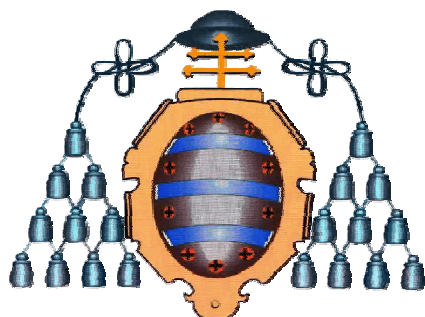


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

EFICACIA DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO
(CRA) MÁS INCENTIVOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA
ADICCIÓN A LA COCAÍNA

AUTORA: Olaya García Rodríguez
DIRECTOR: Roberto Secades Villa
CO-DIRECTOR: José Ramón Fernández Hermida



Universidad
de Oviedo

Reservados todos los derechos
© El autor

Edita: Universidad de Oviedo
Biblioteca Universitaria, 2008
Colección Tesis Doctoral-TDR nº 30

ISBN 978-84-691-6495-2
D.L.: AS.05349-2008



A mis padres y hermana

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas, que de un modo u otro, han contribuido a la elaboración de esta Tesis Doctoral.

- Al Dr. Roberto Secades Villa, director de esta Tesis, por haberme dado la oportunidad de trabajar con él codo con codo, por su dedicación, atención, y aliento en todo momento y sobre todo por su confianza en mí desde el principio.

- Al Dr. José Ramón Fernández Hermida, co-director de esta Tesis, por su entusiasmo, apoyo y buen humor.

- A los responsables de Proyecto Hombre de Asturias y Madrid, y al equipo terapéutico del Programa de Cocaína, especialmente a Helí Álvarez y a Arcadio Río por su profesionalidad, dedicación y paciencia en la aplicación del tratamiento.

- Al Dr. Stephen T. Higgins (y al resto de miembros de su equipo), por su asesoramiento desde el principio del proyecto, y por acogerme tan amablemente en el Centro para la Adicción a la Cocaína de la Universidad de Vermont.

- A los Profesores Guillermo Vallejo Seco y Eduardo García Cueto por su inestimable ayuda en la realización de los análisis estadísticos.

- Al resto de miembros del Grupo de Investigación sobre Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo (Carballu, Susana y Errasti), por los buenos momentos pasados durante estos años.

- Al Equipo Directivo de la revista Psicothema por haber confiado en mí y por todo lo que he aprendido de ellos a lo largo de estos años.

- Por último, a los pacientes que han participado en este estudio.

A todos, muchas gracias

FINANCIACIÓN

El presente trabajo forma parte de una investigación financiada por las siguientes entidades:

- Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas). Proyecto de Investigación “Evaluación de la eficacia del programa CRA más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína en España”.

- Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Oviedo. Beca predoctoral Ref. UNIOVI-04-BECDOC-05.

- Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT). Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias. Beca Predoctoral Ref. BP05-002.

INDICE

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. EL CONSUMO DE COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD	4
2.1. Farmacología general de la cocaína	4
2.2. Prevalencia e incidencia del consumo de cocaína	7
2.3. Problemas asociados al consumo de cocaína.....	9
2.3.1. Complicaciones médicas	10
2.3.2. Comorbilidad psicopatológica.....	12
2.3.3. Consecuencias psicosociales / interpersonales	16
2.3.4. Urgencias hospitalarias y mortalidad	19
2.4. Datos relativos a la demanda de tratamiento	19
2.5. Perfil de los consumidores de cocaína que acuden a tratamiento.....	20
3. LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA	22
3.1. Sistemas de clasificación clínica	22
3.2. Hacia un modelo funcional de la conducta de consumo de drogas	26
3.2.1. El modelo bioconductual del consumo de drogas	26
3.2.2. El papel del reforzamiento en las conductas de uso de drogas.....	29
3.2.3. El modelo de la Economía Conductual y el consumo de drogas.....	33
3.2.4. Implicaciones para la intervención.....	36
4. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA	39
4.1. Tratamientos farmacológicos	39
4.2. Tratamientos psicológicos.....	43
4.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en Habilidades (Prevención de Recaídas).....	44
4.2.2. Manejo de Contingencias	51
4.2.2.1. Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo	60

PARTE EMPÍRICA

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
5.1. Objetivos generales	71
5.2. Objetivos específicos.....	72
6. PARTICIPANTES	72
6.1. Selección y distribución de los participantes.....	72
6.2. Descripción de la muestra	74
7. MÉTODO.....	77
7.1. Instrumentos y variables.....	77
7.1.1. Instrumentos	77
7.1.2. Variables.....	80

7.1.2.1. Variable independiente.....	80
7.1.2.2. Variables dependientes.....	81
7.1.2.3. Variables predictoras.....	82
7.2. Procedimiento.....	83
7.2.1. Búsqueda de recursos.....	84
7.2.2. Tratamientos.....	88
7.2.2.1. Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, TAC.....	88
7.2.2.2. Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo I.....	91
7.2.2.3. Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo II.....	94
7.3. Análisis de datos.....	95
8. RESULTADOS.....	97
8.1. Búsqueda de recursos.....	97
8.1.1. Eficiencia.....	97
8.1.2. Índice de colaboración.....	97
8.1.3. Variables relacionadas con la decisión de colaborar.....	98
8.2. Puntuaciones de línea base.....	100
8.3. Eficacia.....	101
8.3.1. Tasas de retención.....	101
8.3.2. Consumo de cocaína.....	103
8.3.2.1. Porcentaje de analíticas positivas.....	103
8.3.2.2. Abstinencia continuada.....	104
8.3.3. Otras variables clínicas.....	106
8.3.3.1. Comparaciones Intra-grupo.....	106
8.3.3.2. Comparaciones Entre-grupos.....	113
8.4. Variables predictoras.....	115
8.4.1. Predictores de la retención.....	115
8.4.2. Predictores de la abstinencia.....	117
8.5. Coste-efectividad.....	119
9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	123
10. REFERENCIAS.....	145

ANEXOS

Anexo I. Protocolo de contacto con empresas e instituciones.....	167
Anexo II. Programa de Tratamiento para la Adicción a la Cocaína (TAC) de Proyecto Hombre.....	181
Anexo III. Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo para la adicción a la cocaína.....	197

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas constituye en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y que mayor gasto de recursos genera en los países occidentales. En España, al igual que en otros países de nuestro entorno, el consumo de cocaína se ha convertido en un problema de tendencia creciente. Las demandas de tratamiento por consumo de esta sustancia ya suponen más del 30% del total de demandas asociadas al uso de drogas. A pesar de esta realidad, mientras que los dispositivos asistenciales para el abordaje de la adicción a la heroína se han desarrollado de manera importante, no ha ocurrido lo mismo en el caso de la cocaína (o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína). A esta situación se une el hecho de que todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de esta adicción.

La evidencia científica ha demostrado que el reforzamiento juega un papel importante, no solo en la génesis y el mantenimiento del uso de drogas, sino también en la recuperación de las conductas adictivas. Así, los programas de Manejo de Contingencias (MC) han tenido un fuerte impulso en los últimos años y, en particular, el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo (*CRA + Vouchers*) para el tratamiento de la adicción a la cocaína ha demostrado una alta eficacia en estudios bien controlados.

No obstante, todos los estudios clínicos exitosos que se han publicado hasta la fecha han sido llevados a cabo en Estados Unidos, por lo que sería de gran interés analizar el funcionamiento de ese programa en una realidad social diferente a la de ese país. Por otra parte, la mayoría de estos trabajos han sido realizados en contextos de investigación muy controlados, por lo que son necesarios ensayos clínicos en donde se analice la adaptabilidad de este modelo de intervención a contextos comunitarios.

En este trabajo se presentan los primeros resultados de una investigación que trata de cubrir esta necesidad. En particular, el objetivo de este estudio ha sido analizar la eficacia y eficiencia de un programa de tratamiento para la adicción a la cocaína (CRA más Terapia de Incentivo) en un contexto comunitario en nuestro país.

2. EL CONSUMO DE COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD

2.1. Farmacología general de la cocaína

La cocaína es un alcaloide con acción estimulante sobre el sistema nervioso central y anestésica en el sistema nervioso periférico. Se obtiene de las hojas de la planta de la *Coca*, originaria de Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador, que hoy se cultiva en estos y en otros países del Oeste Sudamericano.

La denominada «pasta de coca» se obtiene del tratamiento de las hojas de coca desecadas con gasolina o queroseno, bases alcalinas, permanganato potásico y ácido sulfúrico, de la cual se refinan y preparan las distintas presentaciones de cocaína que existen en el mercado. Existen dos formas químicas de cocaína, la sal hidrocloreto y la base libre. La cocaína es biológicamente activa en ambas, pero las dos formas tienen propiedades físicas diferentes y son absorbidas también de un modo diferente (Caballero Martínez, 2005):

- La forma ácida o clorhidrato de cocaína se obtiene por tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico y se disuelve fácilmente en agua. El clorhidrato de cocaína que resulta es un polvo blanco cristalino con sabor amargo, que puede inhalarse por vía intranasal, fumarse mezclado con tabaco, disolverse en agua para inyección intravenosa, ingerirse por vía oral, o aplicarse directamente en mucosas donde ejerce un efecto anestésico característico.
- El calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico disueltos en agua elimina el ácido clorhídrico y produce formas básicas de aspecto gelatinoso que, a su vez, pueden fumarse por calentamiento. El denominado «crack», menos frecuente en España, es una forma básica sólida que se vende ya preparada para el consumo, que no se puede disolver, pero que puede fumarse, y este hecho hace que tenga un uso fácil y eficiente.

La cocaína que se vende en España tiene una pureza que oscila entre el 20%-80% (habitualmente está en torno al 25%-50%); el resto son adulterantes, como azúcares (glucosa, lactosa, manitol), anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, harina, anfetaminas, quinina y heroína). La composición de adulterantes de la

cocaína explica alguna de sus complicaciones clínicas (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, 2006).

Las vías de consumo más utilizadas en la actualidad en España son, por este orden, la intranasal (sobre todo), la pulmonar y la intravenosa.

La absorción, las concentraciones alcanzadas y los efectos tras el consumo dependen de la forma de presentación farmacológica y de la vía utilizada. La inhalación nasal del clorhidrato de cocaína (la vía más frecuente) produce efectos en pocos minutos (con un pico a los 20-30 minutos) que desaparecen completamente a los 60 minutos (aunque pueden permanecer más si el efecto vasoconstrictor de la mucosa lentifica la absorción). Por vía intranasal, la biodisponibilidad de la cocaína nunca supera el 40%. La vía fumada es más rápida de acción (llega a actuar en segundos), menos duradera (por ello predispone más al consumo compulsivo) y tiene una biodisponibilidad más irregular. La vía intravenosa es también muy rápida y proporciona una biodisponibilidad completa de la cocaína inyectada (Caballero Martínez, 2005).

La distribución de la cocaína a través de la sangre es muy amplia y alcanza todo el organismo. El metabolismo principal de la cocaína tiene lugar mediante una hidrólisis enzimática hepática rápida, que produce varios metabolitos que tienden a acumularse en el tejido graso desde el cual se liberan lentamente. La benzoilecgonina aparece en orina hasta al menos 3-4 días después de un consumo moderado y, por ello, es el metabolito más utilizado para determinar el consumo reciente en ámbitos asistenciales. La benzoilecgonina puede detectarse también en la saliva, el cabello o el sudor, mediante las técnicas habituales de radio (o enzima) inmunoanálisis.

Las acciones farmacológicas generales de la cocaína son las siguientes: (1) anestesia local por bloqueo de la transmisión nerviosa, (2) estimulación del sistema nervioso central y (3) anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo.

Como consecuencia de estas acciones farmacológicas, la cocaína tiene los siguientes efectos clínicos (Caballero Martínez, 2005): (1) vasoconstricción periférica, taquicardia, incremento de la contractilidad cardíaca, hipertensión, midriasis, temblor y sudoración, todo ello por acción sobre los receptores alfa y beta-adrenérgicos, (2)

incremento de la temperatura por incremento de la actividad física, vasoconstricción y alteración directa del centro hipotalámico de control térmico y (3) estimulación potente del SNC por acción dopaminérgica. Este efecto varía según la dosis, la vía, el ambiente y las expectativas del consumidor. Con dosis bajas se produce incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. Tras un consumo moderado los consumidores no adictos experimentan habitualmente un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, esterotipias, bruxismo y convulsiones, y activación de las hormonas tiroideas (lo cual da cierta similitud a la intoxicación cocaínica con el hipertiroidismo).

Los efectos psicológicos más importantes de la cocaína son los siguientes (Caballero Martínez, 2005): (1) euforia y, en ocasiones, disforia, (2) aumento de la sensación de energía en alerta, (3) sensación de agudeza mental, (4) mayor conciencia de las sensaciones sexuales, auditivas, táctiles y visuales, (5) incremento de la actividad motora y conductas estereotipadas, (6) anorexia, (7) incremento de ansiedad y suspicacia, (8) disminución de la necesidad de sueño, (9) posibilidad de retrasar la sensación de fatiga, (10) aumento del «insight» y de la autoestima (grandiosidad) y (11) síntomas físicos por descarga generalizada del SN simpático.

Junto a los efectos psicológicos sobre el ánimo, la cognición, los instintos y la conciencia, la liberación de neurotransmisores producida por la cocaína proporciona también disminución del umbral convulsivo, temblor, cambios en la activación eléctrica, emesis, hiperpirexia, taquicardia, hipertensión, diaforesis, retraso en la eliminación urinaria y fecal, contracciones musculares y enrojecimiento facial.

Desde el punto de vista neuroquímico, la acción más importante de la cocaína es el bloqueo del transportador de dopamina o lugar de la membrana sináptica encargado de retirar el neurotransmisor de la sinapsis. El bloqueo de este transportador produce un aumento de la concentración sináptica de dopamina y de la transmisión dopaminérgica, directamente asociado a la experiencia de la euforia cocaínica y a sus efectos

reforzadores. Esta acción se produce sobre las neuronas dopaminérgicas procedentes del área tegmental ventral, que median las propiedades reforzadoras de las drogas de abuso. Se ha demostrado que la cocaína es una de las drogas con mayor capacidad de reforzamiento. Los primates y las ratas tienden a autoadministrarse la droga hasta quedar totalmente agotados. Además, el consumo repetido de cocaína produce tolerancia (metabólica y celular) y dependencia.

2.2. Prevalencia e incidencia del consumo de cocaína

El consumo abusivo de cocaína es un problema de tendencia creciente en todo el mundo. En Estados Unidos, el 14,2% de la población mayor de 12 años refiere haber consumido cocaína alguna vez en su vida. Además, 2,4 millones de personas, el 1% de la población, consume actualmente cocaína, frente al 0,8% en el año 2004. El consumo de cocaína entre jóvenes en este país (18 a 25 años) se sitúa ya en el 2,6% según el último informe del *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006)*.

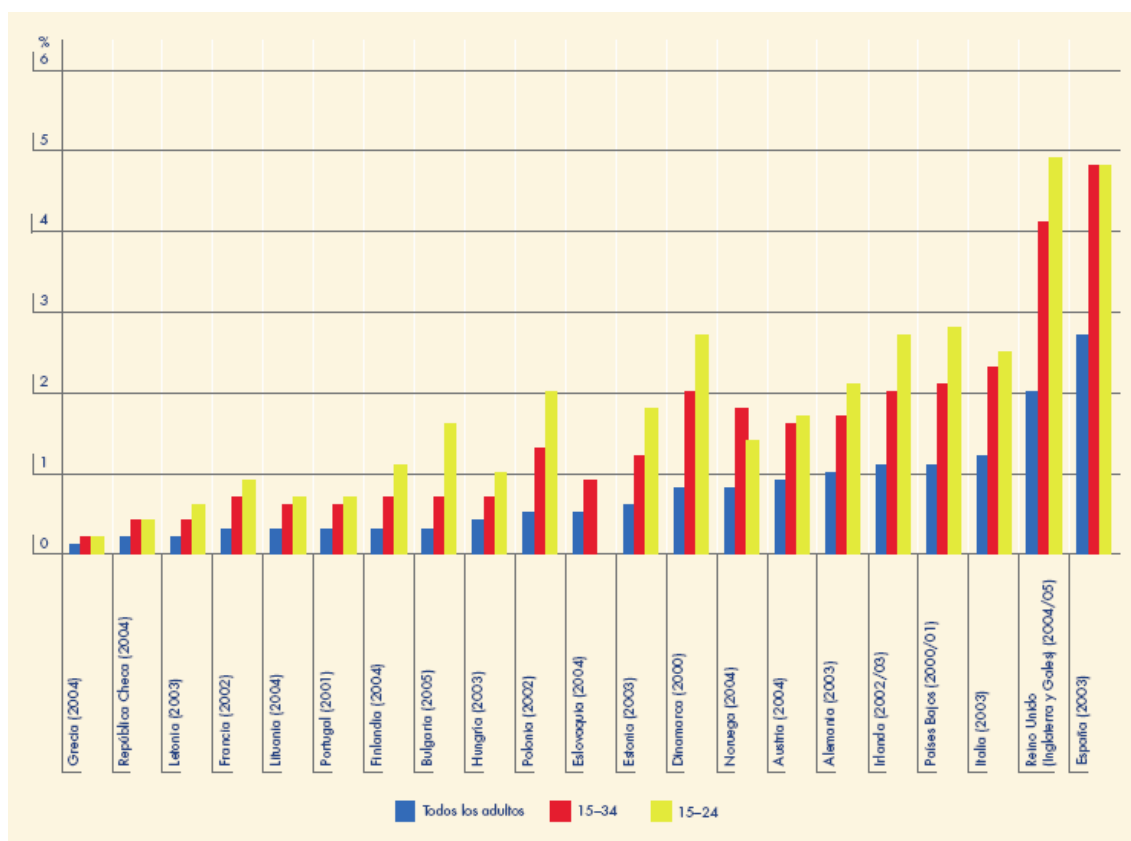
En Europa, el último Informe Anual del Observatorio Europeo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006) calcula que unos 10 millones de europeos, es decir, más de un 3% del total de la población adulta, ha consumido cocaína al menos una vez. Además, se estima que unos 3,5 millones de adultos europeos han consumido cocaína durante el último año, es decir, el 1% del total de la población adulta.

Con respecto al tipo de población que consume cocaína en Europa, existen tres subgrupos en los que parece haber una mayor prevalencia de consumo que en la población general (Haasen et al., 2004): jóvenes en contextos festivos, grupos socialmente marginados, como por ejemplo, personas sin hogar o prostitutas, y personas dependientes a opiáceos con tratamiento de mantenimiento de metadona.

En España, los datos son aún más elevados. La prevalencia del consumo de cocaína alguna vez en la vida ha pasado de un 3,4% en 1995 a un 7% en 2005/2006 (Plan Nacional sobre Drogas, 2006). Mientras que las tasas de consumo en el último año, en los países de la Unión Europea se sitúan entre el 0,3% y el 1%, en España son del 3% y en el Reino Unido del 2%. Como sucede con otras drogas ilegales, el consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el consumo a lo largo de la vida

alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años, aunque el consumo en los últimos 12 meses es superior entre las personas de 15 a 24 años. Las tasas más elevadas de consumo a lo largo de la vida y en el último año, en estos rangos de edad, siguen registrándose en España y en el Reino Unido, con porcentajes cercanos al 10% a lo largo de la vida y superiores al 4% en el último año (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006). Estos datos pueden verse en la Figura 1.

Figura 1. Prevalencia del consumo de cocaína en Europa



Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2006). *Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

La información obtenida a través de encuestas escolares es aún más preocupante en el caso de España. Los datos de la última Encuesta Escolar muestran que la prevalencia de consumo de cocaína a lo largo de la vida, en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, ha pasado de un 2,5% en 1994 a un 9% en 2004. Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, se ha pasado de un 1,8% en 1994 a un 7,2% en 2006 (Plan Nacional sobre Drogas, 2005a). Estos porcentajes son muy superiores a la media europea y sugieren que aproximadamente uno de cada 15 jóvenes ha consumido cocaína recientemente. Además, los estudios de investigación realizados

con jóvenes en locales de música y baile de distintos países, arrojan estimaciones de prevalencia de consumo de cocaína mucho más elevadas que las obtenidas entre la población general, con una prevalencia entre el 10% y el 75%.

Por otra parte, la cocaína es la droga de mayor tráfico del mundo, después de los derivados del cánnabis, y España sigue siendo uno de los principales puntos de entrada en la UE. A estos problemas se une el hecho de que los precios medios de la cocaína muestran una tendencia general a la baja en los últimos años, en todos los países europeos. Así, la percepción de la disponibilidad de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias ha pasado de un 30,4% en 1996 a un 46,7% en el 2004 (Plan Nacional sobre Drogas, 2005a).

Todos estos datos han sido confirmados en el último informe de Naciones Unidas, en donde se muestra que España es el segundo país con las tasas más altas de abuso de cocaína, solo después de Estados Unidos (*United Nations Office for Drugs and Crime*, 2005).

2.3. Problemas asociados al consumo de cocaína

Los niveles de consumo de cocaína en Europa se encuentran en el nivel más alto desde que se tiene constancia y, al mismo tiempo, los estudios indican que el incremento de los problemas derivados del consumo de una droga suelen aparecer algunos años después del aumento de su prevalencia. Esto se debe a que los hábitos de consumo intenso y regular de drogas tardan cierto tiempo en desarrollarse, al igual que tardan en manifestarse los problemas.

Durante años se dudó de la capacidad de la cocaína para provocar grandes daños entre los usuarios. De hecho, esta droga gozó de una imagen social muy positiva, ligada al éxito y a la diversión. No obstante, tras un periodo de “silencio clínico”, las consecuencias han ido apareciendo y se han traducido en un aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cocaína, con diferentes problemas físicos, sociales e interpersonales.

En este apartado se describen las consecuencias que más frecuentemente se asocian al consumo de cocaína desde diversos puntos de vista: las complicaciones

médicas, la comorbilidad psicopatológica, las consecuencias psicosociales, las urgencias hospitalarias y la mortalidad.

2.3.1. Complicaciones médicas

Las complicaciones médicas por consumo de cocaína pueden presentarse en consumidores no adictos a la sustancia, pero son mucho más frecuentes cuando los consumidores abusan o dependen de ella. Las complicaciones médicas más frecuentes en consumidores de cocaína son las siguientes (Caballero Martínez, 2005):

a) Intoxicación. El cuadro característico de la intoxicación por cocaína incluye excitación, intranquilidad, incoherencia del lenguaje, taquicardia, midriasis, hipertensión, náuseas (a veces vómitos), temblor, sudoración, hipertermia y, ocasionalmente, arritmias, dolor torácico, movimientos estereotipados y distonías. Los efectos más graves suelen producirse por consumo prolongado de cantidades importantes de cocaína y solo en casos complicados se produce colapso, convulsiones, coma, parada respiratoria y muerte. El efecto psicológico más claro de la cocaína es la euforia que, de forma variable, puede asociarse a ansiedad, irritabilidad, disforia, grandiosidad, deterioro del juicio, incremento de la actividad psicomotriz (que puede llegar a la agitación) e hipervigilancia (que puede llegar a la psicosis cocaínica con alucinaciones y delirios).

b) Alteraciones otorrinolaringológicas (ORL). Se producen fundamentalmente en la mucosa nasal de consumidores de clorhidrato de cocaína. Ésta presenta inflamación y úlceras que, a la larga, pueden convertirse en necrosis y perforación del tabique. Con el consumo continuado se ha descrito también la inflamación crónica que da lugar a sinusitis y abscesos subperiósticos.

c) Problemas cardiovasculares. La toxicidad cardiovascular es la principal causa de morbi-mortalidad asociada al consumo de cocaína. El riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) durante el consumo se eleva hasta 24:1 (Mittleman et al., 1999) y no tiene relación, al parecer, con la ruta, frecuencia de administración o dosis (Lange y Hillis, 2001).

d) Alteraciones neurológicas. La cocaína genera múltiples síntomas neurológicos inespecíficos como cefalea intensa, temblor, vértigo, visión borrosa, ataxia y síncope. No son raros cuadros más graves como accidentes cerebrovasculares (ACV), crisis convulsivas, encefalopatía tóxica y hemorragia cerebral. Los ACV asociados a cocaína con más frecuencia son el infarto cerebral, la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular.

e) Problemas respiratorios. Aunque una dosis masiva de cocaína puede provocar un fallo respiratorio de origen central, los problemas respiratorios más frecuentes son los derivados del consumo de cocaína fumada. Se ha denominado «pulmón de crack» a una neumopatía que se manifiesta por fuerte dolor torácico, disnea, fiebre y síntomas similares a los de una neumonía que no responde a antibióticos.

f) Complicaciones obstétricas. Las alteraciones obstétricas son uno de los aspectos médicos más problemáticos del consumo de cocaína, especialmente en consumidoras de base libre o «crack». El consumo de cocaína pone en riesgo tanto a la madre como al feto. Las complicaciones más habituales son abrupcio placentaria y teratogenia.

g) Alteraciones sexuales. Aunque la euforia y la desinhibición secundaria al consumo de cocaína pueden aumentar inicialmente la excitación sexual, la norma es que la repetición del consumo provoca disfunción sexual. A largo plazo, lo más frecuente es impotencia y ginecomastia en el varón y anorgasmia en la mujer.

h) Infecciones. Como en el caso de otras drogas, el uso intravenoso de cocaína se asocia a infecciones de la piel, endocarditis, hepatitis, SIDA y bacteriemias por compartir jeringuillas contaminadas. También se han descrito hepatitis en consumidores por vía nasal (por compartir el cilindro hueco con el que se inhala) e infecciones por VIH secundario a la promiscuidad sexual que suele asociarse al abuso cocaínico.

i) Alteraciones neuroendocrinas. La hiperprolactinemia (que puede cursar con ginecomastia, galactorrea, disfunciones sexuales, amenorrea e infertilidad) es la anomalía endocrina más frecuentemente observada en consumidores crónicos de cocaína (Kranzler y Wallington, 1992).

j) Otras. Se ha descrito fallo renal agudo, hepatotoxicidad, náusea, dolor abdominal y anorexia.

2.3.2. Comorbilidad psicopatológica

La comorbilidad psicopatológica se refiere a la coexistencia de una drogodependencia y otro trastorno mental definido. La evaluación de las características psicopatológicas de las personas que demandan tratamiento en los centros de drogodependencias está cobrando cada vez más interés, debido a la repercusión que estas patologías pueden tener sobre el tratamiento de la adicción (Becoña Iglesias y López Durán, 2006). De acuerdo con Meyer (1986), existirían seis relaciones posibles entre abuso de sustancias y psicopatología:

- 1) Los trastornos de los Ejes I y II pueden ser un factor de riesgo para los trastornos por adicción.
- 2) La psicopatología puede modificar el curso de una adicción, en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, conjunto de síntomas y respuesta a largo plazo.
- 3) Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer en el curso de una intoxicación crónica.
- 4) Algunos trastornos psiquiátricos aparecen a consecuencia del uso y persisten durante el periodo de remisión.
- 5) La conducta derivada del uso de drogas y los síntomas psicopatológicos (tanto antecedentes como consecuentes), pueden llegar a estar significativamente relacionados en el transcurso del tiempo.
- 6) La frecuencia de aparición de algunos estados psiquiátricos en sujetos edictos no es mayor que la población general, lo cual indica que el trastorno psiquiátrico y el trastorno por adicción no están siempre específicamente relacionados.

La comorbilidad psicopatológica asociada al consumo de cocaína es un hecho ampliamente estudiado (Rounsaville y Carroll, 1991; Rounsaville et al., 1991; Schottenfeld, Carroll y Rounsaville, 1993). En la revisión de Rounsaville et al. (1991) de adictos a la cocaína en tratamiento, se encontró alcoholismo en el 30% de los pacientes, depresión mayor o menor en el 10-45%, trastornos bipolares en el 10-25%,

trastornos de ansiedad en el 3-15% y trastorno de personalidad antisocial en el 8- 29%. El alcoholismo y los trastornos afectivos solían ser posteriores a la cocaínomanía y los trastornos de ansiedad, los trastornos por déficit de atención y los trastornos de la personalidad antisocial solían ser anteriores.

En el estudio *Epidemiological Catchment Area* del *National Institute of Mental Health* (ECA) se encontraron porcentajes aún más elevados. Según los autores, el 76% de los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína tenía algún trastorno mental y un 84% presentaba abuso o dependencia del alcohol. Los trastornos más presentes en este estudio fueron: trastorno de personalidad antisocial (43%), trastornos afectivos (35%), trastornos de ansiedad (33%) y esquizofrenia (17%) (Regier et al., 1990).

Por último, en una revisión reciente de Becoña Iglesias y López Durán (2006), de 41 estudios en los que se analizaba la relación entre consumo de cocaína y psicopatología, se obtuvieron los siguientes resultados: entre un 20% y un 53% de pacientes presentaba depresión en el momento de la evaluación y entre un 29% y un 60% de pacientes presentaba problemas de abuso o dependencia del alcohol. La presencia de Déficit de Atención e Hiperactividad oscilaba entre el 5% y el 35%, y los problemas de ansiedad en estos pacientes se situaban entre el 16% y el 33%. Además, la presencia de trastornos de personalidad en las personas dependientes de la cocaína alcanzaba cifras de entre el 47% y el 97%. No obstante, como señalan los mismos autores, puede haber ciertas limitaciones en estos estudios que podrían explicar la variabilidad de los datos como, por ejemplo, los diferentes contextos en los que se llevaron a cabo los estudios (unidades de salud mental, programas ambulatorios, hospitales, etc.), la no diferenciación entre abuso o dependencia y uso de crack o cocaína, el periodo de abstinencia variable e insuficiente antes de realizar la evaluación y la variabilidad en los instrumentos utilizados.

Los trastornos psicopatológicos, por tanto, que más frecuentemente se asocian al abuso-dependencia de la cocaína son los siguientes (Caballero Martínez, 2005):

a) Trastornos Afectivos. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos afectivos y por ansiedad en pacientes con trastornos por uso de cocaína están en torno al 50% en hombres y 70% en mujeres (Brady y Randall, 1999). Los trastornos

depresivos son muy frecuentes, y los pacientes que los presentan sufren más estrés global y tienen peor respuesta terapéutica. La asociación clínica entre depresión y cocaínomanía puede deberse, por una parte, a que los síntomas de la abstinencia de cocaína son semejantes a los depresivos y, por otra, a que el estrés social, laboral y familiar que regularmente acompañan a la adicción a cocaína pueden ser los causantes de un trastorno depresivo. Por otra parte, un grupo muy significativo de los pacientes cocaínómanos presentan trastornos bipolares previos a su cocaínomanía o una personalidad con rasgos hipertímicos (Rounsaville et al., 1991).

b) Trastornos de ansiedad. En el transcurso de la intoxicación por cocaína aparecen muchos síntomas de ansiedad y crisis de angustia que pueden llevar a los cocaínómanos a ingresar en urgencias hospitalarias. Otros cuadros de angustia, como la fobia social, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo, se presentan más en cocaínómanos que en población general (Myrick y Brady, 1997; Najavits et al., 1998; Rounsaville y Carroll, 1991) aunque guardan con la cocaínomanía una relación etiopatogénica heterogénea.

c) Trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad. Entre los pacientes diagnosticados de cocaínomanía se encuentran tasas altas de trastorno de personalidad antisocial (Compton et al., 2000; Schmitz et al., 2000). La identificación de este trastorno es importante porque puede condicionar peores resultados terapéuticos y no tiene un tratamiento farmacológico ni psicológico específico. En otro estudio reciente, se encontró que las escalas básicas de personalidad más prevalentes, en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento, eran la pasivo-agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica, y las escalas de personalidad patológica más prevalentes, la límite y la paranoide (López Durán y Becoña Iglesias, 2006). No obstante, ciertas actitudes y conductas propias de consumidores crónicos de cocaína pueden semejar conductas antisociales, límites, dependientes, inmaduras o narcisistas, pero desaparecen cuando el paciente se mantiene abstemio. En general, las cifras de trastornos de personalidad difieren mucho según los estudios (entre el 15 y el 75%) y buena parte de esta diferencia debe atribuirse a los métodos utilizados o a diferencias en las poblaciones estudiadas (Rounsaville et al., 1991). Por todo ello, el diagnóstico de trastorno antisocial de personalidad no debe realizarse hasta que el

paciente esté varias semanas abstinentes o el clínico disponga de información biográfica fiable.

d) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La relación entre TDAH y la cocaínomanía ha sido muy discutida. En los pacientes con TDAH residual, la cocaína podría producir el efecto paradójico de mejorar transitoriamente la alteración de la concentración, la impulsividad, la distraibilidad y la inquietud propias de estos pacientes. Por otra parte, se ha comprobado que los niños con TDAH tienen un riesgo mayor de adicción a cocaína y de otros trastornos por abuso de sustancias (Clure et al., 1999; Levin, Evans y Kleber, 1998).

e) Esquizofrenia. Diversos estudios con esquizofrénicos muestran que el consumo de cocaína en estos pacientes se sitúa en torno al 15-60% (Buckley, 1998; Dixon, 1999), un consumo muy superior al de la población general, que condiciona negativamente la evolución de la esquizofrenia. Sin embargo, en series clínicas de cocaínómanos, se detectan pocos esquizofrénicos (Rounsaville et al., 1991), probablemente porque es una adicción que implica un gasto fuera de las posibilidades de muchos de estos pacientes. Desde el punto de vista clínico, el consumo de cocaína puede desencadenar el comienzo de una esquizofrenia en un paciente vulnerable, acelerar su curso o complicarla con ansiedad, depresión, agitación, insomnio o agresividad.

f) Otros trastornos. Varios trastornos del control de impulsos, como el juego patológico y la tricotilomanía, así como otros trastornos en los que existe un fuerte componente de impulsividad, como la bulimia o el sexo compulsivo, se asocian también a la adicción a la cocaína (Hall et al., 2000; Wiederman y Pryor, 1996). En ocasiones, el consumo de cocaína agrava seriamente un trastorno de control de impulsos previo y se requiere un tratamiento combinado en el que la abstinencia de cocaína es, casi siempre, imprescindible para el tratamiento del trastorno de control de impulsos acompañante.

g) Trastornos neuropsicológicos. Entre los consumidores crónicos de cocaína, se encuentran con frecuencia alteraciones de la memoria, problemas de concentración y de las funciones frontales. Generalmente, dichas alteraciones se relacionan con la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo. Según tengan una base funcional

(neuronal) o lesional (neuronal o vascular) pueden ser reversibles o no (Bolla, Cadet y London, 1998; Majewska, 1996).

2.3.3. Consecuencias psicosociales / interpersonales

Además de los criterios de tolerancia y abstinencia, frecuencia y cantidad de consumo superior a lo que se pretendía y deseo infructuoso de interrumpir el consumo de la sustancia, los criterios para la dependencia de sustancias del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*) recogen otros tres criterios directamente relacionados con las consecuencias psicosociales o interpersonales. Son los siguientes:

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

2) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

3) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En el apartado específico de “dependencia de cocaína”, se hace referencia a que “los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos con dependencia de cocaína a menudo necesitan interrumpir el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir cocaína” (*American Psychiatric Association, 2002, p. 282*).

A pesar de que en muchos casos se consume cocaína para reducir la inhibición social y mejorar las relaciones sociales, el uso continuado hace que la participación social decaiga precipitadamente. El consumo de estimulantes puede producir síntomas paranoicos, que hacen que el adicto reduzca el contacto social y evite a ciertos amigos que no encajan en su nuevo estilo de ocio (Weaver y Schnoll, 1999). El uso continuado de cocaína causa una pérdida progresiva en la percepción de riesgo sobre el uso de

drogas, por lo que es habitual que el consumo de esta sustancia y de otras drogas se incremente. Otros problemas personales o sociales, tales como infecciones, accidentes, actividad criminal, negligencia en el cuidado de los hijos o pérdida de trabajo, son muy frecuentes. El uso de cocaína también se asocia con un aumento de riesgo en la contracción de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. En general, el ambiente caótico en el que viven estas personas suele influir en el desempeño de su rol familiar, por lo que los problemas familiares asociados son muy habituales. Por otra parte, las conductas violentas, tales como suicidios u homicidios son una de las principales causas de muerte en Estados Unidos entre los consumidores de cocaína.

En la Tabla 1 puede verse un resumen de las principales consecuencias del abuso de cocaína a nivel físico, psicológico y social.

Tabla 1. Consecuencias del abuso de cocaína

Físicas		
<i>Cardiovasculares</i>	<i>Cabeza y cuello</i>	<i>Otros</i>
Hipertensión	Erosión del esmalte dental	Hipertermia
Arritmias	Ulceración gingival	Rabdomiliosis
Miocarditis	Queratitis	Muerte súbita
Cardiopatía	Midriasis	Disfunción sexual
Isquemia miocárdica	Alteraciones olfativas	
Infarto de miocardio	Rinitis crónica	<i>Reproductivas</i>
	Perforación nasal	Obstétricas:
<i>Sistema Nervioso Central</i>		Aborto espontáneo
Dolor de cabeza	<i>Renales</i>	Desprendimiento de placenta
Crisis convulsivas	Fallo renal agudo	Placenta previa
Déficits neurológicos focales		Ruptura prematura de membrana
Transitorios	<i>Endocrinos</i>	Fetales:
Hemorragia cerebral	Hiperprolactinemia	Retraso crecimiento intrauterino
Infarto cerebral	Nivel elevado tiroxina	Malformaciones congénitas
Edema cerebral		Neonatales:
Atrofia cerebral	<i>Pulmonares</i>	Infarto cerebral
Vasculitis cerebral	Tos crónica	Retraso en desarrollo
Encefalopatía tóxica/coma	Neumotórax	Sdme. Muerte súbita infantil
	Neumopericarditis	
<i>Gastrointestinales</i>	Exacerbación del asma	<i>Infecciones</i>
Nauseas/vómitos/diarrea	Edema pulmonar	VIH/SIDA
Anorexia	Hemorragia pulmonar	Endocarditis infecciosa
Malnutrición	Destrucción bronquial	Hepatitis B y/o C
Isquemia intestinal	Pulmón de crack	Tétanos
Perforación duodenal		
Psicológicas		
Labilidad emocional	Ansiedad	Delirium
Insomnio	Depresión	Psicosis tóxica
Alteración de la autoestima	Conducta agresiva	Suicidio
Conductas sexuales desviadas	Paranoia	
Irritabilidad	Alucinaciones	
Sociales		
Menor participación social	Pérdida de trabajo	Conductas violentas
Actividades criminales	Mayor incidencia de trauma	Homicidio
Pérdida de estructura familiar	Prostitución	Muerte accidental
Abuso o negligencia infantil	Propagación de infecciones	

Fuente: Weaver, M. F., & Schnoll, S. H. (1999). Stimulants: amphetamines and cocaine. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.

2.3.4. Urgencias hospitalarias y mortalidad

Como se ha visto en el apartado de complicaciones médicas, el consumo prolongado de cantidades importantes de cocaína puede producir colapso, convulsiones, coma, parada respiratoria y muerte.

En España, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a esta sustancia ha pasado de un 26,1% en 1992 a un 49% en 2002. En cuanto a la mortalidad asociada a consumo de cocaína, en 2002 se registraron 53 muertes (11,3% del total de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas) en cuyos análisis toxicológicos se detectó cocaína y no opiáceos. De ellas, en 13 (2,6%) se detectó exclusivamente cocaína, en 18 sólo cocaína y alcohol, y en el resto cocaína y otras combinaciones de drogas. A título comparativo, la proporción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1% (Plan Nacional sobre Drogas, 2005b).

2.4. Datos relativos a la demanda de tratamiento

Esta realidad también se ve reflejada si se analizan los datos referidos a la evolución de los indicadores asistenciales por consumo de sustancias psicoactivas. Tras los opiáceos y el cannabis, la cocaína es la droga que con más frecuencia se declara como razón por la cual se inicia un tratamiento de deshabituación, y en 2004 representaba alrededor del 8% de las solicitudes de tratamiento de toda la Unión Europea. En varios países, los porcentajes de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo principal de cocaína son más elevados que los de los pacientes generales, y en torno a un 12% del total de solicitudes nuevas de tratamiento están relacionadas con el consumo de esta sustancia. Además, aproximadamente el 12% de los nuevos pacientes declaran consumir cocaína como droga secundaria (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006).

Por lo que respecta a la evolución de las admisiones a tratamiento por cocaína en España, se constata un aumento suave entre 1991 y 1995 y un fuerte incremento entre 1996 y 1999. A partir de dicho año se suaviza la tendencia ascendente (8.977 admisiones en 1999, 8.522 en 2000 y 9.367 en 2001) debido a la estabilización de los casos sin tratamiento previo, para volver a ascender a partir del 2002 (11.904 admisiones en dicho año). Así, en el año 2002 el número de admisiones por cocaína supuso el 34% del total, mientras que en el año 2000 era el 17,2% y en 1997 el 9%. De

hecho, si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, el peso de drogas como la cocaína o el cannabis es mucho mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor. Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante en los últimos años, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida a partir de 1992. En cambio, las admisiones a tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir de 1998 (Plan Nacional sobre Drogas, 2005b).

En Proyecto Hombre, una de las principales redes asistenciales para personas drogodependientes, también se observa esta tendencia. Esta asociación cuenta en la actualidad con un tratamiento específico para adictos a cocaína, que surge como respuesta a la demanda de un tipo de consumidores cuyo problema principal es el consumo de esta sustancia y cuyo perfil es diferente al de consumidores de otras drogas, como la heroína. En los últimos años, los ingresos de pacientes con problemas con la cocaína se han incrementado significativamente, hasta alcanzar casi un 30% del total de las admisiones. Así por ejemplo, el número de nuevas admisiones por problemas con la cocaína fue de 1832 en 2003 y de 2694 en 2004 (Proyecto Hombre, 2005).

2.5. Perfil de los consumidores de cocaína que acuden a tratamiento

Según el Observatorio Europeo, los nuevos pacientes que consumen cocaína como droga principal suelen ser mayores que los consumidores de otras drogas: el 70% se encuentra entre los 20 y los 34 años de edad, con un grupo menor (13%) de entre 35 y 39 años de edad. Además, la cocaína se consume con frecuencia en combinación con otras drogas legales o ilegales complementarias, como el cánnabis (31,6%), los opiáceos (28,6%) o el alcohol (17,4%) (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006).

El Plan Nacional sobre Drogas amplía esta información en su último informe sobre Situación y Tendencias del consumo de drogas en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2005b). Según este informe, la gran mayoría de los pacientes que acuden a tratamiento por sus problemas con la cocaína son varones (87,2%), con una media de edad de 29 años. La edad de inicio de consumo de cocaína se sitúa en 21 años, por vía intranasal (70,8%) y un 49,8% y un 65,3% han consumido cánnabis y alcohol respectivamente, en el último mes. Sólo el 14,1% de estos pacientes refieren haberse

inyectado alguna droga en su vida y el 3,9% están infectados por VIH. La mayoría de los pacientes (57,9%) está trabajando y tiene estudios completados de Primaria o Secundaria (89%).

En un estudio realizado por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo con una muestra amplia de pacientes cocainómanos de Proyecto Hombre (N=200) también se confirmaron estas características sociodemográficas. Este tipo de consumidores tiene un perfil diferente al de consumidores de otras sustancias, como la heroína. Como se observa en la Memoria de Proyecto Hombre del año 2003 y 2004, el perfil de usuario del Programa de Cocaína es un varón de unos 30 años, soltero, que vive en una gran ciudad y en residencia propia. Empezó a consumir cocaína a los 21 años por vía nasal y aparte de esta sustancia consume habitualmente alcohol y cánnabis. Suele gastar grandes cantidades de dinero en este consumo y, por lo general, no tiene problemas legales importantes motivados por el uso de drogas. Acude a tratamiento por primera vez tras unos 7,5 años de consumo y no tiene problemas médicos relevantes, aunque en ocasiones ha experimentado ansiedad y depresión. Tiene completados los estudios básicos y su fuente de ingresos es un puesto de trabajo a tiempo completo.

Respecto al consumo de otras sustancias, la mayoría de los pacientes que asisten a tratamiento por sus problemas con la cocaína tiene un consumo de alcohol problemático, que empezó entorno a los 19 años. Junto con el alcohol, el cánnabis es la sustancia más generalizada entre los usuarios y la edad de inicio en este consumo se sitúa en torno a los 16 años. Estos pacientes llevan unos 12 años consumiendo alcohol y unos 6 consumiendo cánnabis. Las anfetaminas es el siguiente tipo de sustancia más consumida (el 43% de los pacientes lo ha hecho en alguna ocasión). Una cuarta parte han consumido opiáceos, y un porcentaje mucho más pequeño ha consumido analgésicos, alucinógenos o inhalantes. La mayoría, por lo tanto, consume alguna otra sustancia además de cocaína. La edad de inicio se sitúa en torno a los 20 años y han estado unos 4 años y medio con este patrón de policonsumo.

La vía principal de administración de la cocaína es intranasal y son pocos los pacientes se ha inyectado algún tipo de sustancia y muy pocos los que han tenido una sobredosis. Muy pocos de estos pacientes han estado o están infectados por hepatitis o VIH, y no suelen tomar ningún tipo de medicación crónica.

También hay pocos usuarios del programa de cocaína que hayan estado en prisión, y los que han estado ha sido por periodos de tiempo relativamente cortos. Los delitos más frecuentes tienen que ver con la conducción, delitos contra la propiedad y posesión y tráfico de drogas. Muy pocos pacientes fueron juzgados por delitos violentos.

Por otra parte, este tipo de pacientes tiene una estructura familiar conservada. La mayoría vive con sus padres o con su pareja e hijos y suelen trabajar durante largos periodos de tiempo, o lo que es lo mismo, no se pasan mucho tiempo desempleados. El patrón de empleo más habitual (muy por encima de los demás) es el trabajo a tiempo completo. La gran mayoría de los usuarios tiene completados los años de educación básica obligatoria y un 25% ha cursado estudios superiores durante un promedio de 3 años (García Rodríguez, Secades Villa, Fernández Hermida y Carballo Crespo, 2004; Garcia Rodriguez et al., 2005; Secades Villa, García Rodríguez y Fernández Hermida, 2005).

3. LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

3.1. Sistemas de clasificación clínica

Las diferentes versiones de los sistemas de clasificación diagnóstica reflejan la evolución en la concepción de los trastornos por abuso de sustancias, desde un modelo moral hasta un modelo bio-psico-social, pasando por una concepción biológica de estos problemas.

En las primeras versiones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM I y DSM II (*American Psychiatric Association*, 1952, 1968), el alcoholismo y la dependencia a las drogas se entendían como uno subclase de trastorno de personalidad sociopático en el que se incluían también la conducta antisocial y las desviaciones sexuales. Posteriormente, el DSM III (*American Psychiatric Association*, 1980) diferencia ya los trastornos de personalidad de las drogodependencias, y hace hincapié en los factores socioculturales y genéticos en la etiología de estos trastornos. Además divide los trastornos por consumo de drogas en abuso y dependencia. No obstante, esta versión sufrió muchas críticas referidas a la sensibilidad, especificidad y utilidad de sus criterios.

El DSM-III-R (*American Psychiatric Association, 1987*) constituyó el inicio de una nueva etapa, ya que recogía aspectos fundamentales del síndrome de dependencia, que se entendería como un fenómeno multidimensional en el que se incluían componentes biológicos, sociales y conductuales. El síndrome de dependencia clarifica la relación entre abuso y dependencia, una de las críticas que se le habían hecho al anterior DSM III.

La versión última del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*) incluye dos tipos de diagnósticos en el capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias: los relacionados con el patrón de consumo de las sustancias (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (los principales son la intoxicación y la abstinencia). Ambos tipos de diagnóstico se aplican a los doce sustancias que reconoce: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y otras sustancias. Cada una de las clases presenta criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido. También, cada una de estas clases presenta un cuadro definido de intoxicación y abstinencia más ligado (aunque no únicamente vinculado) con el efecto fisiológico de la droga y de menor relevancia psicológica.

El diagnóstico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales. Los siete criterios pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6). Como una variación con respecto a versiones anteriores, el DSM-IV establece que la dependencia puede sub-clasificarse en “dependencia con y sin dependencia física”, según estén o no incluidos los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia). Es decir, la dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia. Por su parte, el abuso, se describe mediante cuatro ítems, de los que sólo es necesario que esté presente uno para que se establezca el diagnóstico.

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) ha seguido la orientación apuntada en el DSM-III-R en cuanto a la idea de dependencia, aunque ha introducido el concepto de “consumo perjudicial”, que puede entenderse como una forma inicial de dependencia, pudiéndose intuir así la existencia implícita de un continuum entre este uso perjudicial y la dependencia. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicotrópicas.

Los criterios de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son muy similares a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo o deseo (*craving*) por la sustancia.

No obstante, a pesar de estas diferencias, los trabajos en los que se han comparado ambos sistemas han encontrado un elevado nivel de concordancia para la categoría de la dependencia (Nathan, 1997). En la Tabla 2 puede verse la correspondencia entre los criterios de dependencia de ambos sistemas de clasificación.

Tabla 2. Correspondencia de los criterios diagnósticos de dependencia de la CIE-10 y el DSM-IV-TR

DESCRIPCIÓN	Criterios	
	CIE-10	DSM-IV
1. Deseo intenso o sentimiento de compulsión (<i>craving</i>)	1	
2. Disminución de la capacidad de control	2	4
3. Síndrome de abstinencia	3	2
4. Intención de aliviar la abstinencia	3	2
5. Tolerancia	4	1
6. Abandono progresivo de intereses y placeres alternativos	5	6
7. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias perjudiciales	6	7
8. Se dedica gran cantidad de tiempo a obtener la sustancia, tomarla o recuperarse de sus efectos	5	5
9. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más largo de lo pretendido		3

Ambas clasificaciones diagnósticas describen el trastorno mostrándose explícitamente a-teóricas (más en el caso del DSM-IV que en la CIE-10), aunque el modelo psicopatológico implícito que subyace es el modelo médico (Nelson, 1987). Estas formulaciones descriptivas aclaran el objeto del tratamiento pero no la etiología ni la naturaleza de la intervención. La información sobre la topografía y las características que proporcionan los sistemas de clasificación son útiles para determinar la existencia de un problema (y, por tanto, detectar la necesidad de un tratamiento) o para facilitar la homogeneización de un diagnóstico (que sirva, por ejemplo, para seleccionar a los sujetos que van a formar parte de una investigación). Sin embargo, este tipo de información no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento, que debe basarse en un análisis funcional de la conducta y en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el trastorno adictivo (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003).

Una de las funciones primarias que debe perseguir toda nosología es la búsqueda de la conexión ideal entre clasificación y tratamiento, de tal forma que a una categoría diagnóstica le corresponderá un tipo de tratamiento diferente y específico a esa categoría. Sin embargo, se debe reconocer que dicho ideal está aún muy lejos, al menos en el caso de las conductas adictivas. Estos criterios son útiles para determinar que existe un problema, pero son insuficientes a la hora de proveer de la información necesaria para llevar a cabo un programa de tratamiento.

Otra de las limitaciones de estos sistemas categoriales es la aparente homogeneización diagnóstica, que encubre una gran heterogeneidad clínica. Esta variabilidad oculta viene dada por la falta de una valoración de la gravedad (aunque el DSM-IV distingue una forma de mayor gravedad, debida a la dependencia física), así como por la escasa información que aporta la simple etiqueta diagnóstica. A pesar de que las clasificaciones recogen síntomas de las repercusiones del consumo sobre diferentes áreas, ninguna ofrece la posibilidad de realizar un perfil del paciente, según las áreas más gravemente afectadas, de forma que pudiera tener no sólo utilidad diferenciadora, sino terapéutica.

Además de estos inconvenientes, otros problemas del diagnóstico psiquiátrico han sido bien documentados. Haynes (1998) los resume en los siguientes:

a) Las consecuencias negativas personales y sociales de las etiquetas psiquiátricas.

b) La naturaleza pseudo-categorial de los diagnósticos psiquiátricos, que implica una diferencia cualitativa entre personas con y sin un diagnóstico particular y entre personas con diferentes diagnósticos.

c) Baja fiabilidad inter-jueces.

d) Heterogeneidad y correlaciones bajas de síntomas entre personas con el mismo diagnóstico.

e) Bases no empíricas de muchas categorías diagnósticas.

f) La presunción de que una etiqueta diagnóstica señala la existencia de una “enfermedad” particular.

g) Razonamientos causales circulares, según los cuales una etiqueta psiquiátrica se presume como causa de las conductas, las cuales, a su vez, conducen al trastorno.

h) Principios de clasificación inconsistentes a través de las categorías diagnósticas.

Por último, otro de los inconvenientes de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos por uso de sustancias es la dificultad de la obtención y el manejo de la información, debido a términos imprecisos y poco operativos, como “deseo persistente o esfuerzos infructuosos”, quedando su interpretación sometida a los prejuicios del entrevistador. Incluso, algunos criterios necesitan un cierto juicio crítico por parte del paciente respecto, por ejemplo, a su deseo o necesidad de control del consumo de sustancias.

3. 2. Hacia un modelo funcional de la conducta de consumo de drogas

3.2.1. El modelo bioconductual del consumo de drogas

Desde una aproximación funcional, el consumo de drogas es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. De forma más precisa, el consumo de drogas es un hábito sobre-aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo posible de ciertos factores control que incluyen un

organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.); un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.); unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo, ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulares asociadas a estos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López Ríos y Gil Roales-Nieto, 1996).

De este modo, a la hora de explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interactúan con las variables antes mencionadas (biológicas, motivacionales, de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc.), y debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estimulares y de programas de reforzamiento (López Ríos y Gil Roales-Nieto, 1996). De igual manera, el tipo de sustancia puede determinar aspectos importantes del patrón de adquisición, de modo que para algunas de ellas, el inicio del consumo es una conducta gobernada por reglas o sólo es posible debido a que las contingencias sociales asociadas son más potentes que las automáticas o primarias, generalmente de un carácter aversivo que desaparece tras varios episodios de consumo. Poco a poco, las contingencias propias de cada droga se convierten en el elemento clave de control.

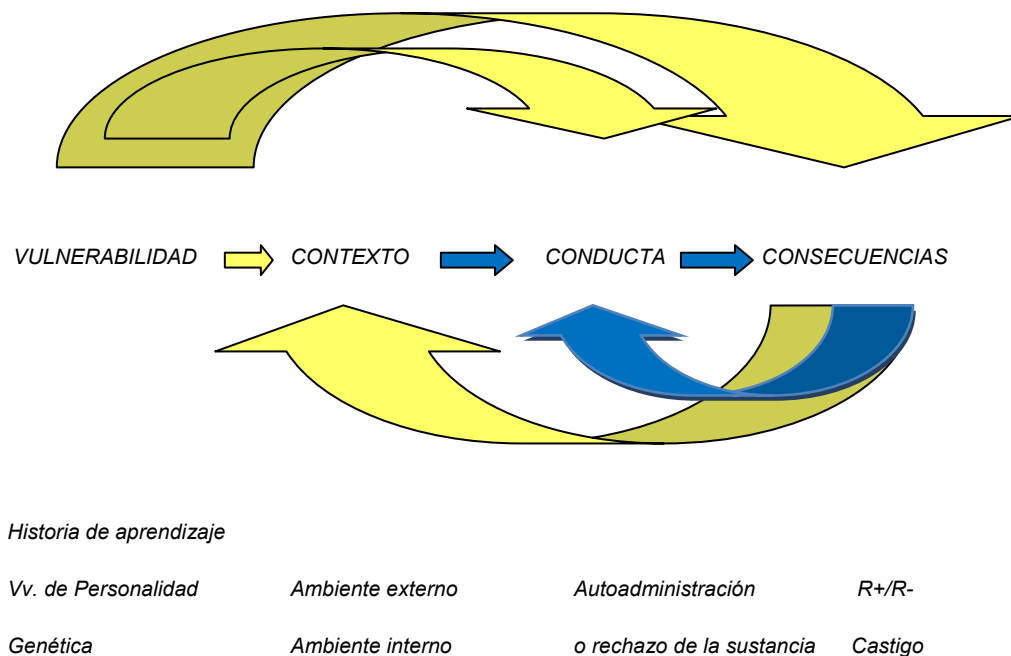
Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. De esta manera, los posibles factores precipitantes de una conducta adictiva han de considerarse de forma independiente de los que

posteriormente determinan el mantenimiento del problema y la importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada sujeto en particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un individuo.

En definitiva, se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen.

El modelo bio-conductual (si se quiere, *bio-psico-social*) descrito por (Pomerleau y Pomerleau, 1987) es una buena formulación para explicar cómo se inicia y se mantiene, en este caso, la conducta de fumar (Figura 2). Pero, como apuntan los mismos autores, aunque las otras sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de análisis. Es decir, este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en la conducta de consumo de drogas, independientemente de la sustancia.

Figura 2. Modelo bioconductual del consumo de drogas



Una perspectiva contextual del abuso de drogas es, por necesidad (y por definición) multifactorial. Aquellas variables incluidas bajo la denominación de *contexto* (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos

de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo *consecuencias*. En lo que concierne a la *conducta*, mientras se tiene bastante información de los comportamientos que definen el consumo de drogas, es menos conocido lo que se refiere el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. En cuanto a la *vulnerabilidad* o susceptibilidad, que incluye factores genéticos, variables de personalidad e historia de aprendizaje, se destaca que la mayoría de las investigaciones son de tipo retrospectivo, basadas exclusivamente en metodología descriptiva, de los cuales no se pueden extraer conclusiones definitivas acerca de la vulnerabilidad de los individuos al consumo de drogas o al desarrollo de cualquier adicción.

Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá no sólo la explicación de las variables incluidas bajo los epígrafes de susceptibilidad, contexto, conducta y consecuencias, sino también el análisis funcional que explique las relaciones entre todas ellas (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003).

En el diagrama propuesto, se sugiere también algunas de estas interrelaciones funcionales: las flechas en color azul indican asociaciones críticas que denotan relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede. Las líneas en color amarillo indican elementos correlacionales y moduladores. Por ejemplo, las consecuencias de una conducta pueden cambiar el contexto instigando una conducta motora que modifique el ambiente o el estado interoceptivo, mientras que los factores de susceptibilidad pueden influir, no sólo en cómo afecta el contexto, sino también en la intensidad y el tipo de conducta que ocurrirá en unas circunstancias particulares o en qué sentido serán las consecuencias que siguen a esa conducta.

3.2.2. El papel del reforzamiento en las conductas de uso de drogas

En el modelo bioconductual, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. Existe una amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y auto-administración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la auto-administración de drogas. Es decir, la conducta de auto-

administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta “normal” de todos los animales en situaciones similares (McKim, 2000). Una conclusión fundamental que se extrae de los resultados de estos estudios es que sitúa a los trastornos por abuso de sustancias dentro del cuerpo de los principios psicológicos existentes, que permiten analizar dichas conductas como una variable dimensional dentro de un continuo que iría desde un patrón de uso esporádico no problemático o con escasos problemas, hasta un patrón de uso severo con muchas consecuencias aversivas.

Esta evidencia comenzó a ponerse de manifiesto en los estudios de laboratorio sobre auto-administración de drogas en animales y estudios de laboratorio y clínicos con drogodependientes realizados durante las décadas de 1960 y 1970 (Bigelow y Silverman, 1999). Estos estudios han demostrado cómo la auto-administración de drogas, al igual que otras conductas operantes, eran altamente moldeables y que podían ser incrementadas o reducidas manipulando el mismo tipo de variables (por ejemplo, programa y magnitud de reforzamiento, uso de castigos, reforzamiento de conductas alternativas incompatibles, etc.) que habían demostrado ser efectivas en la manipulación de otras conductas operantes (Silverman, 2004).

En el caso de los opiáceos, muchas de las demostraciones realizadas para demostrar la eficacia del reforzamiento se han complicado por la presencia de la dependencia física en los sujetos con los que se realizaron los experimentos. No obstante, bastantes estudios han proporcionado demostraciones experimentales de los efectos reforzantes positivos de estas sustancias sin la necesidad de dependencia física (Schuster y Johanson, 1981; Yaganita, 1973).

En el ámbito clínico, existen estudios que han intentado determinar la eficacia de los opiáceos como reforzadores. Por ejemplo, cuando se administra la metadona de forma contingente con la asistencia a terapia, se ha registrado un incremento en la frecuencia de las sesiones (Brooner, Kidorf, King y Bigelow, 1997). Parece estar claro, por tanto, que el efecto reforzante positivo de la auto-administración de opiáceos es fundamental en el mantenimiento de la conducta, por lo que la dependencia física no es un antecedente necesario para explicar la conducta de auto-administración.

De la misma manera, varios trabajos han demostrado también la ocurrencia de la conducta de auto-administración de cocaína y otros estimulantes sin la presencia de síntomas de abstinencia (Pickens y Thompson, 1968).

Por tanto, la dependencia física puede ser importante a la hora de explicar el consumo de drogas, pero no es un factor necesario para las conductas de auto-administración y tampoco es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas. Es decir, se puede asumir que las drogas son reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.

Una evidencia aún más definitiva es el hecho de la auto-administración de una gran variedad de sustancias psicoactivas, en los que no se han observado señales de abstinencia o éstas son muy tenues. La auto-administración de drogas sin la presencia de síntomas de abstinencia se ha demostrado en una amplia variedad de sustancias, como el etanol, la nicotina, los barbitúricos, las benzodiazepinas, los opiáceos o los estimulantes. Además, los estudios que han comparado las conductas de auto-administración en humanos y no humanos han encontrado una gran similitud entre especies (Yaganita, 1973).

En el ámbito de los tratamientos, los éxitos de los ensayos clínicos realizados durante la década de los años setenta con alcohólicos y adictos a otras sustancias demostraron la eficacia de las intervenciones basadas explícitamente en los principios del reforzamiento y que el uso de drogas por sujetos con dependencia severa podía ser modificado a través del empleo sistemático del manejo de contingencias (reforzamiento y castigo) (Hunt y Azrin, 1973; Miller, 1975).

Desde estos primeros años, este marco de análisis científico ha tenido un papel central en la investigación sobre la drogodependencia, especialmente en los estudios de laboratorio con animales. Estas investigaciones han abarcado los campos de la neurociencia, la genética o la farmacología. Sin embargo, el camino que ha seguido la investigación clínica ha sido sensiblemente diferente (Higgins, Heil y Lussier, 2004) y el interés por el estudio de los principios de reforzamiento decayó a partir de la década de los ochenta, especialmente en el ámbito del alcoholismo. Las causas que explican este hecho son varias, destacando, sobre todo, dos: la influencia de la psicología

cognitiva, que proporcionó un marco de análisis alternativo (especialmente, el modelo de prevención de recaídas) o el desarrollo de terapias farmacológicas efectivas para la adicción a determinadas sustancias (como la metadona) (Higgins et al., 2004).

Sin embargo, en los años noventa comenzó un resurgimiento vigoroso de la investigación clínica sobre los principios del reforzamiento en el abuso de drogas, que continúa hasta hoy. En cierta medida, la naturaleza recalcitrante de la dependencia a la cocaína y el fracaso de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para esta adicción propiciaron la ocasión para la consideración de un punto de vista alternativo que diera respuesta a este problema (Secades Villa, García Rodríguez, Fernández Hermida y Carballo, 2007).

Las investigaciones sobre los principios del reforzamiento en adictos a sustancias, especialmente a la cocaína, realizados desde principios de los años noventa hasta la actualidad fueron tanto estudios de laboratorio, como estudios en contextos clínicos y naturales.

Un número importante de los estudios de laboratorio tuvieron como objetivo examinar la influencia de reforzadores alternativos (diferentes a las drogas) sobre la preferencia y la elección del uso de cocaína. Los resultados de estos estudios demostraron una cierta maleabilidad del efecto reforzante de la cocaína, la cual podía debilitarse en función del reforzador alternativo.

En esta misma línea, un área de investigación emergente sugiere que los adictos a sustancias tienden a rebajar el valor de los reforzamientos demorados y la importancia de los reforzadores perdidos, en mayor medida que los no consumidores; de tal manera que los adictos muestran mayor preferencia por: a) los reforzadores más inmediatos y de menor magnitud que por los más demorados y de mayor magnitud y b) por las pérdidas (castigos) más demoradas y de mayor magnitud que por los castigos más inmediatos y de menor magnitud (Bickel y Marsch, 2001).

Otro factor fundamental para entender las conductas de uso de drogas es el papel de la demora temporal. En el contexto natural, los individuos con frecuencia eligen entre consumir drogas en el presente frente a abstenerse y experimentar las

consecuencias positivas en el futuro. Los estudios de laboratorio demuestran cómo la demora temporal disminuye la potencia del reforzador alternativo para competir con las consecuencias reforzantes inmediatas del uso de drogas.

Además de los estudios de laboratorio, un ámbito fundamental de investigación sobre los principios del reforzamiento ha sido el desarrollo de tratamientos en contextos clínicos. Las investigaciones sobre los resultados de los programas de manejo de contingencias muestran cómo los principios del reforzamiento pueden incrementar significativamente las tasas de abstinencia a las drogas. En el apartado de tratamientos psicológicos se retomarán los programas de manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

3.2.3. El Modelo de la Economía Conductual y el consumo de drogas

Como acabamos de ver, las investigaciones sobre los principios del reforzamiento en adictos a sustancias, especialmente a la cocaína, realizados desde principios de los años noventa hasta la actualidad, han sido tanto estudios de laboratorio, como estudios en contextos clínicos y naturales. Una línea de investigación importante se centró en la aplicación de los principios de la Economía Conductual al análisis de las conductas del uso de drogas. La Teoría de la Elección Conductual (Vuchinich y Tucker, 1988) surge de la aplicación de las leyes empíricas (conductuales) de la elección de reforzadores al problema de las drogas y aporta un análisis muy pertinente de las conductas de consumo de drogas dentro del contexto social (de los factores socio-culturales). Los principios derivados de la Economía Conductual han sido empleados en todos los campos relacionados con el abuso de sustancias, desde los estudios de laboratorio, hasta la elaboración de políticas gubernamentales (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993).

Una de las propuestas (leyes) más importantes en las que se basan estos autores es la denominada la Ley de la Igualación (Herrnstein, 1961), acerca de la relación entre la conducta y el reforzador. Según esta ley, la razón de las conductas emitidas es igual a la razón de los reforzamientos recibidos por esa actividad. Esta relación se ha encontrado en muchas situaciones y se ha considerado una ley de la conducta. La ley de la igualación indica que las elecciones conductuales están en función de las tasas relativas de reforzamiento.

Vuchinich y Tucker, partiendo de las teorías de la elección, llevan a cabo un análisis muy sugerente para explicar las condiciones bajo las que emerge el consumo del alcohol, cuando, de hecho, se dispone de otras actividades reforzantes en el entorno. Se trata, por tanto, de determinar por qué un individuo elige consumir una droga.

Para explicar las preferencias por un reforzador, la Teoría de la Elección Conductual hace hincapié en la necesidad de tener en cuenta los límites conductuales asociados a su acceso y la disponibilidad ambiental de otros reforzadores. Se sostiene que, aún cuando el consumo de alcohol es una actividad altamente reforzante, si se define en términos conductuales o neurofisiológicos, este hecho, por sí mismo, no es suficiente para explicar tal comportamiento, en tanto que otras actividades reforzantes también están disponibles para los sujetos. Este análisis enfatiza dos clases de variables como determinantes de la elección preferente del consumo de alcohol: a) la restricción sobre el acceso al alcohol y b) la disponibilidad o el acceso restringido a otros reforzadores. Así, las investigaciones realizadas tanto con animales como con humanos señalan que la preferencia por el alcohol y el consumo de otras drogas: (1) es inversamente proporcional a la restricción sobre su consumo y (2) es inversamente proporcional a la disponibilidad de otros reforzadores alternativos y directamente proporcional a la restricción del acceso a éstos. Por tanto, la teoría señala que si se limita el acceso a un reforzador, la preferencia por su consumo puede verse reducida y la conducta ser reorientada hacia otros reforzadores disponibles en dicha situación. De este postulado se derivan dos implicaciones acerca de los procedimientos para reducir el consumo de alcohol: (1) el incremento de las limitaciones para el acceso a éste y (2) el incremento de la disponibilidad de otros reforzadores alternativos.

Otros tres conceptos importantes de la Economía Conductual son los de: *Demanda, Precio y Coste de Oportunidad*. La Demanda se refiere aquí a la búsqueda y consumo de cocaína. El concepto de Precio se referiría a la cantidad de recursos gastados directamente por el consumo (no necesariamente su valor económico, sino también los esfuerzos que se requieren para obtenerlas), así como a las propias consecuencias negativas del consumo. El Coste de Oportunidad se referiría a los reforzadores alternativos perdidos debido al uso de sustancias. La Demanda (búsqueda y consumo de sustancias) variaría en función del Precio y del Coste de Oportunidad, por lo que la manipulación de estas dos variables podría ayudarnos a desarrollar estrategias

para reducir el consumo de drogas. Varios estudios con animales y humanos han demostrado como, efectivamente, la administración de drogas (Demanda) variaba en función del Precio (Nader y Woolverton, 1992) y del Coste de Oportunidad (Higgins, Bickel y Hughes, 1994).

(a) Limitaciones al Acceso de las Drogas Reforzadoras

El principio de que el consumo de un reforzador decrece cuando se incrementan las limitaciones a su acceso tiene que ver con lo que en Economía se denomina *ley de la demanda*. Como ya hemos comentado, los factores que afectan a la accesibilidad (Precio) de las drogas, no sólo incluyen su valor económico, sino también los esfuerzos que se requieren para obtenerlas, el efecto de la droga o las consecuencias de su uso. Los estudios experimentales llevados a cabo por Bickel y su equipo se refieren, sobre todo, al número de respuestas requeridas para obtener la droga cuando la cantidad de droga disponible se mantiene constante. Los resultados de estas investigaciones, llevadas a cabo con diferentes sustancias (tabaco, cocaína o pentobarbital), tanto en animales como en humanos, demuestran que el incremento de las respuestas necesarias para adquirir una droga, produce un descenso de su consumo. Esto es, las conductas de consumo de drogas decrecen proporcionalmente al aumento del precio (en este caso, el número de respuestas) necesario para obtenerla.

La magnitud del incremento del precio de la droga tiene efectos diferentes, dependiendo de la línea base en la que se sitúa la curva de la demanda. Es decir, el mismo incremento del precio puede tener diferentes efectos, dependiendo de la demanda de la droga. Por ejemplo, las sustancias como el alcohol y el tabaco son fácilmente disponibles, por lo que la curva de consumo está cerca del máximo nivel. En contraste, el coste (no sólo económico) de las drogas ilegales es muy alto. Por tanto, el consumo de las drogas ilegales será más sensible a los cambios del precio.

(b) Limitaciones al Acceso de Reforzadores Alternativos

El segundo principio de la Economía Conductual explica cómo el consumo de una droga se ve afectado por las limitaciones al acceso de otros reforzadores disponibles (Coste de Oportunidad). Es importante el hecho de que el tipo del reforzador alternativo disponible afecta de diferentes formas a su relación con el reforzador droga. Esta interacción se sitúa en un continuum que va desde reforzadores *sustitutos* (reforzadores

que compiten con el consumo de drogas y que hacen decrecer dicho consumo) hasta *complementarios* (que incrementan el consumo de la droga). Entre los dos extremos se sitúan los reforzadores *independientes*; es decir, el precio de un reforzador A no afecta de ninguna manera al consumo de otro B.

3.2.4. Implicaciones para la intervención

Las intervenciones basadas en el Manejo de Contingencias (MC) pueden entenderse como intervenciones que de forma directa y sistemática manipulan los principios de la Economía Conductual (Secades Villa, García Rodríguez, Fernández Hermida et al., 2007). Este tipo de programas establecen ciertas condiciones bajo las cuales, el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias. Cuando un paciente usa drogas durante el tratamiento, además del Precio asociado a su consumo, éste perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentemente (Higgins, 1996). Los programas de Manejo de Contingencias han empleado una amplia variedad de reforzadores tales como privilegios clínicos, acceso a empleo o alojamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad (Petry, 2000), contingentes a la abstinencia a sustancias durante el tratamiento.

Además de los programas de MC, otros tratamientos muy populares también utilizan estrategias dirigidas a manipular el coste de oportunidad del uso de drogas (Higgins, 1996). El programa Community Reinforcement Approach (CRA) fue desarrollado inicialmente para el tratamiento del alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973). El objetivo fundamental de este programa es mejorar la calidad de vida del paciente en diferentes áreas, tales como relaciones familiares, actividad vocacional, actividades de ocio y relaciones sociales, para que esta mejora pueda competir de forma eficaz con los efectos reforzantes derivados del consumo de drogas y del estilo de vida asociado. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el Coste de Oportunidad, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que el paciente pierde cuando consume drogas.

Las intervenciones breves, como la reconocida Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991) se han mostrado muy eficaces sobre todo para reducir el consumo de alcohol y los daños asociados a la bebida en bebedores excesivos (con niveles de

dependencia bajos o moderados) (Saunders, Wilkinson y Phillips, 1995; Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski, 2001), y también para reducir el consumo de otras drogas (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Handmaker, Miller y Manicke, 1999) o incrementar la retención a los tratamientos (Secades Villa, Fernandez Hermida y Arnaez Montaraz, 2004). La Entrevista Motivacional es una técnica particularmente útil con personas que son resistentes al cambio. Tiene como objetivo romper esa negación y ambivalencia, y activar al consumidor hacia el cambio. Las estrategias de la Entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas. De acuerdo con los autores, las estrategias cognitivo-conductuales clásicas, basadas en el Entrenamiento en Habilidades, asumen que el sujeto está ya en el estadio de “acción” (y, por tanto, motivado para el cambio), por lo que el énfasis se pone en entrenar a las personas en cómo cambiar; mientras que la Entrevista Motivacional se propone construir el compromiso (el por qué) del cambio. Así, este procedimiento se fundamenta en cinco principios generales: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar la discusión, salvar la resistencia al cambio e incrementar la autoeficacia. En particular, el desarrollo de la discrepancia implica que el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar discrepancias entre la conducta actual y las aspiraciones y los objetivos personales. Este ejercicio implica explorar las consecuencias potenciales de la conducta actual de consumo de drogas, es decir, hacer conscientes a los pacientes del coste de oportunidad de la conducta de consumo de drogas.

El programa de Alcohólicos Anónimos (AA) también se fundamenta, en gran parte, en los principios del reforzamiento (Secades Villa y Pérez Álvarez, 1998). Existen al menos tres prácticas comunes en AA y otros programas similares de 12 pasos que pueden ser reconceptualizados desde la Economía Conductual. El compañerismo y camaradería característicos de estos grupos de autoayuda podrían entenderse como esfuerzos para mejorar la vida social de los miembros del grupo. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el coste de oportunidad del consumo, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que el paciente pierde cuando consume drogas al igual que lo hace la CRA. También el hecho de que los miembros del grupo no pueden participar en el mismo si están bajo la influencia de alguna sustancia aumenta el coste de oportunidad tras un consumo, privando al miembro del grupo del compañerismo y ayuda que tendría si estuviese sobrio. Las medallas y otros métodos de reconocimiento para premiar la abstinencia continuada

estarían en relación con el incremento del precio si el paciente vuelve a consumir, ya que el reconocimiento entre sus compañeros no se vuelve a hacer efectivo hasta que el paciente demuestra un mantenimiento de la abstinencia prolongado.

En ocasiones se ha criticado el uso de Manejo de Contingencias frente a otro tipo de intervención como las que hemos descrito, porque dependerían más de una motivación extrínseca que de la propia motivación intrínseca del paciente para el cambio. Desde nuestro punto de vista, esta distinción no es real, ya que en los tratamientos anteriormente citados, es el terapeuta el que guía al paciente hasta ponerlo en contacto con las consecuencias negativas de su consumo, por lo que la motivación no se desarrolla hasta que interviene el terapeuta (Secades Villa, García Rodríguez, Fernández Hermida et al., 2007).

Una distinción más adecuada sería la de conceptualizar los tratamientos en un continuo de contingencias artificiales / naturales (Higgins, 1996). Los tratamientos que utilizan técnicas de Manejo de Contingencias estarían más cerca del polo artificial mientras que otro tipo de intervenciones como el programa CRA o la entrevista Motivacional estarían más cerca del polo natural. Se debe tener en cuenta que las contingencias naturales son las que, al final, deben mantener cualquier cambio terapéutico. Así, los tratamientos que se sitúen más cerca del polo natural deberían tener más ventajas que los situados en el polo contrario, al menos en lo que se refiere a la abstinencia a largo plazo. Por otra parte, una desventaja de los tratamientos más cercanos al polo natural es que las contingencias naturales no pueden ser manipuladas de forma tan precisa como las artificiales. Ya que la conducta operante es altamente sensible a la precisión de las contingencias que la manejan, éste podría ser un gran problema para los tratamientos cercanos al polo natural.

Todas estas observaciones sugieren que quizás la mejor aproximación sería una combinación de contingencias naturales y artificiales durante las primeras etapas del tratamiento, para después tratar de mantener los cambios terapéuticos bajo contingencias naturales, una vez que se ha conseguido un primer periodo de abstinencia.

El programa CRA más Terapia de Incentivo integraría ambas estrategias. Las contingencias naturales se trabajarían con los módulos terapéuticos que forman la CRA: habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en relaciones sociales, abuso de otras sustancias y manejo de otros trastornos asociados. Por su parte, la Terapia de Incentivo se situaría en el polo de contingencias artificiales, al tratarse de un programa de Manejo de Contingencias en el que los pacientes ganan diferentes bienes y servicios a cambio de mantenerse abstinentes de cocaína.

Antes de explicar más detalladamente este programa terapéutico, nos detendremos en los tratamientos farmacológicos y en otros tratamientos psicológicos disponibles para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

4. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

4.1. Tratamientos farmacológicos

Según los últimos datos del Observatorio Europeo, todavía no existen pruebas suficientes para abogar por el tratamiento farmacológico de la adicción a la cocaína u otros psicoestimulantes (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006). A diferencia de la adicción a la heroína, que se puede tratar con agonistas como la metadona o antagonistas como la naltrexona, no existe actualmente ningún tratamiento médico para la adicción a la cocaína. La razón parece residir en el mecanismo de acción a través del cual la cocaína influye en los neurotransmisores dopamina y serotonina del cerebro. Mientras que la heroína se une a los receptores de opiáceos del cerebro, como los receptores μ , y por lo tanto imita la acción de las endorfinas del cerebro, la cocaína, una vez ha producido su efecto, impide la reabsorción de la dopamina (y también de la serotonina) de la sinapsis neuronal. Este proceso provoca un aumento de la concentración de los neurotransmisores y, por lo tanto, prolonga e intensifica su efecto. Esto no significa necesariamente que no sea posible elaborar un tratamiento médico para la adicción a la cocaína, aunque sí puede resultar más difícil y puede implicar conceptos diferentes a los que se emplean para desarrollar tratamientos para la dependencia de heroína.

Una vía de investigación novedosa es el uso de la inmunoterapia, es decir, la creación de una vacuna que impida que la droga llegue al cerebro y, por lo tanto, neutralice de forma efectiva la acción de la cocaína. Una vacuna desarrollada en el

Reino Unido, conocida como conjugado de droga-proteína TA-CD, se analizó con un número reducido de adictos a la cocaína (18 personas) durante un período de 14 semanas. Los resultados revelaron que el 75% de los pacientes que finalizaron el estudio dejaron de consumir esta sustancia durante un período de tres meses. Por otra parte, después de seis meses, tanto los consumidores que recayeron como los que no volvieron a consumir cocaína afirmaron que las sensaciones de euforia no eran tan fuertes como antes de la vacunación (Martell, Mitchell, Poling, Gonsai y Kosten, 2005).

No obstante, estos resultados no parecen mejorar los que se derivan de los tratamientos psicológicos, y deben ser confirmados en una segunda fase de ensayos clínicos con un mayor número de sujetos. El beneficio potencial de la vacuna TA-CD para el tratamiento de la adicción a la cocaína ha provocado dilemas éticos sobre el uso de la vacuna, como quién recibiría la vacuna, quién tomaría la decisión y según qué criterios (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2006).

Además de esta nueva línea de investigación en inmunoterapia, en los últimos años se han hecho numerosos ensayos clínicos con diferentes psicofármacos. No obstante, no se debe olvidar que casi todos los ensayos clínicos actuales con fármacos utilizan alguna forma de psicoterapia, por lo que cuando nos referimos a la eficacia de los psicofármacos nos estamos refiriendo a la eficacia de éstos en combinación con un tratamiento psicológico. A ningún fármaco de los empleados hasta la fecha puede atribuirse el protagonismo principal de la acción terapéutica contra la adicción a la cocaína. Tratar de evitar el consumo de cocaína en un paciente adicto con una simple prescripción farmacológica y el posterior control de la misma, sería exponer al fracaso a la mayor parte de los pacientes (Caballero Martínez, 2005). Por otra parte, los ensayos clínicos con psicofármacos de los últimos 20 años para la adicción a la cocaína se han enfrentado a los siguientes problemas metodológicos (Sayre et al., 2004; Vocci y Elkashef, 2005):

- La heterogeneidad de las muestras clínicas de los pacientes y los probables sesgos de reclutamiento en las mismas.

- La dificultad de que los fármacos disminuyan a la vez el *craving*, el *priming* y la magnitud total del consumo (que suelen ser medidas primarias de resultado terapéutico en cocainomanía).

- La insuficiente delimitación psicopatológica de la apetencia o *craving*, cuya definición científica es cuestionable en muchos estudios.

- La duración insuficiente del seguimiento de los ensayos clínicos (habitualmente duran sólo semanas) en un trastorno como la cocaínomanía que tiene un curso caracterizado por las altas tasas de recaídas.

- La habitual exclusión de los pacientes más graves en los ensayos clínicos controlados.

- La tasa de abandonos y la pérdida de información en muchos ensayos clínicos que cuestiona seriamente las conclusiones de los mismos.

A continuación se exponen las alternativas que pueden tener una mayor utilidad clínica (Pérez de los Cobos Peris, Gonzalvo Cirac, Tejero Pociello y Gurrea Escajedo, 2006).

a) Disulfiram

Si el consumo de cocaína está fuertemente asociado con el consumo de alcohol, la administración de *disulfiram* puede reducir muy significativamente o incluso abolir el consumo de cocaína. De esta manera, la exploración del consumo de alcohol se convierte en un aspecto clave para el tratamiento de la dependencia de cocaína. El problema es que la aceptación del tratamiento con *disulfiram* en estos pacientes no es fácil, aunque los más motivados para el tratamiento ven en esta opción una ayuda eficaz. Si el paciente no consume alcohol, el *disulfiram* también puede ser útil, ya que este fármaco tiene efectos dopaminérgicos al reducir la actividad enzimática de la dopamino-beta-hidroxilasa. En un ensayo clínico reciente se han comparado cuatro intervenciones terapéuticas definidas por la administración de *disulfiram* o placebo y por la aplicación de psicoterapia interpersonal o cognitivo-conductual (Carroll et al., 2004). Según este ensayo, el *disulfiram*, en combinación con psicoterapia, es más eficaz que el placebo para reducir el consumo de cocaína. Además, el efecto terapéutico del *disulfiram* fue más pronunciado en los participantes sin dependencia de alcohol al iniciar el estudio o que se mantuvieron completamente abstinentes de esta sustancia durante la realización del mismo. Tales resultados sugieren, por tanto, que el *disulfiram* actúa sobre la dependencia de cocaína sin que medie un efecto disuasor sobre el consumo de alcohol.

b) Agonistas y antagonistas dopaminérgicos

Se han utilizado principalmente para tratar de atenuar los síntomas de abstinencia, ya que se ha hipotetizado sobre la posible relación entre la hipofunción o disfunción dopaminérgica y el *craving* y otros síntomas de abstinencia. Se han probado los agonistas *amantadina*, *bromocriptina*, *bupropion*, *metilfenidato*, *mazindol*, y los antagonistas *haloperidol*, *fluopentixol*, *risperidona* y *ecopipam* sin resultados notables en ninguno de los casos. Una revisión de la evidencia científica de la Cochrane en 17 estudios y 1.224 pacientes no apoya el uso de ninguna de estas sustancias en la cocaínomanía (Soares, Lima, Reisser y Farrell, 2003).

c) Tricíclicos

La *desipramina* fue uno de los primeros fármacos utilizados en el tratamiento de la abstinencia de cocaína. Los resultados disponibles, sin embargo, son muy diversos. La indicación de tricíclicos puede considerarse en todo caso si el consumo no es muy cuantioso y hay síntomas depresivos evidentes. En conjunto, los antidepresivos no se consideran eficaces ni útiles en el tratamiento de la cocaínomanía en una revisión de la Cochrane de 18 estudios clínicos controlados y 1.117 pacientes (Lima, Reisser, Soares y Farrell, 2003).

d) Eutimizantes

El *topiramato* en dosis de hasta 200mg/d ha mostrado ser superior a placebo para tratar la dependencia de cocaína en un estudio preliminar, doble ciego y aleatorizado (Kampman et al., 2004). Otros eutimizantes que podrían ser útiles para tratar la dependencia de cocaína son: *tiagabina*, *ácido valproico* y *baclofen*.

e) Otros

El mantenimiento con *buprenorfina* para tratar la dependencia de opioides podría contribuir a reducir el consumo de cocaína en los pacientes que también tienen dependencia de esta sustancia (Montoya et al., 2004). El *propranolol* también podría ser útil para tratar la dependencia de cocaína en pacientes que presentan sintomatología de abstinencia elevada al iniciar el tratamiento. El *modafinil*, un fármaco utilizado para tratar la narcolepsia, también podría ser útil. Este fármaco se asoció con una reducción en el consumo de cocaína en un estudio doble ciego (Dackis, Kampman, Lynch,

Pettinati y O'Brien, 2005). Por último, las persistentes alteraciones de la perfusión que produce la cocaína podrían ser corregidas con *amiloride* o *isradipina*.

Como se ha visto en este apartado, no existen en la actualidad intervenciones farmacológicas que hayan probado suficientemente su eficacia y que, por lo tanto, puedan considerarse como tratamientos de primera elección. Existe un amplio acuerdo en que, los programas terapéuticos basados en técnicas cognitivo-conductuales combinados con estrategias de Manejo de Contingencias son, hoy por hoy, las intervenciones de primera elección (van den Brink y van Ree, 2003), una vez analizadas las alternativas farmacológicas disponibles. En el siguiente apartado, se abordarán los tratamientos psicológicos con mayor evidencia empírica, la terapia Cognitivo-Conductual y las técnicas basadas en el Manejo de Contingencias.

4.2. Tratamientos Psicológicos

A pesar del auge que en los últimos años han tenido los tratamientos farmacológicos, se hace necesario reclamar justamente el protagonismo de los tratamientos psicológicos de la drogadicción (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). Este hecho queda de manifiesto si nos atenemos a los informes y a las guías de tratamiento promovidas en los últimos años por entidades tan importantes como las Asociaciones de Psicología y Psiquiatría Americanas (APA) o el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de este mismo país. Así por ejemplo, entre los denominados “principios sobre el tratamiento efectivo”, el NIDA destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (National Institute on Drug Abuse, 1999). Es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos con determinados pacientes, las terapias psicosociales son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral, con lo que se está reconociendo el papel central de dichos tratamientos en la intervención terapéutica. En este apartado, se describen los tratamientos que han sido suficientemente refrendados por la evidencia empírica y que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

4.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en Habilidades (Prevención de Recaídas)

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento de la drogodependencia. Estos tratamientos se basan en las teorías del aprendizaje social y en los principios del condicionamiento operante. El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales, como las que se producen en la interacción con los iguales, en el trabajo, en la vida marital o en el ejercicio de la función paterna. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para consumir drogas. El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de consumir.

Las técnicas cognitivo-conductuales enfatizan el uso del entrenamiento en habilidades, ya que éstas pueden ser utilizadas más allá de las situaciones de riesgo para el consumo de drogas. De esta forma, las habilidades desarrolladas podrán utilizarse en diferentes problemas asociados a la propia adicción, lo que, según diversos autores, hace que los efectos a largo plazo de la terapia sean más duraderos (Carroll et al., 2000; Carroll, Rounsaville, Nich et al., 1994).

En general, los tratamientos cognitivos-conductuales para la adicción a sustancias tienen dos componentes esenciales:

- El uso del análisis funcional. El paciente deberá entender su consumo de drogas dentro de un modelo de antecedentes y consecuentes.
- El entrenamiento en habilidades. El paciente aprende a reconocer situaciones o estados en los que es más vulnerable ante el consumo de drogas, aprende a evitar las situaciones de riesgo siempre que sea posible y a afrontar dichas situaciones cuando no pueden ser evitadas.

Dentro de esta estrategia general, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985) es el que ha tenido mayor desarrollo y, en la actualidad, se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales, que cuenta hoy en día con una gran evidencia empírica.

La PR contiene tres elementos fundamentales: (1) Estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (*lapses*), asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas, (2) procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el EVA (efecto de violación de la abstinencia) y (3) estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas.

No obstante, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, se debe reconocer que en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática, sino que, más bien, se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas. Además, en muchos casos es difícil apreciar las diferencias entre los componentes de un programa de entrenamiento en habilidades de los de un programa de PR (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003).

El tratamiento cognitivo-conductual es una de las terapias más frecuentemente evaluadas en la adicción a las drogas y, en la actualidad, cuenta con un amplio soporte empírico. Hasta la fecha, se han publicado más de dos docenas de ensayos clínicos bien controlados. Varias revisiones y meta-análisis han demostrado que las técnicas cognitivo-conductuales tienen un fuerte apoyo empírico en el tratamiento de diferentes problemas adictivos. En concreto, han demostrado ser eficaces para el tratamiento de dependientes del alcohol (Miller y Wilbourne, 2002), de benzodiazepinas (Otto et al.,

1993; Spiegel, Bruce, Gregg y Nuzzarello, 1994), de metanfetaminas (Rawson et al., 2004), de marihuana (MTP Research Group, 2004) y para policonsumidores (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999).

Muchos de estos estudios se han llevado a cabo con adictos a la cocaína en contextos ambulatorios, también con buenos resultados (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Carroll, Rounsaville, Gordon et al., 1994; Maude-Griffin et al., 1998; McKay et al., 1997; Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997; Rohsenow, Monti, Martin, Michalec y Abrams, 2000).

El modelo de intervención más utilizado para la adicción a la cocaína, dentro de este marco conceptual, ha recibido el nombre de Terapia Cognitivo-Conductual de Entrenamiento en habilidades (CBT) (Carroll, 1998). Este programa de tratamiento se basa en el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985), y es, junto con el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo, que explicaremos más adelante, uno de los dos programas avalados por el NIDA para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

Los parámetros de la CBT están perfectamente delimitados. Las sesiones se llevan a cabo en formato individual en un contexto externo y la duración se sitúa entre las 12-16 sesiones a lo largo de, aproximadamente, doce semanas. El programa también contempla la aplicación de sesiones “recuerdo” durante los seis meses siguientes a la finalización de la primera fase de tratamiento.

Este tratamiento incide en la importancia de los procesos de aprendizaje en el desarrollo y mantenimiento del consumo de cocaína. Por lo tanto, estos mismos procesos son los que se manipulan para ayudar a los pacientes a reducir su consumo de cocaína. La CBT se basa en reconocer las situaciones de riesgo en las que es más probable que el paciente consuma, evitar estas situaciones cuando es posible y afrontar de forma más eficaz los problemas asociados al abuso de sustancias.

Los principales puntos fuertes de la CBT, según sus autores, son los siguientes (Carroll, 1998):

- Se trata de una intervención relativamente breve que se puede ajustar a la mayoría de los recursos asistenciales de drogodependientes.
- La CBT ha sido probada en numerosos ensayos clínicos, por lo que tiene un sólido soporte empírico que avala su eficacia con personas adictas a la cocaína.
- Es una terapia estructurada, orientada al cambio y con objetivos concretos dirigidos a reducir y controlar el consumo de cocaína.
- La CBT es flexible, por lo que puede individualizarse en función de las características del paciente así como las características del contexto de intervención (programa residencial o ambulatorio, terapia individual o grupal, etc.)
- La CBT es compatible con otro tipo de tratamientos que los pacientes pueden estar recibiendo, como por ejemplo, terapia de pareja, grupos de autoayuda, asesoramiento vocacional o tratamiento farmacológico.

Los dos componentes fundamentales de la CBT son el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades. El análisis funcional se utiliza durante todo el tratamiento, siempre que hay un consumo. Esta técnica se utiliza inicialmente para ayudar al terapeuta y al paciente a identificar las situaciones de riesgo y las razones por las que el paciente consume. Posteriormente, el análisis funcional se utilizará para detectar las situaciones en las que el paciente aún tiene problemas de afrontamiento. El entrenamiento en habilidades tiene como objetivo ayudar a los pacientes a desarrollar nuevos hábitos más saludables y ayudarles a afrontar las situaciones de riesgo detectadas con el análisis funcional.

Otros ingredientes activos característicos de la CBT, que se desarrollan a lo largo de la terapia, son los siguientes: entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, entrenamiento en solución de problemas, manejo de pensamientos relacionados con el consumo de drogas, afrontamiento de emergencias, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo, y empleo de sesiones extras para el entrenamiento y puesta en práctica de las habilidades aprendidas.

Además, la CBT define otros tipos de estrategias que no deberían formar parte del tratamiento, por tratarse de prácticas que no encajarían en una aproximación cognitivo-conductual. Son las siguientes: usar el estilo de confrontación frente al estilo colaborativo, exigir a los pacientes que asistan a grupos de autoayuda, utilizar el modelo de 12 pasos, mantener el discurso derivado del modelo de enfermedad, excesiva atención o discusión sobre problemas “subyacentes” al uso de drogas, intervenciones asociadas con la teoría de la Gestalt, terapia racional-emotiva u otras técnicas de tratamiento.

La CBT comparte con otros procedimientos que describiremos más adelante, los dos componentes fundamentales, el análisis funcional de la conducta de abuso de drogas y el entrenamiento en habilidades. Sin embargo, la diferencia más importante entre la CBT y los programas de Manejo de Contingencias, es que no incluye la provisión directa de contingencias por medio de incentivos (*vouchers*) asociados a la abstinencia, ni el empleo de recursos comunitarios (de tipo laboral o social).

Los estudios más destacados sobre esta técnica son los trabajos llevados a cabo en la *Substance Abuse Treatment Unit* de la Universidad de Yale. En el primer ensayo clínico (Carroll et al., 1991), se comparó un grupo de CBT con un grupo de Psicoterapia Interpersonal (PI). Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron la CBT tenían más probabilidades de mantenerse abstinentes y de finalizar el tratamiento que los del grupo de PI. No obstante, sólo con los sujetos con mayor severidad de la adicción, se encontraron diferencias significativas a favor de la CBT.

En un segundo trabajo (Carroll, Rounsaville, Nich et al., 1994), se comparó la CBT con una intervención basada en la Psicoterapia de Apoyo (PA). Ambos tratamientos tenían una duración de 12 semanas. Los resultados mostraron que ambas intervenciones tenían efectos positivos sobre el consumo de cocaína durante el tratamiento y durante el año posterior al mismo. No obstante, el grupo de CBT obtenía mejores resultados a largo plazo que el grupo de PA debido, según los autores, a la generalización de las estrategias aprendidas durante el tratamiento a otros aspectos del estilo de vida del paciente.

En un tercer ensayo, se compararon varias intervenciones psicoterapéuticas (CBT con y sin disulfiram, doce pasos con y sin disulfiram y PA) a lo largo de 12 semanas. Los grupos que recibieron CBT y la intervención de doce pasos obtuvieron reducciones significativas en el consumo de cocaína en comparación con el grupo de PA (Carroll, Nich, Ball, McCance y Rounsavile, 1998). Por otra parte, el uso de disulfiram mejoraba la retención en ambos tratamientos.

En uno de los últimos estudios de este grupo de investigación, se volvió a comparar la CBT y la Terapia Interpersonal (Carroll et al., 2004). Además de la intervención psicológica, se les daba disulfiram o placebo según un diseño 2x2. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo CBT reducían significativamente más el consumo de cocaína, que los del grupo de TP. Al igual que en el estudio del 98, los pacientes que recibieron disulfiram en ambos tipos de tratamiento, obtuvieron mejores resultados en consumo de cocaína que los que recibieron el placebo.

En esta misma línea, Wells, Peterson, Gainey, Hawkins y Catalano (1994) realizaron un estudio en el que se comparaba la eficacia de un programa de prevención de recaídas (PR) con un programa de intervención, basado en el modelo de doce pasos, con pacientes cocainómanos. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron PR redujeron significativamente el consumo de cocaína en comparación con la línea base, pero no en comparación con el grupo que recibió un programa que seguía el modelo de los doce pasos.

En otro estudio se comparó la CBT con un programa de “doce pasos” en pacientes que consumían cocaína base (*crack*). La intervención tuvo una duración de tres meses con un seguimiento de otros tres meses tras el tratamiento. En este caso, los sujetos del grupo CBT obtuvieron reducciones más significativas en el consumo de cocaína que el grupo de comparación (Maude-Griffin et al., 1998).

Magura, Rosenblum, Fong, Villano y Richman (2002) compararon un grupo de CBT con un grupo de mantenimiento con metadona en pacientes adictos a opiáceos y cocaína. A los doce meses de seguimiento, los pacientes que habían recibido CBT obtenían mejores resultados en ciertas conductas relacionadas con el uso de drogas, pero el consumo de cocaína era similar al grupo de tratamiento estándar. Otros autores

compararon la CBT con el Manejo de Contingencias y el mantenimiento con metadona. El seguimiento al año mostró que los sujetos que habían recibido CBT se habían implicado en más actividades positivas (alternativas al consumo) que los sujetos de los otros dos grupos. Además, la implicación en este tipo de actividades estaba significativamente relacionada con la abstinencia a la cocaína (Farabee, Rawson y McCann, 2002).

En el estudio de Rawson et al. (2002) con personas que abusaban de la cocaína en un programa de mantenimiento con metadona, los pacientes fueron asignados a cuatro condiciones experimentales: Manejo de Contingencias (MC), CBT, MC más CBT y un grupo control sólo con mantenimiento con metadona. Los resultados mostraron que, durante el periodo de intervención, los pacientes asignados a los dos grupos que recibían MC obtenían mayores tasas de abstinencia que los otros grupos. No obstante, en las evaluaciones de seguimiento a las 10 y 36 semanas del fin del tratamiento, los pacientes que habían recibido CBT obtenían resultados similares a los grupos en los que se había aplicado MC durante la intervención, por lo que la eficacia a largo plazo de este tratamiento igualaba al de los grupos de MC. Estos resultados positivos de la CBT, más a largo que a corto plazo, se han encontrado también en otros estudios (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht y Preston, 2003; Rawson et al., 2006; Rowan-Szal, Bartholomew, Chatham y Simpson, 2005).

Posteriormente, el mismo grupo de investigación replicó el estudio del 2002, con el mismo tipo de pacientes, pero con y sin diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial (Messina, Farabee y Rawson, 2003). En este caso, los resultados apuntaban a que los pacientes diagnosticados con este trastorno obtenían mayores tasas de retención y abstinencia en la condición de MC que en los otros dos grupos.

En uno de los últimos trabajos publicados sobre la CBT, se estudió la relación entre la realización de las tareas para casa, que forman parte de esta terapia, y los resultados en el tratamiento (Gonzalez, Schmitz y DeLaune, 2006). El cumplimiento de las tareas para casa estaba relacionado con un menor uso de cocaína, pero sólo con aquellos pacientes que puntuaban alto en “preparación para el cambio”. Por otra parte, la realización de estas tareas, al principio del tratamiento, se relacionó con mayores tasas de retención.

Finalmente, se menciona un trabajo en el que no se aplicaba explícitamente la CBT, pero sí sus componentes principales: análisis funcional de las situaciones de riesgo (CST) y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Este tratamiento se comparaba con un grupo control que recibía técnicas de meditación-relajación. Los sujetos del grupo CST redujeron significativamente el consumo de cocaína a los tres meses, en comparación con los sujetos control (Monti et al., 1997). Además, los resultados se mantenían a los doce meses de seguimiento (Rohsenow et al., 2000).

A la espera de nuevos trabajos que delimiten de manera más precisa la eficacia de este tratamiento para la adicción a la cocaína, se puede considerar la terapia cognitivo- conductual (CBT) como un tratamiento eficaz con un buen nivel de evidencia empírica.

4.2.2. Manejo de Contingencias

El Manejo de Contingencias (MC) implica la aplicación sistemática de reforzamientos o castigos contingentes ante la ocurrencia de la conducta objetivo o ante la ausencia de la misma, respectivamente. Este tipo de intervención se basa por tanto en tres principios generales: (1) seleccionar y monitorizar frecuentemente la conducta objetivo, (2) proporcionar reforzadores tangibles cuando se realiza la conducta objetivo y (3) eliminar los reforzadores cuando la conducta objetivo no ocurre.

En general, los procedimientos basados en el MC seleccionan como conducta objetivo la abstinencia a la sustancia problema. La monitorización del consumo se realiza habitualmente a través de pruebas bioquímicas. De esta forma, cuando la analítica es negativa (ausencia de droga), el paciente recibe un reforzador pactado previamente. Por el contrario, si la analítica es positiva, el paciente no recibiría dicho reforzador y en ocasiones, podría tener alguna consecuencia negativa asociada. Los principales inconvenientes de este método se derivan de los propios problemas asociados a las analíticas. Por ejemplo, algunos fármacos prescritos legalmente pueden interferir en la detección de algunas drogas como los opiáceos o los sedantes. Por otra parte, los pacientes con un uso crónico de marihuana necesitan hasta cuatro semanas de abstinencia continuada antes de que la analítica sea negativa; por el contrario, el consumo de alcohol y de tabaco sólo pueden ser detectados en un periodo de tiempo

breve tras el consumo, por lo que resulta muy complicado detectar el uso de estas sustancias si han transcurrido algunas horas desde la ingesta.

Además de reforzar la abstinencia, los programas de MC han sido empleados para reforzar otros objetivos terapéuticos en los que no es necesario monitorizar el consumo de drogas (Bickel, Amass, Higgins, Badger y Esch, 1997; Petry, 2000). Se trata de conductas que compiten con el uso de drogas y por lo tanto ayudan a alcanzar la abstinencia. Estas conductas variarán en función de las necesidades de cada paciente y de su plan de tratamiento.

Otras conductas objetivo en los programas de MC han sido la asistencia a las sesiones de terapia (Carey y Carey, 1990) o la adherencia a la medicación (disulfiram, naltrexona, terapia antiretroviral, etc) (Elk et al., 1993; Grabowski et al., 1979; Liebson, Bigelow y Flamer, 1973).

En cuanto al tipo de reforzadores que han sido usados en los programas de MC, la intervención que ha recibido mayor atención en las investigaciones es aquella en la que los pacientes ganan *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la conducta objetivo (normalmente la ausencia de consumo de drogas). Este método fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios (Higgins et al., 1991). A lo largo de la década de los noventa se publicaron varias decenas de artículos en donde se empleaban los *vouchers* como estrategia de reforzamiento y la gran mayoría de estos estudios (en torno al 85%) informaron de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins, Heil y Plebani, 2004). Un número importante de estas investigaciones fueron llevadas a cabo por el equipo del Profesor S. Higgins en la Universidad de Vermont, con adictos a la cocaína, mientras que varios estudios llevados a cabo por Silverman y colaboradores replicaron y extendieron estos procedimientos a adictos a la heroína en programas de tratamiento con metadona, y que también consumían cocaína (Silverman, 2004).

En una revisión reciente sobre los programas de MC basados en *vouchers* (Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins, 2006), se utilizó la técnica del meta-análisis para valorar el tamaño del efecto de 30 estudios publicados entre 1991 y 2004, en los que se comparaban intervenciones de MC basadas en *vouchers* con otro tipo de

intervenciones. Los resultados mostraron un tamaño del efecto promedio en estos estudios del 0.32 (efecto medio). Además, se encontró una relación directa entre el tamaño del efecto y dos variables: la inmediatez en la entrega del reforzador (contigüidad temporal) y el valor monetario de los incentivos.

Una ventaja de los *vouchers* es que permite a los pacientes elegir en función de sus preferencias. Además, ya que nunca se les proporciona dinero en efectivo, la probabilidad de que usen el reforzador para comprar drogas es muy reducida. No obstante, este método ha sido criticado por los costes que supone. Además de los propios reforzadores, es necesario contar con una persona que se encargue de adquirir y manejar el sistema de incentivos, y esto tiene un coste asociado de tiempo y dinero cada vez que un paciente quiere obtener un incentivo. Quizás este es el motivo por el que la gran mayoría de los programas que utilizan *vouchers* han sido llevados a cabo en contextos experimentales, financiados por subvenciones y proyectos de investigación. La eficacia de los incentivos, por tanto, no ha sido suficientemente probada en contextos comunitarios (Petry y Simcic, 2002).

Otro sistema alternativo al uso de *vouchers*, que fue diseñado para reducir costes en estos programas, es el Manejo de Contingencias basado en premios (*prize-based CM*) (Petry, Martin, Cooney y Kranzler, 2000). En este sistema alternativo, a cambio de muestras negativas, los pacientes ganan la oportunidad de conseguir un premio extrayendo un papel de una urna. Los premios varían en cuanto a su valor económico, desde 1\$ (ticket de autobús, aperitivos, etc.) o un simple ánimo de “buen trabajo”, hasta premios por el valor de 100\$ (televisiones, equipos de música, etc.). Este sistema ha sido utilizado con pacientes adictos a estimulantes (Petry, Alessi, Marx, Austin y Tardif, 2005; Petry et al., 2004), alcohólicos (Petry et al., 2000) o policonsumidores en tratamiento sustitutivo con metadona (Petry y Martin, 2002). Mientras que en los programas basados en *vouchers*, el gasto medio en incentivos por paciente durante 3 meses ronda los 600\$, en este tipo de intervención basada en premios, el gasto promedio es de 200\$. A pesar de que, como se ha comentado anteriormente, la magnitud del reforzador parece ser una variable directamente relacionada con los resultados en el tratamiento, el trabajo de Petry, Alessi et al. (2005) no encontró diferencias estadísticamente significativas en tasas de retención y abstinencia, entre los resultados de la aplicación de MC basado en *vouchers* y el MC basado en premios.

Parece, por lo tanto, otra forma viable para reducir los costes de aplicación de los programas de MC.

Además de los *vouchers*, otro tipo de reforzadores que han sido usados desde los programas de MC han sido: dinero en efectivo (Elk et al., 1993; Shaner et al., 1997), privilegios clínicos como dosis extra de metadona para llevarse a casa (Chutuape, Silverman y Stitzer, 1999b; Stitzer, Iguchi y Felch, 1992), acceso a empleo o alojamiento tras un periodo inicial de abstinencia (Silverman, Chutuape, Bigelow y Stitzer, 1996) o reembolso y descuentos sobre las tarifas estipuladas de la terapia (Amass, Ennis, Mikulich y Kamien, 1998).

Una versión particular del empleo de manejo de contingencias con politoxicómanos en programas de metadona es el programa denominado *Therapeutic Workplace*. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y a otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras “conductas profesionales”). El equipo de Kenneth Silverman del *Johns Hopkins University School of Medicine* de Baltimore llevó a cabo un primer estudio en donde aplicó esta estrategia a un grupo de mujeres desempleadas (madres recientes y mujeres embarazadas) en un programa de metadona. A los seis meses, las tasas de abstinencia en ambas sustancias del grupo experimental doblaba a las alcanzadas por el grupo control (Silverman, Svikis, Robles, Stitzer y Bigelow, 2001). Estos buenos resultados se mantuvieron también a los tres años de seguimiento (Silverman et al., 2002). Los autores concluyen que el *Therapeutic Workplace* puede ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la adicción a la cocaína y heroína con este tipo de pacientes. Sin embargo, algunos autores ponen en duda la aplicabilidad en contextos reales de este procedimiento (debido a la complejidad del programa de reforzamiento) y la eficacia real del mismo (ya que es difícil discernir en qué medida el descenso del consumo de drogas se debe al programa de contingencias o al mero hecho de que los sujetos se impliquen en una actividad que puede competir con dicha conducta) (Marlatt, 2001; McLellan, 2001; Petry, 2001). Es decir, el reforzamiento directo de la abstinencia se apoya con el reforzamiento de conductas que pueden competir con el uso de drogas y, por tanto, facilitar el no consumo.

Los procedimientos basados en el MC han demostrado tener una mayor tasa de retención en el tratamiento que otro tipo de programas. En el estudio de Petry et al. (2000) con alcohólicos, un 22% de pacientes completó 8 semanas de tratamiento basado en entrenamiento en habilidades y 12 pasos, frente a un 84% de pacientes que recibía el mismo tipo de tratamiento más una intervención basada en el MC. En múltiples estudios con adictos a cocaína, las tasas de retención de los pacientes que recibían tratamientos basados en el MC también eran significativamente mayores que las del grupo control que no recibía ningún tipo de intervención de MC (García Rodríguez et al., 2007; Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 1993; Higgins et al., 2003; Secades Villa, García Rodríguez, Álvarez Rodríguez et al., 2007; Secades Villa, Garcia Rodriguez, Higgins, Fernandez Hermida y Carballo, en prensa). Este procedimiento se ha empleado también con éxito en pacientes adictos a otros tipo de estimulantes (Petry, Peirce et al., 2005; Rawson et al., 2006; Shoptaw et al., 2006) y en pacientes que abusaban de la cocaína mientras estaban a tratamiento con sustitutivos por dependencia a opiáceos (Bickel et al., 1997; Katz, Robles-Sotelo et al., 2002; Poling et al., 2006).

De igual forma, los procedimientos basados en el MC también han demostrado su eficacia en la reducción de consumo de drogas. En varios estudios bien controlados con dependientes a opiáceos, en los que los pacientes ganaban dinero, incentivos o privilegios clínicos a cambio de mantenerse abstinentes de drogas ilegales, las tasas de consumo de drogas fueron significativamente menores que en los grupos control o en las fases de línea base (Bickel et al., 1997; Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson, 2000; Katz, Chutuape, Jones y Stitzer, 2002; Katz, Robles-Sotelo et al., 2002; Kirby, Marlowe, Festinger, Lamb y Platt, 1998; Peirce et al., 2006; Rawson et al., 2006; Robles, Stitzer, Strain, Bigelow y Silverman, 2002; Silverman, Higgins et al., 1996; Stitzer, Bigelow y Liebson, 1980; Stitzer et al., 1992). El grupo de Higgins ha llevado a cabo múltiples estudios con adictos a cocaína en los que, de forma sistemática, los pacientes que recibían incentivos contingentes a la abstinencia a la cocaína, además de una intervención terapéutica basada en el entrenamiento en habilidades, alcanzaban mayores tasas de abstinencia, que aquellos pacientes que sólo recibían la intervención (Higgins, Badger y Budney, 2000; Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 2003).

Además de los estudios de Higgins, se han llevado a cabo muchos otros trabajos que apoyan la eficacia del MC para el tratamiento de la adicción a la cocaína. En el

estudio de Kirby et al. (1998), se comparó un grupo de consejo conductual con un grupo de consejo más vales contingentes a la abstinencia. Los resultados mostraron que la utilización de incentivos era un componente importante del programa conductual y que el valor de los mismos incidía de manera significativa en la conductas de consumo de cocaína de los sujetos. En un trabajo similar, Rawson, McCann, Huber y Shoptaw (1999) encontraron resultados igualmente favorables. En otro estudio, los pacientes (adictos a la heroína y/o a la cocaína) recibían incentivos por la abstinencia y por la asistencia a la clínica. Los resultados a los tres meses mostraron que los sujetos que habían recibido incentivos reducían significativamente el consumo de ambas sustancias (Katz, Gruber, Chutuape y Stitzer, 2001). En los escasos trabajos realizados fuera de Estados Unidos, con el mismo modelo de intervención que el grupo de Higgins, los resultados sobre el consumo de cocaína durante el tratamiento, también fueron significativamente inferiores a los registrados en un grupo control de tratamiento estándar (Secades Villa, García Rodríguez, Álvarez Rodríguez et al., 2007; Secades Villa et al., en prensa).

Muchos de los ensayos clínicos sobre la eficacia del manejo de contingencias han sido llevados a cabo en el marco de programas de mantenimiento con metadona, con pacientes que abusaban de la cocaína mientras estaban a tratamiento por dependencia a opiáceos. La conducta que se pretende eliminar es el consumo de cocaína y también, en muchos casos, el uso de otras drogas (como heroína o benzodiazepinas). En todos estos estudios, el MC incrementó significativamente la abstinencia de la cocaína. Por ejemplo, en el estudio de Petry y Martin (2002) se comparó un grupo de sujetos que recibía el tratamiento estándar con el tratamiento estándar más manejo de contingencias. A los seis meses de seguimiento, los pacientes del segundo grupo obtuvieron reducciones significativas en el consumo de cocaína y heroína en comparación al tratamiento tradicional. Además del estudio citado, se han encontrado resultados similares en otras investigaciones con adictos a cocaína en programas de mantenimiento con metadona (Chutuape, Silverman y Stitzer, 1999a; Jones, Haug, Silverman, Stitzer y Svikis, 2001; Katz, Robles-Sotelo et al., 2002; Robles et al., 2000; Robles et al., 2002; Silverman, Higgins et al., 1996; Silverman et al., 1998; Stitzer et al., 1992).

En otro excelente trabajo, se compararon cuatro condiciones de tratamiento: manejo de contingencias, terapia cognitivo-conductual (CBT), manejo de contingencias más CBT y mantenimiento con metadona. A los trece meses de seguimiento, los sujetos de los tres grupos conductuales habían obtenido reducciones significativas en el consumo de cocaína. La combinación del manejo de contingencias y CBT no añadía un efecto aditivo a la aplicación de estos procedimientos por separado (Rawson et al., 2002).

La aplicación de técnicas de MC también ha demostrado ser eficaz para la reducción de consumo de marihuana (Budney, Higgins, Delaney, Kent y Bickel, 1991; Budney, Moore, Rocha y Higgins, 2006), alcohol (Griffiths, Bigelow y Liebson, 1978; Miller, Hersen, Eisler y Watts, 1974; Petry et al., 2000), nicotina (Roll, Higgins y Badger, 1996; Stitzer y Bigelow, 1982; Wiseman, Williams y McMillan, 2005) y benzodiazepinas (Stitzer, Bigelow, Liebson y Hawthorne, 1982).

Por último, esta terapia se ha adaptado a poblaciones especiales, mostrando también excelentes resultados. En concreto, con pacientes esquizofrénicos adictos a la cocaína (Shaner et al., 1997) y con mujeres embarazadas (Kirby, Amass y McLellan, 1999).

Un asunto de interés es conocer hasta qué punto la magnitud del reforzamiento es crítica a la hora de determinar la abstinencia. En un trabajo con pacientes difíciles, seleccionados por su resistencia al abandono de la cocaína, los resultados a las trece semanas mostraron que el incremento de la magnitud de los vales incrementaba significativamente la duración de los periodos de abstinencia de los pacientes (Silverman, Chutuape, Bigelow y Stitzer, 1999). En otro estudio con el mismo tipo de pacientes, se incluyó la novedad de que los reforzadores (vales canjeables por bienes y servicios) eran aplicables a la abstinencia de cocaína y heroína simultáneamente. Los resultados mostraron que el procedimiento era eficaz para la reducción del consumo de ambas sustancias (Dallery, Silverman, Chutuape, Bigelow y Stitzer, 2001). En uno de los últimos trabajos del grupo de Higgins, se analizó el efecto de la magnitud del reforzador sobre la abstinencia de cocaína durante y después del tratamiento. Los datos mostraron que los pacientes asignados al grupo de mayor magnitud alcanzaban mayores

tasas de abstinencia que los pacientes del grupo con menor magnitud, pero el efecto se disipaba con el tiempo a los dos años de seguimiento (Higgins et al., 2007).

Los programas de MC han sido muy criticados por las dificultades que conlleva la puesta en marcha de estas intervenciones en contextos comunitarios. Una estrategia para reducir costes asociados al uso de programas de MC es solicitar donaciones a instituciones públicas y privadas, en forma de bienes y servicios y usarlas como reforzadores (Higgins et al., 1991). No obstante, aunque esta estrategia ha sido mencionada en varios estudios como una opción viable, son muy pocos los que efectivamente han puesto en marcha un protocolo de búsqueda de recursos, y los que lo han hecho, no han dado detalles acerca de cómo se había llevado a cabo. Por ejemplo, en un estudio con mujeres embarazadas fumadoras, se concluyó que la participación de la comunidad había sido una buena estrategia para reducir la necesidad de ayudas económicas, pero no se describió el procedimiento de obtención de estas donaciones (Donatelle, Prows, Champeau y Hudson, 2000).

El estudio de Amass y Kamien (2004) es una excepción, ya que en él se describen los procedimientos seguidos para solicitar donaciones dirigidas a un programa de MC para mujeres embarazadas fumadoras. En una primera campaña llevada a cabo por estos autores en Toronto en 1995, el 19% de las empresas contactadas decidieron colaborar y el valor de las donaciones superó los 8.000 dólares. La campaña fue repetida cinco años después en Los Angeles, con una respuesta positiva del 25% de las empresas. Los donantes incluían: asociaciones de diversa índole, particulares, cines y teatros, y otras empresas. El valor total de las donaciones obtenidas durante un periodo total de 34 meses superó los 161.000 dólares para el Programa *Los Angeles Pregnant and Clean Program*.

No obstante, es necesario demostrar que este tipo de intervenciones pueden ser económicamente viables en otros contextos comunitarios fuera de Norte América. Además, también es necesario comprobar si los métodos utilizados en Estados Unidos y Canadá para solicitar donaciones son adaptables a realidades socioculturales diferentes. En nuestro caso, como se explicará más adelante, esta ha sido la estrategia utilizada para conseguir los reforzadores para los pacientes (García Rodríguez, Secades Villa, Higgins, Fernández Hermida y Carballo, en prensa).

A pesar de los inconvenientes que plantea el uso de técnicas de MC, empiezan a aparecer estudios en los que se describe la adopción de este modelo de intervención en instituciones públicas. Uno de los más interesantes es el estudio de Kellogg et al. (2005) en el que se describe la incorporación de los programas de MC como estrategia general y habitual para afrontar los problemas de abuso de drogas en los recursos asistenciales para drogodependientes de la ciudad de Nueva York. Los servicios de tratamiento para drogodependientes de esta ciudad atienden anualmente a casi medio millón de personas, a través de clínicas de mantenimiento con metadona, programas ambulatorios, servicios de desintoxicación, programas residenciales, centros de día, etc. En el estudio, se describe la experiencia de cuatro clínicas de metadona y un programa libre de drogas en los que se incorporaron técnicas de MC con diferentes tipos de reforzadores (desde reforzamiento social hasta cheques regalo para grandes almacenes) y con diferentes conductas objetivo (asistencia, abstinencia, cumplimiento de objetivos, etc.). Los resultados informan de una mayor retención en los programas, asistencia a las sesiones y abstinencia durante el tratamiento. Por otra parte, también se dan resultados de proceso, mayoritariamente cualitativos, en los que se describe un aumento de la motivación de los pacientes, un mejor cumplimiento de objetivos y la mejora significativa en el ambiente de trabajo de los terapeutas y del personal de las clínicas. Quizás lo más significativo de este trabajo sean los propios comentarios de los pacientes, clínicos y directivos de cada uno de los programas. A través de éstos, se aprecia cómo la adopción de este tipo de estrategias puede tener una buena acogida por parte de todos los implicados, además de ser totalmente factible.

Por último, en el estudio de Kirby, Benishek, Dugosh y Kerwin (2006), se valoraron las opiniones (positivas y negativas) de 383 responsables de servicios asistenciales para drogodependientes en Estados Unidos, sobre el modelo de intervención de MC. Los resultados del estudio indicaron que las opiniones positivas acerca de este tipo de intervenciones eran sorprendentemente mayoritarias. El 67% de los encuestados tenían opiniones positivas sobre este tipo de programas y el 54% estaba de acuerdo con añadir un componente de MC a su programa de intervención. Los principales inconvenientes que refirieron fueron el coste y el hecho de que el MC no estaba dirigido a los “problemas subyacentes” a la adicción. Por otra parte, se encontró una relación directa entre el nivel de formación y la experiencia previa en el campo de

las drogodependencias de los responsables, y las opiniones positivas sobre los programas de MC.

4.2.2.1. Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo

El programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) es un programa desarrollado por primera vez para el tratamiento del alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973) y más tarde adaptado para el abordaje de la adicción a la cocaína (Higgins et al., 1991). La CRA busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la adicción. Los componentes específicos de la CRA varían dependiendo de la población clínica y de las necesidades individuales de los pacientes, pero habitualmente se trabajan los siguientes componentes fundamentales: a) estrategias para reducir las barreras del tratamiento, b) asesoramiento vocacional para pacientes desempleados, c) identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y conductas alternativas saludables, d) terapia conductual de pareja, e) entrenamiento en habilidades para reducir el riesgo de recaídas (por ejemplo, habilidades de rechazo, habilidades sociales, manejo de los estados de ánimo) y f) terapia con disulfiram para individuos con problemas con el alcohol.

A pesar de que el programa CRA fue ideado originalmente para pacientes con dependencia del alcohol, esta estrategia ha sido utilizada con éxito en diferentes tipos de adictos como, por ejemplo, dependientes de opiáceos con mantenimiento de metadona (Abbott, Weller, Delaney y Moore, 1998), dependientes de opiáceos con tratamiento de naltrexona (Roozen, Kerkhof y van den Brink, 2003), dependientes de opiáceos y cocaína (Schottenfeld, Pantalon, Chawarski y Pakes, 2000), personas sin techo dependientes del alcohol (Smith, Meyers y Delaney, 1998) o intervenciones con familias de adictos a sustancias resistentes ante el tratamiento (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey y La Monaca, 1999; Meyers, Miller, Smith y Tonigan, 2002; Miller, Meyers y Tonigan, 1999).

Para el tratamiento de adictos a la cocaína, desde el primer estudio publicado en la década de los noventa hasta la actualidad, han aparecido en torno a veinte estudios bien controlados en los cuales se empleaba el programa CRA y, en varios de ellos, se combinaba con el manejo de contingencias mediante el empleo de *vouchers*.

El programa CRA más Terapia de Incentivo (*CRA plus Vouchers*) integra el Programa de Reforzamiento Comunitario, con un programa de manejo de contingencias, en donde los pacientes pueden ganar vales (*vouchers*) canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

Los procedimientos de reforzamiento de la abstinencia se fundamentan en un cuerpo extenso de datos e la investigación en laboratorio y clínica que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias (Bigelow y Silverman, 1999).

El objetivo fundamental de este programa es la abstinencia de la cocaína. Para ello, los sujetos han de hacer cambios en el estilo de vida en cuatro áreas fundamentales: relaciones familiares, actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. La estructura y los parámetros del programa están perfectamente descritos. La duración es de 24 semanas. Durante las primeras doce semanas, se llevan a cabo dos sesiones semanales individuales de sesenta minutos de duración. Durante las doce semanas restantes, las sesiones se reducen, como media, a una a la semana, dependiendo de las necesidades del paciente. Los análisis de orina se realizan tres veces por semana durante las semanas una a doce y dos a la semana en la segunda mitad del programa.

Los componentes de la terapia son varios y el orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varía dependiendo de las necesidades del paciente. Un ejemplo típico aparece en la Tabla 3.

Tabla 3. Componentes del Programa CRA más Terapia de Incentivo

Semanas	Componentes
1	Plan de tratamiento/Establecimiento de objetivos
2	Análisis funcional/Hábitos de sueño/Habilidades de rechazo
3	Análisis funcional/ Habilidades de rechazo
4	Asesoramiento en relaciones sociales/Análisis funcional
5	Asesoramiento vocacional/Prevención o consejo de VIH
6	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
7	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
8	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
9	Hábitos de sueño/Orientación profesional
10	Hábitos de sueño/Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio
11	Entrenamiento en relajación
12	Entrenamiento en relajación/Revisión de los progresos del tratamiento/Establecimiento de objetivos para las semanas 13-24
13-24	Se añaden nuevos componentes o se continúa la terapia en las áreas trabajadas durante las primeras semanas

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de Manejo de Contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. Los puntos son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos periodos de abstinencia continuada. Los puntos son canjeados por determinados incentivos (vales por bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y a mejorar el estilo de vida (actividades de tiempo libre, transporte, cursos de formación etc.).

Una descripción detallada de este programa se puede encontrar en el manual publicado por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) (Budney y Higgins, 1998).

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos cocainómanos adultos en programas externos. El grupo de

Higgins ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa. En los primeros trabajos de este grupo de investigación (Higgins et al., 1993; Higgins et al., 1991), el programa CRA más Terapia de Incentivo se comparó con una intervención basada en el modelo de enfermedad y recuperación de 12 pasos, a lo largo de tres y seis meses de tratamiento. En ambos estudios, el programa CRA más incentivos se mostró superior al programa de 12 pasos, en el porcentaje de pacientes que completaron tres y seis meses de tratamiento, y en el porcentaje de pacientes que se mantuvo abstinentes durante el tratamiento.

En un tercer ensayo (Higgins, Budney et al., 1994), se comprobó la eficacia diferencial del componente de incentivos dentro del programa. Para ello, los pacientes fueron asignados al azar a un grupo que recibía el tratamiento completo (CRA más incentivos) o el programa CRA sólo. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron el programa completo alcanzaron tasas significativamente superiores de retención y abstinencia continuada en el tratamiento, que los que recibieron el programa CRA solo. Igualmente, las puntuaciones en la escala de uso de drogas y estado psiquiátrico del *Addiction Severity Index* (ASI), mostraron una mejora significativamente mayor en los pacientes que recibieron el tratamiento completo que en los que recibieron el programa CRA solo. Este trabajo fue el primero de una serie de estudios de desmantelamiento en los que se pretendía valorar la eficacia diferencial de los componentes del programa CRA más Terapia de Incentivos, así como la influencia sobre los resultados, de la manipulación de diferentes parámetros del tratamiento, como veremos más adelante.

En un trabajo posterior, se describían los resultados tras un año de seguimiento de los ensayos clínicos del 93 y 94. En este trabajo (Higgins et al., 1995), se comparaban los resultados de los tres grupos (12 pasos, CRA solo y CRA más incentivos), en cuanto a cumplimiento de la evaluación de seguimiento, abstinencia de cocaína, puntuaciones en las áreas del ASI y retención en el tratamiento. En general, todos los pacientes mejoraron su situación respecto al inicio del tratamiento en las variables tenidas en cuenta. No obstante, en las variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, durante el tratamiento y durante el seguimiento, el programa CRA más incentivos obtuvo siempre mejores resultados que los otros dos grupos.

En esta misma línea, Higgins, Wong, Badger, Ogden y Dantona (2000) estudiaron la eficacia diferencial de los incentivos contingentes o no contingentes a la abstinencia de cocaína. Para ello, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: CRA más incentivos contingentes a la abstinencia y CRA más incentivos independientes de los resultados de los análisis de orina. Los resultados mostraron que la retención en el tratamiento y el uso de otras drogas en ambos grupos era similar. En cuanto al porcentaje que pacientes que mantuvieron la abstinencia durante un número determinado de semanas, los resultados, al año de seguimiento, mostraron diferencias significativas a favor del “grupo contingente”.

Más tarde, este equipo de investigación se ocupó de estudiar los predictores de la abstinencia a largo plazo en un trabajo en donde se incluía un grupo de pacientes tratado con CRA más incentivos contingente y un grupo control (Higgins, Badger et al., 2000). La probabilidad de una abstinencia continuada a los 12 meses era significativamente superior en el grupo experimental y, en ambos grupos, estaba relacionada con el periodo máximo de abstinencia mostrada durante el tratamiento. Los autores sugieren que la eficacia del programa a largo plazo reside, al menos en parte, en su capacidad para lograr periodos iniciales de abstinencia en la mayoría de los pacientes.

El estudio de Higgins et al. (2003) es el complementario al del 94, en el que se demostró la eficacia diferencial del componente de incentivos. En este caso, se pretendía estudiar qué peso tenía el componente CRA en el programa completo CRA más incentivos. Para ello, se comparó a un grupo de pacientes que recibían el programa CRA más incentivos, con otro grupo al que solo se aplicaba la terapia de incentivo. Los pacientes fueron evaluados cada seis meses, durante un periodo de dos años desde la entrada en el tratamiento en diferentes variables clínicas. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron el programa completo obtuvieron mejores resultados que los pacientes del grupo de incentivos, en cuanto a retención, uso de drogas y al funcionamiento psicosocial general. No obstante, las diferencias entre ambos grupos en el consumo de cocaína parecían limitarse al periodo en el que los pacientes estaban en tratamiento y no al periodo de seguimiento.

Uno de los últimos estudios de este equipo de investigación ha tenido como objetivo analizar el efecto del valor monetario de los incentivos, o lo que es lo mismo,

la magnitud del reforzador, sobre la abstinencia durante y después del tratamiento. Para ello, los pacientes fueron asignados, de forma aleatoria, a dos condiciones de tratamiento basadas en el programa CRA más incentivos. En una de ellas, los pacientes podían ganar, a cambio de mantenerse abstinentes durante el tratamiento, un máximo de 1.995\$ en incentivos. En la segunda condición, el máximo que los pacientes podían ganar era de 499\$. El programa de reforzamiento tuvo una duración de 12 semanas. Los datos mostraron que los pacientes asignados al grupo de mayor magnitud alcanzaban mayores tasas de abstinencia, medida en número de semanas de abstinencia continuada y porcentaje de pacientes de cada grupo que mantenían la abstinencia durante más de 4, 8 ó 12 semanas, que los pacientes del grupo con menor magnitud. Igualmente, en las evaluaciones de seguimiento, un mayor número de pacientes de la condición de mayor magnitud estaban abstinentes, frente al grupo de magnitud inferior. No obstante, el efecto de la magnitud del reforzador sobre la abstinencia a largo plazo parecía disiparse con el tiempo.

Por otra parte, en otros dos estudios realizados en nuestro país, se compararon las tasas de retención y abstinencia a los tres y seis meses de tratamiento de este programa (CRA más incentivos), frente a un programa de tratamiento estándar para adictos a la cocaína. Los resultados fueron significativamente mejores en el grupo CRA más incentivos que en el tratamiento estándar en ambas variables (Secades Villa, García Rodríguez, Álvarez Rodríguez et al., 2007; Secades Villa et al., en prensa). En otro estudio, se pretendía valorar la influencia de los incentivos y de otras variables individuales sobre la retención en un tratamiento para adictos a la cocaína, tras seis meses de intervención. En este caso se contaba con tres grupos de comparación: tratamiento estándar sin incentivos, CRA más incentivos I (magnitud alta) y CRA más incentivos II (magnitud baja). Los resultados mostraron que los dos grupos con incentivos alcanzaban mayores tasas de retención que el tratamiento estándar, y a su vez, el grupo de incentivos con magnitud mayor, obtenía mejores resultados que el de magnitud menor (García Rodríguez et al., 2007).

En definitiva, el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo se puede considerar como un tratamiento bien establecido (Higgins et al., 2004; Roozen et al., 2004; Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). En realidad, la terapia de incentivo basada en los *vouchers* representa solo una de las formas en la que

los métodos operantes pueden ser incorporados para la reducción del uso y la dependencia de la cocaína (Higgins, Wong et al., 2000).

De todos modos, y a pesar de la importante evidencia empírica con la que cuenta este programa, algunos autores (Petry, 2000; Petry y Simcic, 2002) han señalado varios aspectos relevantes sobre los cuales se requieren nuevas investigaciones y cuyo estudio redundaría en una mejora significativa de los resultados de este programa. En el proyecto de investigación del que forma parte el estudio que aquí se presenta se intentarán someter a prueba y responder a algunos de estos interrogantes.

En primer lugar, se debe llamar la atención sobre el hecho de que prácticamente todos los estudios publicados sobre el programa CRA para el tratamiento de la adicción a la cocaína se han llevado a cabo en contextos semi-experimentales. En este sentido, se resalta la necesidad de evaluar la eficacia de este procedimiento en ámbitos de intervención comunitaria, así como de comprobar su adaptación a este tipo de contextos.

Así mismo, existen bastantes cuestiones aún sin responder acerca de determinados parámetros del programa de incentivo. Los investigadores se plantean la conveniencia de reforzar sólo la abstinencia del consumo de drogas, o también otras conductas de los pacientes, por ejemplo, la adhesión a determinadas condiciones del tratamiento (asistencia a las sesiones, adhesión a la medicación, realización de conductas alternativas al consumo, etc.). En este sentido, algunos estudios señalan que la utilización de incentivos contingentes a la adhesión y a la abstinencia es más eficaz que el reforzamiento solo de la abstinencia (Iguchi, Belding, Morral, Lamb y Husband, 1997).

Otro aspecto que también requiere de más atención tiene que ver con la evaluación de la duración óptima del programa de manejo de incentivos y la duración del impacto de estos procedimientos. La mayoría de los estudios utilizan incentivos durante 8-12 semanas, por lo que han sido muy poco evaluados los efectos de programas de manejo de contingencias más extendidos en el tiempo.

Por último, la mayoría de los ensayos de los programas de incentivo han sido llevados a cabo dentro de formatos de terapia individual, pero, de hecho, muchos de los

programas de tratamiento estándar se llevan a cabo en formatos de grupo, por lo que se requieren también estudios futuros que evalúen la adaptación de estos procedimientos a contextos grupales.

Los textos de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhofel (1999) y de Higgins y Silverman (1999) ofrecen un excelente recorrido por diferentes variantes del manejo de contingencias en el tratamiento de este tipo de problemas.

PARTE EMPÍRICA

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En 1992, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) de Estados Unidos comenzó a subvencionar una gran cantidad de proyectos de investigación con el fin de desarrollar tratamientos conductuales eficaces para la adicción a las drogas. Estos proyectos podían tener diferentes objetivos, desde la elaboración y evaluación inicial de tratamientos conductuales, hasta su aplicación y adaptación a contextos comunitarios. Se establecieron tres fases: (1) la primera fase consistió en la puesta en marcha de estudios piloto para nuevos tratamientos, incluyendo la elaboración de manuales y protocolos de entrenamiento, así como la aplicación de resultados de investigación básica a investigación aplicada; (2) la segunda fase consistió, principalmente, en evaluar la eficacia de los tratamientos que ya estuvieran totalmente desarrollados. Aquí se incluyeron los estudios sobre la relación dosis-respuesta y de desmantelamiento; (3) en la última fase, el objetivo principal fue valorar la efectividad de los tratamientos, es decir, evaluar si un tratamiento que ha resultado eficaz en investigaciones controladas podría ser aplicado en contextos comunitarios, y analizar cómo se llevaría a cabo dicha adaptación. El desarrollo de programas de formación para terapeutas y los estudios sobre la eficacia diferencial de los tratamientos en formato grupal frente a individual encajarían en esta fase.

El planteamiento de nuestra investigación tiene que ver con el objetivo que el NIDA se proponía para esta tercera fase. En concreto, los objetivos que se pretenden son los siguientes.

5.1. Objetivos generales

Los objetivos generales de esta Tesis Doctoral son, en primer lugar, analizar la adaptabilidad del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo, que se ha mostrado eficaz en Estados Unidos, a un contexto social y cultural diferente, como el que se da en la realidad española.

En segundo lugar, se pretende evaluar la adaptabilidad del programa (que hasta este momento se ha llevado a cabo básicamente en contextos experimentales y en formato individual) a un contexto de intervención comunitaria y en formato grupal.

5.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de la investigación son los siguientes:

1. Evaluar la eficacia del programa de tratamiento, en lo que se refiere a retención y consumo de drogas durante los seis primeros meses del mismo, comparándolo con un grupo de tratamiento estándar.
2. Evaluar el efecto del tratamiento sobre otras variables asociadas al consumo de cocaína: situación médica, situación laboral, consumo de alcohol y otras drogas, conducta delictiva, situación familiar y salud mental.
3. Analizar el efecto diferencial de uno de los parámetros de aplicación de la CRA más Terapia de Incentivo, la magnitud del reforzador, sobre los resultados del tratamiento.
4. Establecer la eficiencia (relación coste/beneficio) del programa de tratamiento que se pretende investigar, en comparación con un programa de intervención tradicional.
5. Evaluar la relación entre determinadas variables individuales y el resultado del tratamiento. En particular las variables que se tendrán en cuenta serán las siguientes: características sociodemográficas, historia y patrón de consumo, gravedad del abuso de drogas y psicopatología asociada.

6. PARTICIPANTES

6.1. Selección y distribución de los participantes

La muestra del estudio fue extraída de forma aleatoria, del total de pacientes que acudieron a dos centros de Proyecto Hombre (Asturias y Madrid) por sus problemas de adicción a la cocaína.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Cumplir los criterios de dependencia de la cocaína exclusiva o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2002*).
- Ser mayor de 20 años.
- Residir a una distancia de la clínica que les permitiese acudir a la misma el número de sesiones pautadas (2 ó 3 veces por semana, en función de la fase de tratamiento).

El criterio de exclusión fue:

- Sufrir trastornos psicopatológicos graves, tales como psicosis o demencia.

En ambos centros de tratamiento (Asturias y Madrid), los pacientes seleccionados para el estudio fueron asignados de forma aleatoria al grupo control (Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, TAC) o al grupo experimental (Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo). Los pacientes asignados al grupo control en Asturias y en Madrid recibieron el mismo tratamiento (tratamiento estándar), que se describirá en el apartado de procedimiento. Los pacientes asignados al grupo experimental en Asturias y en Madrid recibieron el programa CRA más Terapia de Incentivo con una sola variante en el programa de incentivos. Cada punto ganado por los pacientes en Madrid (CRA más incentivos I) equivalía a 0,125€, mientras que en Asturias (CRA más incentivos II), cada punto ganado equivalía al doble del valor del grupo anterior, es decir, 0,25€. Por lo demás, el protocolo del programa de incentivos fue el mismo en ambos grupos.

La muestra total estuvo compuesta de 96 pacientes, 86 hombres y 10 mujeres con una edad media de 29 años (rango entre 19 y 43 años). El número de pacientes asignados a los tres grupos de tratamiento fue de 52 en el grupo control, 15 en el grupo CRA más incentivos I y 29 en el grupo CRA más incentivos II. Debido a la alta tasa de abandonos observada en el grupo control durante las primeras semanas de tratamiento, se asignaron más sujetos a este grupo de los que inicialmente le correspondían, con el fin de suplir la muerte experimental y la importante pérdida de datos. Para esto, se dobló la probabilidad de que los pacientes fuesen asignados al grupo control tras la tercera semana de reclutamiento en ambos centros. En Asturias, el programa experimental se llevó a cabo durante dos años consecutivos, con dos grupos de pacientes, por esto el grupo CRA más incentivos II cuenta con el doble de pacientes que el grupo CRA más incentivos I.

Todos los pacientes que participaron en el estudio firmaron un documento de consentimiento informado, por el que permitían la utilización de los datos que se recogerían a lo largo del tratamiento para fines de investigación.

6.2. Descripción de la muestra

En la Tabla 4 se presentan algunas características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Como se aprecia, la mayoría son hombres solteros, no tienen problemas médicos crónicos y nunca han estado en prisión. Respecto al patrón de empleo en el último mes, se han clasificado como pacientes activos aquellos que trabajaban a tiempo completo, parcial regular o parcial irregular, y como pacientes inactivos a estudiantes, desempleados, personas retiradas o jubiladas y en ambiente protegido.

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra

	Tratamiento estándar (N=52)	CRA más incentivos I (N=15)	CRA más incentivos II (N=29)	Muestra Total (N=96)
Edad				
<i>Media</i>	28,4	31,2	29,4	29,1
<i>Rango</i>	19-43	27-41	20-40	19-43
Género (%)				
<i>Hombres</i>	88,5	100	86,2	89,6
<i>Mujeres</i>	11,5	0	13,8	10,4
Estado Civil (%)				
<i>Solteros</i>	71,4	63,3	60	67,0
<i>Casados</i>	10,2	20,0	26,7	16,0
<i>Divorciados o separados</i>	18,4	16,7	13,3	17,0
Educación (años)				
<i>Media</i>	9,6	11,1	10,1	10,0
Patrón de empleo en el último mes				
<i>Activos</i>	54,3	86,7	50,0	58,2
<i>Inactivos</i>	45,7	13,3	50,0	41,8
Problemas médicos crónicos (%)				
<i>Sí</i>	15,2	23,1	30,0	21,3
<i>No</i>	84,8	76,9	70,0	78,7
Estancia en prisión (%)				
<i>Sí</i>	15,2	0	20,7	14,8
<i>No</i>	84,8	100	79,3	85,2

En la Tabla 5 se presentan los datos de la historia y patrón de consumo de drogas de los participantes en el estudio. Los datos sobre el consumo de alcohol, cannabis, anfetaminas, heroína y benzodiazepinas se refieren a un consumo continuado de más de tres días por semana o consumos importantes de al menos dos días por semana de consumo esporádico masivo, durante seis meses o más a lo largo de la vida. Como datos significativos, podemos observar que la gran mayoría consumen la cocaína por vía nasal (esnifada) y un porcentaje muy importante es consumidor de alcohol y de cannabis.

Tabla 5. Historia y patrón de consumo de la muestra

	Tratamiento estándar (N=52)	CRA más incentivos I (N=15)	CRA más incentivos II (N=29)	Muestra Total (N=96)
Años de consumo de cocaína				
<i>Media</i>	7,2	5,7	5,7	6,5
Vía de administración (%)				
<i>Nasal</i>	87,8	100	100	93,6
<i>Fumada</i>	12,2	0	0	6,4
Consumo de alcohol (%)	91,5	64,3	83,3	84,6
Consumo de cannabis (%)	70,2	57,1	50	61,5
Consumo de anfetaminas (%)	23,9	7,7	24,1	21,6
Consumo de heroína (%)	4,3	0	0	2,3
Consumo de benzodiazepinas (%)	2,2	0	3,4	2,3

En la Tabla 6 se presentan las puntuaciones medias de los participantes en los instrumentos de línea base. Como se observa, la puntuación media en el MAST y en el BDI confirman la presencia de problemas de alcohol y de depresión en una parte importante de la muestra. Las puntuaciones en el SCL-90 (Índice global de severidad e Índice positivo de malestar) indican presencia de sintomatología psicopatológica, sobre todo en las dimensiones de psicoticismo, depresión e ideación paranoide. Por último, las áreas del EuropASI que presentan mayor gravedad son, en este orden: empleo/soportos, situación familiar/social y consumo de alcohol.

Tabla 6. Puntuaciones medias de los participantes en la línea base

	Tratamiento estándar (N=52)	CRA más incentivos I (N=15)	CRA más incentivos II (N=29)	Muestra Total (N=96)
MAST	6,59	5,73	5,73	6,10
BDI	19,64	15,07	14,31	16,74
Criterios del DSM-IV-R	5,35	5,13	5,10	5,21
SOCRATES Reconocimiento	2,74	2,67	2,60	2,67
SOCRATES Ambivalencia	3,26	3,07	3,20	3,20
SOCRATES Primeros pasos	3,85	4,07	4,03	3,96
SCL_90 Somatizaciones	51,76	51,36	61,21	55,29
SCL_90 Obsesiones y compulsiones	76,91	80,64	73,00	76,11
SCL_90 Sensitividad interpersonal	68,33	63,93	66,45	66,80
SCL_90 Depresión	64,03	67,29	71,97	67,66
SCL_90 Ansiedad	60,00	59,64	64,21	61,54
SCL_90 Hostilidad	64,09	72,07	58,62	63,47
SCL_90 Ansiedad fóbica	46,09	59,43	61,79	54,54
SCL_90 Ideación paranoide	64,00	69,86	67,55	66,43
SCL_90 Psicoticismo	66,15	76,21	67,90	68,67
SCL_90 Ind. global severidad	69,39	72,64	69,45	70,01
SCL_90 Ind. positivo malestar	72,58	75,64	71,69	72,80
SCL_90 Síntomas positivos	58,45	56,29	69,83	62,39
EuropASI: Situación médica	,13	,15	,22	,16
EuropASI: Empleo / soportes	,49	,22	,46	,44
EuropASI: Consumo alcohol	,30	,29	,32	,30
EuropASI: Consumo drogas	,18	,23	,20	,19
EuropASI: Situación legal	,18	,05	,16	,15
EuropASI: Situación familiar / social	,42	,50	,35	,40
EuropASI: Estado psiquiátrico	,21	,20	,20	,20

7. MÉTODO

7.1. Instrumentos y variables

En este apartado se describen brevemente los instrumentos utilizados en este estudio, así como las variables independientes, dependientes y predictoras que se han tenido en cuenta.

7.1.1. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

- *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)* (Selzer, 1971).

El MAST es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar abuso de alcohol. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 25 ítems, diseñado para proporcionar una visión rápida del posible abuso de alcohol y de los problemas relacionados con éste. El MAST ha sido probado con éxito en diversos contextos y poblaciones. Cinco o más respuestas afirmativas estarían indicando problemas con el alcohol.

- *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* (Miller y Tonigan, 1996).

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 19 ítems para valorar la motivación para el cambio del paciente y el deseo de ir a tratamiento. Está compuesto por tres factores: reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos. La corrección del test nos indica en qué decil se encuentra el paciente, en cada uno de los tres factores. Además del decil, el cuestionario nos da información acerca de si la puntuación es muy alta (5), alta (4), media (3), baja (2) o muy baja (1). En este estudio se han tenido en cuenta estas puntuaciones con un rango de 1 a 5.

- *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

El Inventario de depresión de Beck es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems con cuatro alternativas, que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo

los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / gravedad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

- *Symptom Check List (SCL-90-R)* (Derogatis, Lipman y Covi, 1973).

El SCL 90-R es un cuestionario autoaplicado diseñado para explorar un amplio rango de problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas en un paciente, en un determinado momento, pudiendo ser muy útil para evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. Consta de 90 ítems que se responden en función de una escala de 5 puntos (0-4). Las nueve dimensiones primarias son: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP) ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC). Los tres índices globales de malestar psicológico son: Índice Global de Severidad (IGS), Índice Positivo de Malestar (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (TP). Se considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación centil igual o superior a 65.

- *Criterios de dependencia de la cocaína DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2002).

Instrumento heteroaplicado que diagnostica dependencia de la cocaína según los criterios del DSM-IV-R. Consta de 7 ítems que coinciden con los 7 criterios diagnósticos de dependencia, a los que el paciente debe contestar sí o no.

- *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995).

El EuropASI es la adaptación europea del Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980), uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para evaluar el consumo de drogas y los problemas asociados en

personas con problemas de adicciones. Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que consta de 6 áreas independientes entre sí: situación médica (16 ítems), situación laboral/soportes (26 ítems), consumo de alcohol/otras drogas (28 ítems), problemas legales (23 ítems), relaciones familiares/sociales (26 ítems) y estado psiquiátrico (22 ítems). Las áreas problema tienen todas la misma estructura, empezando por una serie de ítems objetivos que proporcionan un cuadro de la situación actual del paciente, y terminando con dos preguntas subjetivas sobre la importancia de los problemas referidos en la entrevista objetiva y del tratamiento para los mismos. Con estas dos puntuaciones se calcula, a su vez, una puntuación de gravedad con la que el terapeuta valora la necesidad de tratamiento en el área correspondiente. El rango de estas puntuaciones va de 0 a 9, con la siguiente correspondencia:

- 0-1 No existe problema real, el tratamiento no está indicado
- 2-3 Problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario
- 4-5 Problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento
- 6-7 Problema considerable, el tratamiento es necesario
- 8-9 Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario

No obstante, los propios autores del instrumento desaconsejan utilizar estas puntuaciones de gravedad, más allá de su utilidad en la práctica clínica ya que, a pesar de haber demostrado cierta validez y fiabilidad, dependen totalmente del juicio del entrevistador y no son una buena medida para estimar el cambio terapéutico. Para propósitos de investigación, existen otro tipo de puntuaciones denominadas Puntuaciones Compuestas (*Composite Scores*) que valorando determinados ítems de cada área, y a través de un algoritmo matemático, sitúan al paciente en un rango de 0 a 1 en cada una de las áreas. Al igual que la escala de severidad, cuanto mayor es la puntuación, mayor será la gravedad de los problemas en ese área. Estas puntuaciones han demostrado tener una alfa fiabilidad (McLellan et al., 1985) y son más apropiadas para realizar análisis estadísticos y comparativos que valoren los resultados del tratamiento (McLellan, Luborsky, O'Brien, Woody y Druley, 1982).

En este trabajo, se utilizaron las Puntuaciones Compuestas para valorar el estado de los pacientes en cada una de las áreas que mide el EuropASI. No obstante, fue necesario incluir tres preguntas para calcular estas puntuaciones que aparecen en la versión original del ASI, pero no en la versión española. Estas preguntas son las

siguientes: ¿dispones de coche?, ¿cuánto dinero has ganado por trabajo en el último mes? y ¿cuánto dinero has ganado de fuentes ilegales en el último mes?

- *Quickscreen Test*. Test de detección de cocaína en la orina de Eve Layper. Se trata de reactivos bioquímicos que detectan el consumo de cocaína de los pacientes a través de la orina de forma rápida (5-10 minutos). Los niveles de corte que detectan estos test son los recomendados por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), que forma parte del *Nacional Institute of Drug Abuse* (NIDA) de Estados Unidos.

- *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP.)* (French, 2002a, 2002b)

El DATCAP es un instrumento que valora los costes económicos derivados de la aplicación de programas de intervención y tratamiento de abuso de drogas. Se trata de una entrevista estructurada que puede adaptarse a una gran variedad de programas, tales como clínicas de salud mental, tratamientos ambulatorios o centros de día y programas residenciales. El instrumento está diseñado para recopilar y organizar los recursos utilizados por el programa y el coste asociado a estos. Las categorías que incluye son: personal, servicios contratados, instalaciones, equipamiento, material fungible y otros. El DATCAP ha sido utilizado en multitud de estudios para valorar los costes de diferentes tipos de programas (Roebuck, French y McLellan, 2003). La utilidad del mismo radica en ser un instrumento estandarizado muy completo, además de específico para intervenciones en drogodependencias, y que permite comparar los costes asociados entre diferentes tipos de programas.

Para valorar los costes asociados a ambos programas de tratamiento (estándar y CRA más incentivos) nos hemos basado en las categorías recomendadas por este instrumento.

7.1.2. Variables

7.1.2.1. Variable independiente

- Tipo de intervención:
 - o Tratamiento estándar: Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, TAC.

- CRA más Incentivos I: Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo, en donde el valor de cada punto ganado en el programa de incentivos se correspondía con 0,125€.
- CRA más Incentivos II: Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo, en donde el valor de cada punto ganado en el programa de incentivos se correspondía con 0,25€.

7.1.2.2. Variables dependientes

- Retención: Para valorar la retención en el tratamiento se utilizaron dos criterios:
 - Porcentaje de pacientes de cada grupo que completaron cada uno de los 6 meses de tratamiento. Los pacientes derivados a otro servicio terapéutico, aún dentro del mismo programa (Proyecto Hombre), no fueron considerados retenidos.
 - Número de semanas totales que los pacientes de cada grupo permanecieron en el tratamiento.
- Consumo de cocaína. Esta variable se midió también atendiendo a dos criterios diferentes:
 - Abstinencia continuada o sostenida: número máximo de meses que los pacientes se mantuvieron abstinentes durante los seis meses de tratamiento. Esta variable se midió mes a mes y también como promedio en cada uno de los grupos.
 - Promedio de analíticas positivas (detección de benzoilecgonina en la orina) para consumo de cocaína en cada uno de los grupos. Se tuvo en cuenta el porcentaje de positivos, en lugar del número absoluto de analíticas positivas, debido a que el número de analíticas realizadas no fue el mismo en todos los sujetos.
- Puntuaciones Compuestas del EuropASI: situación médica, situación laboral/soportes, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, problemas legales, relaciones familiares y sociales, y estado psiquiátrico.

- Puntuaciones en el BDI.
- Puntuaciones en el MAST.
- Puntuaciones en el SCL-90-R.

Las Puntuaciones Compuestas del EuropASI, así como las puntuaciones en el BDI, MAST y SCL-90-R se recogieron al inicio de la intervención y a los seis meses de tratamiento, con el fin de valorar la evolución de los pacientes en estas áreas.

- Coste promedio por cada paciente que finalizó el tratamiento en cada uno de los grupos, teniendo en cuenta las categorías del DATCAP.

7.1.2.3. Variables predictoras

- Sociodemográficas:
 - Edad.
 - Género.
 - Años estudiados.
 - Patrón de empleo.
 - Problema médico crónico.
 - Estancia en prisión.

- Historia y patrón de consumo:
 - Criterios de dependencia DSM-IV.
 - Años de consumo de cocaína.
 - Gramos a la semana.
 - Puntuación en el MAST.
 - Consumo de cannabis.

- Puntuaciones Compuestas del EuropASI

- Psicopatológicas:
 - Puntuaciones en las escalas del SCL-90-R.
 - Puntuación en el BDI.

7.2. Procedimiento

En la Tabla 7 se describen las fases del estudio y las tareas que se llevaron a cabo en cada una de ellas.

Tabla 7. Fases y tareas del estudio

FASES	TAREAS
Fase 1	Traducción del manual de tratamiento del grupo experimental y adaptación de los instrumentos y materiales necesarios
Fase 2	Búsqueda de recursos: contacto con empresas e instituciones potencialmente colaboradoras
Fase 3	Formación de los clínicos
Fase 4	Aplicación del programa, supervisión y seguimiento

- Fase 1: La primera tarea consistió en la traducción y adaptación del manual del programa CRA más Terapia de Incentivo, “*A community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction*” (Budney y Higgins, 1998). En este manual se describe de forma muy detallada y sistemática el protocolo de intervención que los terapeutas deben seguir. El manual cuenta asimismo con 36 instrumentos de evaluación e intervención que también fueron traducidos y adaptados. Por otra parte, se recopilaron, tradujeron o adaptaron los instrumentos de evaluación que se emplearon a lo largo de todas las fases del estudio.

- Fase 2: Se elaboró un protocolo de contacto con empresas e instituciones en el que se establecían los pasos a seguir para poner en marcha la búsqueda de recursos. El objetivo era conseguir bienes y servicios gratuitos que sirviesen como reforzadores (incentivos) en el programa experimental. Este trabajo se realizó durante unos 6 meses, en los que se contactó con empresas e instituciones públicas y privadas potencialmente colaboradoras en función de que pudiesen proporcionar bienes y servicios adecuados para los fines terapéuticos. En el apartado 7.2.1 se describe con detalle el protocolo seguido.

- Fase 3: De forma paralela a la tarea anterior, se llevó a cabo la formación de los profesionales que estarían encargados de la aplicación del programa experimental. La formación tuvo una duración total de 40 horas. Los cuatro terapeutas son psicólogos

con formación previa en terapia de conducta y con una amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias. La formación se realizó en la escuela que Proyecto Hombre tiene en Aravaca (Madrid).

- Fase 4: Una vez finalizada la formación y la fase de contacto con empresas e instituciones, se comenzó con la captación de pacientes en ambos centros y con la aplicación de los programas de tratamiento. La aplicación de los programas se llevó a cabo bajo continua supervisión. La supervisión en Asturias, llevada a cabo por el Director del Proyecto de investigación y por la autora de esta Tesis Doctoral, se realizó entre dos y tres veces por semana, coincidiendo con los días en los que los pacientes acudían a terapia. La supervisión del programa de tratamiento en Madrid siguió una metodología ligeramente diferente, debido a la distancia física. Las visitas a la clínica, por parte de la autora de esta Tesis, se realizaban aproximadamente cada 15 días. Por otra parte, al menos una vez por semana, se llevaba a cabo una supervisión telefónica con los terapeutas responsables de la aplicación del tratamiento en Madrid en la que se resolvía cualquier duda acerca de la aplicación del programa.

La supervisión se centraba en varios pilares: (a) comprobar que todos los datos necesarios para la investigación se estuviesen registrando de forma adecuada, (b) asegurarse de que los grupos control y experimental en cada centro se mantuviesen independientes, (c) solucionar cualquier duda que pudiese surgir respecto a la aplicación del programa CRA más Terapia de Incentivo, (d) comprobar que el protocolo experimental se estuviese aplicando de forma rigurosa y (e) realizar un seguimiento individualizado de la evolución de cada paciente.

Por otra parte, los instrumentos de evaluación antes mencionados se aplicaron durante la evaluación inicial de los pacientes y tras seis meses de tratamiento. Este trabajo fue llevado a cabo por los propios terapeutas en Madrid, y por la autora de esta Tesis en Asturias.

7.2.1. Búsqueda de recursos

En este apartado se describe la búsqueda de recursos que se llevó a cabo en Asturias (García Rodríguez et al., en prensa). A pesar de que en Madrid también se puso en marcha una campaña similar, utilizando el mismo protocolo, sólo se describe el

procedimiento y los resultados de Asturias, debido al mayor grado de control sobre el procedimiento, que propició la rigurosidad que requería la recogida de datos necesarios para realizar un análisis exhaustivo.

El procedimiento de búsqueda de recursos se aplicó sobre un total de 136 empresas y organismos públicos ubicados en esta región.

Para seleccionar el tipo de empresas / instituciones con las que se contactaría, y por lo tanto, el tipo de incentivos que utilizaríamos, se utilizó una escala tipo Likert de valoración de bienes y servicios potencialmente reforzantes para pacientes adictos a cocaína, creada *ad hoc* para este objetivo. Para elaborar esta escala, nos basamos en el estudio de las preferencias de pacientes adictos a sustancias tal como se describen en investigaciones previas (Amass, Bickel, Crean, Higgins y Badger, 1996; Petry et al., 2001; Rothfleisch, Elk, Rhoades y Schmitz, 1999), así como en la idea de seleccionar reforzadores funcionales en consonancia con los objetivos terapéuticos (Higgins, 1997; Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 1991; Kirby et al., 1998; Petry, 2000).

Para seleccionar las empresas e instituciones concretas con las que contactaríamos, utilizamos la guía de teléfonos y las páginas amarillas de la región, así como información extraída de Internet. Para el contacto con las empresas e instituciones finalmente seleccionadas fue necesario disponer de teléfono, fax, e-mail y material postal.

Se elaboró un protocolo de búsqueda de recursos, que puede verse en el Anexo I, con todos los pasos a seguir en el contacto con las empresas e instituciones y con los materiales necesarios para solicitar la colaboración con el proyecto. Para la elaboración de este protocolo, nos basamos en la investigación de Amass y Kamien (2004) y en varias guías elaboradas por diferentes organismos europeos que se dedican a recaudar fondos y donaciones para diversas campañas (*The Resource Alliance*, 2005a, 2005b).

El protocolo de búsqueda de recursos se aplicó durante 6 meses por una becaria predoctoral entrenada para tal fin, concretamente, la autora de esta Tesis Doctoral. Todos los datos de las empresas, fechas de contacto y resultados, quedaron señalados en diferentes hojas de registro creadas para el propio proceso de búsqueda y para

propósitos de la investigación. Los pasos del protocolo de búsqueda fueron los siguientes:

Selección de bienes y servicios. El primer paso fue determinar qué tipo de bienes y servicios solicitaríamos en nuestra búsqueda. El objetivo principal fue que sirviesen como reforzadores acordes con los objetivos terapéuticos. También quisimos asegurarnos de que los incentivos fuesen realmente reforzantes para los pacientes. Para ello, usamos las respuestas a la Escala de valoración de bienes y servicios potencialmente reforzantes antes mencionada. Este cuestionario fue aplicado a 63 pacientes adictos a cocaína en el mismo centro en el que se está llevando a cabo la aplicación del programa CRA más Incentivos. Los pacientes tuvieron que valorar el interés de diferentes bienes y servicios en una escala de 1 (muy poco interesante) a 5 (muy interesante). Con estos datos, se crearon 16 categorías: Organismos públicos de la región y ayuntamientos, centros de formación, empresas de transporte, grandes superficies o centros comerciales, periódicos locales, salas de cine o teatro, clubs deportivos, gimnasios o asociaciones deportivas, librerías, empresas de telefonía, franquicias de ropa, franquicias de comidas, centros de estética o balnearios, asociaciones de comerciantes, empresas de distribución de gasolina y videoclubs.

Selección de donantes potenciales. En función de las 16 categorías, se seleccionaron las organizaciones, asociaciones o empresas de la región que pudieran proporcionar estos servicios y recursos. Para ello, se utilizó el listín telefónico, las páginas amarillas, Internet y el conocimiento de los miembros del equipo de los recursos de la región. Se registró, de cada una de las empresas, todos los datos de contacto posibles, los bienes y servicios potenciales que se les podrían solicitar y cualquier otro dato de interés para la solicitud.

Contacto con empresas e instituciones. En primer lugar, se contactó telefónicamente con la persona responsable en cada una de las empresas/instituciones para proporcionar una breve explicación del proyecto. A cada empresa se le solicitaban los bienes o servicios concretos que habían sido seleccionados en la fase previa. No obstante, se les informaba de que cualquier otra idea sería bienvenida. Se prometió a las empresas que su colaboración sería publicitada en diferentes medios de comunicación. Finalmente se les pedía permiso para enviarles una petición formal, asegurándonos de

enviarla a la persona adecuada dentro de la organización y a la dirección correcta. La solicitud se enviaba por carta, fax o e-mail. En la carta se hacía referencia a la conversación telefónica mantenida, se describía de forma más exhaustiva el proyecto, qué tipo de ayuda creíamos que podrían proporcionarnos y un teléfono de contacto para cualquier duda que se le plantease al receptor de la carta.

Después de una o dos semanas, se volvía a llamar por teléfono para pedir una respuesta acerca de la colaboración. En numerosas ocasiones, fue necesario llamar varias veces para obtener la respuesta definitiva. Si la respuesta no era favorable, les agradecíamos su atención y tiempo prestado y les insistíamos en que si cambiaban de opinión podían contactar con nosotros en cualquier momento. Si la respuesta era favorable, se acordaba una cita en persona con los responsables. En la cita en persona, se les entregaba un dossier con más información acerca del proyecto y se resolvía cualquier duda acerca de su colaboración. Si la empresa estaba de acuerdo, se firmaba un convenio de colaboración en el que quedaban reflejados los bienes o servicios con los que se comprometía a colaborar y el uso que se iba a hacer con ellos. En la mayoría de los casos, las empresas nos proporcionaban bonos para que los pacientes pudiesen canjearlos por sus servicios. Si la empresa no contaba con vales canjeables, nosotros los hacíamos y las empresas los sellaban para evitar cualquier falsificación. Varias empresas se comprometieron a donar más incentivos cuando se agotasen, por lo que en los meses sucesivos, se siguió contactando con varias de ellas para reponer los incentivos más usados.

Envío de cartas de agradecimiento. A cambio de la colaboración con el proyecto, se prometió a las empresas hacer público este apoyo en diferentes medios. Para ello, se publicaron varios anuncios en los periódicos locales de mayor tirada en los que se agradecía a todas las empresas su colaboración y se enumeraban las mismas. A su vez, otro de los periódicos más leídos de la región publicó un reportaje sobre la colaboración de las empresas con el tratamiento para adictos a la cocaína, en el que, de nuevo, se agradecía la participación de todos. Todos estos reportajes y anuncios en la prensa fueron enviados a las empresas junto con una carta de agradecimiento y una breve explicación de la marcha del programa de tratamiento. Las empresas también se publicitaron en varias apariciones públicas del grupo de investigación, así como en la

página Web de éste. En el futuro, se prevé seguir enviando cartas de agradecimiento con el fin de no perder el contacto con estas empresas, y poder contar con ellas en el futuro.

7.2.2. Tratamientos

7.2.2.1. Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, TAC

Se trata de un programa ambulatorio, libre de drogas, de corte cognitivo conductual. La duración del programa es de 18 meses. El programa se estructura en 3 fases de diferente duración cada una de ellas. En el Anexo II se presentan los objetivos específicos y la metodología de cada una de las fases.

Los pacientes acuden dos veces por semana a sesiones grupales y, si es necesario, se acuerdan con el terapeuta sesiones individuales para resolver problemas puntuales. Los análisis de orina se realizan los mismos días que los pacientes acuden al grupo. Además de los componentes propios de las sesiones grupales, se cuenta con otros componentes como, grupos psicoeducativos sobre salud y drogas, talleres formativo-laborales y grupos de apoyo para las familias de los pacientes. El programa de tratamiento fue aplicado por psicólogos con amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias.

A continuación se describe, de forma esquemática este programa de tratamiento.

(1) Objetivos generales:

- Lograr que el usuario conozca el efecto adictivo de la cocaína así como ayudarlo a controlar su conducta impulsiva.
- Posibilitar procesos de cambio comportamental, emocional y cognitivo.
- Reequilibrio en el estilo de vida.

(2) Fases:

- Acogida, Evaluación y motivación al tratamiento.
- Reevaluación.
- Integración social.
- Alta terapéutica.

Fase de acogida, evaluación y motivación al tratamiento

Objetivos específicos:

- Inicio del proceso de evaluación. Empatía y colaboración.
- Contrato terapéutico.
- Clarificación de la demanda (perspectiva bio-psico-social).
- Periodo inicial de abstinencia.
- Manejo del posible síndrome de abstinencia.

Metodología:

- Terapia individual: entrevistas individuales, analíticas orales, intervenciones psicoterapéuticas específicas.
- Terapia grupal: grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos, grupos de aprendizaje de habilidades sociales (en los 12 meses siguientes).

Fase de reevaluación: cambio en el estilo de vida y prevención de recaídas

Objetivos específicos:

- Autoconocimiento y toma de conciencia de aspectos conflictivos.
- Objetivos terapéuticos de cambio personal.
- Mantenimiento de la abstinencia.
- Integración en grupos de apoyo.
- Ocio y tiempo libre.
- Autocontrol de emociones.

Terapia Grupal:

- Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon.
- Anamnesis personal.
- Convivencias de fin de semana.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Área de tiempo libre y ocio.
- Programaciones para el fin de semana.

Fase de integración social y mantenimiento

Objetivos específicos:

- Nuevas relaciones en la red social.
- Mantenimiento de objetivos.
- Reequilibrio estilo de vida.

- Evitar excesos de confianza.
- Tomar decisiones responsables y alcanzar nivel de autonomía.

Metodología:

- Reducción de la frecuencia de asistencia a los grupos.
- Trabajo sobre recaídas.

Alta terapéutica

- Se considerará alta terapéutica una vez finalizadas las tres fases y cumplidos los objetivos.
- Criterios de alta terapéutica en siete áreas: relacional, ocupacional, económica, de ocio y tiempo libre, de salud, legal y de consumo.

(3) Otros componentes del programa

- *Tratamiento Familiar*: Se pretende, durante todo el proceso, tejer una red social de familiares y amigos dispuestos a colaborar.

Metodología:

- Entrevistas individuales.
- Grupos de apoyo.
- Grupos individuales de terapia de familia.
- Escuelas de familias.
- *Tratamiento individual*

Objetivos específicos:

- Consecución y mantenimiento de la abstinencia.
- Hábitos de vida saludables.
- Adquisición de estrategias de afrontamiento.
- Reestructuración personal.
- Prevención de recaídas.
- *Área de salud*
 - Grupos psicoeducativos.
 - Seminarios informativos sobre cocaína.
- *Área formativo-laboral*
 - Realizar un CV.
 - Programa de inserción laboral.
 - Orientación personal.

7.2.2.2. Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo I

El programa CRA más Terapia de Incentivo es un programa ambulatorio con una duración de 12 meses, que tiene como objetivo fundamental la abstinencia de la cocaína. Los componentes de la terapia son seis: terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en las relaciones de pareja, consumo de otras drogas y tratamiento de otros trastornos.

La versión original aplica todos los módulos individualmente. En nuestro caso, la aplicación de la mayor parte de los módulos se hizo de forma grupal, debido a la necesidad de adaptar los protocolos del programa a la realidad de los centros de Proyecto Hombre. Los pacientes acudían a dos sesiones grupales semanales y si era necesario, se llevaban a cabo sesiones individuales para resolver problemas puntuales. El asesoramiento en relaciones de pareja, algunos componentes de cambios en el estilo de vida y el tratamiento de otros trastornos asociados se trabajaban siempre de forma individual. Los análisis de orina se realizaban tres veces por semana durante los primeros tres meses del programa, dos por semana en los siguientes tres meses y de forma aleatoria en los últimos seis meses.

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. A cambio de resultados negativos en los análisis de orina, los pacientes ganan puntos que son cambiados por determinados incentivos (bonos canjeables por bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y a mejorar el estilo de vida. En ningún caso se utiliza dinero como método de reforzamiento de la abstinencia. Todas las muestras negativas recogidas durante los tres primeros meses eran reforzadas con puntos canjeables por incentivos. Cada punto ganado equivalía a 0,125€. Durante los meses tres a seis, se introdujo un sistema aleatorio por el que sólo se reforzaban la mitad de las muestras negativas. La cantidad promedio obtenida mediante los incentivos en este grupo ascendió a 467€.

La estructura y los parámetros del programa están perfectamente descritos. Así mismo, el programa cuenta con protocolos e instrumentos terapéuticos específicos para cada una de las áreas de intervención. En el Anexo II se presenta una descripción más

detallada del programa CRA más Terapia de Incentivo y de todos sus componentes en su versión original (individual). El programa de tratamiento fue aplicado por psicólogos entrenados para tal fin, con amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias.

A continuación se describe, de forma esquemática este programa de tratamiento.

(1) Componentes de la terapia

Habilidades para el rechazo de consumo de drogas

- Análisis funcional.
- Plan de Automanejo (solución de problemas).
- Entrenamiento en habilidades de rechazo.

Cambios en el estilo de vida

- Manejo de tiempo.
- Actividades sociales y de ocio.
- Habilidades de solución de problemas.
- Asesoramiento Vocacional.
- Entrenamiento en HHSS.
- Educación VIH.

Asesoramiento en relaciones sociales

- Terapia de Pareja (aproximadamente 8 sesiones).

Abuso de otras sustancias

- Alcohol.
- Marihuana.

Otros trastornos psicopatológicos

- Depresión
 - Terapia de Lewinsohn.
 - Terapia farmacológica.
- Ansiedad
 - Relajación.
 - Insomnio.

Terapia de Incentivos

Cada punto ganado tiene un valor de 0,125 ó 0,25 euros.

Semanas 1-12: 3 analíticas por semana

Primer resultado negativo: 10 puntos.

Para las siguientes muestras negativas, el valor de éstas se incrementa en 5 puntos (p.e.: segunda muestra: 15 puntos, tercera: 20 puntos, etc.).

Por cada 3 muestras negativas consecutivas el paciente obtiene un extra de 40 puntos.

Un análisis positivo o una ausencia de analítica hacen que el valor de las muestras vuelva al valor inicial de 10 puntos.

Cinco analíticas negativas consecutivas tras una positiva hacen retornar al nivel que se había obtenido previamente.

Semanas 13-24: 2 analíticas por semana

Se reduce la magnitud del reforzador por cada análisis negativo. Se pasa a un programa de reforzamiento variable intermitente. La probabilidad de obtener puntos deberá ser del 50%. (Dado pares/impares).

(2) Estructura de las sesiones

- Se realiza la analítica.
- El terapeuta anota los resultados de la analítica (*gráfico de analíticas*).
- Resultado negativo: reforzamiento social y discusión.
- Resultado positivo: análisis funcional de la caída más reciente.
- Se revisan y evalúan los progresos en cada objetivo de tratamiento. Se actualizan los gráficos y se discuten los problemas.
- Si no existe un progreso adecuado: solución de problemas.
- Objetivos para la siguiente sesión (tareas para casa).
- Entrenamiento en habilidades cuando se considere apropiado.
- Revisión y evaluación del tratamiento con disulfiram si procede.
- Se revisan y enfatizan los objetivos para la siguiente sesión.

(3) Estilo terapéutico

- Flexibilidad.
- Empatía.
- Implicación activa.

- Directivo pero colaborador.
- Reforzamiento social.

(4) Técnicas

- Contrato conductual.
- Establecimiento de objetivos.
- Aproximaciones sucesivas.
- Autorregistro.
- Premack.
- Entrenamiento en Habilidades: HH Sociales, Solución de problemas, Relajación, Manejo del tiempo, etc.
- Gráficos de progresos: una manera efectiva de demostrar el progreso, o el retroceso, de los pacientes es mostrar los objetivos y los objetos alcanzados a través de gráficos. El más importante es el gráfico de los análisis de orina. Estos muestran el número acumulado de tests con resultado negativo.
- Manejo de contingencias: Terapia de incentivo.

7.2.2.3. Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo II

A los sujetos de este grupo se aplicó el mismo programa que a los sujetos del grupo anterior, con una sola diferencia. En el programa de incentivo, cada punto ganado por los pacientes equivalía al doble del valor del grupo anterior, es decir, cada punto tenía el valor de 0,25€. Por lo demás, el protocolo del programa de incentivos fue el mismo en ambos grupos. La cantidad promedio obtenida mediante los incentivos ascendió a 1.015€ en este grupo.

En este caso, el programa de tratamiento fue aplicado por psicólogos entrenados para tal fin, con amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias, con la excepción del programa de incentivos, que fue llevado a cabo por la autora de esta Tesis.

7.3. Análisis de datos

Se llevaron a cabo diferentes análisis descriptivos con el fin de valorar la eficiencia del método de búsqueda de recursos y el índice de colaboración de las empresas. También se realizaron análisis de frecuencias para comparar a las empresas colaboradoras con las no colaboradoras en diferentes parámetros.

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes al inicio y tras seis meses de tratamiento.

Para comparar a los sujetos de los tres grupos de tratamiento en los instrumentos de línea base y en los instrumentos aplicados a los seis meses de tratamiento, así como para analizar las diferencias en el consumo de cocaína y en la retención durante el tratamiento, se realizaron tanto pruebas paramétricas (análisis de la varianza) como no paramétricas (prueba de homogeneidad de χ^2) según las propiedades de las escalas de medidas utilizadas.

Para analizar las diferencias entre las puntuaciones recogidas en la línea base y las puntuaciones obtenidas a los seis meses de tratamiento, se utilizó una prueba *t* para muestras relacionadas.

Por último, se realizaron análisis discriminantes (método de inclusión de todas las variables y método de inclusión por pasos) para analizar la capacidad pronóstica de determinadas variables predictoras sobre la retención y el consumo de cocaína (abstinencia continuada) a los seis meses de tratamiento.

El nivel de confianza fue del 95% y el paquete estadístico utilizado el SPSS-14.

8. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados de la investigación, organizados en cinco apartados diferentes. En primer lugar, se presentan los resultados de la búsqueda de recursos que se realizó con el fin de obtener los reforzadores (bienes y servicios) necesarios para la aplicación del programa de incentivos en Asturias. A continuación, se describen los datos relativos a las características de los sujetos en la línea base, los resultados sobre la eficacia de los tratamientos, los relativos a las variables predictoras y, por último, los resultados acerca del coste de los tratamientos.

8.1. Búsqueda de recursos

8.1.1. Eficiencia

Para valorar la eficiencia del método de búsqueda de recursos con el fin de financiar el programa de incentivos, debemos tener en cuenta los costes derivados de su aplicación y sustraerlos del total de beneficios obtenidos. Para calcular el valor de los bienes obtenidos, se les preguntó a los responsables de las empresas el valor que tendrían estos donativos en el mercado. El valor en euros del total de bienes obtenidos fue de 15.670€. Los costes derivados de la puesta en marcha de esta campaña fueron 1.920€. Esta cantidad se utilizó para pagar a una becaria predoctoral durante 6 meses de trabajo a media jornada y para gastos de material postal y teléfono. La diferencia entre beneficios y costes, es decir los beneficios netos, fueron de 13.750€. Estos datos se refieren a los beneficios obtenidos al final de la campaña de búsqueda de recursos, seis meses después de su inicio. No se debe olvidar que varias empresas continuaron proporcionándonos incentivos cada vez que éstos se agotaban, por lo que los beneficios obtenidos continuaron aumentando. Los bienes y servicios obtenidos a través de esta campaña supusieron el 80% de los reforzadores utilizados en el programa de incentivos. El 20% restante fue adquirido con cargo al proyecto de investigación, en el que se enmarca esta Tesis.

8.1.2. Índice de colaboración

De los 136 donantes potenciales con los que se contactó, 52 aceptaron colaborar con el proyecto, proporcionando incentivos. Estos datos alcanzan un índice de respuesta positivo del 38%. Por otra parte, 18 empresas (13%) mostraron interés en colaborar en el futuro. Estas empresas no fueron capaces de tomar una decisión durante el periodo que duró la búsqueda de recursos, pero nos pidieron que volviésemos a contactar con

ellas en el futuro, ya que estaban muy interesadas en el proyecto. Por último, 66 donantes potenciales decidieron no colaborar con el proyecto (49%).

El valor medio de todas las donaciones obtenidas fue de 321€. El mínimo donativo obtenido fue de 40€ y el máximo de 2.000€.

La mayoría de las empresas (87%) donaron bienes o servicios totalmente gratuitos, mientras que el 13% restante colaboró con algún tipo de descuento para los servicios que prestaban. En ningún caso, el descuento fue menor al 15%. El valor medio del descuento fue del 40%.

8.1.3. Variables relacionadas con la decisión de colaborar

Sector empresarial

En la Tabla 8 podemos ver el número de empresas que colaboraron, en función del tipo de reforzadores que pueden proporcionar, o lo que es lo mismo, el sector empresarial al que pertenecían. Como se observa, las empresas o instituciones que ofrecen servicios de prensa, transporte y ocio son las que tienen un porcentaje de colaboración mayor, mientras que servicios de belleza y restaurantes son los que menos colaboran.

Tabla 8. Colaboración en función del sector empresarial

	EMPRESAS CONTACTADAS	EMPRESAS QUE COLABORAN
Prensa (suscripciones gratuitas)	2	2 (100%)
Transporte público (tren, autobús urbano)	4	3 (75%)
Ocio y tiempo libre (cines, teatros, museos, eventos deportivos, gimnasios, deportes de aventura, viajes)	44	27 (61%)
Formación (cursos de idiomas, informática, estética..)	19	8 (42%)
Comercios (tarjetas regalo para grandes almacenes, librerías, tiendas de ropa, tiendas de arte..)	26	8 (30%)
Restaurantes (comida rápida y escuela de hostelería)	7	2 (28%)
Servicios de belleza (peluquería y otros servicios)	8	2 (25%)
Otros (descuentos para gasolina)	8	0 (0%)

Tamaño de la empresa

El tamaño de las empresas puede ser una variable importante que determine la decisión de éstas a la hora de colaborar. En nuestro estudio, contactamos con un total de 33 grandes empresas, esto es, multinacionales, franquicias u organismos oficiales, que contaban con más de 50 trabajadores. El porcentaje de grandes empresas que decidió colaborar con el estudio fue de un 30%. Por el contrario, se contactó con 85 pequeñas y medianas empresas que contaban con menos de 50 trabajadores. En nuestro caso, la mayoría de las pequeñas empresas fueron empresas familiares y negocios locales, con bastante menos de 50 trabajadores. El porcentaje de pequeñas empresas que decidió colaborar alcanzó el 50%.

Tiempo de respuesta

Una variable que puede ayudar a tomar decisiones mientras el proceso de búsqueda de recursos está en marcha, es el tiempo que las empresas tardan en dar una respuesta definitiva acerca de su colaboración. En este estudio hemos dividido a las empresas que tardaron menos de un mes en decidirse y aquellas que tardaron entre dos y tres meses. El 82% de las empresas que tardaron menos de un mes en dar su respuesta, aceptaron colaborar con el proyecto, mientras que sólo un 19% de las que tardaron entre dos y tres meses decidieron colaborar con nuestro estudio. El promedio de llamadas telefónicas realizadas a las empresas fue de cuatro, no encontrando diferencias entre las que finalmente colaboraron y las que no. El rango de llamadas por empresa se situó entre 2 y 12.

8.2. Puntuaciones de línea base

En el apartado de descripción de la muestra (Tablas 4 a 6; págs. 74 a 76) se resumían las puntuaciones de todos los instrumentos utilizados en la línea base, en los tres grupos de tratamiento. No existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$) entre los grupos en casi ninguna de las 39 variables registradas. Solamente se encontraron diferencias significativas en tres variables. En concreto, se aprecia un mayor número de pacientes activos laboralmente en el grupo CRA más incentivos I, que en el grupo de tratamiento estándar ($\chi^2=5,03$ gl=1 $p=,02$), y que en el grupo CRA más incentivos II ($\chi^2=5,72$ gl=1 $p=,01$). De igual forma, las puntuaciones compuestas en el área laboral del EuropASI son más bajas en el grupo CRA más incentivos I, que en el tratamiento estándar ($p=,01$) y que en el grupo CRA más incentivos II ($p=,05$). Además, el grupo CRA más incentivos I refiere un menor consumo de alcohol (consumo continuado de más de tres días por semana o consumos importantes de al menos 2 días de consumo esporádico masivo por semana durante 6 meses o más) que el grupo de tratamiento estándar ($\chi^2=6,34$ gl=1 $p=,01$).

En el resto de medidas (edad, género, estado civil, educación, problemas médicos crónicos, estancia en prisión, años de consumo, vía de administración, consumo de cánnabis, anfetaminas, heroína y benzodicepinas, puntuación en el MAST, criterios del DSM-IV-TR, escalas del SOCRATES, puntuación en el BDI, dimensiones sintomáticas y escalas globales del SCL-90 y resto de puntuaciones compuestas del EuropASI) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales.

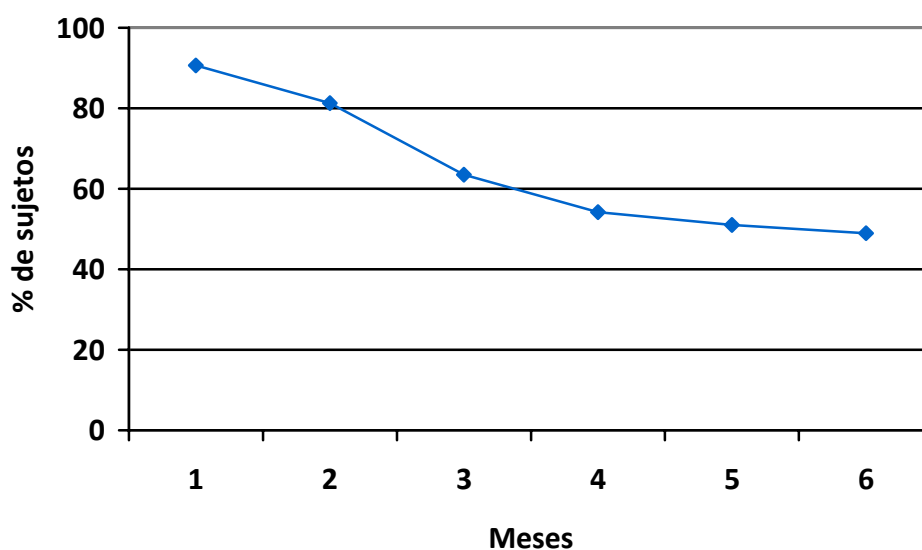
8.3. Eficacia

En este apartado se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación de los tres programas de tratamiento, en lo que se refiere a retención y consumo de drogas durante los seis meses de tratamiento. También se describe el efecto de los tratamientos sobre otras variables asociadas al consumo de cocaína (situación médica, situación laboral, consumo de alcohol y otras drogas, conducta delictiva, situación familiar y salud mental) tras estos seis meses de tratamiento.

8.3.1. Tasas de retención

La tasa global de retención en los tres grupos experimentales fue del 63,5% (es decir, 61 de los 96 pacientes de los que constaba la muestra) a los tres meses de tratamiento y del 49% (47 de los 96 pacientes) a los seis meses de tratamiento. En la Figura 3 pueden verse las tasas de retención globales durante cada uno de los seis meses de intervención.

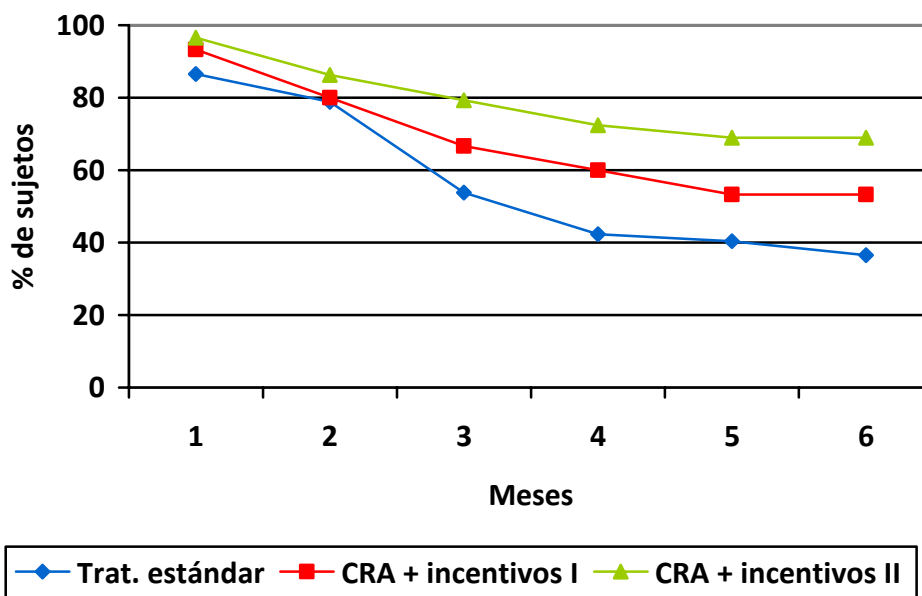
Figura 3. Curva global de retención de los tratamientos



La media de estancia fue de 16 semanas. La mayoría de los abandonos (71,4%) se produjeron durante los tres primeros meses de tratamiento y la cifra iba decreciendo a medida que transcurría el tiempo de permanencia (durante los dos últimos meses tan solo abandonaron cinco pacientes).

El 96,6% de los pacientes del grupo con incentivos II completó el primer mes de tratamiento frente al 93,3% del grupo CRA más incentivos I y al 86,5% de los pacientes del tratamiento estándar. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos de tratamiento. El 79,3% de los pacientes del grupo con incentivos II completó los tres primeros meses de tratamiento frente al 66,7% del grupo CRA más incentivos I y al 53,8% de los pacientes del tratamiento estándar. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas únicamente entre el grupo con incentivos II (el de mayor magnitud) y el tratamiento estándar ($\chi^2=5,17$ gl=1 p=,02). Por último, el 69% de los pacientes del grupo con incentivos II completó los seis meses de tratamiento frente al 53,3% del grupo CRA más incentivos I y al 36,5% de los pacientes del tratamiento estándar. Estas diferencias también fueron estadísticamente significativas entre el grupo con incentivos II y el tratamiento estándar ($\chi^2=7,84$ gl=1 p=,00) al igual que las tasas de retención en los meses cuatro ($\chi^2=6,77$ gl=1 p=,00) y cinco del tratamiento ($\chi^2=6,08$ gl=1 p=,01). En la Figura 4 pueden verse las tasas de retención durante los seis meses de tratamiento en cada uno de los grupos experimentales.

Figura 4. Curva de retención de cada uno los tratamientos



La media de semanas en tratamiento fue de 19 en el grupo de incentivos II, 17 semanas en el grupo de incentivos I y 14 semanas en el grupo de tratamiento estándar.

Al igual que en las tasas de retención durante los seis meses de tratamiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de incentivos II y el tratamiento estándar ($p=,03$).

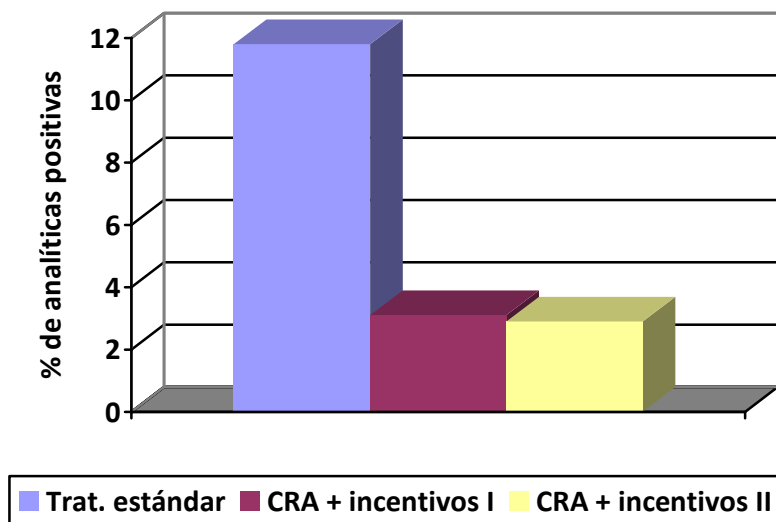
8.3.2. Consumo de cocaína

8.3.2.1. Porcentaje de analíticas positivas

En primer lugar, se calculó el porcentaje de analíticas positivas para cada sujeto y posteriormente una media para cada tratamiento. Las analíticas programadas no realizadas fueron consideradas como positivas, siempre y cuando el paciente no pudiese justificar su ausencia (problemas médicos o problemas serios de trabajo o familiares) y no acudiese durante los dos días siguientes a realizar la analítica.

En la Figura 5 se puede observar el porcentaje de analíticas positivas para el consumo de cocaína (detección de benzoilecgonina en la orina) del total de las realizadas, en cada uno de los tres grupos experimentales. El porcentaje de analíticas positivas en el grupo de tratamiento estándar fue del 11,8% frente al 3,9% en el grupo CRA más incentivos I y al 2,9% en el grupo CRA más incentivos II. A pesar de que el porcentaje de analíticas positivas en el grupo de tratamiento estándar casi triplica y cuadriplica los porcentajes encontrados en el grupo CRA más incentivos I y II, respectivamente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

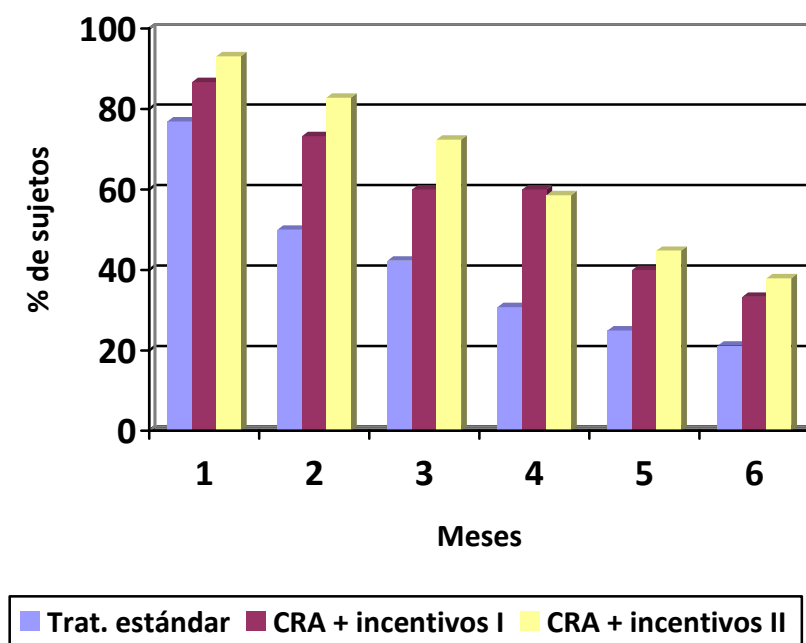
Figura 5. Porcentaje de analíticas positivas



8.3.2.2. Abstinencia continuada

En la Figura 6 se puede ver el porcentaje de sujetos de cada uno de los grupos, en función del número máximo de meses que han mantenido la abstinencia durante el tratamiento. El 93,1% de los pacientes del grupo CRA más incentivos II consiguió mantenerse abstinentes al menos un mes durante el tratamiento, frente al 86,7% del grupo CRA más incentivos I y al 79,9% del tratamiento estándar. De igual forma, el 72,4% de los pacientes del grupo CRA más incentivos II consiguió mantener la abstinencia durante tres meses, frente al 60% del grupo CRA más incentivos I y al 42,3% del tratamiento estándar. Por último, el 37,9% de los pacientes del grupo CRA más incentivos II consiguió mantenerse abstinentes durante los seis meses de tratamiento, frente al 33,3% del grupo CRA más incentivos I y al 21,2% del tratamiento estándar.

Figura 6. Abstinencia continuada

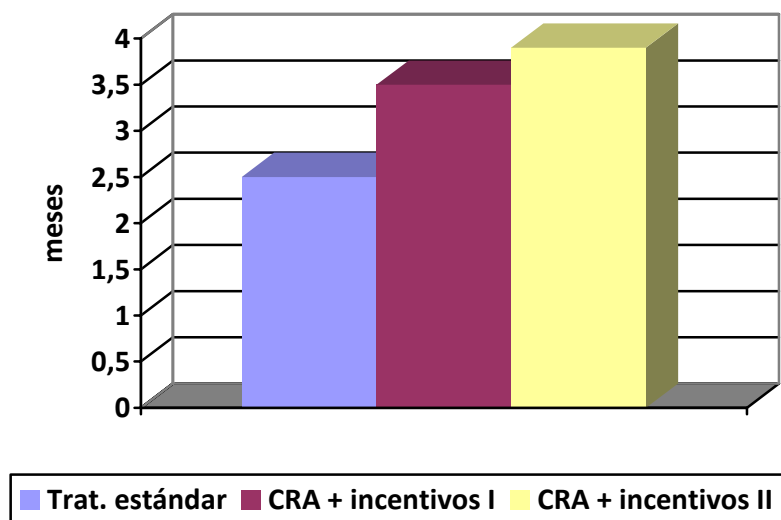


Como se ha visto, los grupos CRA más incentivos I y II superan sistemáticamente al tratamiento estándar en el porcentaje de pacientes que se mantiene abstinentes de forma continuada. En concreto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento estándar y el grupo CRA más incentivos I, en el número de sujetos que mantenían la abstinencia continuada durante cuatro meses ($\chi^2=4,25$ $gl=1$ $p=,03$). También se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre el tratamiento estándar y el grupo CRA más incentivos II, en el número de pacientes que mantenían la abstinencia durante dos ($\chi^2=8,45$ gl=1 p=,00), tres ($\chi^2=6,77$ gl=1 p=,00) y cuatro meses ($\chi^2=5,98$ gl=1 p=,01). A pesar de que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos CRA más incentivos I y II, se observa una clara tendencia a favor del grupo con mayor magnitud de incentivos.

Respecto al promedio de meses de abstinencia continuada en cada grupo, de nuevo los pacientes que recibieron el tratamiento CRA más incentivos II superaron a los pacientes de los otros dos grupos. La duración media de la abstinencia fue de 3,9 meses en el grupo CRA más incentivos II, frente a 3,5 meses en el grupo CRA más incentivos I y a 2,5 meses en el tratamiento estándar. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento estándar y el grupo CRA más incentivos II (p=,02). Estos datos pueden verse en la Figura 7.

Figura 7. Meses abstinentes



8.3.3. Otras variables clínicas

En este apartado se pretende valorar la evolución, en determinadas variables clínicas, de los pacientes que completaron seis meses de tratamiento, comparando las puntuaciones obtenidas en la línea base con las puntuaciones recogidas a los seis meses de tratamiento. También se pretende valorar si existen diferencias en estas variables, tras seis meses de intervención, entre los tres grupos de tratamiento.

En concreto, se tuvieron en cuenta las Puntuaciones Compuestas del EuropASI (situación médica, situación laboral/soportes, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, problemas legales, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico), así como las puntuaciones en el BDI, MAST y SCL-90-R.

8.3.3.1. Comparaciones Intra-grupo

En este primer apartado se analizan las diferencias encontradas entre las puntuaciones tomadas en la línea base y las recogidas tras haber permanecido seis meses en el tratamiento.

Puntuaciones Compuestas del EuropASI

En las Figuras 8, 9 y 10 puede verse la evolución de los pacientes en las Puntuaciones Compuestas del EuropASI en cada grupo de tratamiento. Los valores exactos de estas variables en la línea base y a los seis meses de tratamiento se muestran en las Tablas 6 (pág. 76) y 11 (pág. 114) respectivamente. En las áreas señaladas con un asterisco (*), se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95% ($p < .05$), entre las puntuaciones recogidas en la línea base y las puntuaciones obtenidas a los seis meses de tratamiento. En las áreas marcadas con dos asteriscos (**), se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 99% ($p < .01$), entre las puntuaciones de línea base y las puntuaciones tras seis meses de tratamiento. Como se observa, los pacientes de los tres grupos mejoraron en todas las áreas que mide el EuropASI tras seis meses de tratamiento, con la excepción del estado psiquiátrico en el tratamiento estándar. No obstante, se aprecia un mayor cambio, tras seis meses de tratamiento, en los pacientes del grupo CRA más incentivos II que en los otros dos grupos. En este último grupo, en seis de las siete áreas del EuropASI se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas. En la Tabla 9 aparecen los valores de t y la significación estadística obtenidos en las comparaciones pre y post en cada variable y en cada grupo de tratamiento.

Figura 8. Puntuaciones Compuestas EuropASI pre y post. Tratamiento estándar

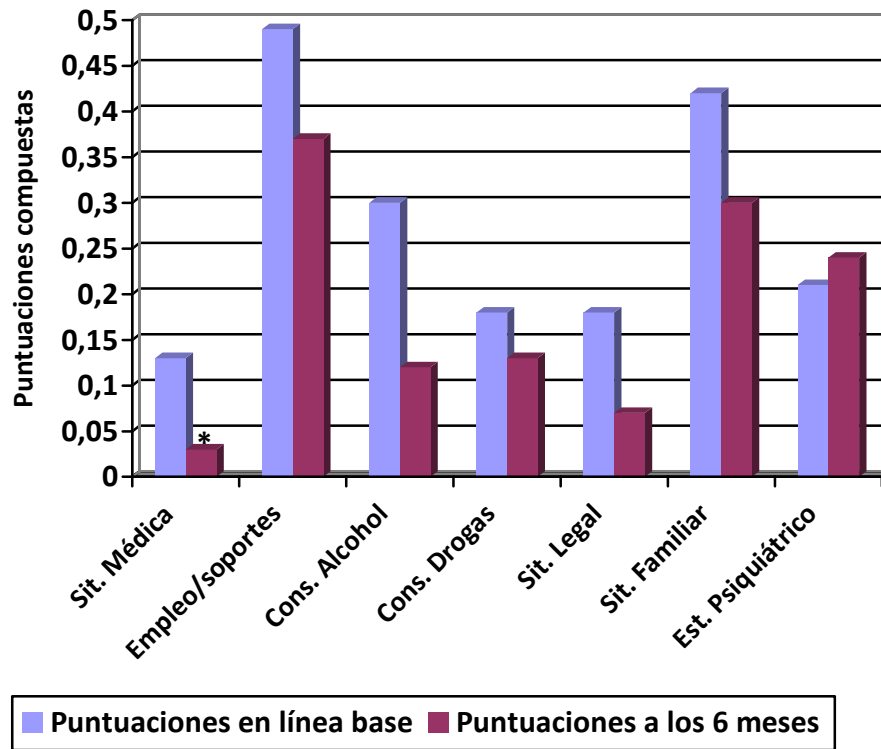


Figura 9. Puntuaciones Compuestas EuropASI pre y post. CRA más incentivos I

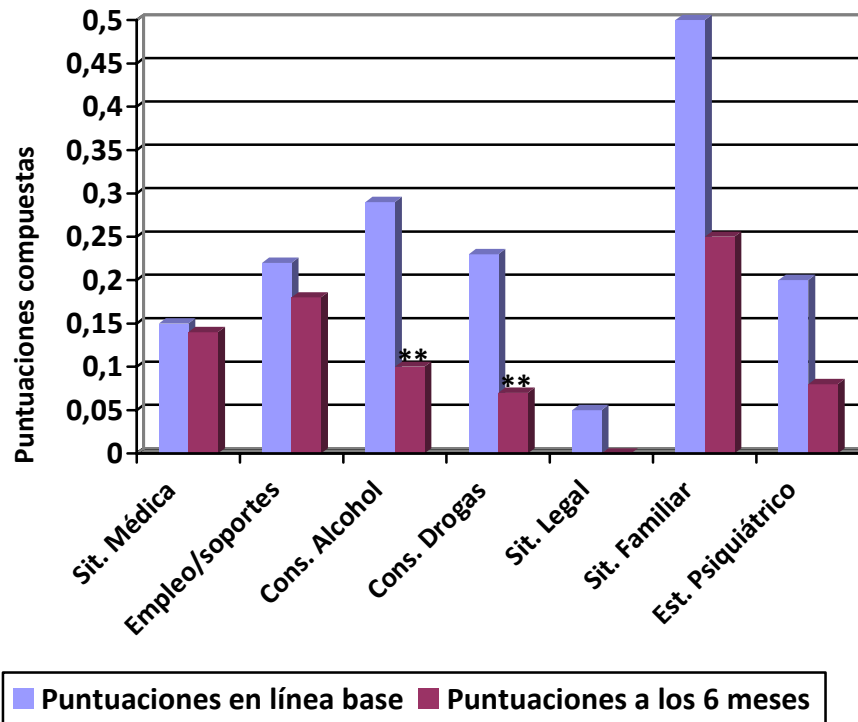


Figura 10. Puntuaciones Compuestas EuropASI pre y post. CRA más incentivos II

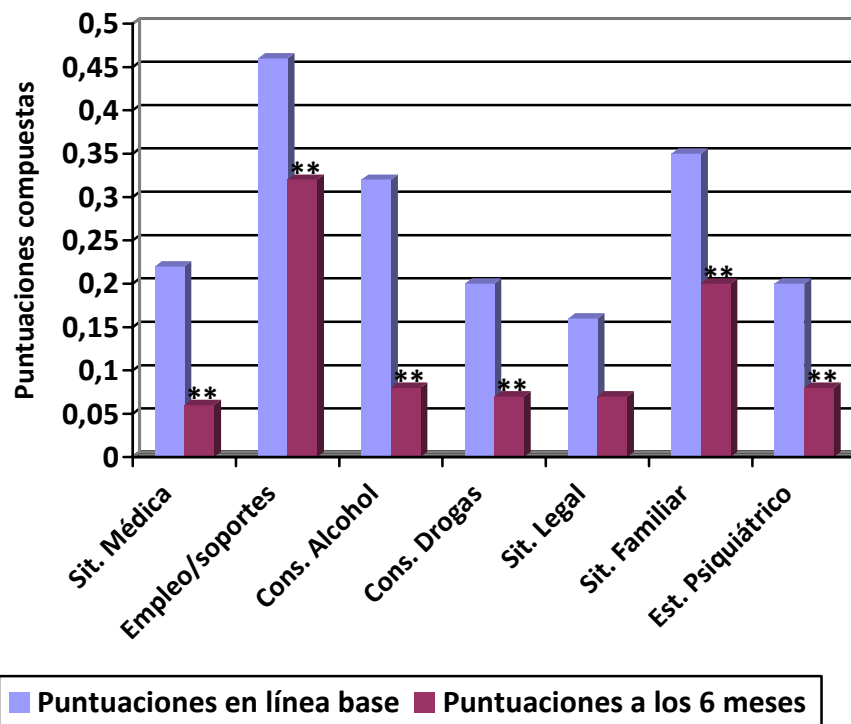


Tabla 9. Significación estadística de las comparaciones pre y post en las Puntuaciones Compuestas del EuropASI

	Tratamiento estándar		CRA más incentivos I		CRA más incentivos II	
	t	Signif.	t	Signif.	t	Signif.
EuropASI: Situación médica	2,45	,05	1,06	,32	3,29	,00
EuropASI: Empleo / soportes	1,89	,11	0,47	,64	2,81	,01
EuropASI: Consumo alcohol	1,48	,19	3,24	,01	3,69	,00
EuropASI: Consumo drogas	1,21	,27	3,54	,01	5,62	,00
EuropASI: Situación legal	2,20	,07	1,00	,35	1,93	,06
EuropASI: Situación familiar / social	1,20	,28	1,99	,09	3,08	,00
EuropASI: Estado psiquiátrico	0,07	,94	1,45	,19	2,58	,01

SCL-90-R

En las Figuras 11, 12 y 13 puede verse la evolución de los pacientes en las nueve dimensiones sintomáticas y en los tres índices globales que mide el SCL-90-R, en cada grupo de tratamiento. Las puntuaciones exactas en estas variables en la línea base y a los seis meses de tratamiento se muestran en las Tablas 6 y 11 respectivamente (págs. 76 y 114).

Al igual que en las figuras anteriores, en las áreas señaladas con un asterisco (*), se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95% ($p < ,05$), y en las áreas marcadas con dos asteriscos (**), se encontraron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 99% ($p < ,01$). Como se observa, los pacientes de los tres grupos mejoraron en las nueve escalas sintomáticas y en los tres índices globales, tras seis meses de tratamiento. No obstante, se aprecia una mejora más significativa en los grupos CRA más incentivos I y, sobre todo, CRA más incentivos II, en comparación al tratamiento estándar. De hecho, en este último grupo, se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de todas las escalas del SCL-90-R. En la Tabla 10 aparecen los valores de t y la significación estadística obtenida en las comparaciones pre y post en cada variable y en cada grupo de tratamiento.

Figura 11. Puntuaciones del SCL-90-R pre y post. Tratamiento estándar

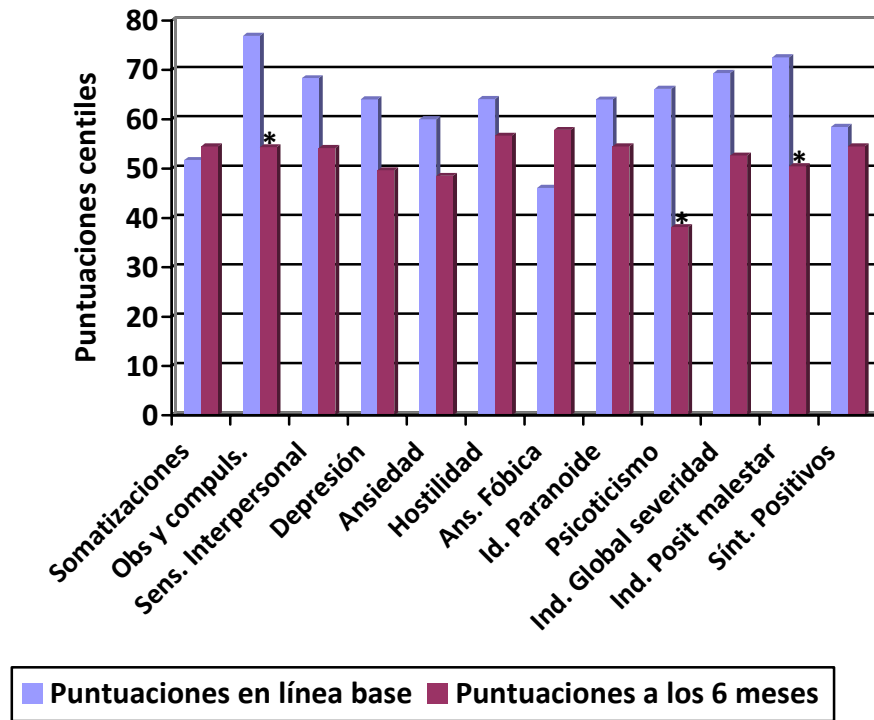


Figura 12. Puntuaciones del SCL-90-R pre y post. CRA más incentivos I

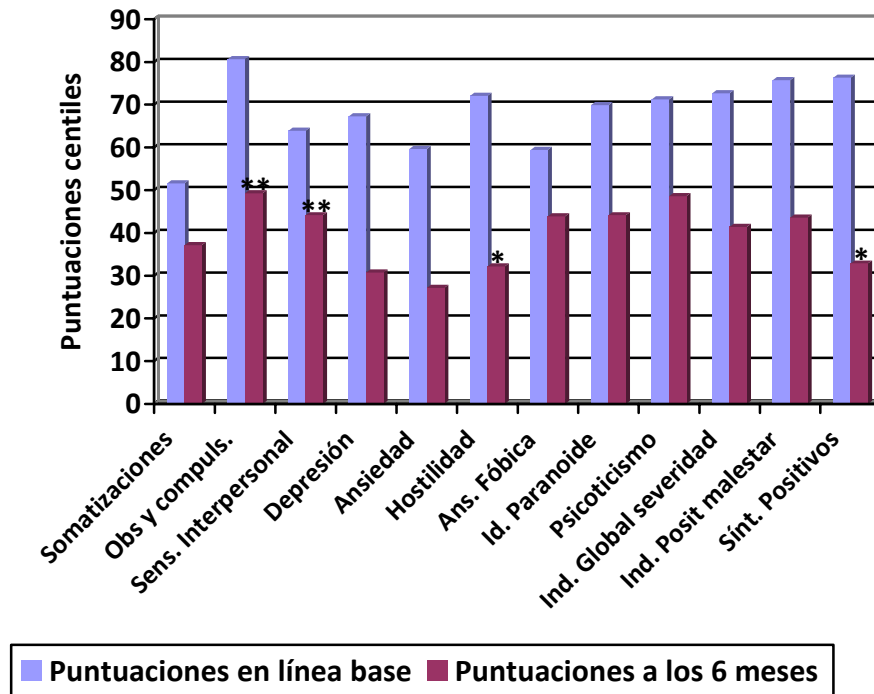


Figura 13. Puntuaciones del SCL-90-R pre y post. CRA más incentivos II

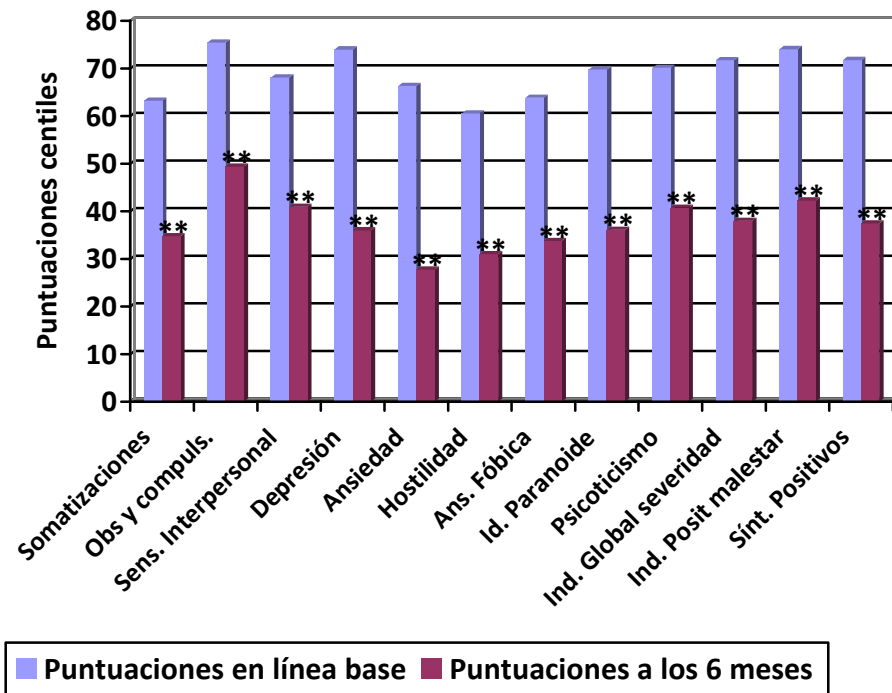


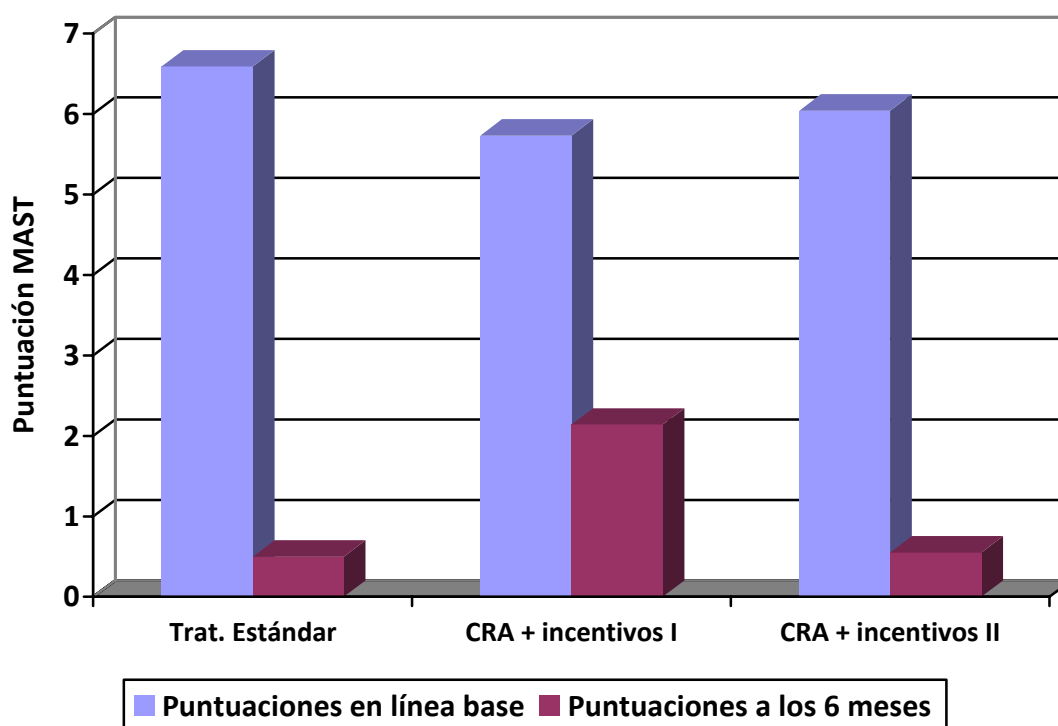
Tabla 10. Significación estadística de las comparaciones pre y post en el SCL-90

	Tratamiento estándar		CRA más incentivos I		CRA más incentivos II	
	t	Signif.	t	Signif.	t	Signif.
SCL_90 Somatizaciones	0,18	,86	0,83	,43	4,09	,00
SCL_90 Obsesiones y compulsiones	2,97	,03	7,76	,00	4,51	,00
SCL_90 Sensitividad interpersonal	2,36	,06	3,23	,01	2,98	,00
SCL_90 Depresión	2,37	,06	2,22	,06	6,14	,00
SCL_90 Ansiedad	1,74	,14	1,36	,22	5,29	,00
SCL_90 Hostilidad	1,57	,17	2,82	,03	3,93	,00
SCL_90 Ansiedad fóbica	0,07	,94	0,82	,44	3,22	,00
SCL_90 Ideación paranoide	2,01	,10	1,58	,16	4,92	,00
SCL_90 Psicoticismo	3,28	,02	1,58	,16	4,63	,00
SCL_90 Ind. global severidad	2,01	,10	1,72	,13	4,51	,00
SCL_90 Ind. positivo malestar	2,45	,05	1,85	,11	4,76	,00
SCL_90 Síntomas positivos	2,12	,08	2,46	,04	4,40	,00

MAST

En las Figura 14 se observan las puntuaciones obtenidas por los pacientes de cada grupo en el MAST, en la línea base y tras seis meses tratamiento. Las puntuaciones exactas en este instrumento en la línea base y a los seis meses de tratamiento se muestran en las Tablas 6 y 11 respectivamente (págs. 76 y 114). En general, puede verse como, a los seis meses de tratamiento, los pacientes de los tres grupos refieren un menor uso de alcohol y menos problemas asociados al consumo de éste, que al inicio del tratamiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en la línea base y las recogidas a los seis meses de intervención en los tres grupos de tratamiento: tratamiento estándar ($t=3,61$ $p=,01$), grupo CRA más incentivos I ($t=2,40$ $p=,05$) y en el grupo CRA más incentivos II ($t=5,35$ $p=,00$).

Figura 14. Puntuación en el MAST pre y post-tratamiento

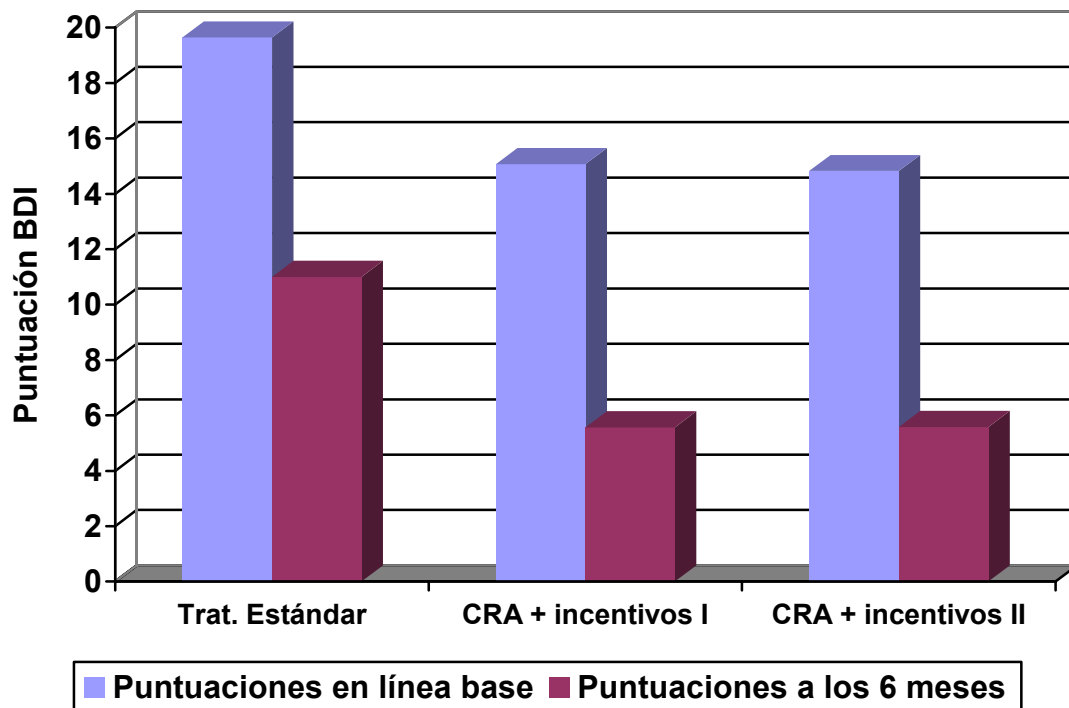


BDI

En la Figura 15 se muestran las puntuaciones obtenidas por los pacientes de cada grupo en el BDI, en la línea base y tras seis meses tratamiento. Las puntuaciones exactas de esta escala en la línea base y a los seis meses de tratamiento se muestran en las Tablas 6 y 11 respectivamente (págs. 76 y 114). De nuevo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones iniciales y las

recogidas a los seis meses de tratamiento en los tres grupos: tratamiento estándar ($t=5,91$ $p=,02$), grupo CRA más incentivos I ($t=2,72$ $p=,03$) y grupo CRA más incentivos II ($t= 8,38$ $p=,00$).

Figura 15. Puntuación en el BDI pre y post-tratamiento



8.3.3.2. Comparación Entre-grupos

Como hemos visto en el apartado anterior, los pacientes de todos los grupos del estudio mejoraron su situación en las variables clínicas que se tuvieron en cuenta. En este segundo apartado, se pretende valorar si, tras seis meses de intervención, las puntuaciones obtenidas por los participantes en esta evaluación de seguimiento difieren significativamente, en función del tratamiento recibido.

En la Tabla 11 se muestran las puntuaciones obtenidas por los participantes en los instrumentos anteriormente citados, en función del grupo de pertenencia. En general, los pacientes de los grupos CRA más incentivos I y II obtuvieron puntuaciones más bajas (menor gravedad), tras seis meses de tratamiento, que los pacientes del tratamiento estándar. No obstante, solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres variables. Los pacientes del grupo CRA más incentivos I y II tenían un menor consumo de drogas y problemas asociados a éste (área de consumo de

drogas del EuropASI) que los pacientes del tratamiento estándar ($p=,02$; $p=,01$ respectivamente). Por otra parte, los pacientes del grupo CRA más incentivos II referían menos problemas psicopatológicos asociados (área de estado psiquiátrico del EuropASI) que el grupo de tratamiento estándar ($p=,03$). Por último, los pacientes del grupo CRA más incentivos I puntuaban significativamente más alto en el MAST que los del grupo CRA más incentivos II ($p=,01$) y que los del tratamiento estándar ($p=,05$).

Tabla 11. Puntuaciones medias de los participantes a los 6 meses de tratamiento

	Tratamiento estándar	CRA más incentivos I	CRA más incentivos II	Signif. $p<.05$
EuropASI: Situación médica	,03	,14	,06	
EuropASI: Empleo / soportes	,37	,18	,32	
EuropASI: Consumo alcohol	,12	,10	,08	
EuropASI: Consumo drogas	,13	,07	,07	*/ **
EuropASI: Situación legal	,07	,00	,07	
EuropASI: Situación familiar / social	,30	,25	,20	
EuropASI: Estado psiquiátrico	,24	,08	,08	**
SCL_90 Somatizaciones	54,50	37,14	34,75	
SCL_90 Obsesiones y compulsiones	54,33	49,29	49,40	
SCL_90 Sensitividad interpersonal	54,17	44,14	40,95	
SCL_90 Depresión	49,67	30,71	36,00	
SCL_90 Ansiedad	48,50	27,14	27,75	
SCL_90 Hostilidad	56,67	32,14	31,00	
SCL_90 Ansiedad fóbica	57,83	43,86	33,75	
SCL_90 Ideación paranoide	54,50	44,14	36,10	
SCL_90 Psicoticismo	38,17	48,57	40,75	
SCL_90 Ind. global severidad	52,67	41,43	38,00	
SCL_90 Ind. positivo malestar	50,50	43,57	42,25	
SCL_90 Síntomas positivos	54,50	32,86	37,45	
MAST	,50	2,14	,55	*/***
BDI	11,00	5,57	5,58	

* Diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento estándar y el grupo CRA más incentivos I

** Diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento estándar y el grupo CRA más incentivos II

*** Diferencias estadísticamente significativas entre el grupo CRA más incentivos I y el grupo CRA más incentivos II

8.4. Variables predictoras

En este apartado se pretende valorar si determinadas variables individuales de los pacientes influyen en los resultados del tratamiento, en concreto sobre la retención a los seis meses de tratamiento y sobre la abstinencia continuada durante los seis meses de intervención.

8.4.1. Predictores de la retención

En las Tablas 12 y 13 se muestran, de forma resumida, los resultados de los cuatro análisis discriminantes realizados con el método de inclusión de todas las variables juntas, en cada uno de los apartados. Se pretendía valorar la influencia de cuatro tipos de variables sobre la retención a los seis meses de tratamiento: sociodemográficas, historia y patrón de consumo, estado psicopatológico y puntuaciones compuestas del EuropASI.

Como se observa, la capacidad pronóstica de cada uno de los grupos de variables fue moderada. Las variables relacionadas con el estado psicopatológico del paciente y las puntuaciones compuestas del EuropASI fueron las que mostraron mejor capacidad predictiva sobre la retención a los seis meses de tratamiento.

**Tabla 12. Capacidad predictiva de las variables individuales sobre la retención
(Análisis Discriminantes)**

Variables	% de casos correctamente clasificados
Sociodemográficas	58,1
Historia y patrón de consumo	61,6
Estado psicopatológico	73,3
Puntuaciones compuestas EuropASI	69,8

Tabla 13. Matrices de estructura (Análisis Discriminantes)

Sociodemográficas	Función
Problema médico crónico	,790
Años estudiados	,582
Alguna vez en prisión	,222
Sexo	,192
Patrón de empleo	-,059
Edad	,008
Historia y patrón de consumo	
Puntuación MAST	,762
Criterios Dependencia DSM-IV-TR	,615
Consumo de cannabis	,110
Años de consumo de cocaína	-,016
Gramos a la semana	-,004
Estado psicopatológico	
SCL_90 Ansiedad	,250
SCL_90 Psicoticismo	-,214
Puntuación BDI	,202
SCL_90 Sensitividad interpersonal	,193
SCL_90 Ideación paranoide	-,162
SCL_90 Obsesiones y compulsiones	,130
SCL_90 Ansiedad fóbica	,085
SCL_90 Ind. positivo malestar	-,075
SCL_90 Ind. global severidad	-,056
SCL_90 Somatizaciones	,032
SCL_90 Hostilidad	,013
SCL_90 Depresión	,002
SCL_90 Síntomas positivos	-,001
Puntuaciones compuestas EuropASI	
Situación médica	,801
Consumo alcohol	-,313
Estado psiquiátrico	-,182
Situación familiar / social	-,118
Empleo / soportes	,111
Consumo drogas	,107
Situación legal	,015

En la Tabla 14 se muestra el resumen de la matriz de estructura del análisis discriminante mediante el método de inclusión por pasos, realizado con todas las variables predictoras juntas. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados con las tres variables que entraron en el análisis (situación médica, puntuación en el MAST y criterios de dependencia del DSM-IV-TR) fue del 78,4%.

Tabla 14. Análisis discriminante (inclusión por pasos) sobre la retención

Variables incluidas en el análisis	Función
Situación médica	-,628
Puntuación MAST	,539
Criterios Dependencia DSM-IV-TR	,369

8.4.2. Predictores de la abstinencia

En las Tablas 15 y 16 se muestran los resultados de los cuatro análisis discriminantes realizados para valorar la influencia de las variables anteriormente citadas, sobre la abstinencia continuada durante los seis meses de tratamiento. Como se observa, la capacidad pronóstica de cada uno de los grupos de variables sobre el consumo de cocaína fue inferior a la encontrada en la predicción de la retención. Como en el caso anterior, las puntuaciones compuestas del EuropASI y las relacionadas con el estado psiquiátrico del paciente fueron las que mostraron mejor capacidad predictiva sobre la abstinencia continuada a los seis meses de tratamiento.

Tabla 15. Capacidad predictiva de las variables individuales sobre la abstinencia (Análisis Discriminantes)

Variables	% de casos correctamente clasificados
Sociodemográficas	59,3
Historia y patrón de consumo	60,3
Estado psicopatológico	64,0
Puntuaciones compuestas EuropASI	65,1

Tabla 16. Matrices de estructura (Análisis Discriminantes)

Sociodemográficas	Función
Patrón de empleo	-,644
Problema médico crónico	,577
Años estudiados	,446
Edad	,349
Alguna vez en prisión	,300
Sexo	,196
Historia y patrón de consumo	
Criterios Dependencia DSM-IV-TR	,616
Puntuación MAST	,614
Consumo de cannabis	,455
Gramos a la semana	-,218
Años de consumo de cocaína	-,001
Estado psicopatológico	
SCL_90 Hostilidad	,330
SCL_90 Ideación paranoide	,297
SCL_90 Ansiedad fóbica	-,183
SCL_90 Somatizaciones	,169
Puntuación BDI	,165
SCL_90 Ind. positivo malestar	,134
SCL_90 Ind. global severidad	,106
SCL_90 Psicoticismo	,094
SCL_90 Depresión	-,086
SCL_90 Síntomas positivos	,075
SCL_90 Obsesiones y compulsiones	,064
SCL_90 Sensitividad interpersonal	-,021
SCL_90 Ansiedad	-,020
Puntuaciones compuestas EuropASI	
Situación médica	-,524
Consumo alcohol	,458
Estado psiquiátrico	,284
Situación familiar / social	,246
Situación legal	,207
Consumo drogas	,104
Empleo / soportes	-,035

En la Tabla 17 se muestra el resumen de la matriz de estructura del análisis discriminante mediante el método de inclusión por pasos realizado con todas las variables predictoras juntas. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados con la única variable que entró en el análisis (consumo de alcohol) fue del 55,7%.

Tabla 17. Análisis discriminante (inclusión por pasos) sobre la abstinencia

Variables incluidas en el análisis	Función
Puntuación compuesta Consumo alcohol	1,000

8.5. Coste-efectividad

En este apartado se compararan los costes derivados de aplicación del tratamiento estándar (Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre, TAC) y los derivados del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo II, es decir, en el que la magnitud del reforzador ha sido mayor. Se ha calculado únicamente el coste del programa con la magnitud de incentivos mayor por ser el más costoso aunque también el más eficaz. No se ha calculado el coste de aplicación del Programa CRA más terapia de incentivos I por ser el mismo que el programa CRA más incentivos II excepto en el apartado de adquisición de incentivos, que sería aproximadamente la mitad.

Para realizar estos cálculos se han utilizado las categorías recogidas en el *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)* (French, 2002a, 2002b). No obstante, los gastos imputables a servicios contratados, instalaciones y equipamiento no se han tenido en cuenta, por entender que son equiparables en ambos programas, por lo que solo se han calculado los costes directos de la aplicación de ambos programas, en los que sí existían diferencias de costes. Para computar los gastos de personal, se han calculado las horas de trabajo necesarias para la aplicación de los programas, teniendo en cuenta que el personal responsable fueran psicólogos clínicos.

El cálculo de los costes de aplicación de ambos programas se ha hecho en base a los costes del tratamiento de 10 pacientes (número medio de los grupos de terapia) durante los seis meses de tratamiento. En la Tabla 18 aparecen los costes asociados a cada categoría, en cada tipo de tratamiento.

Tabla 18. Costes directos de los tratamientos

	Costes asociados (en euros)	
	Tratamiento estándar	CRA más incentivos
Personal		
- Fase de evaluación	750	500
- Terapia grupal	1.000	1.100
- Sesiones individuales	750	750
- Realización analíticas	300	375
- Grupos de apoyo a las familias	300	-
- Otros grupos psicoeducativos y talleres	75	-
Material fungible		
- Pruebas bioquímicas (analíticas)	960	1.200
Otros gastos		
- Búsqueda de recursos	-	640
- Adquisición de incentivos	-	1000
- Gestión del programa de incentivos	-	300
TOTAL	4.135€	5.865€

Los costes de personal se han calculado en función de las horas de trabajo necesarias para atender a 10 pacientes. Se ha calculado la hora de trabajo, de acuerdo a unos honorarios de 2.000€ mensuales, con una jornada de 40 horas semanales (160 horas mensuales), por lo que el coste de hora de trabajo sería de 12,5€. La fase de evaluación en el tratamiento estándar tiene una duración aproximada de un mes, en el que los terapeutas ven a los pacientes (de forma individual durante una hora) unas 6 veces ($6\text{citas} \times 12,5\text{€hora} \times 10\text{pacientes}=750\text{€}$). En el grupo CRA más incentivos, la evaluación se realiza en unas dos semanas, en las que se cita a los pacientes, también individualmente, en unas 4 ocasiones ($4\text{citas} \times 12,5\text{€hora} \times 10\text{pacientes}=500\text{€}$). La terapia grupal en ambos grupos se realiza dos veces por semana, durante el resto de meses (5 meses en el tratamiento estándar y 5,5 en el grupo CRA más incentivos). La duración de la terapia grupal, en la que todos los pacientes son atendidos conjuntamente, es de dos horas. Por lo tanto, el tratamiento estándar tendría un coste de $40\text{sesiones} \times 12,5\text{€hora} \times 2\text{horas}=1.000\text{€}$ frente a $44\text{sesiones} \times 12,5\text{€hora} \times 2\text{horas}=1.100\text{€}$. El número de sesiones individuales en ambos tratamientos depende de las necesidades de cada paciente. No obstante, la media es de una sesión individual al mes, de una hora de duración en ambos tratamientos. Esto es: $6\text{citas} \times 12,5\text{€hora} \times 10\text{pacientes}=750\text{€}$. El tiempo que los terapeutas invierten en la realización de las

analíticas también ha sido computado. En el tratamiento estándar se hacen dos analíticas semanales durante los seis meses. El tiempo que se tarda en hacer las analíticas de 10 pacientes es de una media hora, por lo que $48\text{citas} \times 12,5\text{€hora} \times \frac{1}{2}\text{hora}=300\text{€}$. En el caso del grupo CRA más incentivos, se realizan tres analíticas semanales durante los primeros tres meses, y dos analíticas semanales durante los segundos tres meses. Por lo tanto $60\text{citas} \times 12,5\text{€hora} \times \frac{1}{2}\text{hora}=375\text{€}$. El tratamiento estándar, como se ha explicado en el apartado de procedimiento, cuenta con grupos de apoyo para los familiares, que se realizan una vez a la semana, durante una hora $24\text{sesiones} \times 12,5\text{€hora}=300\text{€}$. Además, se realizan otro tipo de grupos psicoeducativos o talleres de una hora de duración, con una frecuencia aproximada de una vez al mes ($6\text{talleres} \times 12,5\text{€hora}=75\text{€}$).

Respecto al número de analíticas, como se ha dicho, el tratamiento estándar realiza un total de 48 analíticas por paciente, con un coste de 2€ cada analítica, por lo que $48\text{pruebas} \times 2\text{€} \times 10\text{pacientes}=960\text{€}$. En el caso del grupo CRA más incentivos, el total de analíticas realizadas es de 60 ($60\text{pruebas} \times 2\text{€} \times 10\text{pacientes}=1.200\text{€}$).

El programa de incentivos, teniendo en cuenta que se puso en marcha una campaña de búsqueda de recursos para su financiación, tiene tres gastos asociados. En primer lugar, la puesta en marcha de la campaña anteriormente mencionada. El coste total de la campaña fue de 1.920€, con lo que se consiguieron incentivos para 29 pacientes, por lo que el coste para 10 pacientes sería $1.920\text{€}/3=640\text{€}$. En segundo lugar, como se ha comentado en el apartado de resultados, los incentivos obtenidos con la búsqueda de recursos cubrieron un 80% del gasto imputable al programa de incentivos, por lo que se adquirieron incentivos por valor de 3.000 € para los 29 pacientes. El gasto proporcional para 10 pacientes sería entonces de 1.000€. Por último, la gestión del programa de incentivos (registro y cálculo de los puntos, intercambio de puntos por incentivos, etc.) tiene un coste asociado, ya que requiere el uso de una media hora previa a cada sesión de terapia. Por lo tanto, $48\text{sesiones} \times 12,5\text{€hora} \times \frac{1}{2}\text{hora}=300\text{€}$.

Según los datos presentados, el coste por paciente atendido en el programa estándar ascendería a 413,5€ frente a 586,5€ en el programa CRA más terapia de incentivo.

No obstante, si dividimos el coste total entre el número de pacientes que continúan en tratamiento a los seis meses, las cifras son ligeramente diferentes. En este caso, de cada diez pacientes que empiezan en el grupo estándar, sólo cuatro finalizan los seis meses de tratamiento, por lo que el coste por paciente con éxito sería de 1.033,7€. En el programa CRA más incentivos, siete de cada diez pacientes completan los seis meses de tratamiento, por lo que el coste por cada paciente retenido ascendería a 837,8€.

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de esta Tesis Doctoral era valorar la eficacia de un programa de tratamiento para la adicción a la cocaína (CRA más Terapia de Incentivo) y su adaptación a un contexto comunitario en España. La justificación para la realización de una investigación con este propósito viene avalada por varias razones: por una parte, el consumo de cocaína, y por tanto, los problemas asociados a éste, se han incrementado de forma significativa durante los últimos años. Como consecuencia de ello, las demandas de tratamiento para la adicción a esta sustancia también se han incrementado, hasta el punto de convertirse en la adicción que más nuevas demandas provoca en los recursos asistenciales especializados de nuestro país. Sin embargo, y a pesar de esta realidad, apenas existe evidencia sobre terapias eficaces para esta adicción, con la excepción de la Prevención de Recaídas y, sobre todo, de los programas de Manejo de Contingencias, basados en el empleo de incentivos. En este sentido, el programa CRA más Terapia de Incentivo es el que parece contar con mayor respaldo empírico, desde la publicación del primer estudio a principios de los años 90 del pasado siglo (Higgins et al., 1991). Desde entonces, se han publicado ya en torno a veinte estudios clínicos bien controlados, que han demostrado la eficacia de este protocolo de tratamiento. Sin embargo, todos estos trabajos han sido realizados en Estados Unidos y la gran mayoría de ellos en contextos, que podríamos calificar como semi-experimentales (en el contexto de una clínica universitaria). De hecho, uno de los inconvenientes de este tipo de programas a los que se suele aludir es su limitación para ser desarrollados en contextos naturales o comunitarios, tanto debido al coste directo de los mismos, como a la dificultad para manejar la aplicación de los incentivos.

Nosotros pensamos que este hecho (la escasa evidencia acerca del funcionamiento de este programa en contextos comunitarios) era una buena razón para intentar desarrollar el proyecto del cual forma parte esta Tesis Doctoral.

Una primera dificultad que plantean los programas que emplean incentivos es la **obtención de los recursos** necesarios para cubrir las necesidades que plantean este tipo de estrategias. En nuestro caso, optamos por analizar la posibilidad de financiar el programa de incentivos a través de donaciones de instituciones y empresas públicas y privadas. Con el protocolo de búsqueda de recursos no pretendíamos obtener la financiación para la totalidad del programa, sino únicamente, valorar la viabilidad de

poder acceder a esta fuente de financiación para el desarrollo de los programas de MC basados en incentivos.

Creemos que los resultados de esta primera fase de la investigación muestran una forma probable de reducir los costes de estos programas, ya que parece viable implementar un programa con incentivos a través de donaciones públicas y privadas. La eficiencia de este procedimiento queda reflejada si tenemos en cuenta la diferencia existente entre los costes del mismo y los beneficios obtenidos. Incluso, creemos que esta eficiencia puede aumentar si tenemos en cuenta la sostenibilidad de las donaciones, es decir, el compromiso y la voluntad de muchas empresas e instituciones de seguir colaborando con el proyecto. En realidad, los bienes y servicios cedidos por las empresas colaboradoras suponen cantidades relativamente pequeñas que, de hecho, en muchos casos, apenas implican ningún coste para la propia empresa.

La tasa de respuestas positivas (38% del total de las contactadas) es ligeramente superior a las encontradas en otros estudios similares. Por ejemplo, en los estudios de Amass y Kamien (2004), las tasas de respuestas positivas se situaron entre el 19% y el 26%, dependiendo de las ciudades. Esto puede ser debido a pequeñas diferencias en los procedimientos de búsqueda de recursos, a las características socio-culturales de la región en la que fue llevado a cabo este estudio y al contexto en que fue aplicado. Asturias es una región pequeña, con un millón de habitantes aproximadamente y con un nivel socioeconómico medio o medio-bajo (si se compara con la mayoría de las Comunidades Autónomas españolas y con las ciudades norteamericanas en donde se aplicaron protocolos similares). En esta región tampoco son habituales las campañas de solicitud de donaciones para programas comunitarios (aunque sea con fines diferentes al nuestro). Aunque a primera vista esto pueda parecer un inconveniente, tal vez sea todo lo contrario, ya que muchas pequeñas empresas consideran esta opción por primera vez y la estudian con interés. Quizás en grandes ciudades en las que las campañas de búsqueda de recursos son más habituales, las empresas desechen estas propuestas más fácilmente, bien porque ya colaboren con otros proyectos, o bien porque estén saturados de solicitudes de donaciones. Esta causa puede ser la que explique también la menor colaboración de las grandes empresas frente a las pequeñas.

Por otra parte, el contexto particular en el que se está aplicando este programa (Proyecto Hombre) es ampliamente conocido en este país, ya que se trata del principal servicio asistencial para adictos a sustancias en España. Esta asociación no lucrativa goza de cierta popularidad en esta región y cuenta con el apoyo y financiación de los servicios sanitarios públicos. En el primer contacto con las empresas, se dejaba patente que la solicitud de colaboración se hacía en nombre de la Universidad y también de Proyecto Hombre, por lo que creemos que esto puede haber facilitado la decisión de colaborar de muchas empresas e instituciones.

En el trabajo de Amass y Kamien del 2004 se apuntaba como limitación el tipo de población con la que se trabajaba (mujeres fumadoras embarazadas). En nuestro caso, en todo momento se hizo referencia a que las donaciones solicitadas serían utilizadas por personas adictas a la cocaína y los resultados obtenidos han sido igualmente buenos.

Este método puede tener además ciertas ventajas sobre los métodos tradicionales de entrega de incentivos. El hecho de tener vales físicos que el paciente puede canjear en la empresa o institución colaboradora, puede reducir aún más el coste derivado de este tipo de programas. Habitualmente, es el personal de la clínica el que se encarga de comprar los incentivos para los pacientes, y esto tiene un coste asociado de tiempo y dinero cada vez que un paciente quiere obtener un incentivo. Por otra parte, creemos que este método ayuda a incrementar también contigüidad temporal entre la conducta objetivo y el reforzador seleccionado. No obstante, un inconveniente asociado a este método es que los pacientes tienen un listado cerrado de reforzadores entre los que escoger, por lo que es necesario contar con la suficiente variedad de incentivos para que cubra las necesidades y gustos de los pacientes.

Como hemos presentado en los resultados, creemos que existen ciertas variables que pueden influir en la decisión final de colaborar o no de las empresas. Estas variables pueden no ser generalizables a cualquier tipo de contexto, pero el conocimiento de las mismas, puede servir de guía para futuras búsquedas de recursos. De acuerdo con lo descrito, podríamos pensar que es más útil contactar con empresas pequeñas que grandes. En el mismo sentido, se podría maximizar el tiempo empleado, olvidándonos de aquellas empresas que tardan más de un mes en darnos una respuesta definitiva.

En cuanto al sector empresarial, hemos visto que las empresas que ofrecen prensa diaria, transporte y servicios de ocio son, con gran diferencia, las que más colaboran con este tipo de proyectos. Esto tiene sentido si pensamos que la principal razón que se les ofrece a los donantes potenciales, y que a su vez es, uno de los principales apoyos a la Terapia de Incentivos, es que estos necesitan cambiar su estilo de vida, y en concreto la utilización de su tiempo de ocio, por lo que estos tres sectores encajarían perfectamente en este objetivo (Higgins, 1997; Petry, 2000).

Por último, creemos que la utilización de campañas de donaciones para reducir costes de los tratamientos mediante incentivos puede ser una buena opción para aquellos programas que cuenten con un mínimo de personal, como es el caso de Proyecto Hombre en España o los servicios asistenciales públicos. En programas más pequeños, es posible que no se pueda llevar a cabo este procedimiento, por necesitar, al menos al principio, el personal necesario para desarrollar todo el protocolo de búsqueda de recursos. En los recursos asistenciales de menor tamaño, el trabajo de los terapeutas y del resto del personal se centra preferentemente en la atención a los pacientes, por lo que puede resultar muy costoso dedicar, durante unos meses, parte de la jornada laboral a contactar con empresas e instituciones. Para aquellos programas que puedan contar con los recursos necesarios, la puesta en marcha de la campaña puede ser costosa, pero la sostenibilidad a largo plazo de las colaboraciones necesita posteriormente muy poco tiempo y recursos.

Un inconveniente añadido, y difícil de valorar de forma operativa, supone el hecho de que, a diferencia de la cultura norteamericana (y en general, anglosajona) y la de algunos países europeos, en nuestro país no es habitual la utilización de vales (o de estrategias similares) como estrategia para incentivar las conductas que se pretenden establecer. Esto es aún más cierto en el ámbito de los tratamientos psicológicos (de abuso de drogas o de cualquier otro trastorno), y más aún en el contexto de los servicios asistenciales de carácter público. Existe, por tanto, una barrera evidente, de carácter cultural, para el desarrollo de este tipo de protocolos. De hecho, en el momento de proponer la realización del estudio a los responsables de Proyecto Hombre, se pusieron de manifiesto ciertos inconvenientes que cuestionaban la “filosofía” del uso de incentivos. Sin embargo, las valoraciones de proceso realizadas mostraron que el empleo de incentivos se podía ajustar perfectamente a los programas de tratamiento

comunitarios existentes en nuestro país, al igual que en las valoraciones de proceso realizadas en Estados Unidos (Kellogg et al., 2005; Kirby et al., 2006). Buena prueba de ello es que la Asociación Proyecto Hombre decidió seguir participando en el proyecto, en su segunda fase de desarrollo que dio comienzo a principios del presente año. No obstante, debemos reconocer la existencia de esta limitación y vemos por ello la necesidad de realizar cierta labor pedagógica, de cara a explicar los beneficios del uso de incentivos, así como su capacidad de ajuste en los recursos de atención a las drogodependencias.

En concreto, nosotros pensamos que determinados aspectos organizacionales y culturales de nuestro país ofrecen algunas ventajas para la utilización de los programas de incentivos, en comparación a otros países, como Estados Unidos. Nos referimos al hecho de que en España, los organismos y las instituciones públicas manejan directamente una enorme cantidad de recursos, bienes y servicios (reforzadores) que son ideales para utilizar en los programas de incentivos (cursos de formación, empleo, servicios culturales, deportivos, espectáculos, etc.). Creemos que la adecuada organización y gestión de dichos recursos para la utilización en estos programas no supondría un alto coste y podría ayudar a mejorar los resultados de los programas de tratamiento. Un buen espejo al que poder mirarnos es el de la organización de los recursos asistenciales para drogodependientes de la ciudad de Nueva York, en donde se han incorporado los programas de MC mediante el uso de incentivos, como estrategia general y habitual para afrontar los problemas de abuso de drogas (Kellogg et al., 2005).

Una vez comentados algunos aspectos relativos al coste y a la viabilidad de los programas con incentivos, como el que se ha empleado en esta Tesis, pasaremos a discutir los datos relativos a la **valoración de la efectividad** de los tratamientos ensayados.

Por lo que se refiere a las **características de los participantes** en la línea base, antes de la aplicación de los tratamientos, los resultados de los análisis mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas sólo en tres de las 39 variables en las que se compararon los tres grupos experimentales. Estas variables tenían que ver con la situación laboral de los pacientes y con el consumo de alcohol. En el caso del alcohol, las diferencias se encontraron en un sólo ítem del EuropASI (consumo continuado de

más de tres días por semana o consumos importantes de al menos 2 días de consumo esporádico masivo por semana, durante 6 meses o más), pero no se reflejaron en la puntuación compuesta del EuropASI que valora la problemática general relacionada con el consumo de alcohol, ni en el MAST (el instrumento que se utilizó para valorar el posible abuso/dependencia del alcohol). Tomando en conjunto estos datos, creemos que se puede afirmar que no existían diferencias fundamentales entre los grupos antes del tratamiento, en lo que al uso/abuso de alcohol se refiere.

Por otra parte, parece que los sujetos del grupo CRA más incentivos I se encontraban en una mejor situación laboral que los sujetos de los otros dos grupos. Es difícil valorar la posible influencia de esta diferencia en los resultados del tratamiento, aunque, si tenemos en cuenta los resultados de los análisis discriminantes, que más adelante comentaremos, nos inclinamos a pensar que tal influencia ha sido más bien escasa.

En cualquier caso, las diferencias en tales puntuaciones no mostraron ninguna tendencia estable acerca de la situación general de cualquiera de los grupos en comparación con la de los otros dos. Es decir, no parece que ninguno de los grupos de tratamiento se encontrara en una situación clínica más desfavorable ni más favorable en la línea base, en comparación con las otras condiciones de tratamiento.

Las dos variables dependientes más importantes que se tuvieron en cuenta para evaluar el **efecto de los tratamientos** fueron la retención y el consumo de cocaína, valorados ambos a los seis meses de tratamiento.

La **tasa de abandono** global a los seis meses de tratamiento se situó en el 51,5%. Esta cifra es significativamente inferior a la media encontrada en otros estudios realizados en programas similares. Como también se ha encontrado en estudios previos, la mayoría de los abandonos ocurrían en las primeras semanas del tratamiento. Es conocido que estos abandonos son los más graves (los que tienen peor pronóstico) y que la probabilidad de una permanencia continuada en el programa aumenta considerablemente después de los primeros meses. Así, la representación gráfica de las curvas de retención da lugar a un patrón característico en forma de hipérbola, que es el

mismo para todos los programas (sobre todo los “libres de drogas”, orientados a la abstinencia), aunque difieren en las tasas absolutas de retención.

Los tres grupos alcanzaron tasas de retención considerables. Sin embargo, las tasas de retención al mes, a los tres meses y a los seis meses de tratamiento fueron superiores en los grupos de CRA más terapia de incentivo, en comparación al grupo de tratamiento estándar. De hecho, la tasa de retención a los seis meses de tratamiento en el grupo de incentivos de magnitud superior casi dobló a la del grupo estándar (69% frente a 36,5%). Al mismo tiempo, el grupo de incentivos de magnitud superior alcanzó mejores tasas de retención que el grupo de terapia de incentivos de magnitud inferior. Es decir, se encontró un efecto dosis-respuesta entre los incentivos y la retención. En la medida en que se incrementó la magnitud de los reforzadores (el valor de los incentivos) se obtuvieron mejores resultados.

Las diferencias en las tasas de retención sólo alcanzaron significación estadística en las comparaciones entre los dos grupos extremos (el tratamiento estándar sin incentivos y el tratamiento con incentivos de mayor magnitud). La influencia de la magnitud del reforzador, junto con la de otros parámetros que afectan directamente a esta variable (el programa de reforzamiento -continuo o intermitente- o su duración en el tiempo) es, de hecho, uno de los aspectos cuyo análisis merece mayor atención por parte de los investigadores. En general, los resultados de los estudios señalan que existe una relación directa entre la magnitud del reforzador y los resultados en la variable retención (Higgins et al., 2007).

La tasa de retención a los seis meses obtenida en nuestro estudio (69% en el grupo de incentivos de magnitud superior) es similar a las halladas en estudios en donde se aplicó este mismo programa en formato individual. En dichos trabajos, las tasas de retención a los seis meses de tratamiento van desde el 56% hasta el 75% (Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 2007; Higgins et al., 2003; Higgins, Wong et al., 2000). La tasa de retención más alta obtenida en estudios previos se sitúa en el 75% (Higgins, Budney et al., 1994). De todas formas, éste fue uno de los primeros trabajos publicados por el grupo de Higgins, con sólo 40 pacientes. Todos los trabajos posteriores tuvieron tasas de retención ligeramente más bajas que el estudio de 1994, y a su vez más bajas que las que hemos encontrado en nuestro estudio. No obstante, se debe

decir, que la magnitud del reforzamiento durante los segundos tres meses de tratamiento, en muchos de los estudios de Higgins, se reduce más que en nuestro estudio. Se debe recordar que en nuestro caso se pasó de un programa de reforzamiento continuo durante las doce primeras semanas, a un reforzamiento intermitente, con una probabilidad del 50%. En algunos de los estudios previos de este grupo de investigación, los reforzadores durante los tres últimos meses, consistían en un boleto de lotería por valor de un dólar, por cada analítica negativa. Se podría pensar entonces, que la mayor magnitud de los reforzadores durante los últimos tres meses de tratamiento parece mejorar las tasas de retención en el tratamiento.

El efecto de la magnitud del reforzador en la retención en el tratamiento se hace más visible a medida que pasa el tiempo. Mientras que en el grupo CRA más incentivos I (magnitud baja), las tasas de retención durante los dos primeros meses son prácticamente iguales que en el grupo CRA más incentivos II (magnitud alta), tras el tercer mes, la retención desciende más rápidamente en el grupo con la magnitud baja que en el grupo con la magnitud alta. De este modo, parece que la relación entre la magnitud del reforzador y la retención no sigue una función constante, sino que su efecto es mayor en la retención a largo plazo.

Cuando se valora la retención en función del promedio de semanas en tratamiento, se observa la misma relación: el grupo de incentivos II obtuvo mejores resultados que el grupo de incentivos I (19 y 17 semanas respectivamente) y este último mejores que el tratamiento estándar (14 semanas).

En conclusión, y por lo que se refiere a la retención de los pacientes (en términos de tasas de retención y de promedio de semanas en tratamiento), los resultados mostraron que los grupos de CRA más incentivos obtuvieron mejores resultados que el tratamiento estándar, y el grupo de CRA más incentivos de magnitud superior, mejores resultados que el grupo de CRA más incentivos de magnitud inferior. Teniendo en cuenta los inconvenientes existentes (y que más adelante comentaremos) para comparar estos datos con los obtenidos en estudios previos, se puede afirmar que nuestros resultados son equiparables e, incluso, superiores, a los obtenidos en estudios similares, publicados fuera de nuestro país.

Antes de comentar los resultados relativos al **consumo de cocaína**, resulta de interés hacer mención a dos cuestiones que afectan a la valoración de esta variable. En este estudio hemos codificado las analíticas no realizadas como muestras positivas, siguiendo el método recomendado por Nathan y Lansky (1978) para la evaluación de los tratamientos de las drogodependencias, que, por otra parte, es el método que siguen la gran mayoría de los estudios publicados. Una estrategia alternativa sería considerar las muestras de analíticas perdidas como datos perdidos, con el fin de evitar que el porcentaje de muestras positivas se viera afectado por los datos perdidos. En el mismo sentido, al igual que en la mayoría de las investigaciones, nosotros hemos considerado que los pacientes que abandonan en algún momento el tratamiento no mantienen la abstinencia continuada. Otra opción hubiera sido calcular la abstinencia continuada solo con los datos de los pacientes que permanecen en el tratamiento (sin tener en cuenta los abandonos). Esto evitaría la influencia de las tasas de retención sobre la evaluación de la abstinencia y el posible sesgo de atribuir consumo a pacientes que pueden seguir abstinentes, a pesar de haber abandonado el tratamiento. En nuestro caso, esta alternativa hubiera tenido la desventaja de reducir el tamaño de la muestra, con el consiguiente efecto sobre la posibilidad de realizar determinados análisis estadísticos.

Con respecto al consumo de cocaína, los análisis realizados mostraron también que los grupos de CRA más incentivos obtuvieron mejores resultados que el grupo de tratamiento estándar. El consumo de cocaína (medido en términos de porcentaje de analíticas positivas y de tasas de abstinencia continuada) fue significativamente inferior en los grupos experimentales, en comparación con el grupo control.

En general, en términos de porcentaje de analíticas positivas, se detecta un bajo consumo de drogas entre los pacientes que permanecen en el tratamiento (estándar o CRA más incentivos). Este “efecto suelo”, que se ha encontrado también en otros estudios, puede haber contribuido a limitar la posibilidad de detectar diferencias significativas entre los grupos. De cualquier forma, los datos indican una clara tendencia de menor consumo en los grupos experimentales, en comparación al grupo control. El porcentaje de analíticas del grupo de tratamiento estándar fue superior al encontrado en los dos grupos experimentales. De hecho, las analíticas positivas del grupo control cuadruplicaron a las del grupo de incentivos de magnitud superior.

Por lo que se refiere a la abstinencia continuada, los resultados mostraron que los grupos de CRA más incentivos superaron sistemáticamente al grupo de tratamiento estándar. A lo largo de toda la intervención (con excepción del cuarto mes), se observó también una clara tendencia a favor del grupo de mayor magnitud de incentivos, en comparación con el de menor magnitud.

Así mismo, el promedio de meses de abstinencia continuada fue superior en los sujetos del grupo de incentivos II, que en el grupo de incentivos I, y en estos dos grupos superior a los sujetos del tratamiento estándar. Así pues, los datos relativos al consumo de cocaína siguen la misma tendencia que los resultados acerca de la retención.

Podemos afirmar, en lo que se refiere a la abstinencia continuada, que nuestros datos se sitúan en la escala más alta, cuando los comparamos con los obtenidos en estudios similares. Por ejemplo, la duración media de la abstinencia continuada se sitúa en torno a las 10 semanas en estudios previos (Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 2007) frente a las 15 semanas en nuestra investigación. El porcentaje de sujetos que se mantienen abstinentes durante los seis meses de tratamiento se sitúa en torno al 25% en estudios anteriores (Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 2007), en comparación al 35,6% (media de ambos grupos de incentivos) en nuestro caso.

No obstante, debemos señalar la dificultad de comparar los resultados de nuestro estudio con los obtenidos en los estudios previos norteamericanos. Se trata de programas aplicados en contextos diferentes y, al menos en parte, con sujetos también diferentes, especialmente por lo que se refiere al patrón de consumo de cocaína. Así, en los últimos estudios publicados, es relativamente frecuente en esta población el uso inyectado de cocaína o bien el consumo de crack. El crack es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato (“base libre”). Este tipo de cocaína viene en forma de cristales de roca, que se pueden calentar y cuyos vapores se fuman, siendo rápidamente absorbida por los pulmones y produciendo una euforia y estimulación general de forma inmediata. Las vías de administración intravenosa y fumada suponen un patrón de consumo de mayor gravedad, que es totalmente excepcional en nuestro entorno, pero no así en otros contextos. Por ejemplo, en el último estudio publicado por el equipo del profesor Higgins, el 46% de los sujetos fumaba crack y el 14% se inyectaba (Higgins et al., 2007). Sin duda, el perfil diferente

de los pacientes (a pesar de tratarse de adictos a la cocaína, en todos los casos) puede influir de forma significativa en los resultados de la intervención.

En cualquier caso, y volviendo al análisis de nuestros datos, se encontró también un efecto dosis-respuesta entre los incentivos y el consumo de cocaína durante el tratamiento, al igual que ocurría con las tasas de retención. Ambos grupos de incentivos obtuvieron menores tasas de consumo que el tratamiento estándar y, en la medida en que se incrementó la magnitud de los reforzadores (es decir, el valor de los incentivos), se redujo el consumo de cocaína.

Los mejores resultados observados en la abstinencia, en la condición de magnitud superior, en comparación con el de magnitud inferior, son consistente con los resultados de estudios previos (Dallery et al., 2001; Higgins et al., 2007; Petry et al., 2004; Silverman et al., 1999). Dos de estos estudios fueron llevados a cabo con pacientes ingresados en un programa ambulatorio para el tratamiento de la adicción a la cocaína, similares al de nuestro estudio (Higgins et al., 2007 y Petry et al., 2001) y los otros dos, con adictos a la heroína en programas de metadona, que también consumían cocaína. De cualquier forma, como antes comentamos, se requiere de más estudios que analicen con más precisión el efecto de la magnitud de los reforzadores sobre los resultados de los programas de MC mediante el uso de incentivos, en el tratamiento de la adicción a las drogas.

Las diferencias halladas entre los grupos de CRA más incentivos y el tratamiento estándar son evidentes, pero, en algunos casos no alcanzan a las obtenidas en estudios previos. Cuando el programa CRA más Terapia de Incentivo ha sido comparado con otros tratamientos, lo ha hecho con otros protocolos de signo muy diferente a este modelo de intervención. En general, ha sido comparado con intervenciones basadas en el modelo médico, en el modelo de doce pasos o con otro tipo de intervenciones que obtienen tasas de retención y abstinencia bastante más bajas que el programa CRA más incentivos. En nuestro caso, hemos comparado CRA más Terapia de Incentivo con un tratamiento, en gran medida, cognitivo-conductual, que, por tanto, guarda algunas similitudes con algunos de los componentes de la CRA. Eso explica que los resultados alcanzados por el tratamiento estándar sean también muy aceptables. Este hecho también puede explicar, en parte, porqué en estudios previos se

suelen alcanzar mayores diferencias entre el grupo experimental (CRA más incentivos) y los grupos comparativos.

Las tasas de abstinencia y retención obtenidas por los tratamientos ensayados tienen una indudable relevancia clínica, ya que los resultados de múltiples estudios muestran cómo la retención y la abstinencia durante las primeras semanas del tratamiento son los predictores más importantes de la abstinencia a largo plazo (Higgins, Badger et al., 2000). La abstinencia alcanzada durante el curso del tratamiento predice la abstinencia durante el seguimiento (Bovasso y Cacciola, 2003; Carroll, Power, Bryant y Rounsaville, 1993; Higgins et al., 2007; Higgins, Wong et al., 2000). En particular, en los estudios en donde se empleó el programa CRA más incentivos, la abstinencia continuada durante el tratamiento se mostró como el predictor más potente de la abstinencia en el postratamiento (Higgins, Badger et al., 2000; Higgins et al., 2007; Higgins, Wong et al., 2000).

Estos resultados obtenidos en los seguimientos a largo plazo demuestran cómo los efectos de los programas basados en el manejo de contingencias no están limitados al periodo en el que se lleva a cabo la intervención, sino que éstos se mantienen a largo plazo. De hecho, muchos autores sugieren que la eficacia del programa a largo plazo reside, al menos en parte, en su capacidad para lograr periodos iniciales de abstinencia y de retención en la mayoría de los pacientes.

Otra explicación complementaria del efecto del programa CRA más incentivos, tal y como ya se ha comentado anteriormente, se basa en su virtud para combinar la manipulación de contingencias “artificiales” y “naturales” que estarían manteniendo la abstinencia (Higgins, 1996). Las contingencias naturales, que son las que finalmente controlarán esta conducta, se trabajarían con los módulos terapéuticos que forman la CRA: habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en relaciones sociales, abuso de otras sustancias y manejo de otros trastornos asociados. La Terapia de Incentivo, por su parte, se situaría en el polo de las contingencias artificiales, que son las que facilitan la abstinencia inicial y la retención en el tratamiento, al tratarse de un programa de MC en el que los pacientes ganan vales que cambian por diferentes bienes y servicios, si se mantienen abstinentes de cocaína.

Los tratamientos que se sitúan más cerca del polo natural deberían tener más ventajas que los situados en el polo contrario, al menos en lo que se refiere a la abstinencia a largo plazo, ya que las contingencias “naturales” son las que, al final, deben mantener cualquier cambio terapéutico. Por otra parte, la conducta operante es altamente sensible a la precisión de las contingencias que la controlan, y una ventaja de los tratamientos más cercanos al polo “artificial” es que estas contingencias pueden ser manipuladas de forma más precisa que las “naturales”.

Todas estas observaciones sugieren que, quizás, la mejor aproximación sería una combinación de contingencias naturales y artificiales durante las primeras etapas del tratamiento, para después tratar de mantener los cambios terapéuticos bajo contingencias naturales, una vez que se ha conseguido un primer periodo de abstinencia. Precisamente, nosotros pensamos que esta es una de las fortalezas del programa CRA más incentivos.

Como acabamos de comentar, el uso de vales reforzadores de la abstinencia (contingencias artificiales) se hace particularmente intensivo durante las primeras semanas del tratamiento, pero, de hecho, estos vales suponen el acceso a reforzadores naturales que, al menos en parte, son seleccionados por el terapeuta. Estos reforzadores naturales van en consonancia con los objetivos del tratamiento y con las necesidades individuales que presenta cada paciente. Una cuestión de gran interés, que todavía no ha sido analizada y que escapa al alcance de nuestro estudio, tiene que ver con la explicación del efecto de los incentivos, tal y como se emplean en este tipo de programas. Es decir, hasta qué punto el efecto de los incentivos tiene que ver con las contingencias artificiales, o bien con lo que implican respecto a la posibilidad de acceso a reforzadores naturales, que mantendrán la conducta adquirida, o quizás, a una combinación de ambas.

Como ya se ha comentado sobradamente, una barrera que con frecuencia se esgrime para la aplicabilidad y diseminación de este tipo de intervenciones es su relativo alto coste y la dificultad de aplicarlas en contextos comunitarios. En nuestro caso, pensamos que una forma alternativa de reducir los costes del protocolo de CRA sería aplicar algunos de sus componentes en formato de grupo. Precisamente, la aplicación de estos tratamientos en formato grupal es uno de los aspectos que el NIDA se ha planteado

recientemente con el fin de valorar la efectividad y la adaptabilidad de los mismos. A la vista de los datos obtenidos, no parece que el formato grupal que nosotros hemos empleado disminuya la eficacia del programa CRA más Terapia de Incentivo. Como ya se ha comentado, las tasas de retención y abstinencia obtenidas en nuestro estudio son muy similares, y en algunos casos superiores, a los de estudios en los que la aplicación se ha hecho de forma individual (Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 1993). Es evidente que algunos de los componentes del protocolo CRA resultan de difícil adaptación a un formato de terapia grupal (como por ejemplo, la terapia de pareja o el abordaje de trastornos psicopatológicos asociados), pero, al mismo tiempo, pensamos que otros componentes de dicho programa, en especial, los relativos al entrenamiento de habilidades y Prevención de Recaídas, pueden ser perfectamente ajustables a un formato en grupo, sin que por ello tengan porqué perder efectividad.

Para comprobar esta hipótesis sobre la eficacia diferencial de la aplicación del programa CRA más incentivos en formato grupal frente al formato individual, nuestro grupo de investigación ha comenzado a desarrollar un nuevo estudio en el que se compararán estos dos formatos de aplicación.

Una vez comentados los resultados relativos a las dos variables dependientes más importantes (retención y consumo de cocaína), pasaremos ahora a revisar los resultados de los tratamientos sobre el resto de las **variables clínicas**.

En los estudios sobre eficacia de los tratamientos por abuso de drogas es muy frecuente la inclusión de múltiples medidas y de una amplia gama de áreas de funcionamiento, directa o indirectamente afectadas por el consumo de drogas y por el tratamiento. Estas variables hacen referencia a la “amplitud del cambio”, ya que los progresos obtenidos gracias al tratamiento normalmente se generalizan a otras áreas del estilo de vida de los pacientes. Además de las conductas de consumo (por ejemplo, tasas de abstinencia o abstinencia continuada), es muy habitual la valoración de otras variables que están relacionadas con los objetivos que persiguen la mayoría de los programas terapéuticos. La conducta delictiva, la actividad formativa o laboral, la situación familiar, las actividades de ocio, y el estado general de salud son variables muy habituales en los estudios sobre la eficacia de los tratamientos. En nuestro caso, se ha evaluado la evolución de los pacientes en las siete áreas del EuropASI (situación

médica, situación laboral/soportes, consumo de alcohol/otras drogas, problemas legales, relaciones familiares/sociales y estado psiquiátrico), en las puntuaciones en el SCL-90-R, en las puntuaciones en el MAST y en el BDI.

Como se observó en el apartado de resultados, los pacientes de las tres condiciones experimentales mejoraron su situación en las variables clínicas que se tuvieron en cuenta, aunque esta mejoría fue más evidente en los dos tratamientos con incentivos. Esta tendencia se observó, además, en todos los instrumentos que se emplearon para la evaluación de los pacientes. Así, en las puntuaciones del EuropASI del grupo de CRA más incentivos II, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en seis de las siete áreas del instrumento, frente a dos áreas en el grupo de incentivos I y un área en el grupo de tratamiento estándar. La misma relación se observó en la evolución de las puntuaciones del SCL-90-R: el grupo de CRA más incentivos II obtuvo reducciones significativas en todas las puntuaciones, el grupo de incentivos I en cuatro puntuaciones, y el grupo de tratamiento estándar en dos.

Las puntuaciones obtenidas por todos los grupos en el MAST alcanzaron reducciones estadísticamente significativas, por lo que se puede afirmar que en general, desde un punto de vista clínico, los pacientes que se mantenían durante seis meses en cualquiera de los tratamientos, consumían menos alcohol y tenían menos problemas asociados al consumo de esta sustancia.

Exactamente lo mismo se puede concluir en lo que se refiere a las puntuaciones en el BDI. Los pacientes de todos los grupos obtuvieron reducciones significativas, tanto desde un punto de vista estadístico, como clínico. Ahora bien, es sabido que la depresión es, con frecuencia, un trastorno secundario, asociado a la sintomatología de la abstinencia del consumo de cocaína en este tipo de pacientes. De hecho, podemos afirmar que, en la mayoría de los casos, las conductas depresivas remitieron espontáneamente, una vez que desaparecieron los síntomas de abstinencia, y que solo una minoría de los pacientes presentaba un trastorno depresivo primario, que requería un tratamiento específico. Por tanto, no se puede afirmar, en este caso, que por lo general, la mejoría de los sujetos se deba al efecto de los tratamientos, sino que más bien se trata de una evolución natural, asociada a los propios efectos farmacodinámicos de la sustancia.

En cualquier caso, con los datos disponibles, creemos que se puede concluir que los pacientes de todos los grupos alcanzaron una mejoría clínica evidente en todas las variables que se tuvieron en cuenta en el estudio, y que, al igual que ocurría en la retención y el consumo de cocaína, los pacientes de los grupos de CRA más incentivos (sobre todo los del grupo de magnitud superior) mejoraron más que los sujetos del tratamiento estándar.

Esta tendencia se confirma cuando se comparan estas variables a los seis meses de intervención, en función del tratamiento recibido. En general, los pacientes de los grupos CRA más incentivos obtuvieron puntuaciones más bajas (menor gravedad) que los pacientes del tratamiento estándar. Las únicas diferencias en donde se alcanzó significatividad estadística fueron casi siempre a favor de estos grupos. Así, los pacientes del grupo CRA más incentivos I y II obtuvieron menor puntuación en el área de consumo de drogas del EuropASI, que los pacientes del tratamiento estándar, y, en el mismo sentido, los sujetos del grupo de incentivos II referían menos problemas psicopatológicos (área estado psiquiátrico del EuropASI) que los sujetos del tratamiento estándar. La única excepción fue la puntuación en el MAST, en donde los pacientes del grupo CRA más incentivos I puntuaron significativamente más alto que los otros dos grupos. No obstante, la puntuación de este grupo sólo supera a las otras dos en algo más de un punto en una escala de 25. En cualquier caso, desde un punto de vista clínico, estas diferencias no parecen relevantes, sobre todo si tenemos en cuenta que esa puntuación se encuentra aún muy por debajo del umbral que este instrumento establece para indicar un posible problema con el alcohol.

Hay que recordar, que los análisis de las variables clínicas se realizaron solo con aquellos pacientes que completaron seis meses de tratamiento, por lo que el posible efecto de la retención sobre la variable dependiente no existía en este caso (como sí ocurría cuando analizábamos el consumo de cocaína). Esto es, no solo sucede que los grupos de CRA más incentivos obtienen mejores tasas de retención, sino que, además, y creemos que esto es muy significativo, entre los pacientes que se mantienen en el programa a los seis meses de tratamiento, los pertenecientes de los grupos con incentivos (sobre todo los del grupo de magnitud superior) se encuentran en un estado clínico mejor, en comparación con los pacientes del tratamiento estándar.

Como resumen del análisis de este apartado, se puede afirmar que las mejoras alcanzadas en el consumo de cocaína de los participantes (motivo principal de la demanda de tratamiento) se vio reflejada también en la evolución del resto de las variables clínicas que se tuvieron en cuenta en el estudio, y que habitualmente se incluyen en los estudios sobre la evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. No obstante, a pesar de las mejoras evidentes observadas en los pacientes de todos los grupos, los resultados mostraron que fueron los sujetos de los grupos de CRA más incentivos (y en especial, los sujetos del grupo de incentivos de mayor magnitud) los que obtuvieron reducciones significativas superiores, en comparación con los sujetos del tratamiento estándar.

Con el fin de analizar si, además de los tratamientos, determinadas **variables individuales** de los pacientes influían en los resultados, se realizaron diferentes análisis discriminantes en donde se incluyeron cuatro grupos de variables por separado: sociodemográficas, historia y patrón de consumo, estado psicopatológico (puntuaciones en SCL-90-R y BDI) y puntuaciones compuestas del EuropASI.

Los resultados mostraron que la relación entre las características individuales de los pacientes y la retención a los seis meses de tratamiento era moderada. El estado psicopatológico (con el 73,3% de los casos correctamente clasificados) y las puntuaciones en el EuropASI (69,8%) fueron las que mostraron mayor capacidad pronóstica. Las variables sociodemográficas y las relacionadas con la historia y el patrón de consumo tuvieron una capacidad predictiva sobre la retención poco superior a la que se es esperable por azar. Tal vez, el hecho de que la mayoría de los participantes en el estudio tuvieran un perfil bastante homogéneo (en lo que se refiere a la gravedad de la adicción) haya podido influir en que los análisis no captaran el posible efecto de tales características. Únicamente, destaca el efecto de la puntuación en el MAST, en el sentido contrario al esperado, es decir, aquellos sujetos que obtenían puntuaciones superiores en la línea base, tenían más opciones de permanecer en el tratamiento. Este dato resulta difícil de interpretar, sobre todo si tenemos en cuenta que en función de esta característica (tener problemas con el alcohol) los pacientes podían recibir un tratamiento farmacológico con Disulfiram. Es decir, los sujetos que presentaban problemas de abuso o dependencia del alcohol recibían un protocolo específico para tratar este problema, por lo que es muy complicado valorar el posible efecto de esta

variable (problemática asociada al consumo de alcohol en la línea base) sobre el resultado final del tratamiento.

Las puntuaciones en el SCL-90-R y en el BDI (estado psicopatológico) fueron las que mejor predecían el abandono, sin que se pueda afirmar que ninguna de ellas posea una capacidad pronóstica elevada. De hecho, cuando se realizó un análisis discriminante incluyendo todas las variables, ninguna de las pertenecientes al estado psicopatológico entró en el análisis. En cuanto al EuropASI, destaca el efecto de la puntuación en el área de la situación médica, de tal manera que los pacientes que presentaban puntuaciones más elevadas en esta área (los que se encontraban peor) tenían más posibilidades de mantenerse en el tratamiento. Creemos que este dato no afecta de manera significativa a los resultados globales de esta Tesis Doctoral, sobre todo si tenemos en cuenta, que los pacientes de las tres condiciones formaban un grupo homogéneo en lo que a esta variable se refiere.

En definitiva, a partir de los resultados de los análisis realizados con las variables individuales (tanto las estáticas como las dinámicas), podríamos afirmar que, en general, tienen una moderada relación con la retención.

Esta misma conclusión, aún con mayor nivel de confianza, se puede establecer en lo que se refiere a la influencia de esas mismas variables sobre el consumo de cocaína durante el tratamiento. El orden de la influencia de estos grupos de variables sobre el consumo es casi el mismo que en los análisis sobre la retención, salvo que en este caso, el orden del estado psicopatológico y las puntuaciones del EuropASI se invierten. El porcentaje de casos explicados por las puntuaciones compuestas del EuropASI y por el estado psicopatológico es bajo (65,1% y 64% respectivamente). Si analizamos las variables individualmente, destacan, por este orden: el patrón de empleo, las puntuaciones en los criterios del DSM-IV y en el MAST, y la situación médica. De cualquier manera, ninguno de los grupos de variables demostró tener un peso significativo sobre el consumo de cocaína durante los seis meses de tratamiento.

Esto es, las características individuales de los pacientes en la línea base no parecen tener una influencia significativa en el resultado de los tratamientos, lo cual

viene a confirmar el papel protagonista de los protocolos ensayados para explicar la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo.

El último objetivo de esta Tesis Doctoral tenía que ver con la valoración del **coste-efectividad** del protocolo de CRA más incentivos, en comparación con el tratamiento estándar. No pretendíamos hacer un análisis exhaustivo de la eficiencia del mismo, sino más bien realizar una estimación aproximada de los costes que supondría la implantación de un programa tal y como se ha ensayado en esta investigación. Los costes que se midieron para cada sujeto se establecieron en función de las categorías del *DATCAP*, un instrumento muy interesante, por estar especialmente diseñado para evaluar los costes de los programas de tratamiento de las drogodependencias (French, 2002a; French, 2002b; Roebuck, French y McLellan, 2003). Estas categorías son las siguientes: personal, servicios contratados, instalaciones, equipamiento, material fungible y otros.

Los resultados de este análisis, con la prudencia impuesta por las limitaciones del estudio, mostraron que el tratamiento estándar era menos costoso que el protocolo CRA más incentivos. Sobre todo, estas diferencias eran achacables a los gastos que implica el uso de incentivos y también a las pruebas bioquímicas de detección de consumo de drogas, que se realizan con una frecuencia mayor en el programa CRA más incentivos que en el tratamiento estándar.

Sin embargo, si en este análisis tenemos en cuenta, no solo los costes directos, sino también la eficacia de la intervención (medida en términos de retención), el resultado es que el protocolo experimental aparece como sensiblemente más coste-efectivo que el tratamiento estándar. Esto es debido a que los resultados terapéuticos del programa tienen una importancia grande en la valoración final de la eficiencia del mismo. Es decir, a pesar de ser más costoso, el programa de CRA más incentivos es, sin embargo, más eficiente que el tratamiento estándar.

El análisis realizado en nuestra investigación ha sido un análisis simple, de costes asociados a los resultados de aplicación de seis meses de los programas ensayados, para un total de diez pacientes, tratados en un formato individual y en grupo. Sin embargo, sería necesario realizar estudios más pormenorizados y rigurosos, con el fin de evaluar el coste-efectividad, el coste-utilidad y el impacto económico de los

tratamientos con incentivos y de los tratamientos del abuso de drogas en general. Esta es, sin duda, una asignatura pendiente, que podría dar mucha luz de cara a la toma de decisiones acerca de la implantación de tratamientos eficaces de la drogadicción en el ámbito de la asistencia pública y privada de nuestro país.

A pesar de que una de las principales críticas que se han hecho a este tipo de intervenciones es el alto coste de su aplicación, muy pocos estudios han analizado esta variable de forma sistemática, con la excepción de dos estudios recientes (Olmstead, Sindelar y Petry, 2007; Sindelar, Elber y Petry, en prensa). En el estudio de Olmstead et al. (2007), se valoró el coste de un programa de tratamiento estándar para adictos a estimulantes, que incluía un componente de manejo de contingencias basado en premios (*prize-based CM*), en comparación con el mismo programa de tratamiento estándar sin premios. La duración del estudio fue de 12 semanas. Al igual que en nuestro caso, se analizaron los costes directos de la aplicación del programa, en los que podía haber diferencias entre ambas intervenciones. El incremento de costes entre el programa estándar y el programa de MC fue de unos 438\$ por paciente, pero al igual que en nuestro estudio, los resultados en cuanto a retención y abstinencia fueron significativamente mayores en el programa de MC que en el tratamiento estándar. En este caso, para valorar el coste-efectividad, se calculó el incremento de costes que supondría una semana más de abstinencia continuada. El “precio” de alargar una semana la abstinencia continuada de los pacientes fue de 258\$.

Esta Tesis Doctoral representa el primer intento sistematizado de poner a prueba en España, el funcionamiento del programa que cuenta con mayor soporte empírico para el tratamiento de la adicción a la cocaína (CRA más incentivos). A pesar del esfuerzo realizado, somos conscientes de la existencia de ciertas limitaciones metodológicas que dificultan la fiabilidad y la generalización de estos resultados, y que, por otra parte, las asumimos como retos a superar en futuras líneas de investigación.

Por una parte, el escaso tamaño de la muestra, sobre todo en los grupos de incentivos, limita la potencia de los datos y, tal vez, haya dificultado la posibilidad de encontrar diferencias significativas en algunas medidas, entre los dos grupos experimentales. En estos momentos seguimos incorporando pacientes a los grupos

experimentales, por lo que, en un futuro, podremos contar con datos más solventes que avalen la fiabilidad de nuestras conclusiones.

En segundo lugar, el diseño empleado no permite asegurar con total confianza que las mejores tasas de retención y de consumo en los grupos de incentivos sean debidas exclusivamente al efecto de los mismos, porque, de hecho, en estos grupos se aplicó también la CRA, componente que no existía en el tratamiento estándar. Como es evidente, el diseño ideal hubiera requerido incluir un grupo control o placebo, además de dismantelar el programa, aplicando los dos componentes por separado (CRA e Incentivos). Por motivos éticos, en el primer caso, y de falta de recursos, en el segundo, esto no fue posible. No obstante, el hecho de que la tendencia observada en los resultados guarde una relación directa con la magnitud de los incentivos señala un efecto positivo de este procedimiento sobre la retención y la abstinencia. Además, estudios previos han demostrado cómo los sujetos que reciben el programa CRA más incentivos completo alcanzan tasas de abstinencia significativamente superiores a los sujetos que reciben solo uno de ambos módulos del programa (CRA o incentivos) (Higgins, Budney et al., 1994; Higgins et al., 2003).

Por otra parte, a pesar de que los terapeutas que aplicaron el programa CRA más incentivos recibieron la misma formación y el mismo tipo de supervisión, no se puede asegurar con absoluta garantía que el protocolo se haya aplicado con el mismo rigor y precisión en todos los casos, por lo que puede ser posible que algunas de las diferencias encontradas entre los grupos de CRA más incentivos se deban a los propios aplicadores, y no sólo al protocolo de incentivos. Para futuros estudios, esperamos poder corregir esta posible fuente de error.

Salvando estas limitaciones, los resultados de nuestro estudio sugieren que el uso de incentivos puede ser una estrategia eficaz para mejorar la eficacia de los tratamientos ambulatorios para la adicción a la cocaína. Los datos del estudio muestran también cómo el empleo de incentivos puede adaptarse a las condiciones naturales que impone un contexto real de atención comunitaria en nuestro país. Por tanto, creemos que es posible afirmar que el programa CRA más Terapia de Incentivo puede ser una estrategia efectiva y viable en contextos naturales y que este modelo puede ser

generalizable fuera de Estados Unidos, ya que los resultados iniciales muestran unas tasas de eficacia similares a las encontradas en los estudios originales. No obstante, estos resultados han de verse confirmados en estudios de seguimiento más largos y con mayor número de sujetos.

10. REFERENCIAS

- Abbott, P. J., Weller, S. B., Delaney, H. D. y Moore, B. A. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(1), 17-30.
- Amass, L., Bickel, W. K., Crean, J. P., Higgins, S. T. y Badger, G. J. (1996). Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 43-49.
- Amass, L., Ennis, E., Mikulich, S. K. y Kamien, J. B. (1998). Using fee rebates to reinforce abstinence and counseling attendance in cocaine abusers. En L. S. Harris (Ed.), *Problems of Drug Dependence, 1997, Proceedings of the 59th Annual Scientific Meeting. NIDA Research Monograph, NIH Publication No 98-4305* (pp. 99). Washington, D.C: Government Printing Office.
- Amass, L. y Kamien, J. (2004). A tale of two cities: financing two voucher programs for substance abusers through community donations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(2), 147-155.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM II)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becoña Iglesias, E. y López Durán, A. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18(2), 161-196.
- Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J. y Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 803-810.
- Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192.
- Bickel, W. K. y Marsch, L. A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96(1), 73-86.

- Bien, T. H., Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88(3), 315-335.
- Bigelow, G. E. y Silverman, K. (1999). Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. En S. T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicitdrug abusers: Research and contingency management interventions*. Washington, D.C.: APA.
- Bolla, K. I., Cadet, J. L. y London, E. D. (1998). The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* i, 10(3), 280-289.
- Bovasso, G. y Cacciola, J. (2003). The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(3), 290-303.
- Brady, K. T. y Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 241-252.
- Brooner, R. K., Kidorf, M., King, V. L. y Bigelow, G. E. (1997). Using behaviorally contingent pharmacotherapy in opioid abusers enhances treatment outcome. En L. S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence 1996 (NIDA Research Monograph, 174)*. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services.
- Buckley, P. F. (1998). Substance abuse in schizophrenia: a review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 3, 26-30.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Delaney, D. D., Kent, L. y Bickel, W. K. (1991). Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(4), 657-665.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L. y Higgins, S. T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 307-316.
- Caballero Martínez, L. (2005). *Adicción a la cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Carey, K. B. y Carey, M. P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21(3), 205-209.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. y Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 264-272.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., Frankforter, T. L. y Rounsaville, B. J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95(9), 1335-1349.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E. y Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93(5), 713-727.
- Carroll, K. M., Power, M. E., Bryant, K. y Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 71-79.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M. y Gawin, F. H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 177-187.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. y Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 989-997.
- Chutuape, M. A., Silverman, K. y Stitzer, M. (1999a). Contingent reinforcement sustains post-detoxification abstinence from multiple drugs: a preliminary study with methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 54(1), 69-81.
- Chutuape, M. A., Silverman, K. y Stitzer, M. L. (1999b). Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1), 23-30.
- Clure, C., Brady, K. T., Saladin, M. E., Johnson, D., Waid, R. y Rittenbury, M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 441-448.
- Compton, W. M., 3rd, Cottler, L. B., Ben Abdallah, A., Phelps, D. L., Spitznagel, E. L. y Horton, J. C. (2000). Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. *The American Journal on Addiction*, 9(2), 113-125.
- Dackis, C. A., Kampman, K. M., Lynch, K. G., Pettinati, H. M. y O'Brien, C. P. (2005). A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 30(1), 205-211.

- Dallery, J., Silverman, K., Chutuape, M. A., Bigelow, G. E. y Stitzer, M. L. (2001). Voucher-based reinforcement of opiate plus cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: effects of reinforcer magnitude. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(3), 317-325.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35 Suppl, S93-100.
- Donatelle, R., Prows, S. L., Champeau, D. y Hudson, D. (2000). Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: significant other supporter (SOS) program. *Tobacco Control*, 9 Suppl 3, III67-69.
- Elk, R., Grabowski, J., Rhoades, H., Spiga, R., Schmitz, J. y Jennings, W. (1993). Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4), 371-382.
- Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 73-82.
- Farabee, D., Rawson, R. y McCann, M. (2002). Adoption of drug avoidance activities among patients in contingency management and cognitive-behavioral treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 343-350.
- French, M. T. (2002a). *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP): Brief Versión* (8th ed.). Coral Gables. University of Miami (available at www.DATCAP.com).
- French, M. T. (2002b). *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP): User's manual* (8th ed.). Coral Gables. University of Miami (available at www.DATCAP.com).
- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti Pérez, J. M. y Al-halabí Díaz, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19(1), 134-139.
- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R. y Carballo Crespo, J. L. (2004). Perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de cocaína y heroína. En Proyecto Hombre (Ed.), *Memoria 2003. Perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de heroína y cocaína* (pp. 58-98). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., Carballo Crespo, J. L., Errasti Pérez, J. M. y Al-halabí Díaz, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones*, 17, 33-42.

- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Higgins, S. T., Fernández Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (en prensa). Financing a Voucher Program for Cocaine Abusers through Community Donations in Spain. *Journal of Applied Behavior Analysis*.
- Gonzalez, V. M., Schmitz, J. M. y DeLaune, K. A. (2006). The role of homework in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 633-637.
- Grabowski, J., O'Brien, C. P., Greenstein, R., Ternes, J., Long, M. y Steinberg-Donato, S. (1979). Effects of contingent payment on compliance with a naltrexone regimen. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 6*(3), 355-365.
- Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R. y Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 58*(1-2), 55-66.
- Griffiths, R. R., Bigelow, G. E. y Liebson, I. (1978). Relationship of social factors to ethanol self-administration in alcoholics. En P. E. Nathan, G. A. Marlatt y T. Loberg (Eds.), *Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment* (pp. 351-379). New York: Plenum Press.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Rehm, J., Guttinger, F., Fischer, G., Jagsch, R., Olsson, B., Ekendahl, M., Verster, A., Camposeragna, A., Pezous, A. M., Gossop, M., Manning, V., Cox, G., Ryder, N., Gerevich, J., Bacskai, E., Casas, M., Matali, J. L. y Krausz, M. (2004). Cocaine use in Europe - a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *European Addiction Research, 10*(4), 139-146.
- Hall, G. W., Carriero, N. J., Takushi, R. Y., Montoya, I. D., Preston, K. L. y Gorelick, D. A. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1127-1133.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R. y Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 60*(2), 285-287.
- Haynes, S. N. (1998). The assessment-treatment relationship and functional analysis in behavior therapy. *European Journal of Psychological Assessment, 14*, 26-35.
- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 4*, 267-272.
- Higgins, S. T. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors, 21*(6), 803-816.
- Higgins, S. T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: a brief review. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 57*(3), 419-427.
- Higgins, S. T., Badger, G. J. y Budney, A. J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 8*(3), 377-386.

- Higgins, S. T., Bickel, W. K. y Hughes, J. R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55(3), 179-187.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G., Foerg, F. y Ogden, D. E. (1995). Outpatient Behavioral Treatment for Cocaine Dependence: One-Year Outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3(2), 205-212.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 568-576.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 763-769.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1218-1224.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., Dantona, R., Donham, R., M., M. y Badger, G. J. (2007). Effects of varying the monetary value of vouchers-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*, 102, 271-281.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. y Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L. y Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1043-1052.
- Higgins, S. T. y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Ogden, D. E. y Dantona, R. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 64-72.
- Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Iguchi, M. Y., Belding, M. A., Morral, A. R., Lamb, R. J. y Husband, S. D. (1997). Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 421-428.

- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 563-570.
- Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M. y Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(3), 297-306.
- Kampman, K. M., Pettinati, H., Lynch, K. G., Dackis, C., Sparkman, T., Weigley, C. y O'Brien, C. P. (2004). A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 75*(3), 233-240.
- Katz, E. C., Chutuape, M. A., Jones, H. E. y Stitzer, M. L. (2002). Voucher reinforcement for heroin and cocaine abstinence in an outpatient drug-free program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10*(2), 136-143.
- Katz, E. C., Gruber, K., Chutuape, M. A. y Stitzer, M. L. (2001). Reinforcement-based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 93-98.
- Katz, E. C., Robles-Sotelo, E., Correia, C. J., Silverman, K., Stitzer, M. L. y Bigelow, G. (2002). The brief abstinence test: effects of continued incentive availability on cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10*(1), 10-17.
- Kellogg, S. H., Burns, M., Coleman, P., Stitzer, M., Wale, J. B. y Kreek, M. J. (2005). Something of value: the introduction of contingency management interventions into the New York City Health and Hospital Addiction Treatment Service. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 57-65.
- Kirby, K. C., Amass, L. y McLellan, A. T. (1999). Disseminating contingency-management research to drug abuse treatment practitioners. En S. T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirby, K. C., Benishek, L. A., Dugosh, K. L. y Kerwin, M. E. (2006). Substance abuse treatment providers' beliefs and objections regarding contingency management: implications for dissemination. *Drug and Alcohol Dependence, 85*(1), 19-27.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A. y La Monaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 56*(1), 85-96.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J. y Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 761-767.

- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research, 1*, 208-210.
- Kranzler, H. R. y Wallington, D. J. (1992). Serum prolactin level, craving, and early discharge from treatment in cocaine-dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18*(2), 187-195.
- Lange, R. A. y Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. *The New England Journal of Medicine, 345*(5), 351-358.
- Levin, F. R., Evans, S. M. y Kleber, H. D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 52*(1), 15-25.
- Liebson, I., Bigelow, G. y Flamer, R. (1973). Alcoholism among methadone patients: a specific treatment method. *American Journal of Psychiatry, 130*(4), 483-485.
- Lima, M. S., Reisser, A. A., Soares, B. G. y Farrell, M. (2003). Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD002950.
- López Durán, A. y Becoña Iglesias, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema, 18*(3), 578-583.
- López Ríos, F. y Gil Roales-Nieto, J. (1996). Conductas Adictivas: modelos explicativos. En J. G. Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las Adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction, 101*(2), 192-203.
- Magura, S., Rosenblum, A., Fong, C., Villano, C. y Richman, B. (2002). Treating cocaine-using methadone patients: predictors of outcomes in a psychosocial clinical trial. *Substance Use and Misuse, 37*(14), 1927-1955.
- Majewska, M. D. (1996). Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment. *NIDA Research Monograph, 163*, 1-26.
- Marlatt, G. A. (2001). Integrating contingency management with relapse prevention skills: comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*(1), 33-34; discussion 35-39.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. y Kosten, T. R. (2005). Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. *Biological Psychiatry, 58*(2), 158-164.

- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. y Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P. y Koppenhaver, J. (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 778-788.
- McKim, W. A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McLellan, A. T. (2001). Moving toward a "third generation" of contingency management studies in the abuse treatment field: comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(1), 29-32; discussion 35-29.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L. y O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Woody, G. E. y Druley, K. A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *Jama*, 247(10), 1423-1428.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Messina, N., Farabee, D. y Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 320-329.
- Meyer, R. E. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. En R. E. Meyer (Ed.), *Psychopathology and addictive disorders*. New York: The Guildford Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E. y Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182-1185.
- Miller, P. M. (1975). A behavioural intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.
- Miller, P. M., Hersen, M., Eisler, R. M. y Watts, J. G. (1974). Contingent reinforcement of lowered blood-alcohol levels in an outpatient chronic alcoholic. *Behavior Research and Therapy*, 12(3), 261-263.

- Miller, P. M. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*, 81-89.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. y Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol Research & Health, 23*(2), 116-121.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. y Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 688-697.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction, 97*(3), 265-277.
- Mittleman, M. A., Mintzer, D., Maclure, M., Tofler, G. H., Sherwood, J. B. y Muller, J. E. (1999). Triggering of myocardial infarction by cocaine. *Circulation, 99*(21), 2737-2741.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. y Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction, 92*(12), 1717-1728.
- Montoya, I. D., Gorelick, D. A., Preston, K. L., Schroeder, J. R., Umbricht, A., Cheskin, L. J., Lange, W. R., Contoreggi, C., Johnson, R. E. y Fudala, P. J. (2004). Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence. *Clinical pharmacology and therapeutics, 75*(1), 34-48.
- MTP Research Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 455-466.
- Myrick, H. y Brady, K. T. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *The American Journal on Addiction, 6*(2), 99-104.
- Nader, M. A. y Woolverton, W. L. (1992). Effects of increasing response requirement on choice between cocaine and food in rhesus monkeys. *Psychopharmacology (Berl), 108*(3), 295-300.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M. y Weiss, R. D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry, 155*(2), 214-219.
- Nathan, P. E. (1997). Substance use disorders in the DSM-IV. En G. A. Marlatt y G. R. vanderBos (Eds.), *Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, D.C.: APA.

- Nathan, P. E. y Lansky, D. (1978). Common methodological problems in research on the addictions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(4), 713-726.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Nelson, R. O. (1987). DSM-III and behavioral assessment. En C. G. Last y M. Hersen (Eds.), *Issues of Diagnostic Research*. New York: Plenum Press.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2006). *Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Olmstead, T. A., Sindelar, J. L. y Petry, N. M. (2007). Cost-effectiveness of prize-based incentives for stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 175-182.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., Reiter, S. R., Meltzer-Brody, S. y Rosenbaum, J. F. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1485-1490.
- Peirce, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Kellogg, S., Satterfield, F., Schwartz, M., Krasnansky, J., Pencer, E., Silva-Vazquez, L., Kirby, K. C., Royer-Malvestuto, C., Roll, J. M., Cohen, A., Copersino, M. L., Kolodner, K. y Li, R. (2006). Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 201-208.
- Pérez de los Cobos Peris, J. C., Gonzalvo Cirac, B., Tejero Pociello, A. y Gurrea Escajedo, A. (2006). Tratamiento de la dependencia de la cocaína. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 9-25.
- Petry, N. M. (2001). Challenges in the transfer of contingency management techniques: comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(1), 24-26; discussion 35-29.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Marx, J., Austin, M. y Tardif, M. (2005). Vouchers versus prizes: contingency management treatment of substance abusers in community settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1005-1014.
- Petry, N. M. y Martin, B. (2002). Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid-abusing methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 398-405.

- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L. y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 250-257.
- Petry, N. M., Peirce, J. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Roll, J. M., Cohen, A., Obert, J., Killeen, T., Saladin, M. E., Cowell, M., Kirby, K. C., Sterling, R., Royer-Malvestuto, C., Hamilton, J., Booth, R. E., Macdonald, M., Liebert, M., Rader, L., Burns, R., DiMaria, J., Copersino, M., Stabile, P. Q., Kolodner, K. y Li, R. (2005). Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1148-1156.
- Petry, N. M., Petrakis, I., Trevisan, L., Wiredu, G., Boutros, N. N., Martin, B. y Kosten, T. R. (2001). Contingency management interventions: from research to practice. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 694-702.
- Petry, N. M. y Simcic, F., Jr. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(2), 81-86.
- Petry, N. M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K. M. y Rounsaville, B. J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go, and with whom? *Addiction*, 99(3), 349-360.
- Pickens, R. y Thompson, T. (1968). Cocaine-reinforced behavior in rats: Effects of reinforcement magnitude and fixed-ratio size. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 161, 122-129.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2005a). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2005b). *Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2006). *Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2005-2006*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N., Sofuoglu, M., Gonsai, K., Gonzalez, G., Martell, B. y Kosten, T. R. (2006). Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 219-228.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Proyecto Hombre. (2005). *Memoria 2004. Perfil Psicosocial*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

- Rawson, R., McCann, M., Huber, A. y Shoptaw, S. (1999). Contingency management and relapse prevention as stimulant abuse treatment. En S. T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. y Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 817-824.
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G. P., Herrell, J., Huber, A., McCann, M. J., Obert, J., Pennell, S., Reiber, C., Vandersloot, D. y Zweben, J. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C. y Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101(2), 267-274.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Robles, E., Silverman, K., Preston, K. L., Cone, E. J., Katz, E., Bigelow, G. E. y Stitzer, M. L. (2000). The brief abstinence test: voucher-based reinforcement of cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 205-212.
- Robles, E., Stitzer, M. L., Strain, E. C., Bigelow, G. E. y Silverman, K. (2002). Voucher-based reinforcement of opiate abstinence during methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(2), 179-189.
- Roebuck, M. C., French, M. T. y McLellan, A. T. (2003). DATStats: results from 85 studies using the Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(1), 51-57.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E. y Abrams, D. B. (2000). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 515-520.
- Roll, J. M., Higgins, S. T. y Badger, G. J. (1996). An experimental comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(4), 495-504; quiz 504-495.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the

- community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 1-13.
- Roizen, H. G., Kerkhof, A. J. y van den Brink, W. (2003). Experiences with an outpatient relapse program (community reinforcement approach) combined with naltrexone in the treatment of opioid-dependence: effect on addictive behaviors and the predictive value of psychiatric comorbidity. *European Addiction Research*, 9(2), 53-58.
- Rothfleisch, J., Elk, R., Rhoades, H. y Schmitz, J. (1999). Use of monetary reinforcers by cocaine-dependent outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 229-236.
- Rounsaville, B. y Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA Research Monograph*, 110, 227-251.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. y Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 43-51.
- Rowan-Szal, G. A., Bartholomew, N. G., Chatham, L. R. y Simpson, D. D. (2005). A combined cognitive and behavioral intervention for cocaine-using methadone clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(1), 75-84.
- Saunders, B., Wilkinson, C. y Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90(3), 415-424.
- Sayre, S. L., Evans, M., Hokanson, P. S., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. y Grabowski, J. (2004). "Who gets in?" Recruitment and screening processes of outpatient substance abuse trials. *Addictive Behaviors*, 29(2), 389-398.
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rothfleisch, J. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L. y Grabowski, J. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(2), 189-198.
- Schottenfeld, R., Carroll, K. y Rounsaville, B. (1993). Comorbid psychiatric disorders and cocaine abuse. *NIDA Research Monograph*, 135, 31-47.
- Schottenfeld, R. S., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C. y Pakes, J. (2000). Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence. Patterns of engagement in alternate activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 255-261.
- Schuster, C. R. y Johanson, C. E. (1981). An analysis of drug-seeking behavior in animals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 5, 315-323.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 107-139). Madrid: Pirámide.

- Secades Villa, R., Fernandez Hermida, J. R. y Arnaez Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1369-1378.
- Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández Hermida, J. R. y Carballo Crespo, 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. y Fernández Hermida, J. R. (2005). Perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de cocaína y heroína. En Proyecto Hombre (Ed.), *Memoria 2004. Perfil Psicosocial* (pp. 49-85). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- 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(1), 29-40.
- Secades Villa, R., Garcia Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (en prensa). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Secades Villa, R. y Pérez Álvarez, M. (1998). Análisis conductual de los procesos de cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 883-904.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., Wilkins, J. N. y Mintz, J. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services*, 48(6), 807-810.
- Shoptaw, S., Huber, A., Peck, J., Yang, X., Liu, J., Jeff, D., Roll, J., Shapiro, B., Rotheram-Fuller, E. y Ling, W. (2006). Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(1), 12-18.
- Silverman, K. (2004). Exploring the Limits and Utility of Operant Conditioning in the Treatment of Drug Addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209-230.
- Silverman, K., Chutuape, M. A., Bigelow, G. E. y Stitzer, M. L. (1996). Voucher-based reinforcement of attendance by unemployed methadone patients in a job skills training program. *Drug and Alcohol Dependence*, 41(3), 197-207.
- Silverman, K., Chutuape, M. A., Bigelow, G. E. y Stitzer, M. L. (1999). Voucher-based reinforcement of cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: effects of reinforcement magnitude. *Psychopharmacology (Berl)*, 146(2), 128-138.

- Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R. y Preston, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 409-415.
- Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(1), 14-23.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C. J., Hampton, J., Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (2002). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 228-240.
- Silverman, K., Wong, C. J., Umbricht-Schneiter, A., Montoya, I. D., Schuster, C. R. y Preston, K. L. (1998). Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 811-824.
- Sindelar, J. L., Elber, B. y Petry, N. (en prensa). What do we get for our money? Cost-effectiveness of adding contingency management. *Addiction*.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. y Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 541-548.
- Soares, B. G., Lima, M. S., Reisser, A. A. y Farrell, M. (2003). Dopamine agonists for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), CD003352.
- Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 876-881.
- Stitzer, M. L. y Bigelow, G. E. (1982). Contingent reinforcement for reduced carbon monoxide levels in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 7(4), 403-412.
- Stitzer, M. L., Bigelow, G. E. y Liebson, I. (1980). Reducing drug use among methadone maintenance clients: contingent reinforcement for morphine-free urines. *Addictive Behaviors*, 5(4), 333-340.
- Stitzer, M. L., Bigelow, G. E., Liebson, I. A. y Hawthorne, J. W. (1982). Contingent reinforcement for benzodiazepine-free urines: evaluation of a drug abuse treatment intervention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(4), 493-503.
- Stitzer, M. L., Iguchi, M. Y. y Felch, L. J. (1992). Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 927-934.
- Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M. y Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 858-862.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Retrieved December 13, 2006, from the World Wide Web: <http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k5NSDUH/2k5results.htm#2.1>
- The Resource Alliance. (2005a). *The Cardinal rules of fundraising letters*. Retrieved December 22, 2005, from the World Wide Web: <http://www.resource-alliance.org/documents.php>.
- The Resource Alliance. (2005b). *How to find sponsors for your event*. Retrieved December 22, 2005, from the World Wide Web: <http://www.resource-alliance.org/documents.php>.
- United Nations Office for Drugs and Crime. (2005). *World Drug Report 2005*. Retrieved April 28, 2005, from the World Wide Web: www.unodc.org
- van den Brink, W. y van Ree, J. M. (2003). Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13(6), 476-487.
- Vocci, F. J. y Elkashef, A. (2005). Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3), 265-270.
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 181-195.
- Weaver, M. F. y Schnoll, S. H. (1999). Stimulants: amphetamines and cocaine. En B. S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.
- Wells, E. A., Peterson, P. L., Gainey, R. R., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(1), 1-17.
- Wiederman, M. W. y Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*, 21(2), 269-272.
- Wiseman, E. J., Williams, D. K. y McMillan, D. E. (2005). Effectiveness of payment for reduced carbon monoxide levels and noncontingent payments on smoking behaviors in cocaine-abusing outpatients wearing nicotine or placebo patches. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(2), 102-110.
- Yaganita, T. (1973). An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. *Bulletin of Narcotics*, 25, 57-64.

ANEXOS

**ANEXO I. PROTOCOLO DE CONTACTO CON EMPRESAS E
INSTITUCIONES**

0.- Identificación de donantes potenciales.

En función del “**listado de recursos**” se deben identificar las organizaciones, asociaciones o empresas que puedan proporcionar estos servicios y recursos. Para ello, el becario podrá ayudarse del listín telefónico, páginas amarillas, listados de empresas/comercios, Internet o cualquier otra fuente de información a la que tenga acceso. Con esta información irá cubriendo el “**listado de contactos**” que utilizará como guía para el primer contacto.

1.- Primer contacto. Identificar a la persona correcta dentro de la organización.

Antes de enviar la petición por correo a la empresa/organización, el becario deberá ponerse en contacto con ésta para averiguar quién es la persona encargada de este tipo de decisiones y por tanto a quién debe dirigir la petición. En este primer contacto se deberá dar la siguiente información:

- Identificación personal: nombre y pertenencia a Proyecto Hombre y/o a la Universidad
- “**Breve explicación del motivo de esta llamada**”
- Petición de los datos necesarios para hacer la solicitud formal por carta: a quién dirigir la carta, dirección postal y otros datos que puedan ser de interés. Esta información quedará reflejada en el formulario “**datos de contacto**” que servirá como guía a lo largo de todo el proceso.

2.- Segundo contacto. Enviar la solicitud formal por correo.

Una vez que se tengan los datos de la empresa (persona de contacto y dirección) se le enviará por correo ordinario la solicitud de colaboración. Esta carta deberá enviarse en el plazo de una semana tras el primer contacto. La carta deberá contener, además de la información general, una referencia a la conversación telefónica mantenida indicando fecha y hora aproximada, qué tipo de ayuda creemos que puede proporcionarnos la empresa en cuestión y un teléfono de contacto para cualquier duda que se le plantee al receptor de la carta. Un ejemplo puede verse en el documento “**ejemplo de solicitud**”

3.- Tercer contacto. Seguimiento.

Aproximadamente una semana después de enviar la carta, el becario se pondrá en contacto de nuevo con la empresa/organización por vía telefónica. Se hará referencia aquí a los dos contactos previos y se le pedirá su opinión acerca de la colaboración solicitada. Si la respuesta es negativa, se le preguntará si sería posible otro tipo de colaboración diferente a la que hemos sugerido en la carta poniendo énfasis en el carácter abierto de este proyecto (casi cualquier colaboración sería aceptada).

Si la respuesta es favorable, se acordará una cita con la persona responsable para determinar todos los aspectos de la colaboración y la firma del convenio (se pedirán aquí los datos necesarios para elaborar el convenio).

4.- Cuarto contacto. Firma del convenio de colaboración.

Este contacto debe ser en persona. Previamente se habrá elaborado el “**convenio de colaboración**” tratando de individualizarlo lo máximo posible en función del tipo de empresa/organización y de la colaboración. Un ejemplo puede verse al final del documento. Los datos para cubrir este convenio deberemos haberlos pedido en el contacto anterior.

En este contacto en persona se deberá enfatizar la importancia del proyecto, las ventajas que la empresa/institución obtendrá con su colaboración y, por supuesto, transmitir el agradecimiento de Proyecto Hombre y de todos los participantes en este proyecto.

Se les dará además la siguiente información:

- En enero de 2005 y 2006 se les enviará un informe sobre la consecución del proyecto y un listado con las empresas que colaboran.
- Nos comprometemos a informarles dónde estará publicada la publicidad de la empresa.
- PH se compromete a invitarles a una comida en el centro de Gijón como agradecimiento.
- Se les pedirán además los datos completos de la empresa: persona de contacto, teléfono, fax o email y dirección postal.

Los recursos obtenidos en cada empresa/organización deberán quedar reflejados en el **registro de recursos obtenidos**. Se deberá especificar el valor, en euros, de cada recurso.

En caso de que tras el primer contacto telefónico la respuesta fuese favorable, se podrían suprimir los pasos 2 y 3 (solicitud formal por correo y seguimiento) y se acordaría directamente una cita en persona para explicar con más detalle el proyecto y la posible colaboración por parte de la empresa.

En las instituciones públicas como Consejerías, Ayuntamientos, etc. el becario decidirá si es más conveniente esta última opción en la que la petición formal por correo se suprime y se acuerda una cita en persona tras el primer contacto. Probablemente en este tipo de instituciones sea más efectiva esta aproximación cara a cara.

LISTADO DE RECURSOS (ORGANIZACIONES Y RECURSOS)

Instituciones de la Comunidad Autónoma (Consejerías) y Ayuntamientos

- Acceso a instalaciones deportivas (piscinas, polideportivos..)
- Acceso a instalaciones culturales (museos, teatros...)
- Espectáculos, conciertos
- Cursos de formación
- Empleo
- Servicios

ONGs

- Acceso a servicios
- Posibilidad de inserción como voluntariado
- Cursos

Centros de formación

- Cursos de informática
- Cursos de Internet
- Cursos de idiomas
- Cursos a distancia
- Cursos de estética
- Cursos de artesanía, diseño...

Empresas de Transporte

- Bonos por nº de viajes o meses
- Tarjetas de descuento

Grandes superficies o centros comerciales (El Corte Inglés / Hipercor, Carrefour, Eroski,...)

- Vales descuento en centros
- Lotes de comida
- Artículos varios

Asociaciones de comerciantes

- Bonos descuento en comercios
- Artículos varios

Asociaciones de hosteleros, hoteleros

- Vales por comidas, cenas
- Noches de hotel
- Fines de semana en casas rurales

Franquicias de comidas (McDonald's, Burguer King...)

- Vales por comidas, bebidas, menús..

- Vales por fiestas de cumpleaños

Franquicias de ropa (Zara, Springfield, Pull n Bear, Women Secret..)

- Descuentos
- Artículos, prendas

Empresas de telefonía

- Packs de telefonía
- Tarjetas de recarga

Autoescuelas

- Matrícula para permisos
- Clases prácticas

Videoclubs

- Bonos por un nº de alquileres

Librerías

- Descuentos en compras
- Libros

Gimnasios o Asociaciones deportivas

- Bonos de servicios (piscina, pista de tenis, gimnasio..)
- Cursos (natación, aeróbic, artes marciales...)
- Excursiones
- Matrícula por meses

Clubs deportivos

- Entradas

Centros de estética o balnearios

- Bonos solarium
- Tratamientos de estética
- Estancias de fin de semana
- Bonos de servicios
- Cursos de relajación, meditación

Salas de cine o teatro

- Entradas o descuentos

Empresas Farmacéuticas

- Reactivos

Empresas de distribución de gasolina

- Repsol YPF
- CAMPSA
- Petronor
- AGIP
- BP

Prensa

- Suscripciones a diarios

Colegios profesionales

Universidad

- Cursos extensión
- Acceso a instalaciones

Entidades bancarias

- Fundaciones sociales
- obsequios

LISTADO DE CONTACTOS

EMPRESA/ ORGANIZACIÓN	RECURSOS POTENCIALES	TELÉFONO DE CONTACTO	OTROS DATOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONTACTO

El Plan Nacional sobre Drogas está financiando una investigación acerca del tratamiento de la adicción a la cocaína en España. Este proyecto está siendo llevado a cabo conjuntamente por la Asociación Proyecto Hombre y por la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

El programa de tratamiento que se está poniendo a prueba, denominado Terapia de Incentivo, ha sido probado con un importante éxito en otros países. Dicho programa consiste en parte en premiar a los pacientes que alcancen los objetivos que se van estableciendo. La forma de premiar a estos pacientes es a través del acceso a determinados bienes, servicios y productos, que les ayuden a resolver este problema y a mejorar su estilo de vida. Estos bienes y servicios son proporcionados por empresas e instituciones públicas y privadas que colaboran en este estudio.

El motivo de este contacto es solicitar su cooperación, la cual nos será de una inestimable ayuda para llevar a buen fin este proyecto. Su apoyo puede contribuir a mejorar los recursos asistenciales que existen en la actualidad para ayudar a las personas que se enfrentan a este problema y, en definitiva, estaría colaborando con la sociedad para resolver este grave problema sanitario, económico y social.

Pensamos que para ustedes podría ser de interés participar en un proyecto de estas características que, indudablemente, tendrá una repercusión pública y social importante, teniendo en cuenta la relevancia del problema así como las instituciones que participan en el desarrollo de esta investigación.

Próximamente nos pondremos en contacto con usted a través de una carta formal para poder explicarle con detalle este proyecto y el tipo de colaboración que su empresa o institución podría aportar al mismo.

DATOS DE CONTACTO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
E-MAIL:	
PERSONA RESPONSABLE Y CARGO	
FECHA 1er CONTACTO	RESULTADO
FECHA 2º CONTACTO. ENVÍO CARTA	
FECHA 3er CONTACTO. SEGUIMIENTO	RESULTADO
FECHA CITA EN PERSONA	

EJEMPLO DE SOLICITUD

Sr. D.
Director del Centro:
Dirección:

Estimado Señor González:

Como ya comentamos en nuestra conversación telefónica el pasado día 15 de Junio por la mañana, el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) está financiando una investigación acerca del tratamiento de la adicción a la cocaína en España. Este proyecto está siendo llevado a cabo conjuntamente por la Asociación Proyecto Hombre y por la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. La duración del proyecto será de 3 años, desde enero de 2004 a diciembre de 2006.

Como usted sabe el abuso de drogas es uno de los problemas más graves de la juventud actual y, en particular, el uso de cocaína se ha incrementado en los últimos años en España, y se está convirtiendo en la droga ilegal que más daño causa, por encima incluso de la heroína. Este rápido incremento del problema no ha ido acompañado del desarrollo simultáneo de tratamientos con altas garantías de éxito.

El objetivo de este proyecto es poner a prueba un programa de tratamiento denominado Terapia de Incentivo. Este programa ha sido probado con un importante éxito en otros países, sobre todo en Estados Unidos. Las autoridades sanitarias españolas (Ministerio de Sanidad) están muy interesadas en aplicar este programa en nuestro país y conocer en qué medida se puede adaptar a nuestra realidad sociocultural.

Como usted sabrá la drogodependencia es un problema que afecta a prácticamente todos los ámbitos de la vida de estas personas, la familia, el tiempo libre, el empleo, la educación, etc. El programa persigue, no sólo que los pacientes dejen de consumir drogas, sino también ayudarles a cambiar su estilo de vida, facilitándoles el acceso a determinados bienes, servicios y productos que puedan ayudar en este cambio. Se ha demostrado como si se les ayuda a cambiar sus hábitos de vida van a tener más posibilidades de abandonar el uso de drogas.

Los bienes y servicios a los que acceden los pacientes son proporcionados por empresas e instituciones públicas y privadas que colaboran en este estudio. (poner algún ejemplo de institución o empresa que ya esté colaborando)

El motivo de esta carta es solicitar su cooperación, la cual nos será de una inestimable ayuda para llevar a buen fin este proyecto. Esta colaboración nunca será a través de dinero en efectivo, sino que lo que pretendemos es que su empresa done a PH los artículos, bienes o servicios de los que usted disponga, en la cantidad que usted estime conveniente. En este caso, hemos pensado que su centro de estética podría colaborar con algún tipo de descuentos o bonos para los servicios que ustedes prestan (peluquería, masajes, solarium...). Cualquier otra ayuda o sugerencia por su parte será bien recibida. Recuerde que en ningún momento estamos solicitando dinero en efectivo, sino los bienes y servicios que usted nos pueda proporcionar.

Su apoyo puede contribuir a mejorar los recursos asistenciales que existen en la actualidad para ayudar a las personas que se enfrentan a este problema y, en definitiva,

estaría colaborando con la sociedad para resolver este grave problema sanitario, económico y social.

Pensamos que para usted podría ser de interés participar en un proyecto de estas características que, indudablemente, tendrá una repercusión pública y social importante, teniendo en cuenta la relevancia del problema así como las instituciones que participan en el desarrollo de esta investigación.

A cambio, Proyecto Hombre se compromete a dar a conocer y a difundir su colaboración desinteresada en este proyecto. En concreto, hemos pensado en difundir la colaboración de su empresa o asociación con Proyecto Hombre en los diferentes actos públicos en los que participe PH, en medios de comunicación, en la memoria anual, en las publicaciones de la asociación y en otras revistas científicas y divulgativas e incluso con publicidad en nuestro centro.

Si tiene cualquier duda o comentario que hacernos puede llamarnos sin ningún compromiso al teléfono 985 10 41 89. No obstante, en unos días nos pondremos en contacto con usted para saber su opinión acerca de esta posible colaboración y para resolver cualquier duda que se le plantee.

En la confianza de verme atendida, le saluda muy atentamente,

Fdo: Olaya García Rodríguez
Responsable de búsqueda de recursos
Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL GRUPO DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO Y LA EMPRESA

En..... a.... de de 200..

REUNIDOS

De una parte Olaya García Rodríguez con DNI 9433989X, responsable de búsqueda de recursos, en nombre y representación del Grupo de Conductas Adictivas del Departamento de Psicología (Universidad de Oviedo), con sede en la Plaza Feijoo s/n, 33003, Oviedo.

De otra parte,
....., en nombre y representación de la empresa
....., con NIF con sede en la calle
.....

EXPONEN

Que el presente convenio tiene por objeto establecer una colaboración para el desarrollo del programa de tratamiento para adictos a la cocaína en Asturias.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- La empresa.....se compromete a colaborar proporcionandoque serán utilizados como incentivos dentro del programa que estamos desarrollando en colaboración con Proyecto Hombre, para personas adictas a la cocaína.

SEGUNDA.- En ningún caso la colaboración de la empresaconsistirá en la aportación de dinero en efectivo.

TERCERA.- El Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo se compromete a emplear todos los recursos obtenidos para los fines antes mencionados.

CUARTA.- El Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo difundirá a través de los recursos de que dispone la colaboración de la empresa con este proyecto.

QUINTA.- El Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo se compromete a informar a las empresas colaboradoras acerca del desarrollo del proyecto y de la consecución del mismo.

SEXTA.- Este convenio de colaboración se limitará al periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 2004 hasta diciembre de 2006.

En prueba de conformidad, firman el presente convenio en el lugar y fecha arriba indicados, en duplicado ejemplar, quedándose uno en poder de la empresa y el otro en poder del Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo.

Fdo:

Fdo: Olaya García Rodríguez

**ANEXO II. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LA
ADICCIÓN A LA COCAÍNA (TAC) DE PROYECTO HOMBRE**

1. FUNDAMENTACIÓN

En la continua y necesaria evolución de los recursos de tratamiento de las adicciones se viene planteando desde hace algún tiempo la atención a una demanda muy específica por consumo de cocaína y otros psicoestimulantes.

Desde la Fundación C.E.S.P.A.-Proyecto Hombre venimos detectando una demanda incipiente pero constante que hasta ahora no ha sido atendida adecuadamente, por lo que ha parecido pertinente poner en marcha un recurso de tratamiento especializado que tenga en cuenta los patrones de conducta asociados a estos consumidores y las intervenciones psicoterapéuticas que se están mostrando más eficaces y que se recogen en el presente Programa de Tratamiento de Adicción a Cocaína (T.A.C.).

2. CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA /ABUSO DE COCAÍNA

2.1. PERFIL GENERAL DE LOS CONSUMIDORES

- Inicio tardío en el consumo.
- Droga principal cocaína, aunque exista consumo de otras drogas fundamentalmente del alcohol. Aparecen casos de adicción al juego o al sexo.
- Adaptación social, es decir, a pesar del consumo mantiene las estructuras sociales básicas (situación laboral activa, pareja, amigos,...).
- Escasa conciencia del problema de adicción.
- Grado significativo de autonomía personal. Presentan una desestructuración menor de lo habitual en comparación con otro tipo de dependencias.
- Escaso manejo de habilidades sociales.
- La demanda de tratamiento aparece ante la necesidad de solucionar problemas colaterales al consumo (dificultades económicas, problemas con la familia y la pareja, absentismo laboral...).

2.2. PATRONES BASICOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Se distinguen cinco patrones mayores de uso de cocaína:

Experimental, Recreativo, Circunstancial, Intensificado y Compulsivo

Estos cinco patrones suelen resumirse en dos básicos que de alguna manera engloban los que generan algún tipo de demanda en el momento actual:

- **Consumidor intensivo, no regular, recreativo o social:** se caracteriza por consumir en fiestas y fines de semana. Se utilizan dosis altas y concentradas en breve espacio de tiempo. Consumen de forma compulsiva durante unos días (de 3 a 5) para estar abstinentes unas pocas semanas (2 ó 3 y en algunos casos más), luego repite sistemáticamente este ciclo de consumo-abstinencia
- **Consumidor compulsivo:** consume cinco o seis días, al menos, a la semana. La propia vida se organiza en torno al consumo.

3. OBJETIVOS GENERALES

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

4. ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA

4.1. Marco General

El tratamiento se realizará en un marco ambulatorio para la totalidad de los usuarios, contemplando excepcionalmente la posibilidad de realizarlo de manera residencial siempre que el perfil o los apoyos sociales no se ajusten adecuadamente.

Centrar la acción terapéutica en el objetivo de abstinencia siempre que sea posible, incidiendo para ello en cambios saludables del estilo de vida, manteniendo y mejorando la integración social y laboral del usuario y dotándoles de las capacidades y habilidades necesarias para prevenir posibles recaídas.

Comprensión de los procesos de cambio de manera integral, atendiendo a diferentes áreas de la persona, incidiendo especialmente en los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales.

Se sustenta en una visión positiva de los usuarios en cuanto a su capacidad para adquirir los recursos que les permitan cambiar, así como la responsabilidad sobre su proceso terapéutico.

Individualización de los procesos respecto de los pasos que cada usuario debe seguir para alcanzar los objetivos propuestos.

Programación de objetivos donde lo psicológico, lo biológico y lo social estén en equilibrio.

Utilización de cuantos recursos médicos, farmacológicos y científicos estén al alcance del usuario y sean útiles para su tratamiento y para la consecución de sus objetivos en el programa.

Perspectiva del tratamiento como un período transitorio en la vida del usuario.

El usuario es el protagonista de su proceso terapéutico y él decide hasta dónde avanza en los objetivos que propone el presente programa.

Se establece el marco terapéutico en términos de ayuda mutua, donde el trabajo grupal constituye un punto fuerte en la estructura metodológica del programa.

Estructurar el proceso terapéutico en etapas o fases con objetivos diferenciados y evaluables, tanto por el usuario como por el equipo terapéutico.

Se compaginarán enfoques generales de tratamiento de las adicciones con las técnicas más específicas para la dependencia a la cocaína.

Complementariedad entre los recursos integrados en la red del Plan Regional Sobre Drogas.

Evaluación continuada de procesos y resultados.

El tiempo de tratamiento estimado de manera general se sitúa en torno a los dieciocho meses.

4.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

El programa va dirigido a personas mayores de 18 años, de ambos sexos, que, o bien abusan de cocaína como forma exclusiva de consumo o bien lo hacen acompañada de otros estimulantes (anfetaminas, speed, MDMA...), así como a los que han desarrollado una dependencia hacia estas sustancias.

Se evaluará en cada caso:

- El grado de autocontrol personal: existencia de una mínima capacidad de autocontrol para llevar a efecto la interrupción del consumo compulsivo.
- Soportes psico-sociales o afectivos adecuados para facilitar la interrupción del uso de la droga
- La tenencia de responsabilidades (familiares, laborales, formativas...)
- Criterios de abuso/dependencia de cocaína según DSM-IV.
- Petición expresa por parte del demandante de la necesidad de tratamiento, así como de su interés o motivación a colaborar en el mismo.
- Ausencia de criterios de exclusión.

Criterios de Exclusión:

- La imposibilidad de cesar en el uso de drogas, por tener un acceso fácil a la sustancia, por presiones familiares o de los amigos que favorezcan el uso de drogas, un ambiente laboral en que el uso de estas sustancias es la norma y una suma significativa de otros factores pueden ser obstáculos reales para los intentos de abstinencia.
- Síntomas orgánicos o psicológicos que requieran observación y tratamiento, como los estados psicóticos, la sintomatología depresiva severa o la debilidad extrema. Crisis de tipo psicológico o físico durante el periodo de abuso de cocaína que aconsejaron su ingreso hospitalario.
- La ausencia de soportes psicosociales adecuados para facilitar la interrupción del uso de la droga.
- Mostrar, después de un periodo de tiempo razonable, déficit motivacional para alcanzar los objetivos propuestos.

4.3. Fase de Acogida, Evaluación y Motivación al Tratamiento.

4.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❑ Crear un clima de escucha, aceptación e infundir optimismo cara a las posibilidades de recuperación. *Iniciar el proceso de evaluación para determinar el tratamiento, así como conseguir establecer la empatía necesaria con el usuario para lograr su colaboración.*
- ❑ Reforzamiento del contrato terapéutico en torno a metas compartidas.
- ❑ Clarificación de la demanda: evaluar el caso desde una perspectiva biopsicosocial, contemplando la historia de tratamientos anteriores y prestando atención al establecimiento de la severidad de la adicción.
- ❑ Lograr, al finalizar este periodo, la contención en el consumo de cocaína e iniciar un periodo de abstinencia.

- Informar sobre la posible ocurrencia del síndrome de abstinencia a la cocaína y su manejo.

4.3.2. Metodología

Psicoterapia Individual

Entrevista individuales, donde se evaluarán:

- Los criterios de dependencia/abuso según DSM-IV
- Índice de Severidad Adicción (Europasi)
- Entrevista Base: datos personales, demanda, motivo de inicio, genograma, red social, situación laboral, seguimiento de las entrevistas y los pactos acordados...). Ver Anexo I.
- Abstinencia de consumos, verificadas mediante analíticas de orina.
- Escala de Determinación del Estadio de Cambio.
- Historia Clínica.

Analíticas de orina pueden ser un recurso especialmente indicado para los casos en los que la motivación inicial al tratamiento sea pobre o esté muy condicionada por aspectos externos al usuario (familiar, judicial...) así como en los sujetos que presenten un bajo nivel de autocontrol. Los resultados significan un indicador objetivo de evolución y refuerzo hacia la abstinencia. Ofrecen también la posibilidad de realizar contratos de contingencias negativas o positivas en función de ellos.

Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas: Para aquellas personas que presentan dificultades en la consecución de la abstinencia, ambivalencia, o cualquier situación que incida en imposibilitar el cumplimiento de los objetivos de esta fase inicial.

4.3.3. DURACIÓN

El desarrollo de esta fase consistirá en un periodo de un mes y medio de entrevistas, tanto con el usuario como con los miembros del sistema familiar o social de apoyo, a razón de una o dos entrevistas semanales.

Terapia Grupal

Una vez alcanzados los objetivos iniciales, el usuario se integrará en los grupos de apoyo del programa T.A.C., asistiendo a grupo dos veces a la semana, durante un periodo aproximado de doce meses.

El grupo ofrece una estructura, contención y una red de apoyo para el usuario. Se trata de ofrecer un espacio para la expresión de dificultades personales y para la construcción de estrategias alternativas, así como para el afrontamiento de aspectos de su vida no resueltos. Un aspecto importante en esta etapa es el reconocimiento de la propia vulnerabilidad ante la adicción y la necesidad de ayuda del trabajo en grupo para afrontar y sostener la abstinencia.

Se trabaja con tres formatos de terapia grupal:

- Grupos de Autoayuda/Apoyo: en los que se posibilita el intercambio de apoyo social, sentido de pertenencia, soporte emocional, y refuerzo de la abstinencia.

- Grupos Psicoeducativos: incluyen temáticas sobre las adicciones y sus consecuencias, técnicas de relajación, autocontrol, hábitos saludables de vida y mejora de la comunicación.
- Grupos de Aprendizaje de Habilidades Sociales.

4.4. Fase de Reevaluación: Cambio en estilo de vida y Prevención de Recaídas.

4.4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❑ Se potenciará el trabajo de autoconocimiento y de revisión de las áreas de comportamiento, de relación, hábitos de vida, valores, vinculación a redes sociales.
- ❑ Facilitar la toma de conciencia de aspectos conflictivos de la personalidad del usuario así como los relacionados con su adicción.
- ❑ Se propondrán y evaluarán objetivos terapéuticos de cambio personal.

- ❑ Mantenimiento de la abstinencia en el contexto donde se desarrolló el abuso.
- ❑ Integración del usuario en los grupos de apoyo: autoayuda, psicoeducativos y de aprendizaje de HH.SS, así como comprensión y asimilación de las dinámicas básicas de éstos.
- ❑ Intervenir grupalmente para aumentar la conciencia de problema, mediante observaciones, confrontaciones, interpretaciones, evidenciación de las defensas y resistencias ante la concienciación.
- ❑ Trabajar el área de ocio y tiempo libre, con el objetivo de dotar de mayores recursos a los usuarios.
- ❑ Conocer y ejercer autocontrol sobre las propias emociones.

4.4.2. METODOLOGÍA

Terapia Grupal

Una vez cumplidos los objetivos del primer momento, el usuario participará en los grupos de apoyo del programa de T.A.C. Deberá de asistir a dos grupos a la semana, durante un periodo aproximado de 12 meses.

El grupo ofrece una estructura, contención y una red de apoyo para el usuario. Se trata de ofrecer un espacio para la expresión de dificultades individuales y para la construcción de estrategias alternativas, así como para el afrontamiento de aspectos de la vida no resueltos. Un aspecto importante es trabajar hacia el reconocimiento de la vulnerabilidad propia ante la adicción.

PROGRAMA DE PREVENCION DE RECAÍDAS

Una de las maneras que usaremos para trabajar el mantenimiento de la abstinencia, es la aplicación del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon. Este modelo utiliza el tratamiento cognitivo-conductual para enseñar a los pacientes nuevas respuestas de afrontamiento alternativas al consumo. Algunos de sus conceptos fundamentales son:

- Definición de Situación de Alto Riesgo (S.A.R.): como cualquier situación que amenaza la sensación de control del sujeto e incrementa el riesgo de consumo:
 - estados afectivos negativos
 - conflictos interpersonales
 - presión social
- Diferenciación entre caída (lapso o error) y recaída (retorno a la situación anterior al tratamiento). La caída, caso de ocurrir, se contemplan como un error desafiante, una oportunidad para producir un nuevo aprendizaje.
- La percepción de autoeficacia, que se define como la expectativa sobre la capacidad propia para afrontar una situación o tarea (algo así como una medida de “sé que puedo hacerlo”). La autoeficacia es un mediador entre la situación de riesgo y la respuesta de afrontamiento. El grado de autoeficacia percibida es un predictor de recaída.
- La intervención sobre los sesgos cognitivos, que provocan que se distorsione el recuerdo de los efectos del consumo evocando principalmente los positivos.
- Las Decisiones Aparentemente Irrelevantes (DAI), que de manera casi imperceptible van preparando el camino para una recaída.
- El equilibrio de estilo de vida en cuanto a la ecuación “deberes/quiero”.

Todos estos elementos se articulan de la siguiente manera en el desarrollo de un programa de prevención de recaídas:

1. Descripción promenorizada de las SAR, que permita poder anticiparlas. Se incluye la clarificación de DAI.
2. Construcción de alternativas de afrontamiento a cada SAR.
3. Reestructuración cognitiva de los efectos a corto plazo y largo plazo del consumo.
4. Reequilibrio del estilo de vida en cuanto a los “debería” y “quiero”.

ANAMNESIS PERSONAL

La realización de un ejercicio de autoconocimiento en el que se escriben las experiencias más significativas y a ser posible dentro de un orden cronológico, dentro de los siguientes apartados: Vivencias familiares, Relación con Adultos, Relación con Coetáneos, Afectividad (amistad, pareja, sexualidad), Vivencias de Negación, Hobbies, Familia Personal, Hechos que se repiten.

Se presenta en formato de autoinforme y la realizarán los usuarios al llevar aproximadamente seis meses de tratamiento en esta fase.

CONVIVENCIAS

Una vez realizada esta anamnesis, se realizarán convivencias de fin de semana, en las que se analizará de forma grupal la historia personal del usuario. Se acompañará del ejercicio del Mapa de la Vida, Cronograma de Hitos, que servirán como guía introductoria a la exposición. Se pretende que el usuario tenga una idea ajustada de lo que es y fue “su realidad”, así como el papel o distintos roles que desempeñó en la vida. Tiene que ser una visión responsabilizante y consecuente la que se desarrolle después de las convivencias.

Se realizarán también planes de trabajo personal a raíz de los problemas identificados.

HABILIDADES SOCIALES

Se desarrollará el trabajo en **Habilidades Sociales**, mediante sesiones previamente establecidas. Frecuencia Quincenal.

El trabajo se desarrollará tanto en el nivel de habilidades de comunicación básicas, así como de entrenamiento en asertividad, afrontamiento de situaciones imprevistas, habilidades de conversación, aceptación de críticas y crear estrategias de imaginación o cogniciones alternativas de afrontamiento de problemas.

PROGRAMACIONES

Durante toda esta fase realizarán de forma controlada planificaciones sobre distintas áreas: económica, tiempo libre, trabajo, que serán valoradas en los grupos de autoayuda.

En el **área de tiempo libre y ocio**, se realizarán programaciones semanales, para lograr una estructuración del fin de semana, que nos permita saber cuáles son los objetivos que el usuario está priorizando en ese momento y por qué. Deberán presentarse en grupos de autoayuda, y tener la aprobación del resto del grupo.

Esto tiene relación con el trabajo iniciado sobre las SAR y las DAI.

4.4.3. DURACIÓN

Se estima necesario en esta fase un proceso de continuidad en la asistencia a grupos, durante un periodo de 12 meses, pudiendo variar de unos a otros, en función de los objetivos alcanzados.

4.5. Fase de Integración Social y Mantenimiento

4.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❑ Inclusión de nuevas relaciones en la red social del usuario.
- ❑ Mantenimiento de los objetivos ya alcanzados.
- ❑ Reequilibrio de estilo de vida necesario para una vida sin drogas.
- ❑ Trabajo cognitivo sobre los probables excesos de confianza.
- ❑ Tomar decisiones responsables y acordes a su realidad, en relación a la familia, trabajo, dinero, etc.
- ❑ Llegar a alcanzar un nivel de autonomía personal que genere un estilo de vida satisfactorio tanto para el usuario como para su entorno.

4.5.2. METODOLOGÍA

Durante esta fase se disminuirán el número de grupos a la semana, siendo su periodicidad de un grupo a la semana durante los tres primeros meses de fase y otros tres meses siguientes de un grupo cada quince días, hasta Alta Terapéutica.

Se adaptará a este momento el trabajo sobre recaídas, al igual que se realizarán entrevistas individuales para verificar objetivos personales y consolidar los logros ya alcanzados.

4.5.3. DURACIÓN

Será de cuatro meses aproximadamente, con disminución progresiva de la asistencia, así como de normas.

4.6. Alta Terapéutica

El proceso terapéutico finalizará cuando en cada caso se hayan cumplido los objetivos de las tres fases en el periodo en que está estructurado el proceso terapéutico, pudiendo alargarse o acortarse razonablemente si ha habido incidencias relevantes que hayan retrasado/avanzado la finalización del programa

4.7. Tratamiento Familiar

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

Se tratará de tejer una red compuesta por familiares y amigos dispuestos a colaborar en el proceso de recuperación, de tal manera que sirva de contención alrededor del usuario y en la que éste pueda tener una nueva experiencia de relación.

El asesoramiento y establecimiento de contratos de colaboración con estas personas y la comunicación frecuente con ellas serán aspectos básicos del funcionamiento de esta estrategia.

4.7.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❑ Informar a los familiares sobre los aspectos básicos del abuso-adicción a estimulantes, repercusiones para la familia Y orientaciones del tratamiento. Se proporcionará toda la información necesaria para contribuir a reducir el malestar así como a manejar adecuadamente la carga emocional que genera la adicción.
- ❑ Posibilitar un espacio de reflexión y apoyo hacia la labor que realizan.
- ❑ Clarificar patrones de relación perjudiciales desde el punto de vista de la rehabilitación; descubrir comportamientos permisivos, codependientes y/o facilitadores del consumo.
- ❑ Construir alternativas de relación positivas.
- ❑ Transmitir a la familia su responsabilidad en el proceso del usuario.
- ❑ Potenciar la comunicación en el núcleo familiar.
- ❑ Favorecer la adquisición y creación de nuevos roles y nuevas relaciones en el subsistema de pareja, familiar y parental.

4.7.2.METODOLOGÍA

Entrevistas Individuales

Grupos de Apoyo:

- Mantener y aumentar el grado de motivación de las familias así como su implicación en el proceso terapéutico.
- Proporcionar pautas de actuación frente a la drogodependencia y al tratamiento.
- Dotarles de conocimientos básicos acerca de las sustancias y sus efectos.
- Que los asistentes aprendan a participar en el trabajo grupal (escucha, comunicación, etc.), así como favorecer el aprendizaje vicario.

Grupos Individuales de Terapia de Familia:

- Conseguir una participación activa y adecuada de los familiares en el proceso terapéutico. Disminuir los niveles de angustia y culpa.
- Superar la visión individualista de la problemática.
- Modificar hábitos y actitudes disfuncionales en el núcleo familiar.
- Enseñar a los familiares a analizar sus reacciones ante el problema y el efecto de estas reacciones sobre el usuario y sobre la familia.
- Analizar las pautas de convivencia, así como fomentar la comunicación y solución de problemas en la familia.
- Ayudar a las familias a comprender las recaídas dentro del proceso de tratamiento, enseñarles a prevenirlas y actuar ante ellas.
- Abordar alguna dificultad más constante en el proceso.

Escuela de Familias.

4.7.3. DURACION

La periodicidad de los grupos será semanal durante el primer año e irán disminuyendo paralelamente al de usuarios.

4.8 Tratamiento Individual

En el tiempo que ha transcurrido desde la creación del TAC se ha venido viendo la necesidad de ir dotando de un mayor contenido a cada una de las sesiones planteadas durante el proceso de las personas, que asistiendo a la modalidad de entrevistas exclusivamente, cursa tratamiento en Proyecto Hombre.

4.8.1.OBJETIVOS

- Consecución y mantenimiento de la abstinencia.
- Recobrar hábitos de vida saludables.
- Adquisición de estrategias de afrontamiento.
- Reestructuración personal: estilo de vida, autocuidado, desarrollo de responsabilidades, competencia social, uso del tiempo libre.
- Prevenir recaídas.

4.8.2. METODOLOGÍA

Así pues, tras el primer periodo de evaluación y decidido el tratamiento en esta modalidad bien por condiciones de vida, necesidades laborales, personalidad, edad... parece aconsejable la negociación de una normativa adecuada a las condiciones de vida particulares de cada demandante en el terreno de los horarios, uso de alcohol y dinero así como tiempo para estar solo sin ningún tipo de seguimiento.

Por otro lado se le pedirá, bajo una perspectiva de trabajo motivacional y sistémico el planteamiento de unos objetivos a trabajar a corto plazo que sean acordes a los objetivos generales planteados por el demandante durante la fase de evaluación y que lógicamente giren en torno a su esfera cercana de desenvolvimiento cotidiano. Esto durante el primer mes de trabajo dentro de la fase.

En el segundo mes se iniciaría el trabajo en prevención de recaídas que se alargaría durante aproximadamente seis meses, incluyendo cierto trabajo sobre habilidades sociales incorporadas según necesidades del demandante.

Durante el tercer o cuarto mes comenzaríamos con distintas sesiones de realización de anamnesis solicitando por escrito la redacción al interesado del tema que corresponda y siempre que sea necesario, en el sentido de que no todos realizarán estas sesiones. Esto facilitaría el centrar las dificultades, daría sentido a lo que se realiza dentro del tratamiento y serviría para renovar objetivos hasta el Alta Terapéutica.

A todo esto se le añaden autorregistros de autoconocimiento y autocontrol a modo de ensayo y error y prevención.

Existiría la posibilidad de realizar grupos de aprendizaje si las condiciones personales de los distintos usuarios lo permitiesen.

El tiempo de proceso de tratamiento quedaría abierto a los avances del usuario. En cualquier caso la realización de analíticas se mantendría hasta los seis meses mínimo.

En los casos que exista posibilidad se trabajaría con las familias, amigos o parejas que deseen acompañarlo/a.

4.9. Estructura Organizativa

4.9.1. NORMATIVA GENERAL

1. No hacer uso de ningún tipo de drogas, incluido el alcohol.
2. Colaboración en casa, según trabajo y necesidades.
3. Al inicio del tratamiento deberán estar mancomunadas las cartillas y cuentas bancarias. No podrán hacer uso de tarjetas de crédito.
4. Distanciarse de personas o ambientes relacionados con el mundo de las drogas; en el ámbito laboral, limitar estas relaciones a lo estrictamente profesional.
5. Estar acompañado, salvo excepciones previamente consultadas y pactadas.
6. Asistencia a grupos y entrevistas cuando así está programado o comunicación con tiempo suficiente de la ausencia. Justificación de la misma.
7. No se puede mantener relación con compañeros del programa fuera del Centro, ni mantener relaciones sentimentales y/o sexuales con otros usuarios.
8. Los acompañantes se entrevistarán periódicamente con el equipo terapéutico responsable del programa.
9. Realizar las analíticas de control de orina que se indiquen.
10. Serán consideradas faltas muy graves pudiendo llegar a ser motivo de exclusión del programa la agresión física y/o verbal a otras personas (usuarios, terapeutas o familiares) así como consumos o tráfico de drogas dentro del centro donde se desarrolla el programa.

4.9.2. ORGANIZACIÓN DE GRUPOS Y ENTREVISTAS

- **Fase evaluación:** 1 entrevista por semana → Mes y medio/2 meses.

- **Fase grupal:** 2 entrevistas por semana. Su familia 1 entrevista por semana. Su pareja 1 entrevista por semana.
Los grupos coincidirán al inicio/fin de la semana.
- **Fase individual:** 1 entrevista por semana.

4.10. Carpeta Terapéutica

El instrumento básico de registro de la información del proceso terapéutico estará recogido en la Carpeta Terapéutica que estará formada por la siguiente documentación:

- Informe de las entrevistas iniciales: se recogen datos señalados en la fase inicial del tratamiento.
- Europasi.
- Contrato Terapéutico.
- Encuesta Toxicológica.
- Cuestionario de HH.SS.
- Registro de Grupos de Autoayuda.
- Registro de Grupos Psico-educativos
- Registro de entrevistas tanto con el usuario como con la familia.
- Autoinformes del usuario sobre su evolución en distintas áreas: familiar, laboral, ocio, terapia, pareja, amigos...
- Informe por parte del terapeuta del proceso que el usuario está llevando a cabo.
- Anamnesis Personal.
- Mapa de la Vida.
- Cronograma de Hitos.
- Proyecto de Vida a largo plazo.
- Informe del Alta Terapéutica

5. ÁREA DE SALUD

Se considera necesaria una coordinación del Programa TAC, con el área de salud del Proyecto Hombre. Se trabajarán en conjunto los grupos psico-educativos, al igual que se realizarán actividades exclusivamente encaminadas a la formación. A lo largo del curso se tratará de desarrollar una breve guía para los usuarios sobre la cocaína y sus efectos, así como su influencia sobre la vida emocional, el SAC y las fases de desintoxicación y el tratamiento propuesto por nuestro programa.

Seminarios Informativos sobre Cocaína.

Se realizarán varios seminarios englobados bajo el título de “*curso sobre la cocaína*”. Se desarrollarían en el primer momento de la fase II, a razón de un grupo psico-educativo cada quince días. Algunos temas a tratar serán:

- Síndrome de abstinencia
- Consecuencias del consumo
- Efectos secundarios
- Influencia en la vida emocional
- Situaciones de Alto Riesgo
- Concomitancia cocaína (tolerancias Cruzadas)
- Impulsividad -desequilibrio células cerebrales-

- Deterioro progresivo de la salud
- Craving

6. AREA FORMATIVO-LABORAL

- Realizar un currículum vitae.
- Programa de Inserción Laboral: encaminado a aquellos usuarios que no tengan trabajo o que deseen mejorar el que tienen: se trazará con el técnico de Inserción Laboral, analizando su experiencia y capacidades, así como sus déficits y la forma de eliminarlos.
- Orientación personal a la hora de entrevistas de trabajo así como escalas de satisfacción laboral.

7. CRITERIOS DE EVALUACION.

Evaluación de Procesos

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- se valorarán criterios de asistencia a las citas y grupos (o en su defecto aviso de la no asistencia), puntualidad, cumplimiento de los pactos hechos en las entrevistas así como su colaboración en las mismas.
- Grado de participación en los grupos y en el resto de instrumentos terapéuticos.
- Grado de respeto y cumplimiento de normas,
- Claridad con la que habla de sus problemas.
- Relación que establece con los demás usuarios: preocupación, corresponsabilidad, ayuda.
- Tiempo de permanencia en el programa
- Autoinformes
- Informes de Evaluación.
- Resultados de los cuestionarios administrados.
- Entrevistas con el usuario.

Evaluación de Resultados

Los indicadores serán los siguientes:

- La ratio entre ingresos y Altas Terapéuticas nos daría una medida de la eficacia del programa.
- Escalas de Satisfacción personal en el tratamiento.
- Adecuación del tratamiento a la demanda: porcentaje de ingresos/exclusiones. Las exclusiones están muy definidas, así pues, registrando los motivos de no inclusión obtendremos un perfil de la gente que nos pide tratamiento.
- Control de Analíticas de Orina.

Criterios de Alta Terapéutica:

Área Relacional: Ausencia de relaciones con consumidores de drogas y mantenimiento o creación de un nuevo marco de relación social.

Área ocupacional: Tener trabajo o estar realizando una actividad formativa con perspectivas laborales.

Área Económica: Libre manejo del dinero y mostrar competencia en la administración de ingresos según las posibilidades y necesidades.

Área de Ocio y Tiempo Libre: Realizar habitualmente actividades gratificantes alternativas al consumo tanto dentro como fuera de casa de forma que estas ocupan gran parte del tiempo libre disponible.

Área de Salud: Tener regularizada la situación médico-sanitaria, realizando un adecuado seguimiento sanitario en todas las áreas.

Área Legal: No tener constancia de actividad delictiva alguna.

Área de Consumo: Mantenerla abstinencia a todo tipo de drogas.

**ANEXO III. PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO
(CRA) MÁS TERAPIA DE INCENTIVO PARA LA ADICCIÓN A
LA COCAÍNA**

RESUMEN DEL PROGRAMA CRA MÁS TERAPIA DE INCENTIVO

0. APROXIMACIÓN CLÍNICA Y SESIONES INICIALES
1. TERAPIA DE INCENTIVO
2. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS
 - 2.1. Análisis Funcional
 - 2.2. Plan de automanejo
 - 2.3. Entrenamiento en habilidades de rechazo
3. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
 - 3.1. Manejo del tiempo
 - 3.2. Asesoramiento social/actividades de ocio
 - 3.3. Entrenamiento en solución de problemas
 - 3.4. Asesoramiento vocacional
 - 3.5. Entrenamiento en habilidades sociales
 - 3.6. Prevención VIH/SIDA
4. ASESORAMIENTO EN LAS RELACIONES DE PAREJA
5. CONSUMO DE OTRAS DROGAS
 - 5.1. Alcohol
 - 5.2. Derivados del cannabis
6. OTROS TRASTORNOS
 - 6.1. Depresión
 - 6.2. Ansiedad
 - 6.3. Insomnio

**El programa CRA cuenta con una gran cantidad de instrumentos propios que no se han incluido en esta descripción del programa por motivos de espacio*

0. APROXIMACIÓN CLÍNICA Y SESIONES INICIALES

APROXIMACIÓN CLÍNICA

PARÁMETROS DEL TRATAMIENTO

Duración: 12 meses.

Semanas 1-24: 2 sesiones grupales de 2 horas de duración a la semana. Se emplean contactos adicionales telefónicos o cara a cara si fueran necesarios.

Semanas 24 en adelante: 1 sesión grupal o individual a la semana, dependiendo de las necesidades del paciente.

Análisis de orina: tres veces por semana (p.e.: lunes, miércoles y viernes) durante las semanas 1-12; y dos veces por semana (lunes y jueves) durante las semanas 13-24.

Aleatorio el resto del tratamiento.

ESTILO TERAPÉUTICO

Flexibilidad

Empatía

Implicación activa

Directivo pero colaborador

Reforzamiento social

TÉCNICAS

Contrato conductual

Establecimiento de objetivos

Aproximaciones sucesivas

AutorRegistro

Premack

Entrenamiento en Habilidades: HH Sociales, Solución de problemas, Relajación, Manejo del tiempo, etc.

Gráficos de progresos: una manera efectiva de demostrar el progreso, o el retroceso, de los pacientes es mostrar los objetivos y los objetos alcanzados a través de gráficos.

Terapia de incentivo: manejo de contingencias

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

El plan de las sesiones es seguido con fidelidad, exceptuando determinadas emergencias. Previamente, el terapeuta prepara todos los componentes de cada sesión así como los materiales que empleará. El terapeuta cubre la guía de cada sesión para asegurar su cumplimiento.

(1) Se realiza la analítica

(2) El terapeuta anota los resultados de la analítica (*gráfico de analíticas*)

2.a. Resultado negativo: reforzamiento social y discusión

2.b. Resultado positivo: análisis funcional de la caída más reciente.

(3) Se revisan y evalúan los progresos en cada objetivo de tratamiento. Se actualizan los gráficos y se discuten los problemas.

(4) Si no existe un progreso adecuado: solución de problemas

(5) Objetivos para la siguiente sesión (tareas para casa).

(6) Entrenamiento en habilidades cuando se considere apropiado.

(7) Revisión y evaluación del tratamiento con disulfiram si procede.

(8) Se revisan y enfatizan los objetivos para la siguiente sesión.

Se cubre la hoja de progresos y la guía para la siguiente sesión.

MANEJO DE CRISIS O PROBLEMAS

El programa requiere una adhesión cuidadosa a los objetivos y la estructura. Pero no se pueden ignorar los problemas concretos que presenta el paciente si no se quiere que este vea el tratamiento como irrelevante para sus propias necesidades.

Se proponen cuatro estrategias para atender las crisis:

- El terapeuta puede tratar de vincular estos problemas con el plan de tratamiento preestablecido, haciéndole ver cómo el tratamiento puede ayudarle a resolver la crisis.
- Se puede discutir la importancia de estos aspectos, mientras se le explica que esos problemas no pueden ser abordados hasta que se consiga un periodo de abstinencia.
- Se pueden dedicar los últimos 10-15 minutos a discutir estos aspectos no directamente relacionados con el plan de tratamiento. Se utiliza la atención a este tipo de problemas como reforzamiento de la adhesión al protocolo de tratamiento.
- Si el terapeuta considera que se requiere una intervención específica y rápida, se incluye en el protocolo de tratamiento.

ASPECTOS ESPECIALES

- (1) Ausencias
- (2) Retrasos
- (3) Sesiones extras
- (4) Uso de alcohol y otras drogas
- (5) Otros tratamientos
- (6) Abandono prematuro

SESIONES INICIALES

ADMISIÓN

1. Explicación del programa CRA:

- El programa es confidencial: todo lo que se habla o se escribe permanece bajo el secreto profesional.
- El programa está especialmente diseñado para los problemas de cocaína.
- El programa dura 12 meses, los últimos 6 (segunda mitad) es menos intensivo e implica sesiones individuales de terapia y recogida de muestras de orina de forma aleatoria.
- Las sesiones de terapia se centran en ayudar a los pacientes a hacer cambios en el estilo de vida.
- Explicación del programa de incentivo:

El tratamiento incluye también lo que llamamos un programa de incentivo. Cuando haya una muestra negativa de orina, tú ganarás puntos o vales que utilizarás para alcanzar tus objetivos. Puedes acumular puntos para canjear por asistencia a actividades (conciertos, deportes, descuentos, cursos, ...). Para que te hagas una idea, si permaneces abstinentemente durante 12 semanas, tú podrás ganar el equivalente de aproximadamente 1200 euros. Más adelante, te explicaremos con más detalle en qué consiste este aspecto del programa.

2. Entrega de la Agenda y explicación de su utilidad

3. Cuestionarios:

- CAAP (Cocaine Abuse Assessment Profile) (Washton et al., 1988) (autoaplicado en casa)
- MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) (Selzer, 1971).
- SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Miller y Tonigan, 1996).
- BDI (Beck Depression Inventory)(Beck et al., 1961).
- SCL-90-R (Derogatis, 1983).
- ASI (Addiction Severity Index)(McLellan et al., 1985).
- DSM-IV-R.

4. Elaboración del listado de problemas y Plan de Tratamiento. Es conveniente que el Plan de Tratamiento se complete en colaboración con el paciente para que éste se implique en los objetivos terapéuticos que se plantean. Lograr la abstinencia a la cocaína es siempre el primer objetivo del plan de tratamiento. Por tanto, el plan debe priorizar las áreas que están directamente relacionadas con este objetivo. Las áreas habituales son: uso de otras drogas, vocación, relaciones familiares y sociales y actividades de ocio. No obstante, los problemas psicológicos, legales, médicos,

económicos también deberían ser considerados si se estima que son precipitantes inmediatos del consumo de drogas.

5. Contrato de abstinencia

SESIONES 1 Y 2

- (1) Revisar todos los resultados de todas analíticas del paciente
- (2) Completar la evaluación del paciente y revisar la racionalidad del plan de tratamiento.
- (3) Introducir la noción de Análisis Funcional del uso de cocaína y los procedimientos de CE para ayudar al paciente a obtener la abstinencia inicial a la cocaína.

Es importante, en esta fase inicial del tratamiento, enseñar a los pacientes a identificar los antecedentes del uso de cocaína y cómo ellos pueden enfrentarse a las situaciones de alto riesgo (recordar determinantes de recaída de Marlatt y Gordon).

En este contexto, se debe describir la noción de *craving*:

- Hacer ver que la urgencia o el deseo de consumir es normal en una persona que está comenzando un proceso de tratamiento
- Estas urgencias pueden estar disparadas por eventos medioambientales externos (por ejemplo, ver a cierta persona, pasar por delante de cierto bar o asistir a una fiesta) o estímulos internos (recordar cómo se sentía cuando consumía, sentimientos de depresión o ansiedad) (noción de SA condicionado).
- Las urgencias de consumo duran solo un tiempo limitado. Van a ser menos intensas y frecuentes en la medida en que se aprendan estrategias de afrontamiento.
- El análisis funcional es el procedimiento a través del cual tú aprendes a identificar los acontecimientos que disparan estas urgencias de uso de cocaína y te ayuda a desarrollar estrategias para evitar, prevenir o afrontar estas situaciones.

Probablemente, en esta primera sesión no de tiempo a explicar por completo el AF. Pero al menos, se deben haber discutido las potenciales SR que pueden ocurrir hasta la siguiente sesión y se han de proporcionar estrategias para afrontar tales situaciones. Se debe especificar un plan específico de afrontamiento de SR.

- (4) Empezar a utilizar la agenda del paciente para organizar el plan de actividades.
- (5) Iniciar o continuar con el tratamiento de disulfiram
- (6) Organizar y comenzar el programa de tratamiento: Discusión de las áreas de cambio. El terapeuta debe presentar sus ideas acerca de los cambios en los distintos ámbitos del estilo de vida. Es importante que el terapeuta resalte los motivos de estas necesidades basándose en los datos de la evaluación previa y en su experiencia clínica

1. TERAPIA DE INCENTIVO

Procedimiento de manejo de contingencias que refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia de cocaína. Los puntos son obtenidos por resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa con cada muestra de análisis de orina negativo. El procedimiento no solo recompensa cada uno de los

negativos aislados sino que se ofrece incentivos de mayor magnitud para los pacientes que mantienen periodos largos de abstinencia continuada.

También se reconoce que las caídas o deslices aislados son altamente probables en el transcurso del tratamiento. El valor de los puntos se incrementa o reduce en función de los resultados de las analíticas. Así, los pacientes pueden ganar incentivos más valiosos si obtienen cinco analíticas negativas consecutivas, pero los puntos ya ganados por los pacientes nunca pueden ser perdidos.

No se utiliza dinero con los pacientes. En lugar de esto, los vales se canjean por diferentes tipos de premios: descuentos en tiendas, entradas, materiales, cursos de formación, ofertas de empleo, etc.

Los beneficios que se obtienen siempre han de ser adecuados, según la opinión del terapeuta, a los objetivos de tratamiento individuales, fundamentalmente, la abstinencia de la cocaína.

PROTOCOLO

Cada punto ganado tiene un valor de 0,25 euros / 0,125 euros

Semanas 1-12: 3 analíticas por semana

Primer resultado negativo: 10 puntos

Para las siguientes muestras negativas, el valor de éstas se incrementa en 5 puntos (p.e.: segunda muestra: 15 puntos, tercera: 20 puntos, etc.)

Por cada 3 muestras negativas consecutivas el paciente obtiene un extra de 40 puntos.

Un análisis positivo o una ausencia de analítica hacen que el valor de las muestras vuelva al valor inicial de 10 puntos.

Cinco analíticas negativas consecutivas tras una positiva hacen retornar al nivel que se había obtenido previamente.

Semanas 13-24: 2 analíticas por semana

Se reduce la magnitud del reforzador por cada análisis negativo. Se pasa a un programa de reforzamiento variable intermitente.

EVALUACIÓN OBJETIVA

La evaluación objetiva del uso de cocaína y otras drogas a través de los análisis de orina es una parte esencial de la CRA. Resulta eficaz si es administrado de forma consistente y precisa.

La recogida de orina debe realizarse siempre bajo la observación del staff de acuerdo con un programa rígidamente establecido (p.e., lunes, miércoles y viernes durante las semanas 1 a 12 y lunes y jueves durante las semanas 13 a 24.). Cada semana, una muestra seleccionada al azar es analizada en la presencia de otros pacientes.

- Si la muestra es negativa, se le refuerza socialmente y se da al paciente la ficha (el vale correspondiente)
- Si la muestra es positiva, se le pregunta al paciente la cantidad y el día en que consumió. En ese momento no se le castiga, no se le pregunta por qué ocurrió.

Los niveles de alcohol en el aire expirado es evaluado también cada vez que se crea conveniente.

2. HABILIDADES PARA EL RECHAZO DEL CONSUMO DE DROGAS

Con el objetivo de parar el uso de cocaína, los pacientes han de aprender los lugares, persona y objetos que estimulan el deseo de consumo y como evitar o afrontar tales estímulos. CRA utiliza tres métodos:

- Análisis Funcional

- Plan de auto-manejo
- Habilidades de afrontamiento (rechazo de drogas)

2.1. ANÁLISIS FUNCIONAL (AF)

El AF se utiliza a lo largo de todo el tratamiento cuando se necesite. Por ejemplo, si se produce una caída, se debe analizar este evento para enseñar al paciente como evitar situaciones similares en el futuro.

Hay 5 aspectos importantes que debes tener presente:

- *Otras personas con problemas de abuso de cocaína como tú han sido capaces de solucionar el problema con esta forma de trabajar.*
- *Es importante que empieces a pensar en tu problema con la cocaína como un hábito aprendido y que su solución depende de ti mismo, no de otras personas.*
- *El objetivo de este programa es ayudarte a enseñarte como puedes abandonar el consumo de cocaína y llevar una vida normalizada sin drogas. Para ello, es importante que dejes de consumir cocaína lo antes posible, con el fin de centrarnos en cambiar otros aspectos de tu estilo de vida para conseguir que permanezcas abstinentes a largo plazo.*
- *No obstante, si consumes cocaína durante algún momento del proceso de tratamiento, es importante que no lo veas como un fracaso. Es habitual que las personas que tratan de dejar de consumir cocaína tengan algunos deslices. Nosotros utilizaremos esos deslices para ayudarte a entender y a aprender más acerca de tu conducta de consumo.*
- *Es muy importante el trabajo que hagas entre sesiones. Lo que hagamos durante las sesiones de tratamiento es solo una parte del programa.*

COMPONENTES DEL ANÁLISIS FUNCIONAL

Después de explicar cuál es la lógica del AF, se debe empezar a trabajar con los componentes específicos del AF.

El AF te ayuda a identificar las causas inmediatas del uso de cocaína. Seguramente te habrás dado cuenta que sueles consumir cocaína más en unas situaciones que en otras. La situación puede llegar a controlar el uso de la droga, particularmente si no estamos atentos a esta influencia. Algunas de las situaciones habituales que pueden propiciar el uso de cocaína son:

Determinadas personas
Determinados lugares
Horas del día
Tener mucho dinero
Consumir alcohol
Determinadas actividades que realizas
Algunos sentimientos o estados de ánimo

El primer paso es identificar los tipos de situaciones (Situaciones de Riesgo o precipitantes) en las cuales sueles consumir.

También necesitaremos identificar las consecuencias del uso de cocaína. Hay dos tipos de consecuencias: las inmediatas (por ejemplo, colocarse o divertirse) y las que ocurren más tarde (despilfarrar el dinero, no poder pagar una deuda o hacer algo que no querías).

El terapeuta analizará los cuatro componentes del AF: precipitantes, conducta, y consecuencias positivas y negativas.

Precipitantes

Un precipitante es un evento que ocurre inmediatamente antes de que la persona consuma y aumenta la probabilidad de éste. Los precipitantes pueden ser muy obvios o difíciles de identificar. Muchas veces, los precipitantes pueden conducir a otras conductas que influyen en el consumo de drogas, p.e., pensamientos sobre las potenciales consecuencias del consumo, como: la cocaína me hará sentir mejor, me ayudará a olvidar tal problema,...

Conducta

El consumo de cocaína es una de las muchas conductas que pueden ocurrir tras un precipitante. El trabajo del paciente es aprender nuevas conductas que, o bien eviten la SR, o bien la afronten sin consumir.

Consecuencias +

Las consecuencias positivas reforzantes son experimentadas normalmente inmediatamente después del consumo. Se le dan al paciente ejemplos de consecuencias positivas habituales.

Consecuencias -

Normalmente se experimentan tiempo después del consumo. Interfieren con un estilo de vida saludable y tienen que ver con las relaciones sociales, trabajo, dinero, salud, estados de ánimo o autoestima. Forman parte del problema que ha llevado al paciente a pedir ayuda.

REALIZAR EL ANÁLISIS FUNCIONAL

A continuación, el terapeuta debe instruir al paciente sobre como realizar el AF.

2.2. PLAN DE AUTOMANEJO

Paciente y terapeuta deben desarrollar un plan de automanejo para afrontar los disparadores identificados con el AF.

Racionalidad

Entrenamiento inicial

Desarrollar un plan:

- Elegir una situación (precipitante)
- Tormenta de ideas de estrategias potenciales
- Consideración de los efectos de cada una de las estrategias
- Calificación de la dificultad de cada una de las estrategias en una escala desde 1 (muy fácil) hasta 10 (extremadamente difícil).
- Se selecciona una estrategia tras considerar los tres pasos anteriores.
- Se discute cómo se llevará a cabo esa estrategia

2.3. HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

1. Racionalidad. Más de 1/3 de las recaídas se relacionan con la presión social directa.
2. Rechazo de cocaína y otras drogas
3. El terapeuta da información acerca de formas concretas de rechazar de forma eficaz cocaína. Se debe llamar la atención sobre:
 - *Recuerda que las personas que te ofrecen cocaína o alcohol no están pensando en qué es lo mejor para ti. Ellos pueden ser amigos tuyos, pero una vez que has decidido dejarlo, es importante que consideres el tipo de relación que tienes con ellos. Debes rechazar las ofertas de forma educada pero firme.*
 - *Saber decir NO es el aspecto más importante de la respuesta de afrontamiento. Hay diferentes maneras de decir en diferentes situaciones. Pero, siempre es importante que tengas muy claros y presentes los objetivos en tu cabeza:*
 1. *El primer objetivo es no consumir cocaína*
 2. *Tus objetivos secundarios pueden ser:*
 - *Reforzar tu convencimiento y autoeficacia de no consumir*
 - *Sentirte bien contigo mismo por no hacerlo*
3. Componentes de un rechazo efectivo
4. Entrenamiento en habilidades de rechazo
 - 4.1. *Hay diferentes maneras de decir en diferentes situaciones. Por ejemplo:*
 - *No, he dejado de consumir, me acarreaba muchos problemas*
 - *No, he tenido problemas con la cocaína, no voy a consumir nunca más*
 - *No, gracias*
 - *No, tomaré un café*
 - 4.2. El terapeuta ayuda a construir al paciente al menos tres escenas en las que el paciente puede tener dificultades para no consumir cocaína P.e., encuentro con un amigo consumidor, una llamada de teléfono, una fiesta, etc.
Las situaciones deben estar descritas de forma muy pormenorizada.
 - 4.3. El terapeuta recuerda los componentes del rechazo eficaz y los objetivos a alcanzar en estas situaciones.
 - 4.4. Solución de problemas
 - 4.5. Entrenamiento en habilidades
 - 4.6. Se comenta como se sintió, las dificultades que tuvo, si fue fácil o difícil, ...
5. Trabajo para casa
 - 5.1. Se seleccionan 2 ó 3 situaciones más y el paciente debe practicar esas escenas en casa: con otra persona (co-terapeuta), en el espejo, o por escrito
 - 5.2. Se instruye al paciente para que identifique situaciones de riesgo hasta la siguiente sesión y la estrategia de afrontamiento llevada a cabo.
6. Las situaciones se revisan en cada sesión.

3. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

3.1. MANEJO DE TIEMPO

Entrenamiento en un uso productivo del tiempo. Deben aprender a programar y ejecutar los eventos y actividades a lo largo del día, para que tengan poco tiempo en donde no tengan nada que hacer y poco tiempo de riesgo disponible.

El terapeuta puede introducir la idea de la siguiente manera:

Esta parte del programa implica aprender a planificar, organizar y priorizar las actividades de tu vida diaria. La organización del tiempo está muy relacionada con el

consumo de sustancias. Una buena planificación de las actividades nos ayudará a alcanzar los objetivos del tratamiento que nos hemos propuesto.

DESARROLLANDO HH DE MANEJO DE TIEMPO

La importancia de escribir y programar las citas y actividades debe revisarse en cada sesión.

Al paciente se le entrega una **agenda** y se le enseña cómo usarla. Los pacientes tienen que hacer una lista con lo que quieren llevar a cabo ese día o hasta la próxima sesión. Además, tienen que introducir un sistema para priorizar (sistema ABC). En este sistema, el paciente es instruido para escribir la letra “A” al lado de aquellos ítems que tengan un gran valor, “B” para los ítems con valor intermedio y “C” para los de menor valor. Se introducen también números para organizar los ítems dentro del mismo valor (A-1, A-2, A-3).

Después de que el listado este completado, el terapeuta ayuda al paciente a hacer una programación realista en su agenda. La prioridad de cada actividad es el criterio para decidir cuando y donde. En un primer momento, se debe tratar de incluir cuantos más ítems mejor en la agenda. Pero el terapeuta debe guiar al paciente a hacer una planificación del tiempo eficiente y realista. Cada vez que se realice una actividad deben tacharla en su agenda. Al final del día deben comprobar cuantos ítems han tachado.

APLICANDO EL MANEJO DE TIEMPO

El paciente debe aplicar este procedimiento diariamente durante la semana. Primero en un borrador y más tarde, la programación definitiva en la agenda. Ha de elegir una hora específica del día. Debe llevar su diario y la lista diaria a cada una de las sesiones.

Si el paciente no cumple con este ejercicio entre sesiones, se debe insistir en ello y, en todo caso, realizar el ejercicio dentro de cada sesión.

3.2. CONSEJO EN ACTIVIDADES SOCIALES Y DE OCIO

Este componente se centra en incrementar el interés y la participación en actividades sociales y recreativas que son reforzantes para el paciente y que no implican uso de drogas (actividades alternativas al uso de cocaína).

RACIONALIDAD

Las actividades sociales y recreativas son importantes en la vida de las personas. Estas proporcionan:

Una forma de divertimento que compensan las obligaciones diarias que causan estrés

Una forma de reducir el aburrimiento en el tiempo libre

Una forma de sentirse bien físicamente

Una oportunidad para aprender y desarrollar habilidades que te hacen sentirte bien contigo mismo.

Una forma de conocer a gente y hacer amigos.

Estas actividades juegan un papel muy importante en tu abstinencia. Cuando usas drogas sueles abandonar o reducir de forma importante estas actividades. Si las cosas que hacen no te satisfacen o divierten o no haces nada y te aburres, es más probable que consumas cocaína.

A veces es difícil realizar esta tarea para las personas como tu porque:

No encuentras a nadie no consumidor

Piensas en cosas que te gustaría hacer que son inalcanzables

No encuentras un hueco debido a tus responsabilidades en el trabajo o con la familia

Te falta motivación para comenzar algo nuevo

LISTA DE ACTIVIDADES Y PERSONAS

Este componente del tratamiento trata de ayudar a los pacientes a desarrollar las condiciones para tener este tipo de actividades sociales o de tiempo libre.

El primer paso es desarrollar una lista de actividades potencialmente reforzantes que el paciente esté interesado en llevar a cabo. El terapeuta debe ayudar al paciente a través de las siguientes preguntas:

- a. Actividades actuales
- b. Actividades reforzantes del pasado
- c. Cosas que el paciente siempre quiso hacer, pero que nunca llegó a realizar.

También se puede utilizar un listado de actividades potencialmente reforzantes para analizar el interés de los pacientes en diversas actividades. Este listado puede realizarse en la sesión o entre sesiones.

Una vez identificadas las posibles actividades, deben ser categorizadas en función del interés, coste, tiempo disponible, probabilidad o si requiere ejercicio físico o es sedentaria.

Un objetivo muy importante es incrementar el tiempo que pasa con no consumidores y extinguir el contacto con consumidores. El paso siguiente es hacer una lista de personas que puedan participar en las actividades seleccionadas. Con la ayuda del terapeuta se deben señalar el mayor número de personas posibles entre conocidos, amigos o familiares.

Como último recurso, personal de la clínica acompaña a los pacientes en las actividades para incrementar la posibilidad de contactar con personas que lo acompañen en el futuro.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE PROGRESOS

Se deben acordar objetivos específicos para cada una de las actividades en orden a incrementar el tiempo con personas no consumidoras y eliminar o restringir el tiempo de relación con personas consumidoras.

Las técnicas conductuales para la consecución de objetivos y el moldeado son las que se aplican para este objetivo. Estos objetivos se incorporan al plan de tratamiento y son sistemáticamente trabajados a lo largo de todo él.

Los progresos son evaluados en cada sesión.

FACILITAR EL CAMBIO

Si el paciente expresa temor sobre ciertas actividades o personas, ese debe evaluar el problema y resolverlo mediante la solución de problemas, entrenamiento en HH, ensayo de conducta u otro procedimiento. Se puede utilizar a personas allegadas para implicar al paciente en nuevas actividades.

También se le puede ayudar, proporcionándole una lista con actividades locales, recursos comunitarios, etc. Es decir, se debe ejercer la función de informar sobre todas las oportunidades de ocio y sociales disponibles en la comunidad. Est significa que se debe estar al día a través de la información que ofrecen los servicios públicos, la prensa o cualquier otro medio existente e donde exista este tipo de información.

3.3. HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El tratamiento implica realizar cambios en el estilo de vida que significa buscar solución para muchos tipos de problemas.

Los consumidores de cocaína se encuentran a menudo en varios tipos de situaciones problemáticas que pueden llegar a ser muy importantes si uno no sabe enfrentarse a ellas de forma eficaz:

- Se encuentran en situaciones en las que han usado cocaína u otras drogas.
- Encontrarse en una situación de presión social
- Consumos o recaídas

RACIONALIDAD

Para muchas personas, el abuso de cocaína a supuesto una forma de evitar (no afrontar) muchos problemas o tomar decisiones impulsivas que no eran las más adecuadas. Esta forma de actuar ha menudo a traído consecuencias negativas que incrementan la severidad de los problemas que ya existían o hace que surjan otros nuevos.

El objetivo de este módulo es enseñarte a identificar, analizar y encontrar soluciones a muchos problemas que se encuentra en tus esfuerzos para abandonar el consumo y cambiar de estilo de vida.

Algunos de estos problemas se encuentran en el camino del cambio del estilo de vida:

- Dificultad para encontrar tiempo para realizar actividades o hobbies
- Problemas con los niños
- Trabajo
- Familia
- Problemas legales

FASES DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Reconocer el problema
Identificar el problema
Tormenta de ideas
Selección de la estrategia
Evaluar la efectividad
Práctica
Tareas para casa

Reconocer el problema

El terapeuta debe repasar varias cuestiones que el paciente se tiene que preguntar a sí mismo para ser más consciente de la situación problemática. Las siguientes son algunas pistas que señalan la existencia de un problema:

- Estado físico (tensión, craving, ...)
- Pensamientos y sentimientos (aburrimiento, depresión, soledad, irritabilidad,...)
- Conducta (bajo rendimiento en el trabajo, no ocuparse de las responsabilidades familiares, con los amigos)
- Reacciones con otras personas (evitación, soledad,...)

Identificar el problema

Definir el problema de forma específica y conductual. Por ejemplo, si el paciente se queja de su trabajo y está considerando abandonarlo, el terapeuta debe trabajar con él para clarificar claramente la identidad del problema. Las siguientes preguntas pueden ayudar:

- Te sientes cercano a tus compañeros
- Cómo es la relación con tus superiores
- Has recibido algún informe negativo
- Te pagan lo suficiente, has pedido un aumento?

Tormenta de ideas

Principios de cantidad, variedad y aplazamiento del juicio

Selección de la estrategia

La más eficaz: más ventajas y menos inconvenientes

Evaluar la efectividad

Discutir sobre la eficacia de la solución elegida. Comprobar que sea realista

Práctica

El paciente debe realizar por escrito con la ayuda del terapeuta este proceso con varios tipos de problemas

Tareas para casa

El paciente debe traer por escrito varios problemas reales resueltos con este procedimiento

3.4. ASESORAMIENTO VOCACIONAL

El objetivo es ayudar a los desempleados a encontrar trabajo o mejorar la situación de empleo de aquellos que están insatisfechos o que tienen un trabajo que supone una importante SR.

RACIONALIDAD

La satisfacción con el empleo es uno de los factores más relacionados con la abstinencia a largo plazo. Esta relación se debe a:

Si estás a gusto en el trabajo es menos probable que consumas mientras trabajas

El trabajo te proporciona facilidad para acceder a otras cosas positivas que te gustan

El trabajo proporciona apoyo social, amigos y actividades sociales alejadas del mundo de la droga.

ESTABLECER OBJETIVOS

Dependen de cada caso particular. Algunos de los más habituales pueden ser los siguientes:

Para los pacientes desempleados:

- Hacer un contacto laboral al día

- Hacer un currículum
- Enviar uno o dos resúmenes al día con una carta de presentación
- Ir al INEM dos veces por semana
- Apuntarse a un curso de formación
- Tomar clases de hh. de búsqueda de empleo

Para los pacientes que trabajan demasiadas horas o en horarios irregulares:

- Trabajar entre 35-50 horas por semana
- Establecer un horario más regular
- Para pacientes que tienen un trabajo de alto riesgo o están muy insatisfechos:
- Explorar posibilidades de cambio
- Enviar currículums
- Modificar el contexto del trabajo para reducir el riesgo
- Cursos de formación laboral

Al final de la primera sesión de asesoramiento vocacional, se debe haber establecido un objetivo a largo plazo (p.e, trabajar a tiempo completo como dependiente) y especificar objetivos a corto plazo (apuntarse a un curso de informática, tener cinco contactos de trabajo por semana).

Los objetivos se varían cuando sea necesario y, una vez más, el asesoramiento vocacional se desarrolla durante toda la terapia.

3.5. ENTRENAMIENTO EN HHSS

Para pacientes que tienen dificultades con:

- Relacionarse con no consumidores
- Relacionarse con compañeros de trabajo u otras personas
- Asistir a determinadas actividades por que no se sientes a gusto
- Expresar sus sentimientos de una forma adecuada

Entrenamiento en asertividad

Apropiado para pacientes que tienden a tener un estilo pasivo a bien agresivo en las situaciones sociales.

Normalmente se utilizan entre dos y cuatro sesiones

RACIONALIDAD

Relación conducta social y consumo de drogas

DEFINICIÓN DE ESTILOS INTERPERSONALES

- Conducta pasiva, agresiva y asertiva. Consecuencias. Ventajas y desventajas
- Resaltar la conveniencia general de utilizar un estilo asertivo, pero que también se puede elegir un estilo pasivo o agresivo si la situación lo requiere.

ESTILO PROPIO

Evaluar y ayudar a conocer al paciente el estilo que tiende a utilizar, cuando lo usa, cómo le afecta y qué consecuencias tiene para él.

HABILIDADES ASERTIVAS

Se entrega al paciente la hoja de habilidades asertivas y se discute sobre cada punto.

PRÁCTICA

Terapeuta y paciente eligen 2 situaciones (AF) en las que el paciente les pueden ser útiles estas habilidades:

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE PROGRESOS

TAREAS PARA CASA

Se seleccionan situaciones y se revisan y discuten en la siguiente sesión

3.6. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DE VIH

Al menos 1 ó 2 sesiones en los primeros momentos de la terapia

RACIONALIDAD

PRETEST DE CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA

Revisar cada ítem y resolver dudas y respuestas incorrectas

VÍDEO Y DISCUSIÓN

Visionado de un vídeo de educación sobre el SIDA. Después, el terapeuta debe enfatizar la siguiente información:

- El uso intravenoso es el factor de riesgo más importante en la actualidad, pero también afecta a otras poblaciones
- Revisar las tres vías por las que el VIH puede ser transmitido: 1. Contacto sexual con una persona infectada, 2. A través de la sangre (compartiendo jeringuillas), 3. De madres infectadas a sus hijos.
- Las personas infectadas no tienen necesariamente que encontrarse mal ni estar enteradas de ello. Pueden tener el virus y no enterarse durante años, mientras están infectando a otras personas.
- Si el paciente consume en la actualidad por vía intravenosa, la única manera de estar seguro es parar de inyectarse. Si continua, debe siempre usar jeringuillas nuevas. Explicar el manejo apropiado de jeringuillas y entregar T. 20.
- Relaciones sexuales sin la protección adecuada es una forma fácil de infectarse (a través de sangre, fluidos vaginales, semen o fluido pre-eyaculatorio). Si se desconoce el estado de la otra persona, deben utilizarse siempre preservativos y el espermicida que contiene el ingrediente monoxynol-9, en todo tipo de relación sexual.
- El alcohol y otras drogas pueden aumentar el riesgo porque pueden reducir el sistema inmune y provocar conductas de riesgo.

ENTREGA DE FOLLETOS Y PRESERVATIVOS

POS-TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA

Al comienzo de la sesión siguiente al vídeo debe cubrir otra vez el test. Discusión si hubiera problema.

EVALUACIÓN ANTICUERPOS VIH Y HEPATITIS B

4. ASESORAMIENTO EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Consiste, por lo general, en una sesión semanal durante 4 semanas y una sesión cada 2-4 semanas en el resto del programa, para un total de 8 sesiones aproximadamente.

SESIÓN 1

INTRODUCCIÓN

En la primera sesión se debe explicar el contenido, los objetivos (estar más satisfecho con las relaciones interpersonales) y la relación con el consumo de drogas.

El consumo de drogas ha afectado a la relación entre la pareja. Si se quiere que la otra persona realice algunos cambios es importante tener una comunicación positiva. Esta forma de comportarse es más efectiva que reñir, ordenar o exigir cambios a la otra persona.

Vamos a trabajar una forma particular de hacer peticiones para asegurar que la otra persona se esfuerce en cambiar. Como cualquier otra habilidad requiere entrenamiento para hacerlo bien. Al principio puede ser difícil y puede verse como algo forzado y antinatural, pero, con el tiempo, lo iréis viendo normal y agradable.

EJERCICIO DE INTRODUCCIÓN

Para romper el hielo (con parejas), se puede empezar preguntando como se conocieron y como fueron los primeros momentos de estar juntos.

Decirse el uno al otro qué era lo que le gustaba o lo que le atraía cuando se conocieron En la actualidad.

Sólo cosas positivas y mirando a la cara.

ESCALA DE SATISFACCIÓN RELACIONAL

- Cada miembro la cubre por separado. Se debe enfatizar que se evalúan los problemas existentes en la actualidad, no en el pasado.
- Se les entrega una lista de ejemplos en áreas diferentes
- Se recogen y discuten las respuestas y se explica que la escala se cubrirá en más ocasiones.

RECUERDO DIARIO PARA SER AGRADABLE

Se les entrega el formulario y se explica la racionalidad de su uso

Se cubre la hoja pensando en la semana anterior. Se discute

Se dicen el uno al otro que le gustaría que hiciera (el ambiente debe ser relajado y divertido)

Se les instruye para que lo cubran cada día y lo pongan en un lugar visible (nevera, p.e.)

Para asegurarse de que sea recíproco, se les pide que, como mínimo, incluyan 10 satisfacciones que propiciaron a su pareja. Se debe enfatizar en que pongan cosas concretas y no generales, p.e.: puse una lavadora todas las semanas, la ayude cuando me lo pidió, fui a la compra, la escuché cuando me lo pidió,...

En cada sesión, se revisa el registro y se discute.

SESIÓN 2

En la siguiente sesión (y en todas las demás), se debe revisar la Escala de Relaciones Felices y discutir brevemente sobre los cambios habidos desde la sesión anterior.

A continuación, se debe revisar y discutir el listado diario cubierto desde la sesión anterior, resaltando específicamente qué conductas positivas llevó a cabo cada uno de los miembros y cómo les afectó las conductas del otro. Se empieza así de una forma positiva. Se les instruye para que sigan cubriéndolo diariamente.

FORMULARIO DE RELACIÓN PERFECTA

Se les entrega el Formulario de relación perfecta y se explica la racionalidad de su uso: Este registro nos servirá para conocer en qué aspectos os gustaría que la otra persona hiciera cambios específicos. Deben ser cosas que creáis que podrían incrementar la satisfacción y la calidad de vuestra relación. Se trata de identificar conductas concretas para cambiar. Así, la otra persona tendrá claro qué aspectos se deben mejorar.

Cada uno cubre la primera sección (responsabilidades domésticas), incluyendo cosas que le gustaría que el compañero hiciese o hiciese más a menudo. En términos positivos y concretos.

Se debe ayudar poniendo un ejemplo:

Si te gustara que tu compañero colaborase más con la plancha o la aspiradora, podría escribir: Los sábados por la mañana, después de desayunar, me gustaría que aspirases el salón nuestra habitación. También, me gustaría que planchases la ropa que hubiese en el cesto.

Después se completan 2 ó 3 categorías más con la ayuda del terapeuta. Se lleva el registro para casa y se trae todo cubierto en la próxima sesión.

PETICIÓN POSITIVA

A continuación se introduce el concepto de petición positiva. Componente diseñado para enseñar cómo pedir cosas a la otra persona incrementando la probabilidad de tener éxito.

- Se muestra la forma adecuada de hacer peticiones
 - . Muestra tu punto de vista y cómo te sientes
 - . Ofrece ayuda

- El terapeuta proporcionan un par de ejemplos de petición positiva y se revisan
- Cada miembro realiza una petición positiva y se revisa.
- Cada uno hace la petición al otro miembro.
- Cada miembro hace una petición al otro que será el objetivo para la próxima semana. La petición será repetida tantas veces como sea necesario.
- Una vez que se ha acordado, se transcribe en el contrato de pareja

En la siguiente sesión se revisa este objetivo. Se utiliza la estrategia en las siguientes sesiones hasta que se estime conveniente.

SESIÓN 3

- Se revisa el Diario de Recuerdo y se completa el Formulario de relaciones Felices
- Se revisa el Registro de relación perfecta si no se ha cubierto, se deja unos minutos para hacerlo. Al menos, una parte importante del registro debe cubrirse. Se revisan y refuerzan los progresos. Si no los hay o son pocos se hace una solución de problemas para ver cómo mejorar la siguiente semana.

- Se propone otra área para el cambio usando la Escala de relaciones Felices para priorizar. Una vez que el área es seleccionada cada uno elige una conducta del Formulario de Relación Perfecta.
- Se entrena la petición positiva (como en la sesión 2).
- Se firma otro contrato con esta conducta

Se recomienda una sola petición para cada semana.

ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN

- Se revisan y discuten los componentes del entrenamiento en hh de comunicación
- Se utiliza el Formulario de Relación perfecta para identificar las áreas que pueden ser mejoradas.
- Se elige un área para trabajar en la sesión
- El resto de la sesión se practican las hh de comunicación
- Antes de marchar, la pareja debe haber elegido 2 áreas problemáticas que serán trabajadas durante la siguiente semana. Se debe elegir un día y una hora específica para tener la discusión.
- Se recuerda la instrucción de completar el Formulario de recuerdo diario

SESIÓN 4

Al comienzo de esta sesión, el terapeuta debe:

- Revisar el Recordatorio Diario para se Agradable cubierto durante la semana anterior
- Tener cubierto la Escala de Relaciones Felices
- Revisar los progresos establecidos en el contrato de reciprocidad
- Revisar como le fue a la pareja en la discusión sobre las dos áreas problemáticas

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- Se entrega la segunda parte de habilidades de comunicación
- Se trabajan las hh. Como en la sesión anterior

SESIONES 5-8

A lo largo de todas las sesiones de pareja, ésta debe seguir completando la Escala de relaciones felices, el registro de Recuerdo Diario, cubrir contratos recíprocos y practicar hh de comunicación

Las últimas sesiones se espacian más (quincenal, mensualmente) y se reanudan cuando se considere necesario.

5. ABUSO DE OTRAS SUSTANCIAS

Muchos consumidores de cocaína consumen también otras drogas. Aproximadamente el 60% consumen alcohol y el 30% cannabis.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Pacientes que no se muestran interesados en dejar de consumir estas drogas en las primeras fases del tratamiento, se debe hacer cambiar su forma de pensar:

- Deben entender que no pueden lograr el objetivo de la abstinencia a la cocaína mientras continúen abusando de otras drogas.

- Al mismo tiempo, la abstinencia de la cocaína les va a ayudar a dejar de consumir otras sustancias.
- Deben entender que las consecuencias negativas que ellos esperan por dejar de consumir cocaína, no se solventarán con el uso de otras drogas.
- El abuso de otras drogas puede interferir con los objetivos de cambio del estilo de vida.
- El abuso de otras drogas puede traer consecuencias aversivas directas.

5.1. ALCOHOL

El alcohol es la sustancia más utilizada, antes, durante o después de la cocaína.

La estrategia general para afrontar los problemas del alcohol es la siguiente:

- a. Si los pacientes cumplen criterios de abuso o dependencia del alcohol, se recomienda el disulfiram. Se utilizan también los procedimientos conductuales necesarios.
- b. Si no cumplen criterios de dependencia o abuso, pero existe una clara relación entre el alcohol y la cocaína, se recomienda también disulfiram y terapia conductual.
- c. Si no se muestran de acuerdo con la abstinencia, se debe proponer la restricción del consumo. (BEBIDA CONTROLADA).
- d. Si no está desacuerdo...

ABSTINENCIA

¿Qué es el disulfiram?

Protocolo de disulfiram (supervisión médica)

Formulario de consentimiento, contrato de protocolo, verificación del control de disulfiram

En caso de que no acceda a disulfiram, al menos contrato alternativo

REDUCCIÓN DEL USO

Estrategias:

Control Estimular

Sustitución de bebidas

HH de rechazo de consumo de alcohol

Autorregistro

Contrato de contingencias

NO INTERVENCIÓN

5.2. DERIVADOS DEL CANNABIS

La estrategia general para tratar el tema de la marihuana es la siguiente:

- Recomendar la abstinencia y ofrecer a los pacientes ayuda para poner en marcha estrategias como las usadas para cocaína.
- Si los pacientes no aceptan como objetivo la abstinencia, animarlos a reducir su consumo con las mismas estrategias usadas en el alcohol.
- Nunca finalizar el tratamiento porque el paciente no acepte dejar de consumir marihuana o porque no alcance los objetivos marcados.

6. OTROS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS

6.1. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

La mayoría de los pacientes comienzan el tratamiento presentando ciertos niveles de sintomatología depresiva. En muchos casos, estos síntomas son consecuencia del uso de cocaína u otras drogas y remiten espontáneamente a las pocas semanas del tratamiento. Para el 10% de los pacientes, los síntomas depresivos continúan después de la abstinencia. El siguiente protocolo va dirigido a estos pacientes. Debe, además, acompañarse, cuando fuera necesario de tratamiento farmacológico.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Se debe evaluar inmediatamente el riesgo de suicidio si se cree conveniente por medio de los instrumentos clínicos habituales.

SISTEMA DE MONITORIZACIÓN

Se debe identificar mediante la evaluación los síntomas depresivos. Aquellos que presenten puntuaciones altas en pruebas como el BDI o tengan una historia de depresión deben ser monitorizados a lo largo de todo el tratamiento.

El BDI puede ser administrado cada dos semanas hasta que la puntuación se sitúe en un rango normal. Después de esto, debe ser administrado mensualmente.

TRATAMIENTO

La decisión de llevar una terapia específica para la depresión no debe tomarse hayan adquirido un periodo relativamente estable de abstinencia a la cocaína o a otras drogas (usualmente de 2-4 semanas).

Cuando los pacientes no logren la abstinencia y la depresión aparece concurrente, el tratamiento para esta debe comenzarse antes de la abstinencia.

(Algunos de los componentes integrados en la CRA son también útiles para el tratamiento de la depresión).

6.2. ANSIEDAD

Muchos pacientes tienen problemas de ansiedad (sobre todo, social: conocer a nuevas personas, ...). si la ansiedad social interfiere con los objetivos del tratamiento, el terapeuta debe tratarla mediante una combinación **de entrenamiento en HHSS y relajación (o respiración)**.

PROTOCOLO DE RELAJACIÓN

⇒ Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson

Una vez que el paciente domina la técnica, se debe empezar a especificar las aplicaciones específicas de la relajación (o respiración).

Se deben identificar las situaciones en las que la relajación puede servir como una alternativa al uso de cocaína

También se deben identificar las áreas del paciente (trabajo, familia, situaciones sociales,...) en las que la técnica puede mejorar el funcionamiento y rebajar los niveles de estrés de la persona. Se debe empezar por seleccionar una o dos situaciones fáciles en las que el paciente ha de empezar a aplicar la relajación.

6.3. INSOMNIO

Es un síntoma común al que es importante afrontar directamente si este es persistente, ya que puede interferir en el objetivo de abstinencia y en el cambio de estilo de vida.

El terapeuta debe considerar una intervención específica para cualquier paciente que tenga dificultades de sueño importantes tras 2-4 semanas de tratamiento.

PROTOCOLO

Se debe explicar con detalle la importancia de mantener unos hábitos de sueño regulares. **Reglas de higiene de sueño.**

El terapeuta debe introducir la noción de Higiene del sueño y entregar una copia de las **6 reglas** que se presentan como muy importantes para mejorar los patrones de sueño.

Control Estimular.

A continuación, se deben discutir las reglas de control estimular y entregar una copia a los pacientes. Es importante saber razonar que estas reglas es el mejor método que se conoce para recuperar hábitos de sueño normales. Es importante señalar también que el ajuste se realizará poco a poco y no de golpe.