup>Centro Universitario Estema. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

**RESUMEN. Objetivos.** Se presenta un estudio en el que se plantearon como objetivos el comprobar la viabilidad y la efectividad en nuestro medio de un programa de intervención que ha ofrecido buenos resultados fuera de nuestro país; el enfoque de refuerzo comunitario (CRA). Se valoraron las tasas de retención y el consumo de cocaína, y se analizaron las variables que mejor predecían la retención en el tratamiento a las doce semanas.

**Material y métodos.** La muestra del estudio estuvo compuesta por 41 pacientes que cumplían criterios de dependencia de la cocaína, y que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento CRA (n = 21 grupo experimental) y a un grupo de tratamiento estándar (n = 20 grupo control). Se administraron a los participantes al inicio del tratamiento los siguientes instrumentos de evaluación: EuropASI, MAST, SCL-90-R y BECK. Todos los pacientes realizaban dos controles analíticos semanales para disponer de datos objetivos sobre la abstinencia. Las medidas de resultado se obtuvieron a las doce semanas de tratamiento.

**Resultados.** En el seguimiento a tres meses, el grupo de tratamiento CRA obtuvo mejores tasas de retención (80,9% frente al 65%) y de abstinencia continuada (55% frente al 42,8%). Las variables que mejor predecían la retención en el tratamiento fueron la abstinencia continuada de la cocaína en los primeros dos meses y no ser consumidor de cannabis.

**Conclusiones.** Los resultados de retención y abstinencia son similares a los obtenidos con otros estudios en los que se utiliza este programa. Se sugiere la posible efectividad y viabilidad del programa CRA en un contexto de tratamiento como el nuestro, aunque se precisa de estudios adicionales que permitan generalizar los resultados.

**PALABRAS CLAVE:** dependencia, cocaína, enfoque de refuerzo comunitario, red sanitaria pública.

## Psychological treatment for cocaine addicts in public health services

**ABSTRACT. Objectives.** We report a study that expounded as objectives to verify the viability and effectiveness in our environment, of an intervention program that has worked well outside our country; the Community Reinforcement Approach (CRA). Retention rates and consumption of cocaine were evaluated. Variables that best predicted retention in treatment were analyzed at the twelve weeks.

**Materials and methods.** The study sample was composed by 41 patients who were fulfilling criteria of cocaine dependence, and were randomly assigned to a treatment group CRA (n = 21 experimental

*Correspondencia:*

E. SÁNCHEZ HERVÁS  
Unidad de Conductas Adictivas. Centro de Salud.  
Avda. Rambleta s/n.  
46470. Catarroja. Valencia.  
Correo electrónico: esh455k@gmail.com

\*Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo (Referencia MSC-06-01).

Recibido: 25-03-2008

Aceptado para su publicación: 6-08-2008

group) and a group of standard therapy (n = 20 control group). The following instruments of evaluation were administered to participants at the beginning of treatment: EuropASI, MAST, SCL-90-R and BECK. All patients realized two analytical weekly controls to provide objective data on the abstinence. Outcome measures were obtained at the twelve weeks of treatment.

**Results.** In the follow-up at three months, the treatment group CRA obtained better retention rates (80,9% vs 65%) and continuous abstinence (55% vs 42,8%). The variables that predicted better retention in the treatment were to maintain continuous abstinence in the first two months, and not to be a consumer of cannabis.

**Conclusions.** The results of retention and abstinence are similar to those obtained with other studies that analyzed this program. It suggests possible effectiveness and viability of the CRA program in a context of treatment like ours, although further studies are needed to confirm the results.

**KEY WORDS:** dependence, cocaine, community reinforcement approach, sanitary public network.

## Introducción

La cocaína es una sustancia muy adictiva con capacidad para generar importantes problemas de salud. Su consumo ha aumentado de forma generalizada en los últimos años, situándose las tasas de prevalencia en nuestro país cercanas al 3%<sup>1</sup>. El consumo a lo largo de la vida registra en España las tasas más altas de la Unión Europea<sup>2</sup> (cerca del nueve por ciento); además, la mayoría de los consumidores de cocaína son también consumidores de otras sustancias, fundamentalmente alcohol, cannabis y tabaco<sup>3</sup>. Esta situación ha provocado que las demandas de tratamiento causadas por el uso de cocaína se hayan incrementado en nuestro medio de forma importante en los últimos años<sup>4,5</sup>.

En la actualidad no existe un consenso claro en cuanto a qué tipo de abordaje es el más apropiado para tratar los problemas derivados del abuso y la dependencia de la cocaína. Los ensayos sobre tratamientos farmacológicos para la dependencia de la cocaína han mostrado escasa evidencia, según se desprende de recientes revisiones sistemáticas<sup>6-9</sup>, por lo que ningún fármaco en particular parece ser eficaz a nivel clínico. De hecho, diferentes autores plantean como mejor estrategia el acercamiento entre distintos abordajes<sup>10,11</sup>, y la combinación de terapias farmacológicas y conductua-

les<sup>12-14</sup>, algo, por otra parte, habitual en la práctica clínica<sup>15</sup>. Por otro lado, los tratamientos psicológicos se han mostrado eficaces, en tanto que algunos abordajes han mostrado que pueden ayudar a retener a los pacientes en tratamiento y mantenerlos abstinentes<sup>16-19</sup>. No obstante, tampoco existen pruebas definitivas sobre los efectos de los tratamientos psicológicos, aunque se recomiendan algunas formas de intervención, en particular los programas de refuerzo comunitario junto a los enfoques de manejo de contingencias<sup>20</sup>.

En una reciente revisión<sup>21</sup> se señala que aproximadamente la mitad de los participantes en los tratamientos psicológicos para el abuso de sustancias (incluyendo los tratados por consumo de cocaína) abandonan prematuramente el tratamiento. A su vez, las tasas de abandono en los tratamientos con pacientes adictos a la cocaína son mayores que las tasas que presentan pacientes con otros trastornos adictivos<sup>22</sup>. El abandono prematuro del tratamiento se relaciona con mayores probabilidades de recaída, mientras que permanecer en el tratamiento se relaciona con un mejor pronóstico<sup>23,24</sup>.

En nuestro país son escasos los estudios que analizan la efectividad de un determinado procedimiento de intervención para la adicción a la cocaína, y la mayoría de la evidencia disponible en la actualidad procede de ensayos realizados en otros países.

Uno de los programas de tratamiento psicológico más frecuentemente evaluado en el abordaje de los problemas derivados del uso de cocaína es el Programa de Refuerzo Comunitario (CRA). El CRA fue desarrollado inicialmente para el tratamiento del alcoholismo<sup>25</sup>, y con posterioridad el programa fue adaptado para su aplicación a pacientes con problemas de consumo de cocaína<sup>26</sup>. Al original programa de CRA se le ha sumado un programa de manejo de contingencias, en el que se refuerza la abstinencia a través del canje de diversos bienes (a este programa se le denomina «CRA + vouchers»). En los últimos años se ha desarrollado una investigación creciente aplicando este programa, en especial por el grupo de Higgins<sup>18,27,28</sup> en la Universidad de Vermont en EE. UU., por lo que la mayoría de los estudios proceden de un entorno cultural distinto al nuestro<sup>18,27,29</sup> y, además, se han realizado en contextos de investigación controlados. En nuestro país existe una experiencia previa de aplicación de este programa en un contexto de tratamiento no público, con buenos resultados<sup>30-32</sup>.

Se presenta un estudio que intenta comprobar la viabilidad, la capacidad de retener a los pacientes en tratamiento, y de mantenerlos abstinentes en un contexto de tratamiento comunitario en nuestro país, aplicando

el protocolo CRA<sup>26</sup> (sin el subcomponente de incentivos). Los incentivos son vales intercambiables por bienes o servicios varios que los pacientes consiguen mediante la consecución de la abstinencia. La razón de no aplicar el subcomponente de incentivos viene determinada por el objetivo de buscar la aplicabilidad del programa en nuestro contexto de trabajo real. La utilización de incentivos tal y como se contempla en el programa original es de difícil aplicación en estos momentos en un servicio sanitario público como el nuestro. Otra de las variaciones respecto al programa original se relaciona con la intensidad en el tratamiento. En el programa original se realizan dos sesiones de tratamiento por semana. En nuestro caso, hemos tenido que optar por realizar una sesión de terapia semanal para no priorizar la asistencia a estos pacientes en detrimento de otros. Por la misma razón, se realizaron dos controles analíticos por semana para constatar la abstinencia en lugar de tres. Se utiliza una aplicación en formato individual frente al formato de grupo utilizado en estudios previos y, finalmente, se realiza en una unidad de la red sanitaria pública frente a aplicaciones realizadas en nuestro país en contextos de tratamiento no públicos.

El estudio se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Catarroja. La UCA es un recurso de tratamiento ambulatorio dependiente del Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia, en la que se presta asistencia a personas con problemas relacionados con cualquier tipo de sustancia psicoactiva. El objetivo fue comprobar la viabilidad y la efectividad en nuestro medio del programa Enfoque de Refuerzo Comunitario

## Métodos

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por pacientes que acudían a la Unidad y realizaban una demanda de tratamiento relacionada con el uso problemático de cocaína. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: ser mayor de edad, cumplir criterios para el diagnóstico de dependencia a la cocaína según el DSM-IV-TR<sup>33</sup> y haber consumido cocaína en los últimos treinta días. Se excluyó a pacientes con cuadros psicopatológicos graves, o que aun siendo consumidores de cocaína presentaran un diagnóstico principal a otra sustancia psicoactiva. Finalmente la muestra utilizada estuvo compuesta por 41 pacientes (90,7% hombres), con una media de edad de 31,9 años.

### Instrumentos

Además de una historia clínica, durante la admisión todos los participantes cumplieron los siguientes instrumentos de evaluación: EuropASI<sup>34</sup>, Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)<sup>35</sup>, Symptom Check List (SCL-90-R)<sup>36</sup>, Beck Depresión Inventory<sup>37</sup> y Criterios de Dependencia de la Cocaína (DSM-IV-TR)<sup>33</sup>. Los pacientes realizaban dos controles analíticos por semana (lunes y viernes) para disponer de datos objetivos sobre la abstinencia. Para ello se utilizó el test Multidrogo-cocaína (un inmunoensayo por cromatografía para la determinación de benzoilecgonina, metabolito de la cocaína en orina). En caso de duda los resultados se contrastaron con un método de confirmación por cromatografía de gases/espectrometría de masas con valores de referencia positivos > 150 ug/l.

### Procedimiento

Para distribuir a los pacientes en los grupos y procurar una mejor validez interna, los participantes incluidos en el estudio fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: grupo de tratamiento experimental (n = 21) y grupo de tratamiento control (n = 20). En el grupo de tratamiento experimental se aplicó, tras la firma de un documento de consentimiento informado, el CRA según el manual de tratamiento de Budney y Higgins<sup>26</sup>. En el grupo de tratamiento control se aplicó un programa basado en la prevención de recaídas, al que se denominó «tratamiento estándar». Las medidas de resultado se establecieron a las doce semanas de tratamiento y consistieron en: a) retención en el tratamiento (entendida como el porcentaje de pacientes que permanecían realizando el programa a los tres meses) y b) abstinencia de cocaína (medida a través del porcentaje de analíticas negativas a lo largo del tratamiento, y del porcentaje de pacientes que conseguían abstinencia de forma continuada desde el inicio del tratamiento).

### Enfoque de refuerzo comunitario

Este programa de intervención fue desarrollado inicialmente para el tratamiento del alcoholismo<sup>38</sup>. En su aplicación a los problemas de cocaína se trata de una terapia ambulatoria intensiva con una duración recomendada de 24 semanas, más otras 24 de seguimiento. Los objetivos fundamentales que persigue el tratamiento son<sup>39</sup>: a) lograr la abstinencia de la cocaína por suficiente tiempo para que los pacientes aprendan nuevas técnicas de vivir que les ayuden a

mantener dicha abstinencia y b) reducir el consumo del alcohol para los pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína. Los pacientes asisten a una o dos sesiones semanales de terapia individual, orientadas a mejorar sus relaciones familiares, enseñarles una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, otorgarles asesoramiento vocacional y ayudarles a desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales. Dos o tres veces por semana, los pacientes se someten al análisis de muestras de orina para comprobar la abstinencia. La terapia suele asociarse con procedimientos de manejo de contingencias, en los cuales los terapeutas y los pacientes seleccionan conjuntamente elementos y actividades para reforzar la abstinencia. El objetivo final es el de mejorar la calidad de vida en diferentes áreas y, por tanto, mejorar la calidad de aquellos reforzadores perdidos a lo largo de la historia de consumo del individuo. Excepto para las modificaciones que se mencionaron anteriormente (no utilización de incentivos, una sesión semanal en lugar de dos, dos controles analíticos en lugar de tres), se utilizó el protocolo de intervención descrito en Budney y Higgins<sup>26</sup>. La intensidad en la aplicación de los módulos del programa se adaptó a las necesidades de cada individuo.

#### *Tratamiento estándar*

En el estudio denominamos «tratamiento estándar» a un programa de intervención de orientación cognitivo-conductual y orientado a la abstinencia, de aplicación en un medio ambulatorio. La duración media de la intervención es de seis meses. Los pacientes acuden una vez por semana a terapia individual. Los componentes del programa incluyen los elementos básicos de una intervención basada en la prevención de recaídas, fundamentada en los principios del aprendizaje social<sup>40</sup>. La prevención de recaídas combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida. La intervención incluye técnicas destinadas a facilitar la identificación y reducción de la necesidad subjetiva de cocaína mediante la identificación y el reconocimiento de las situaciones de alto riesgo para el consumo, y el desarrollo de comportamientos de afrontamiento eficaces y estrategias de control del deseo. Las intervenciones incluyen: reducción de la exposición a la cocaína y las señales de cocaína, identificación de decisiones aparentemente irrelevantes, estrategias de manejo de deseos de consumo y estrategias específicas para la prevención de recaídas que incluyen manejo de ansiedad y estados de ánimo negati-

vos, prevención sobre uso de otras sustancias y desarrollo de actividades alternativas al consumo de cocaína<sup>41</sup>. Adicionalmente se presta asesoramiento a los familiares de los pacientes. La abstinencia de cocaína se evalúa mediante controles analíticos de orina que se realizan dos veces por semana.

#### **Análisis de datos**

Para la descripción de las características principales de los pacientes que componían la muestra del estudio se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias. Además, se realizaron análisis bivariados («t» de Student para las variables continuas, ji cuadrado para las variables discretas y U de Mann Whitney cuando no se cumplía el criterio de normalidad) para establecer comparaciones entre los dos grupos al inicio del tratamiento, y también para analizar las diferencias en el consumo de cocaína y la retención a las cuatro, ocho y doce semanas de iniciado el tratamiento. Para valorar qué variables predecían mejor la retención en el tratamiento, se realizó un análisis de segmentación con el procedimiento CHAID (*chi-square automatic interaction detection*). Se trata de un análisis multivariante que permite realizar pronósticos en función de una variable criterio. En los análisis el nivel de confianza utilizado fue del 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-15.

## **Resultados**

En la tabla 1 pueden observarse las características más importantes de los pacientes que componían la muestra. Tal y como puede apreciarse, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las características de los dos grupos al inicio del tratamiento.

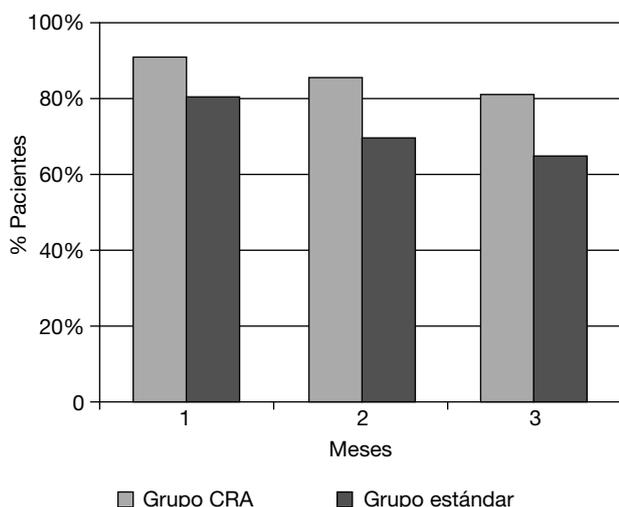
#### **Tasas de retención**

La tasa de retención global de los dos grupos se estableció en el 73% a las doce semanas de tratamiento, habiendo menor pérdida de pacientes en el grupo experimental (tratamiento CRA) que en el grupo control (tratamiento estándar). A las cuatro semanas, la tasa de retención se situó en el 90,4% en el grupo experimental frente al 80% en el grupo de tratamiento estándar ( $\chi^2 = 1,22$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,26$ ); a las ocho semanas, en el 85,7% y el 70% respectivamente ( $\chi^2 = 0,99$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,34$ ) y a las doce semanas, en el 80,9% frente al 65% ( $\chi^2 = 0,21$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,65$ ) (fig. 1).

**Tabla 1.** Características de la muestra

	Grupo tratamiento CRA (n = 21)	Grupo tratamiento estándar (n = 20)	Significación p
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
Edad media	32,1	31,7	0,852
% hombres	95,5	85,7	0,277
% solteros	40,9	52,4	0,252
Media años estudiados	9,77	9,31	0,370
Media ingreso mensuales (euros)	1.134,5	1.238,8	0,627
% antecedentes penales	4,5	0	0,353
% empleo a tiempo completo	86,4	81,1	0,325
<b>VARIABLES TOXICOLÓGICAS</b>			
Promedio años de consumo	11,2	11,3	0,864
% uso cocaína intranasal	100	100	1
Promedio MAST <sup>a</sup>	5,71	5,6	0,861
Promedio criterios DSM-IV <sup>b</sup>	5,62	4,7	0,153
<b>Addiction Severity Index Composite Score (puntuaciones medias)</b>			
Médica	0,13	0,15	0,730
Empleo	0,19	0,33	0,093
Alcohol	0,28	0,18	0,267
Drogas	0,2	0,14	1,150
Legal	0,11	0,06	0,416
Familiar/social	0,24	0,23	0,790
Psiquiátrico	0,35	0,28	0,215
<b>VARIABLES PSICOPATOLOGÍA</b>			
Media Beck Depression Inventory	13,76	15,14	0,696
SCL-90-R <sup>c</sup> - Centiles GSI <sup>d</sup>	73,14	75,76	0,784
SCL-90-R - Centiles PSDI <sup>e</sup>	72,33	76,62	0,667
SCL-90-R - Centiles PST <sup>f</sup>	72,19	67	0,543

Significación ( $p < 0,05$ ). <sup>a</sup>Michigan Alcoholism Test. <sup>b</sup>Criterios dependencia DSM-IV. <sup>c</sup>Symptom Check List. <sup>d</sup>Índice de severidad global. <sup>e</sup>Índice general de malestar. <sup>f</sup>Total síntomas positivos.

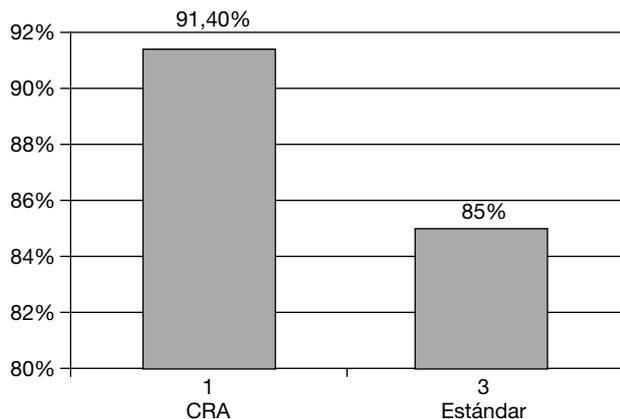


**Figura 1.** Retención en programa. CRA: programa de refuerzo comunitario.

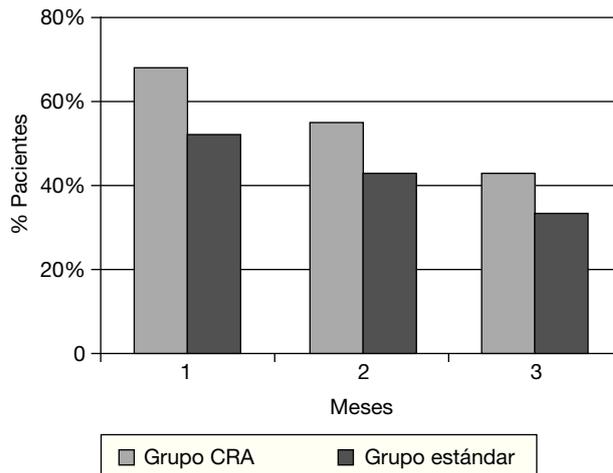
### Abstinencia de cocaína

En la figura 2 se muestra el porcentaje de analíticas negativas para el consumo de cocaína de los pacientes de los dos grupos. El porcentaje de analíticas negativas para el grupo experimental fue de 91,4% frente al 85% del grupo de tratamiento estándar ( $\chi^2 = 3,25$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,12$ ).

En la figura 3 se muestra el porcentaje de pacientes de cada grupo que se han mantenido abstinentes de forma continuada desde el inicio del tratamiento durante las doce primeras semanas. Los datos obtenidos muestran que el grupo de tratamiento CRA supera durante todo el período de evaluación al grupo de tratamiento estándar. En el primer mes el porcentaje de sujetos abstinentes de forma continuada en el grupo CRA fue del 68,20%, frente al 52,3% del grupo de tratamiento es-



**Figura 2.** Análíticas negativas. CRA: programa de refuerzo comunitario.



**Figura 3.** Abstinencia continuada. CRA: programa de refuerzo comunitario.

tándar ( $\chi^2 = 0,21$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,64$ ). A los dos meses el porcentaje en el grupo CRA fue del 55% frente al 42,8% del grupo de tratamiento estándar ( $\chi^2 = 0,22$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,63$ ). En el tercer mes el grupo CRA consiguió un 43% frente al 33,5% del grupo de tratamiento estándar ( $\chi^2 = 3,47$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,11$ ).

En la figura 4 se muestra el resultado del análisis de segmentación realizado con el procedimiento CHAID. Los datos muestran que la variable que más influye en la retención en el tratamiento al tercer mes es la abstinencia continuada de al menos dos meses ( $\chi^2 = 9,88$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,001$ ). En el caso de no presentar abstinencia continuada al menos dos meses, los pacientes con más probabilidades de continuar en tratamiento eran los que no consumían cannabis más de tres veces por semana ( $\chi^2 = 3,93$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,047$ ).

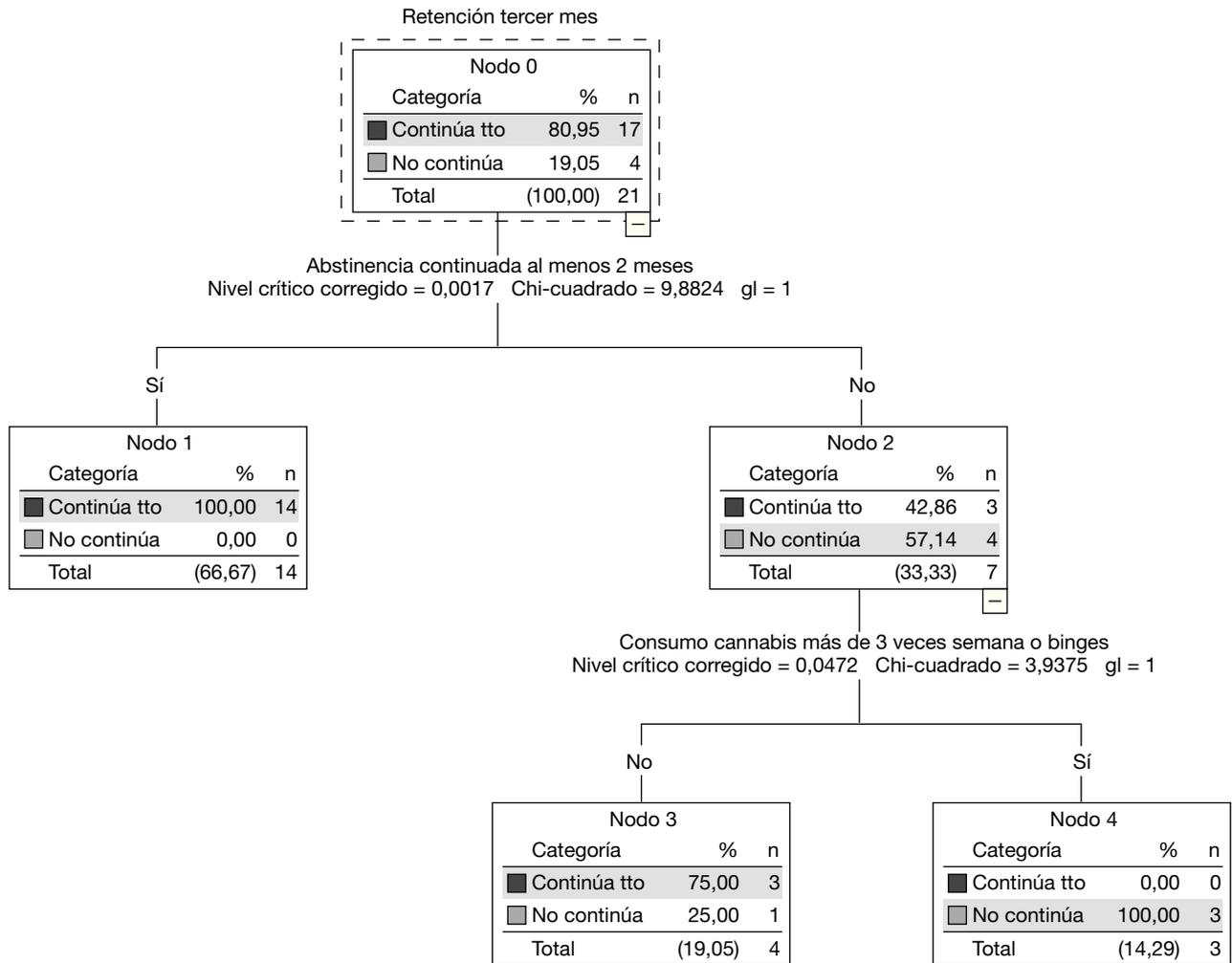
## Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este estudio era analizar la capacidad para retener en tratamiento y mantener abstinentes a un grupo de pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína, utilizando el programa CRA, en comparación a otra intervención denominada «tratamiento estándar». Se pretendía analizar, además, la viabilidad del programa CRA en un contexto de tratamiento comunitario cercano y, en este caso, en un centro de asistencia ambulatoria de la red sanitaria pública. Este protocolo de tratamiento se está ensayando por primera vez en la red asistencial pública en España.

Aunque los análisis estadísticos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, los datos mostraron que el grupo de tratamiento CRA obtuvo mejores resultados que el grupo de tratamiento estándar en

las diferentes medidas de resultado utilizadas. Las tasas de retención a las cuatro, ocho y doce semanas de iniciado el tratamiento fueron comparativamente mejores en el grupo CRA que en los pacientes del grupo de tratamiento estándar. El consumo de cocaína en términos de porcentaje de analíticas positivas/negativas fue menor en el grupo experimental que en el grupo comparativo. Al evaluar la abstinencia continuada desde el inicio del tratamiento también el grupo CRA obtuvo mejores resultados a las cuatro, ocho y doce semanas que el grupo de tratamiento estándar. A la vista de los datos obtenidos, puede observarse una tendencia de mayor retención y menor consumo de cocaína en el grupo experimental en comparación con el grupo control, y aunque se trata de resultados preliminares, se considera que se trata de datos interesantes, pues ambos indicadores (retención y abstinencia) son importantes predictores de la recuperación a largo plazo<sup>28</sup>. Además, debe considerarse que en el grupo de comparación se está utilizando un procedimiento de intervención de tipo cognitivo-conductual, con evidentes similitudes con el programa CRA, ello unido al escaso número de pacientes que componen la muestra podría explicar, al menos en parte, la ausencia de significación estadística en los contrastes realizados.

Los resultados del análisis predictivo mostraron que la abstinencia continuada era el mejor predictor de la retención a las doce semanas, lo cual sugiere una relación ya mostrada en estudios previos<sup>23,24</sup> entre las dos variables que definen la evolución del proceso terapéutico. Parece pues, que la mejor forma de incrementar la retención es reducir las tasas de consumo durante el tratamiento. En este sentido, la CRA se muestra como



**Figura 4.** Variables predictoras de la retención en tratamiento. tto: tratamiento.

una intervención efectiva, en cuanto que es capaz de obtener altas tasas de abstinencia, especialmente en las primeras fases del tratamiento, que es cuando precisamente se produce la mayor parte de los abandonos en los programas de atención a drogodependientes.

En nuestra opinión, pueden argumentarse algunas limitaciones metodológicas en este trabajo. Por un lado, el reducido tamaño de la muestra y, por otro, el tiempo durante el que se ha realizado el seguimiento (doce semanas) dificultan la generalización de los resultados a otros contextos. Sin embargo, hemos obtenido resultados similares a los conseguidos con el programa CRA más el componente de incentivos tanto en estudios internacionales como en estudios realizados en nuestro país. Por ejemplo, utilizando el programa CRA + *vouchers* se han alcanzado tasas de retención a las doce semanas que van desde el 79 al 85%<sup>27,28,30,31</sup>; frente al

81% obtenido en nuestra muestra. Se ha informado en trabajos recientes de tasas del 57,1% de abstinencia continuada en el estudio de Secades y colaboradores<sup>30</sup>, y del 36% en el estudio de Higgins y colaboradores<sup>27</sup>, frente al 43% obtenido en nuestra muestra. Considerando que los costes del tratamiento son menores al no aplicar el componente de incentivos y realizar menos sesiones de terapia, los resultados pueden considerarse prometedores.

Se concluye que, a falta de estudios con un número más amplio de pacientes y con períodos de seguimientos mayores que permitan comprobar el efecto de la intervención a más largo plazo, la CRA puede ser un programa efectivo y es, con algunas modificaciones en su aplicación, viable para ser utilizado en nuestros contextos de tratamiento de la red sanitaria pública. Se sugiere también el estudio en futuros tra-

bajos de la influencia de la psicopatología<sup>42</sup> en la retención de los pacientes en el tratamiento y en la evolución en el post-tratamiento. La integración de los acercamientos sobre eficacia y efectividad a través de programas de investigación clínicos es conveniente para lograr avanzar en la delimitación de programas de intervención que aporten una mayor evidencia

científica y, por tanto, para mejorar la calidad asistencial que se presta a las personas con problemas derivados del uso de cocaína.

**Los autores declaran que no existe conflicto de intereses**

## Bibliografía

1. PNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2007.
2. PNSD. Programa de actuación frente a la cocaína «2007-2010». Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2007.
3. OEDT. Informe anual 2006: estado del problema de las drogas en Europa. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; 2006.
4. García O, Secades-Villa R, Fernández-Hermida J, Carballo J, Erraste J, Al-Halabí S. Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos con el EuropAsi. *Adicciones*. 2005;17(1):33-42.
5. López A, Becoña E, García J, Senra A, Cancelo J, Estévez C, et al. ¿Cómo evolucionan las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento? Estudio a los tres y seis meses. *Adicciones*. 2006;18(4):327-36.
6. Amato L, Minozzi S, Pani P, Davoli M. Fármacos antipsicóticos para la dependencia de cocaína (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Lima Reisser A, Silva de Lima M, Soares B, Farrell M. Carbamazepina para la dependencia de la cocaína (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Silva de Lima M, Lima Reisser A, Soares B, Farrell M. Antidepresivos para la dependencia de la cocaína (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Soares B, Lima Reisser A, Farrell M, Silva de Lima M. Agonistas dopaminérgicos para la dependencia de cocaína (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. González A. Estrategias farmacológicas en el tratamiento de la adicción por cocaína. *Rev Esp Drogodependencias*. 2006;31(3-4):291-310.
11. Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batle F, et al. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia a la cocaína. *Actas Esp Psiquiatría*. 2007;35(3):190-8.
12. Sanz L, Arranz B. Aproximaciones terapéuticas en la dependencia a la cocaína. *Adicciones*. 2001;13Supl2:191-208.
13. Carroll K. Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En: Sammons M, Schmidt N, editores. *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones que funcionan*. Bilbao: DDB; 2004.
14. Herbeck D, Hser Y, Teruya C. Empirically supported substance abuse treatment approaches: a survey of treatment providers' perspective and practices. *Addictive Behaviours*. 2008;33(5):699-712.
15. Sánchez-Hervás E. Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*. 2006;8(1):42-52.
16. Silverman K, Svikis D, Robles E, Stitzer ML, Bigelow GE. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse. Six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2001;9(1):14-23.
17. Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(9):817-24.
18. Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, et al. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(10):1043-52.
19. Carroll K, Onken L. Behaviour therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1452-60.
20. Knapp W, Soares B, Farrell M, Lima M. Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Dutra L, Stathopoulou G, Basden S, Leyro T, Powers M, Otto M. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165:179-87.
22. Veach LJ, Remley TP, Kippers SM, Sorg JD. Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26:417-28.
23. Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF. Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1994;20:1-17.
24. Girón S. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(2):75-96.
25. Hunt G, Azrin A. A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research Therapy*. 1973;11:91-104.
26. Budney AJ, Higgins ST. National Institute on Drug Abuse Therapy Manuals for Addiction. Manual nº 2: Treating cocaine dependence: a com-

- munity reinforcement approach. Rockville MD: NIDA; 1998. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html> [9 de junio del 2006].
27. Higgins ST, Heil SH, Dantona R, Donham R, Matthews M, Badger GJ. Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*. 2007;102(2):271-81.
  28. Higgins ST, Badger GJ, Budney AJ. Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2000;8:377-86.
  29. Vandrey R, Bigelow GE, Stitzer ML. Contingency management in cocaine abusers: a dose-effect comparison of goods-based versus cash-based incentives. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2007;15(4):338-43.
  30. Secades Villa R, García Rodríguez O, Fernández Hermida J, Carballo J. El programa de refuerzo comunitario más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*. 2007;19(1):51-7.
  31. Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes. *J Subst Abuse Treatment*. 2008;34:202-7.
  32. García O, Secades-Villa R, Álvarez H, Ríó A, Fernández-Hermida J, Carballo J, et al. Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*. 2007;19(1):134-9.
  33. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
  34. Kokkevi A, Hartgers C. European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*. 1995;1:208-10.
  35. Seltzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*. 1971;127:1653-8.
  36. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*. 1973;9:13-28.
  37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
  38. Hunt G, Azrin A. A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research Therapy*. 1973;11:91-104.
  39. NIDA. Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. National Institute of Drug Abuse. 1999. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATTindex.html>
  40. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
  41. Marlatt A, Gordon R, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford Press; 1985.
  42. López A, Becoña E, Casette L, Lage M, Díaz E, García J, et al. Dependencia de la cocaína y trastornos de la personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(3):215-27.