

**LA TERAPIA DE INCENTIVO PARA EL
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN
A LA COCAÍNA**

INTRODUCCIÓN

Todos los indicadores señalan que el consumo abusivo de cocaína es un problema de tendencia creciente en nuestro país. Estudios recientes han encontrado un incremento significativo del consumo experimental de esta sustancia, hasta tal punto que se ha convertido en la sustancia psicoactiva con mayor nivel de experimentación entre la población joven. Esta realidad también se ve reflejada si se analizan los datos referidos a la evolución de los indicadores asistenciales por consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país. Por lo que respecta a la evolución de las admisiones a tratamiento por cocaína, se constata un aumento suave entre 1991 y 1995 y un fuerte aumento 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. 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, 2003b).

En los programas que Proyecto Hombre tiene por toda España también se observa esta tendencia. En los últimos años, los ingresos de pacientes con proble-

mas con la cocaína se han incrementado significativamente, hasta alcanzar casi un 30% del total de las admisiones. Como respuesta a este nuevo fenómeno, Proyecto Hombre cuenta en la actualidad con un tratamiento específico para la adicción a la cocaína. Este tipo de consumidores tiene un perfil diferente al de consumidores de otras sustancias, como la heroína. Como se observa en la Memoria del año 2003, el perfil de usuario del Programa de Cocaína de Proyecto Hombre es un varón de unos 30 años, soltero, que vive en una gran ciudad y en residencia propia.

Respecto al consumo de otras sustancias, la mayoría de los pacientes que asisten a tratamiento por sus problemas con la cocaína tienen un consumo de alcohol problemático y el cannabis es la sustancia más generalizada entre ellos (García, Secades, Fernández y Carballo, 2004; García, Secades, Fernández, Carballo, Errasti y Al-Halabi, 2004).

A pesar de esta realidad, mientras que los dispositivos asistenciales se han desarrollado de manera importante para el abordaje de la adicción a la heroína, no ha ocurrido lo mismo en el caso de la cocaína (o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína). A esta realidad se une el hecho de que todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de esta adicción. Sin embargo, 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 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. Pero, se debe resaltar el hecho de que 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.

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. El orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varía dependiendo de las necesidades del paciente.

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 o vales 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 vouchers son cambiados por determinados incentivos (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.

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos cocainómanos adultos en programas externos. Por este motivo, en la actualidad es un programa avalado por el NIDA (National Institute on Drug Abuse) de Estados Unidos. El grupo de Higgins de la Universidad de Vermont ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa. En dos de estos trabajos (Higgins et al., 1991, 1993), la CRA + terapia de incentivo se mostró superior a un programa de consejo psicológico tradicional varios meses después del tratamiento. En un tercer ensayo (Higgins et al., 1994), se comprobó la eficacia diferencial del componente incentivos. Para ello, los pacientes fueron asignados al azar a un grupo que recibía el tratamiento completo o la CRA sola. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron el programa completo alcanzaron tasas de abstinencia significativamente superiores que los sujetos del grupo CRA sola. Otro estudio similar (Higgins et al., 2003), comprobó la eficacia del otro componente (CRA). Para ello, los pacientes fueron asignados al azar a dos grupos; un grupo recibía el tratamiento completo y otro grupo sólo recibía incentivos. Los resultados fueron similares a los del estudio anterior, comprobándose así que ambos componentes son necesarios.

En un trabajo posterior en donde se describía los resultados a un año de seguimiento de los ensayos clínicos del 93 y 94, Higgins et al. (1995) confirmaban las mejoras significativas en la abstinencia a la cocaína y en otras áreas del funcionamiento de los sujetos.

En esta misma línea, Higgins, Wong, Badger, Ogden y Dantona (2000) compararon un grupo de CRA más incentivos contingentes a la abstinencia con un

grupo de CRA más incentivos independientes de los resultados de los análisis de orina. 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 incentivo contingente y un grupo control (Higgins, Badger y Budney, 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 la 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.

Por último, en el estudio de Higgins et al. (2003) se comparó a un grupo de pacientes que recibían el programa CRA más vouchers con otro grupo al que solo se aplicaba la terapia de incentivo. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron el programa completo obtuvieron mejores resultados que los pacientes del grupo de incentivos, pero estas diferencias tendían a ser menores a los dos meses de seguimiento.

De todos modos, y a pesar de la importante evidencia empírica con la que cuenta este programa, algunos autores (por ejemplo, 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: por ejemplo, se resalta la necesidad de evaluar la eficacia de este procedimiento en ámbitos de intervención comunitaria, 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.), o modificar algunos aspectos del programa de reforzamiento.

El estudio que se presenta forma parte de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objetivo principal es poner a prueba el funcionamiento del programa

denominado “Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo”, para el tratamiento de la adicción a la cocaína en España.

En el trabajo que se presenta, los objetivos del estudio preliminar son:

- Describir el perfil de gravedad y patrón de consumo de adictos a la cocaína o policonsumidores con adicción principal a la cocaína que solicitan tratamiento en Proyecto Hombre.
- Comparar a los grupos control (Tratamiento para Adictos a Cocaína de Proyecto Hombre) y experimental (CRA más Terapia de Incentivo) en las variables de adhesión al tratamiento y consumo de cocaína en los dos primeros meses de tratamiento.

Sujetos

La muestra del estudio fue extraída del total de pacientes que acudieron a Proyecto Hombre por sus problemas con la cocaína en el periodo de noviembre de 2004 a mayo de 2005.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mayores de 20 años.
- Residencia en la zona centro de Asturias.
- Dependencia a cocaína exclusiva o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína.
- Tener un mínimo de apoyo o control externo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Trastornos psicopatológicos graves.

La muestra definitiva estuvo compuesta por 29 pacientes, 24 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 28,8 años (rango entre 20 y 40 años).

El número de pacientes asignados a los grupos fue 12 en el grupo experimental y 17 en el grupo control.

En la Tabla 1 se presentan algunas características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Grupo Control (N=12)	Grupo Experimental (N=17)	Muestra Total (N=29)
Edad Media Rango	28,4 22-35	29,1 20-40	28,8 20-40
Género (%) Hombres Mujeres	82,4 17,6	83,3 16,7	82,8 17,2
Estado Civil (%) Solteros Casados Divorciados/ separados	92,9 7,1 0	50 33,3 16,7	73,1 19,2 7,6
Educación (años) Media	9,5	10	9,8
Patrón empleo en últimos 3 años (%) Tiempo completo Tiempo parcial Desempleados Estudiantes	75 16,7 8,3 0	75 8,3 8,3 8,3	75 12,5 8,3 4,2

Problemas médicos crónicos (%)			
Sí	33,3	25	29,2
No	66,7	75	70,8
Estancia en prisión (%)			
Sí	30,8	16,7	24
No	69,2	83,3	76

En la Tabla 2 se presentan datos de la historia y patrón de consumo de los participantes. Los datos sobre el consumo de alcohol, cannabis, anfetaminas, heroína y benzodiacepinas se refieren a un consumo continuado de más de tres días por semana o consumos importantes de al menos 2 días consecutivos por semana.

Tabla 2. Historia y patrón de consumo de la muestra.

	Grupo Control (N=12)	Grupo Experimental (N=17)	Muestra Total (N=29)
Años de consumo cocaína Media	7,41	6,75	7,08
Vía administración (%)			
Nasal	91,7	100	95,8
Fumada	8,3	0	4,2
Inyectada	0	0	0
Consumo alcohol (%)	100	100	100
Consumo cannabis (%)	66,7	50	58,3
Consumo anfetaminas (%)	33,3	25	29,2

MATERIAL Y MÉTODO

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los siguientes:

- Cocaine Abuse Assessment Profile (CAAP) (Washton et al., 1988).

Cuestionario específico para el uso de cocaína que evalúa consumo actual y pasado de cocaína, alcohol y otras drogas, consecuencias informadas por parte del paciente de su uso de cocaína (salud y funcionamiento general), historia psicológica y psiquiátrica. Está formado por 4 subescalas:

- Autoinforme de dependencia/adicción: evalúa la severidad del consumo. Es un instrumento útil para que el paciente tome conciencia de su propio problema ya que se trata de un instrumento que obliga al paciente a reflexionar sobre su uso de cocaína. La puntuación máxima es de 38 puntos.
- Historia y patrones de consumo de cocaína: se valora la vía de consumo, la frecuencia y cantidad del mismo y las situaciones que hacen más probables el consumo de cocaína.
- Consecuencias negativas informadas del consumo de cocaína: problemas físicos, psiquiátricos, sociales, laborales o de formación, económicos y legales asociados al consumo de cocaína. El número total de problemas asociados es de 57.
- Consumo de otras drogas: Consumo pasado y actual de otras drogas y problemas percibidos debidos a estos consumos.

Las escalas 1 y 3 son autoaplicadas mientras que las escalas 2 y 4 son heteroaplicadas.

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

El MAST es uno de los instrumentos más usados 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 los

problemas relacionados con éste. El MAST ha sido probado con éxito en diversos contextos y poblaciones. 5 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 3 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, alta, media, baja o muy baja. Esta información la podemos utilizar para interpretar los resultados.

- Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961).

El Inventario de depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar depresión. Consta de 21 ítems con 5 alternativas donde el paciente debe marcar la que mejor refleje su situación actual. Es un cuestionario autoaplicado que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza más en 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.

- Symptom Check List (SCL-90-R) (Derogatis, 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 los síntomas y la intensidad 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 a la cocaína DSM-IV-TR (APA, 2001/2002)

Instrumento heteroaplicado que diagnostica dependencia a la cocaína según criterios del DSM-IV-R.

- 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 diaria 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 proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente con problemas de abuso o dependencia de sustancias que han podido contribuir al desarrollo de su adicción.

Consta de 6 áreas que son 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).

Para este trabajo se seleccionaron solamente algunos ítems de las áreas problema, las puntuaciones de gravedad y otros datos sociodemográficos.

- Quickscreen Test. Test de detección de cocaína en la orina de Eve Layper. Se trata de reactivos 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.

Variables

Variable independiente

Grupo control: programa de Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre.

Grupo experimental: programa de Tratamiento Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivos.

Variables dependientes

- Retención: la retención en el tratamiento se midió a través del número de abandonos en los dos primeros meses de tratamiento.
- Consumo de cocaína. Esta variable se midió atendiendo a dos criterios diferentes:
 - o Abstinencia continuada o sostenida: tasa de abstinentes frente a consumidores en los dos primeros meses de tratamiento.
 - o Porcentaje de analíticas positivas de consumo de cocaína del total de analíticas realizadas en los dos primeros meses de tratamiento. Se utilizó el porcentaje de positivos en lugar del número absoluto de analíticas positivas, debido a que la cantidad de analíticas realizadas en los grupos control y experimental no fue el mismo.

Procedimiento

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las dos condiciones experimentales: grupo control (Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre) y grupo experimental (CRA más Terapia de Incentivo). En las primeras fases del tratamiento en ambos grupos, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de línea base antes comentados.

Tratamiento para la Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre

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. 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 a grupo. Además de los componen-

tes 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.

CRA más Terapia de Incentivo

El programa CRA más Terapia de Incentivo es un programa ambulatorio con una duración de 12 meses que tiene como objetivo fundamental la abstinencia a 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 acuden a dos sesiones grupales semanales y si es necesario, se llevan 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 trabajan siempre de forma individual. Los análisis de orina se realizan 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 se ganan bonos que son cambiados por determinados incentivos (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.

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.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo diferentes análisis de frecuencias para describir las características de los participantes. Se realizaron análisis bivariados (chi cuadrado con la corrección de continuidad de Yates para las variables dicotómicas y t de Student para las variables continuas) para comparar a los sujetos de los dos grupos de tratamiento en la línea base y para analizar las diferencias en el consumo de cocaína y en la retención / abandono a los dos meses de iniciar el tratamiento.

249

Algunas de las variables que son medidas de forma continua en el EuropASI se dicotomizaron para realizar análisis más adecuados.

El nivel de confianza fue del 95% y el paquete estadístico utilizado el SPSS-11.

RESULTADOS

PERFIL DE GRAVEDAD Y PATRÓN DE CONSUMO

En la Tabla 5 se resumen las puntuaciones en todos los instrumentos utilizados en la línea base excepto en el EuropASI. Como se observa, no existen diferencias significativas ($p < .05$) entre el grupo control y experimental en casi ninguna de las puntuaciones tomadas en la línea base. Solamente se encuentran diferencias significativas en las subescalas "reconocimiento" y "primeros pasos" del SOCRATES. En ambos casos, es el grupo experimental el que puntúa más alto en las subescalas de motivación. En el resto de medidas (escala de dependencia/adicción del CAAP, consecuencias negativas del consumo del CAAP, puntuación en el MAST, puntuación en el BDI, subescala de ambivalencia del SOCRATES, dimensiones sintomáticas del SCL_90 y criterios del DSM-IV-TR) no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

Tabla 5. Puntuaciones en los instrumentos de línea base I

Variable	t de Student			Significación
	Media			
	Muestra total	Grupo control	Grupo experimental	
Escala dependencia/adicción CAAP	24,92	25,50	24,25	,101
Consecuencias negativas del consumo CAAP	19,3077	20,2857	18,1667	,857
Puntuación del MAST	5,92	4,71	7,33	,614
Puntuación BDI	18,31	21,57	14,50	,081
SOCRATES reconocimiento	2,65	2,50	2,83	,013
SOCRATES ambivalencia	3,38	3,14	3,67	,881
SOCRATES primeros pasos	3,62	3,29	4,00	,019
SCL_90 somatizaciones	51,00	40,29	63,50	,230
SCL_90 obsesiones y compulsiones	67,42	60,50	75,50	,644
SCL_90 sensibilidad interpersonal	65,96	58,21	75,00	,066
SCL_90 depresión	57,96	45,71	72,25	,856
SCL_90 ansiedad	59,42	51,43	68,75	,239
SCL_90 hostilidad	59,27	58,21	60,50	,059

SCL_90 ansiedad fóbica	44,38	31,79	59,08	,856
SCL_90 ideación paranoide	54,81	42,86	68,75	,239
SCL_90 psicoticismo	57,58	46,43	70,58	,059
Criterios del DSM-IV-R	4,77	4,93	4,58	,570

En la Tabla 6 se resumen las puntuaciones de los participantes en la línea base obtenidas en el EuropASI. Como se observa, no existen diferencias significativas ($p < .05$) entre el grupo control y experimental en casi ninguna de las puntuaciones del EuropASI tomadas en la línea base. Solamente se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de gravedad de situación familiar / social y estado psicológico. En ambos casos, es el grupo experimental el que puntúa más alto en estas escalas. En el resto de medidas (puntuaciones de gravedad restantes, número de años estudiados, número de años de consumo cocaína, administración nasal de cocaína, consumo de cannabis y anfetaminas, sufrir un problema médico crónico, haber estado en prisión y haber tenido empleo u ocupación en últimos 3 años) no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

El consumo de alcohol es constante (todos los pacientes habían consumido alcohol de forma problemática) por lo que no se han realizado análisis comparativos.

Tabla 6. Puntuaciones en los instrumentos de línea base II

t de Student				
Variable	Media			Significación
	Muestra total	Grupo control	Grupo experimental	
EuropASI: Situación médica	1,04	1,00	1,08	,300
EuropASI: Empleo / soportes	2,75	2,67	2,83	,595
EuropASI: Consumo alcohol	3,87	3,75	4,00	,255

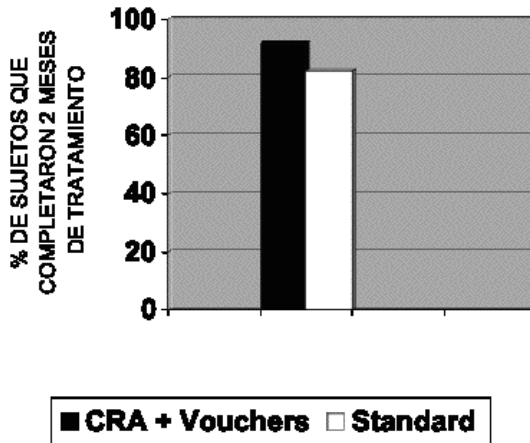
EuropASI: Consumo drogas	8,00	8,17	7,83	,374
EuropASI: Situación legal	1,04	1,00	1,08	,789
EuropASI: Situación familiar / social	4,04	3,75	4,33	,049
EuropASI: Estado psicológico	1,92	1,67	2,17	,000
Años estudiados	9,8333	9,58	10,08	,378
Años de consumo cocaína	7,0833	7,41	6,75	,890

Chi cuadrado					
Variable	Porcentaje			Chi cuadrado	Significación asintótica (bilateral)
	Muestra total	Grupo control	Grupo experimental		
Administración nasal	95,8	91,7	100	1,043	,307
Consumo cannabis	58,3	66,7	50	,686	,408
Consumo anfetaminas	29,2	33,3	25	,202	,653
Problema médico crónico	29,2	33,3	25	,202	,653
Estancia en prisión	24	30,8	16,7	,680	,409
Empleo / ocupación en últimos 3 años	91,7	91,7	91,7	,00	1,00

Adhesión al tratamiento

En el Gráfico 1 se pueden ver los datos sobre retención a los dos meses de tratamiento. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental en esta variable. No obstante, el porcentaje de abandonos en estos dos primeros meses es casi el doble en el grupo control (17,6%) que en el experimental (8,3%). Por otra parte, el 75% de los abandonos se dieron en el grupo control.

Gráfico 1. Retención a los dos meses de tratamiento

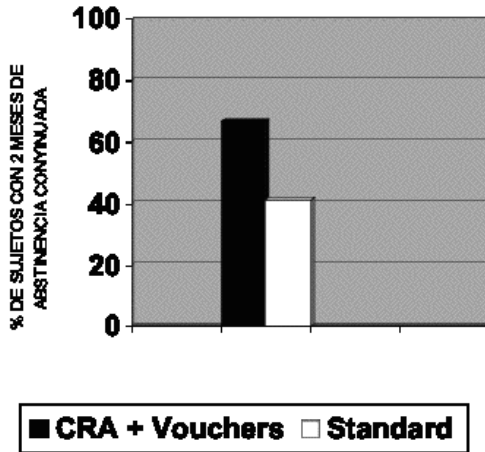


Consumo de cocaína

Como se observa en el Gráfico 2, el porcentaje de sujetos que se han mantenido abstinentes durante los dos meses en el grupo experimental es del 66,7%, frente al 41,2% del grupo control. No obstante, no existen diferencias significativas ($p < ,05$) entre ambos grupos.

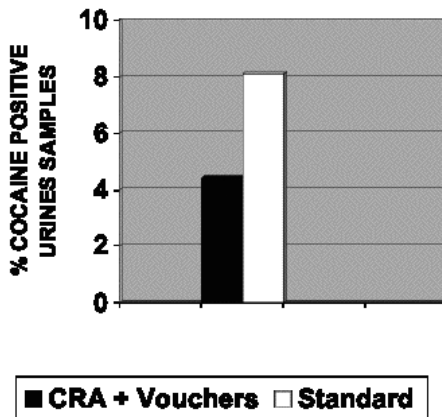
Por otra parte, el 71,4% de los pacientes que habían consumido pertenecían al grupo control.

Gráfico 2. Abstinencia continuada a los dos meses



En cuanto al porcentaje de analíticas positivas en ambos grupos, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control (8,1%; DT = 10,1) y el grupo experimental (4,4%; DT = 4,4). No obstante, las analíticas positivas en estos dos primeros meses son muy superiores en el grupo control al experimental, siendo congruente con el dato anterior. Estos datos pueden verse en el gráfico 3.

Gráfico 3. Porcentaje de analíticas positivas



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objetivo principal es poner a prueba el funcionamiento del programa denominado “Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo”, para el tratamiento de la adicción a la cocaína en España.

Los objetivos de este trabajo fueron describir el perfil de gravedad y patrón de consumo de adictos a la cocaína, comparar a los grupos control (Tratamiento para Adictos a Cocaína de Proyecto Hombre) y experimental (CRA más Terapia de Incentivo) en las variables adhesión al tratamiento y consumo de cocaína, y analizar las variables que predecían el consumo de esta sustancia. Los datos presentados se corresponden con las medidas de línea base y las tasas de adhesión y consumo de cocaína en los dos primeros meses de tratamiento.

En primer lugar, es importante señalar que los resultados obtenidos tras estos análisis deben tomarse con cautela, por tratarse de un estudio muy preliminar, en el que se contó con un número reducido de pacientes. Además, los datos se corresponden con las primeras fases del tratamiento. La duración del programa completo es aproximadamente de un año y este estudio se realizó con los datos de retención y consumo de los dos primeros meses tras el ingreso en el programa.

El perfil sociodemográfico de las personas que acuden a tratamiento por sus problemas con la cocaína es el siguiente: varón soltero de unos 28 años, que lleva 7 años y medio consumiendo cocaína por vía nasal y aparte de esta sustancia consume habitualmente alcohol y cannabis. Por lo general, no tiene problemas legales ni médicos importantes motivados por el consumo de drogas. Tiene completados los estudios básicos y su fuente de ingresos es un puesto de trabajo a tiempo completo.

En cuanto a las características que definen a las personas que piden ayuda por sus problemas con la cocaína, todos los pacientes cumplían los criterios de dependencia a la cocaína medidos a través de dos instrumentos diferentes: Criterios de dependencia a la cocaína DSM-IV-TR y Autoinforme de dependen-

cia/adicción del CAAP. Además, estas personas suelen referir un gran número de consecuencias negativas (problemas físicos, psiquiátricos, sociales, laborales o de formación, económicos y legales) relacionadas con el consumo.

Por otra parte, se ha visto como, además de la dependencia a la cocaína, estos pacientes suelen presentar un consumo problemático de alcohol, que en algunos casos llega al abuso, o incluso a la dependencia. Esta característica hace que en un porcentaje importante de pacientes (el 63% de la muestra estudiada) sea conveniente la prescripción de fármacos antagonistas del alcohol (en particular, Disulfiram -Antabus®-), con el fin de evitar el uso de esta sustancia, ya que, con frecuencia es un precipitante del consumo de cocaína. Relacionado con esto, todos los pacientes habían consumido alcohol de forma problemática (consumo continuado de más de tres días por semana o consumos importantes de al menos 2 días consecutivos por semana) durante más de un año.

Los participantes en el estudio presentan también algunos problemas psicopatológicos. Las puntuaciones en el BDI señalan que estas personas se sitúan en un rango entre depresión leve y moderada. Por otra parte, la puntuación media de los participantes en el SCL-90 es superior a la media poblacional en ocho de las nueve dimensiones primarias. La única dimensión en la que puntúan por debajo de la media es en ansiedad fóbica. Además, en las dimensiones obsesiones y compulsiones y sensibilidad interpersonal la puntuación media de los participantes supera el centil 65, lo que estaría indicando un posible riesgo para desarrollar un trastorno psicopatológico.

En general, no se aprecian diferencias significativas en los datos de línea base entre el grupo control y el experimental. Las diferencias encontradas en dos de las puntuaciones de gravedad del EuropASI (estado psicológico y familiar / social) son significativas (los sujetos del grupo experimental presentan peor situación psicológica y familiar / social que los del grupo control), pero la diferencia de medias es mínima (medio punto en una escala de nueve).

Lo mismo pasa con las diferencias encontradas en dos de las tres subescalas del SOCRATES. A pesar de encontrar diferencias significativas, la diferencia en valores absolutos es menor a un punto en una escala de cinco. No se puede con-

siderar, por tanto, que el grupo experimental presente una motivación superior a la del grupo control, que pueda influir en el proceso terapéutico.

En definitiva, se puede concluir que los sujetos del grupo control y experimental son homogéneos en las medidas tomadas en la línea base. Por todo ello, las diferencias que se encuentren entre ambos grupos en las variables dependientes se deberán únicamente al efecto del tratamiento.

Como se he visto en los resultados, no se encuentran diferencias significativas en el consumo de cocaína a los dos meses después de iniciado el tratamiento. Sin embargo, tanto las analíticas negativas, como la abstinencia continuada, es casi el doble en el grupo control que en el experimental. El hecho de que no haya diferencias estadísticas puede deberse al número reducido de sujetos y a la amplia desviación típica, que impiden que se puedan detectar tales diferencias entre los grupos. No obstante, parece que los datos empiezan a mostrar una tendencia de menor consumo en el grupo experimental en comparación al grupo control.

En cuanto a la retención en el tratamiento, nos encontramos con la misma tendencia que con el consumo. A pesar de que el porcentaje de abandonos en el grupo control es casi el doble que en el experimental, no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos. En este caso, la razón por la que no se detectan dichas diferencias se debe al escaso número de participantes y, por extensión, el escaso número de sujetos que han abandonado.

Como conclusión, se puede afirmar que, desde el punto de vista clínico se aprecian mejores resultados (consumo de cocaína y retención) en el grupo de CRA que en el grupo control. No obstante, esta tendencia ha de verse confirmada en estudios de seguimiento más largos y con mayor número de sujetos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2001/2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

García, O., Secades, R., Fernández, J.R., Carballo, J.L. (2004). Perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de heroína y cocaína. *Memoria 2003* (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-Halabi Díaz, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. *Adicciones* 17, 33-42.

Higgins, S. T., Badger, G. J., & Budney, A. J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R., & Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.

Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.

Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L., & Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043-1052.

Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Ogden, D. E., & 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, 64-72.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & 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, 26-33.

Miller, W.R. & 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.

Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 1-2, 9-25.

Petry, N.M. y Simcic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 81-86.

Plan Nacional sobre Drogas (2003) Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.

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, 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, 228-240.

Silverman, K., Wong, C.J., Higgins, S.T., Brooner, R.K., Montoya, I.D., Contoreggi, C., Umbricht-Schneiter, A., Schuster, C.R. y Preston, K.L. (1996). Increasing opiate abstinence through voucher-based reinforcement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 157-65.

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, 811-824.

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, 927-934.

Yanagita, T. (1973). An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. *Bulletin of Narcotics*, 25, 57-64.

Washton, A. M., Stone, N.S., y Hendrickson, E.C. (1988). Cocaine abuse. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviours* (pp 364-389).New York: Guilford.

Wong, C. J., Dillon, E. M., Sylvest, C. E., & Silverman, K. (2004). Contingency management of reliable attendance of chronically unemployed substance abusers in a therapeutic workplace. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12, 39-46.

Wong, C. J., Sheppard, J. M., Dallery, J., Bedient, G., Robles, E., Svikis, D., & Silverman, K. (2003). Effects of reinforcer magnitude on data-entry productivity in chronically unemployed drug abusers participating in a Therapeutic Workplace. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 46-55.

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”. Referencia MINT-03-01.
- Universidad de Oviedo. Beca predoctoral concedida por el Vicerrectorado de Investigación. Finalidad: Realización de tesis doctorales en grupos de investigación de la Universidad de Oviedo. Fecha de inicio y de fin: 1 Julio 2004 a 31 mayo de 2005. Centro de aplicación: Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Referencia UNIOVI-04-BEC-DOC-05.
- Consejería de Educación y Ciencia. Beca Predoctoral para la investigación y docencia en el año 2005 del Servicio de Innovación y Transferencia Tecnológica. Fecha de inicio: 1 de junio de 2005. Centro de aplicación: Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Referencia BP05-002.