

Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional

Lidia Sánchez¹, Sira Díaz-Morán^{1,2}, Lara Grau-López¹, Áurea Moreno¹, Francisco José Eiroa-Orosa¹, Carlos Roncero^{1,2}, Begoña Gonzalvo¹, Joan Colom³ y Miguel Casas^{1,2}

¹ CAS Vall d'Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, ² Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona y ³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Subdirecció General de Drogodependències

Las intervenciones psicológicas en pacientes con dependencia de cocaína han demostrado ser eficaces, destacando el Manejo de Contingencias y la Terapia Cognitivo-Conductual [TCC], siendo la falta de adherencia la limitación más importante. La Entrevista Motivacional [EM] mejora la adherencia. El objetivo de este estudio es evaluar la retención y abstinencia con tratamiento combinado de EM y TCC grupal en pacientes cocainómanos que han alcanzado el estadio de mantenimiento según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982). Para ello se realizó un estudio longitudinal, en dependientes de cocaína con o sin trastorno mental concomitante. Se realizó un grupo abierto de 12 sesiones con periodicidad semanal. Se incluyeron 19 pacientes (78,9% hombres, edad media 36,58 años), el 95% consumía vía intranasal y el 47% tenía otra comorbilidad psiquiátrica. La tasa de retención fue del 84%. Durante el tratamiento y el primer mes de seguimiento todos los pacientes se mantuvieron abstinentes, mientras que entre el primer y tercer mes de seguimiento tres pacientes recayeron. Los datos avalan que el tratamiento combinado de EM+TCC para dependientes de cocaína en estadio de mantenimiento mejora la adherencia y es eficaz para mantener la abstinencia.

Ambulatory group treatment for cocaine dependent patients combining cognitive behavioral therapy and motivational interviewing. Psychological interventions in cocaine dependent patients have demonstrated efficacy. Remarkable approaches are Contingency Management (CM) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Lack of treatment adherence is the most important limitation. Motivational Interview (MI) has been shown to be an adherence enhancer. The objective of this study is to evaluate retention and abstinence in a combined CM and CBT group treatment in patients who have reached maintenance stage according to Prochaska and DiClemente's transtheoretical model (1982). Therefore, a longitudinal study was carried out with cocaine dependent patients with or without concomitant mental health disease. A 12-session open group was conducted weekly. Nineteen patients were included (78.9% men, mean age 36.6 years), 95% consumed intranasally and 47% had another psychiatric comorbidity. Treatment retention was 84%. During treatment and the first month of follow-up, all patients remained abstinent whereas at three months, 3 patients relapsed. These data confirm that using combined CM and CBT group therapy in cocaine dependents undergoing maintenance treatment enhances adherence and is effective to achieve abstinence.

El consumo de cocaína en España ha ido incrementándose en los últimos años, ocupando actualmente el primer puesto en Europa (Observatorio Europeo sobre Drogodependencias, 2009). Las estimaciones de prevalencia en nuestro país en el año 2009 situaron entre el 0,1 y el 3,1% el consumo de cocaína (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2008; Observatorio Europeo sobre Drogodependencias, 2009). Éstas han variado poco con respecto a los informes previos, manteniéndose por encima de la media europea. Debido al mantenimiento, e incluso incremento de las tasas de consumo de cocaína,

se han planteado tratamientos multidisciplinares para abordar y paliar las consecuencias psicológicas, físicas y sociales que conlleva el abuso y la dependencia de cocaína.

Los estudios han mostrado que las intervenciones psicosociales son los tratamientos más eficaces en personas dependientes de cocaína (Dutra et al., 2008; Mendelson y Mello, 1996; Vocci y Montoya, 2009). Sin embargo, hasta la actualidad no existe consenso sobre cuál de dichas intervenciones es más eficaz (véase tabla 1).

Investigaciones recientes apuntan hacia una gran heterogeneidad entre los pacientes dependientes de cocaína y la posibilidad de que determinadas intervenciones puedan tener efectos diferenciales en función de características más homogéneas relacionadas con el consumo (Stulz, Gallop, Lutz, Wrenn y Crits-Christoph, 2010).

Según los datos actuales, la Terapia de Conducta [TC] y la Terapia Cognitivo Conductual [TCC] son las intervenciones que han reunido mayor número de evidencias empíricas. Hay diversos estudios que demuestran que la TCC es eficaz en el tratamiento para

conseguir y mantener la abstinencia en pacientes dependientes de cocaína (Carroll, 2001; Carroll et al., 2004). Respecto a las TC basadas en el condicionamiento operante, el Manejo de Contingencias [MC] ha resultado eficaz tanto en pacientes con dependencia de cocaína (García-Rodríguez, Secades-Villa, Higgins, Fernández-Hermida y Carballo, 2008; Higgins y Silverman, 1999; Prendergast, Podus, Finney, Greenwell y Roll, 2006), así como en pacientes con trastorno mental grave comórbido (Shaner et al., 1997). A su vez, otras intervenciones dentro de los programas de manejo de contingencias como la Aproximación de Reforzamiento Comunitario sumada a la Terapia de Incentivo [CRA+TI] ha mostrado su eficacia en la reducción del consumo en pacientes con adicción a la cocaína (García-Rodríguez et al., 2009; Secades-Villa et al., 2007; Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida y Carballo, 2008).

Tras observar la eficacia de estas intervenciones por separado, algunos estudios han analizado el efecto conjunto de ambos tratamientos (TCC+TC). Al comparar el MC, TCC, TCC+MC y tratamiento médico estándar, se encuentra que el MC y la TCC son más eficaces que el tratamiento médico estándar; que sus efectos no son aditivos; y que a largo plazo sus resultados son equivalentes y superiores en eficacia al resto de tratamientos estudiados (Rawson et al., 2002; 2006).

Una de las limitaciones en los estudios de salud mental es la elevada tasa de abandono de tratamiento, siendo los pacientes con trastornos por dependencia de sustancias los que presentan mayores tasas de abandono en comparación con otros trastornos mentales (McNair y Corazzini, 1994; Sweet y Noones, 1989). Concretamente, los pacientes con dependencia de cocaína abandonan más el tratamiento que los pacientes consumidores de otras sustancias adictivas (Dutra et al., 2008; Fishman, Reynolds y Riedel, 1999; Veach, Remley, Kippers y Sorg, 2000). Algunos estudios encuentran relación entre la tasa de abandono y la eficacia del tratamiento, siendo la primera un factor pronóstico de recaída si no se completa el tratamiento (Fernández-Hermida, Secades-Villa, Fernández-

Ludeña y Marina, 2002). Estos datos muestran la importancia de diseñar intervenciones que disminuyan las tasas de abandono.

Una estrategia emergente para mejorar la adherencia al tratamiento ha sido combinar las terapias empíricamente validadas o sus componentes para compensar sus puntos fuertes y débiles (véase tabla 2).

Una opción terapéutica que se centra principalmente en mejorar la retención al tratamiento es la Entrevista Motivacional [EM] (Miller y Rollnick, 2002), utilizando técnicas específicas para trabajar la ambivalencia y fomentar la motivación al cambio. Ésta ha mostrado su eficacia en el tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias, reduciendo el consumo de sustancias (Burke, Arkowitz y Menchola, 2003) y aumentando la retención en el tratamiento (Connors, Walitzer y Dermen, 2002; Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez-Montaraz, 2004). Concretamente, se ha estudiado el efecto de esta técnica en pacientes dependientes de cocaína (Carroll et al., 2006; McKee et al., 2007) y en dependientes de cocaína con trastorno mental concomitante (Horsfall, Cleary, Hunt y Walter, 2009) encontrando un aumento en la retención en el tratamiento.

En dependencia de cocaína se ha estudiado la EM como tratamiento previo a otras intervenciones: el MC o la TCC (Ball et al., 2007; Rohsenow et al., 2004), mostrando eficacia en la reducción del consumo en pacientes poco motivados inicialmente. También se ha incluido en combinación: EM+TCC, aplicando sesiones previas de EM seguidas de TCC manteniendo el estilo EM (escucha activa y reflexiva, preguntas abiertas, reconocer y trabajar las resistencias y fomentar la autoeficacia y la motivación al cambio, entre otras). Comparando TCC con EM+TCC, la intervención combinada mostraba mayor retención en el período de seguimiento, aunque no aparecieron diferencias en el consumo de cocaína (McKee et al., 2007).

Tabla 1
Eficacia de los diferentes tratamientos psicológicos

Autores	Año	N	Intervención	Tratamiento activo (% analíticas negativas)
Rawson et al.	2002	120	TCC	19,8%
			MC	30,3%
			TCC+MC	26,1%
			PMM	11,0%
Secades-Villa et al.	2007	37	CRA+TI (12 semanas)	57,1%
			ST (12 semanas)	39,1%
Secades-Villa et al.	2008	43	CRA+TI (24 semanas)	40%
			ST (24 semanas)	21%
García-Rodríguez et al.	2009	96	CRA (cupones bajo valor)	96,09%
			CRA (cupones alto valor)	97,07%
			ST	88,45%

TCC: Terapia cognitiva conductual
 MC: Manejo de contingencias
 PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona
 CRA: Aproximación de Reforzamiento Comunitario
 TI: Terapia de Incentivo
 ST: Tratamiento estándar

Tabla 2
Adherencia de tratamientos psicoterapéuticos en estudios anteriores

Autores	Año	N	Intervención	Duración	Retención
Secades-Villa et al.	2008	43	CRA+TI	24 semanas	73%
			ST		42%
Secades-Villa et al.	2007	37	CRA+TI	12 sesiones	85,7%
			ST		69,6%
McKee et al.	2007	74	TCC	3 sesiones iniciales	61%
			TCC+EM		68%
García-Rodríguez et al.	2007	66	CRA+TI (cupones bajo valor)	6 meses	78,6%
			CRA+TI (cupones alto valor)		53,3%
			ST		35%
Carroll et al.	1994	121	PR+desipramina	12 semanas	49%
			ST+placebo		39%
			ST+desipramina		37%
			PR+placebo grupo		36%

CRA: Aproximación de Reforzamiento Comunitario
 TI: Terapia de Incentivo
 ST: Tratamiento estándar
 TCC: Terapia cognitiva conductual
 EM: Entrevista Motivacional
 PR: Prevención de recaídas

La evidencia sugiere que la combinación de dos tipos de tratamiento psicológico, EM y TCC, potencia los efectos de la intervención, ya que mejora la retención. En este sentido, el objetivo principal del estudio es describir la efectividad del tratamiento grupal combinado EM+TCC, definida por el mantenimiento de la abstinencia al mes y a los tres meses después de finalizar el tratamiento. El objetivo secundario es estudiar el grado de retención al tratamiento en formato grupal.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal de doce sesiones de psicoterapia en formato grupal y seguimiento a uno y tres meses. Se estudió la efectividad del tratamiento administrado evaluando el mantenimiento de la abstinencia y la retención en terapia.

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 19 pacientes, incluidos dentro del Programa Integral de Tratamiento para dependientes de cocaína, del ambulatorio de Drogodependencias del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Se incluyeron pacientes desde noviembre de 2008 hasta febrero de 2009 por orden de llegada al recurso. Los criterios de inclusión al grupo fueron: presencia de dependencia de cocaína según criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002); abstinencia de al menos dos meses (criterio arbitrario, autoinformado por el paciente, que nos permite inferir estadio de mantenimiento en su proceso de cambio, para el cual está diseñado la intervención); y, por último, edad igual o superior a 18 años. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: presencia de deterioro cognitivo que dificultara el abordaje terapéutico; negación por parte del paciente de participar en la terapia de grupo y presentar otro trastorno psiquiátrico concomitante descompensado.

El rango de edad estaba comprendido entre 25 y 59 años, siendo la media de edad de $36,6 \pm 8,3$ años. En cuanto a la distribución por género, el 78,9% fueron hombres. La descripción de los datos sociodemográficos puede ser observada en la tabla 3.

La vía de consumo principal de todos los pacientes fue la intranasal, excepto en un caso que fue la vía endovenosa. La edad

media de inicio del consumo de cocaína fue de $19,9 \pm 3,8$ años y la edad media de inicio de consumo regular fue de $24,5 \pm 5,3$ años. Se observó que los pacientes acudían a tratamiento tras $13,4 \pm 9,1$ años de evolución de la adicción. El 47% tenían comorbilidad con el eje I y eje II (tabla 4).

Instrumentos

La evaluación consistió en la realización de una entrevista clínica y la administración de las entrevistas estructuradas SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) y SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999), realizada por expertos independientes con la finalidad de ajustar los diagnósticos. Posteriormente se realizó una valoración de inclusión en el programa psicoterapéutico grupal. Ésta consistió en una entrevista clínica de valoración tanto del estado de cambio del paciente como de los criterios de inclusión/exclusión, anteriormente referidos, al programa psicoterapéutico grupal. En fase activa de tratamiento se aplicó un registro estructurado tanto de la asistencia de los pacientes a las sesiones de la terapia, como de los resultados de los dos controles de orina semanales de cada paciente. En el seguimiento a uno y tres meses se mantuvieron los urino-análisis supervisados, con la finalidad de objetivar el mantenimiento de la abstinencia en la fase post-tratamiento.

Procedimiento

Se realizó una intervención multicomponente para pacientes dependientes de cocaína y en estadio de mantenimiento. Se combinó la TCC, concretamente la Prevención de Recaídas (PR, Carroll, 2001), y la EM (Miller y Rollnick, 2002) en formato grupal (véase figura 1).

Los pacientes se incluían en el grupo de Prevención de Recaídas si al llegar al recurso y realizar la valoración de inclusión al grupo informaban de un período de al menos dos meses de abstinencia y cumplían los criterios de inclusión/exclusión fijados para el estudio. Si el tiempo de abstinencia informado era menor de dos meses se incluían en un grupo motivacional hasta alcanzar los dos meses de abstinencia a cocaína, siendo desde este momento las pruebas objetivas de analíticas de orina el criterio para medir la abstinencia.

Tabla 3
Características sociodemográficas

	N	%
Convivencia últimos 30 días		
Familiares de primer grado	8	42,1%
Pareja/Pareja e hijos	10	52,6%
Solo hijos	1	5,3%
Situación laboral		
En paro	5	26,3%
Activo	8	42,1%
Recibe pensión/baja laboral	3	15,9%
Estado civil		
Casado/pareja	7	36,8%
Soltero	8	42,1%
Divorciado/viudo	4	21,1%

Tabla 4
Características psiquiátricas

	N	%
Trastornos del Eje I: TUS		
Trastorno por uso de alcohol	6	31,6%
Trastorno por uso de cánnabis	8	42,1%
Trastorno por uso de opiáceos	2	10,5%
Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	1	5,3%
Trastorno por uso de otras tipos de sustancias	1	5,3%
Trastorno por uso de nicotina	13	68,4%
Presencia de patología dual	9	47,0%
Comorbilidad psiquiátrica (*)		
Trastornos de personalidad	5	55,6%
Trastornos del Eje I (no TUS)	4	44,4%
* Número y porcentajes sobre los 9 pacientes que presentan patología dual		

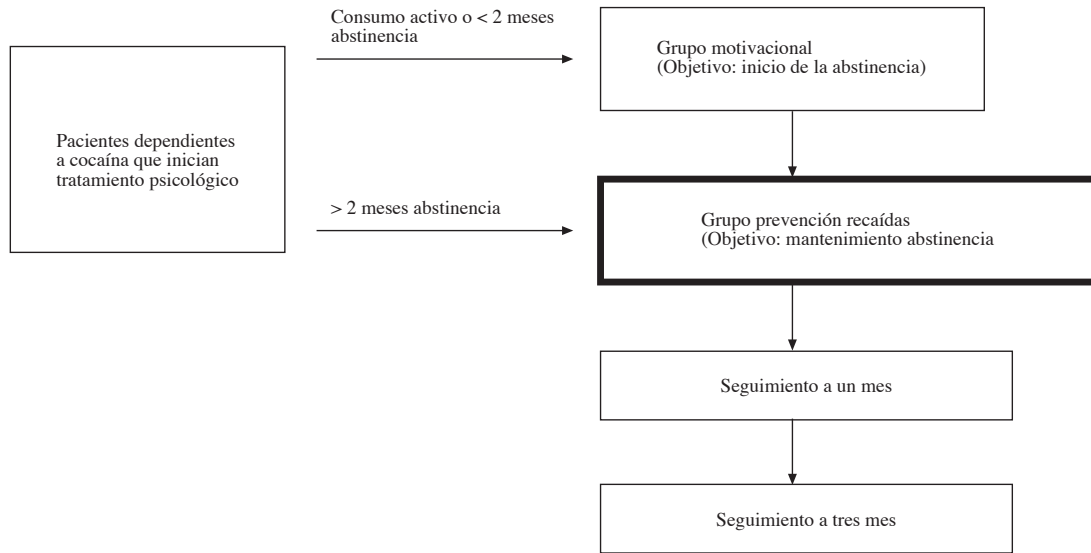


Figura 1. Estructura del programa de intervención psicoterapéutica

El tratamiento consistió en un programa circular de doce sesiones independientes. El inicio podía realizarse en cualquier punto de la terapia, evitando así la lista de espera para la inclusión al grupo de tratamiento y adecuándose a las necesidades de la práctica clínica ambulatoria. Cada sesión estuvo dirigida por un psicólogo clínico y un coterapeuta. La periodicidad fue semanal y la duración de 60 minutos.

Las sesiones fueron semidirigidas y el terapeuta se apoyó en los principios básicos de la EM: empatía, crear discrepancias, giro a la resistencia y fomentar la expectativa de autoeficacia (Miller, 2002) con el objetivo de trabajar técnicas cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas: detección de situaciones de riesgo, estrategias conductuales y cognitivas de afrontamiento y cambio en el estilo de vida (Carroll, 2001).

Todos los pacientes incluidos en el grupo realizaron controles de orina dos veces por semana tanto en fase de tratamiento activo como en fase de seguimiento, siendo los controles de orina supervisados una de las variables dependientes en el presente estudio. La segunda variable dependiente fue definida como asistencia al grupo psicoterapéutico y se utilizaron como medida registros sistemáticos de asistencia al grupo, considerando que los pacientes habían permanecido si no habían faltado más de tres sesiones consecutivas.

Se consideró *éxito terapéutico* el mantenimiento de la abstinencia completa durante el tratamiento activo, 12 semanas (urino-análisis negativos dos veces por semana), siendo motivo de retirada del grupo la presencia de un control positivo en orina, o la falta de asistencia al grupo en tres ocasiones consecutivas.

Análisis de datos

Para la obtención de los resultados se empleó el programa estadístico SPSS 15.0, a partir del cual se extrajeron los estadísticos descriptivos que se especifican a continuación.

Resultados

En cuanto al nivel de asistencia al grupo, se calcularon los porcentajes a partir de la muestra total de pacientes (n= 19), a lo largo

del proceso de análisis de datos; aunque a priori en el proceso de diseño del estudio se prefirió descontar los posibles abandonos para evitar duplicación de datos. En cuanto al nivel de asistencia al grupo, el total de la muestra asistió de media a 10 sesiones del total de 12. Solo el 37% de los pacientes acudió a todas las sesiones. Sin embargo, el 84% de la muestra acudieron al menos a 11 de las 12 sesiones (figuras 2 y 3).

A partir de los controles de orina se constató que el 100% de la muestra mantuvo la abstinencia del consumo de cocaína durante el período activo de tratamiento psicológico. En este sentido, la variable del nivel de consumo (urino-análisis negativos dos veces por semana) medida durante el tratamiento activo y en el seguimiento, incluyendo la totalidad de la muestra (n= 19), se mantuvo constante en todos los pacientes durante el primer mes de seguimiento. Durante el segundo y tercer mes de seguimiento se constató que tres pacientes habían consumido (figura 4).

También es importante resaltar el porcentaje de pacientes que no acudieron a realizar los controles de orina. La tendencia disminuyó a medida que acudieron al tratamiento grupal, pasando del 30% en los ocho primeros controles, al 21% en los ocho últimos. El número de urino-análisis no realizado aumentó durante el seguimiento postgrupo, ya que faltaron a realizar los controles el 42% de la muestra (figura 4).

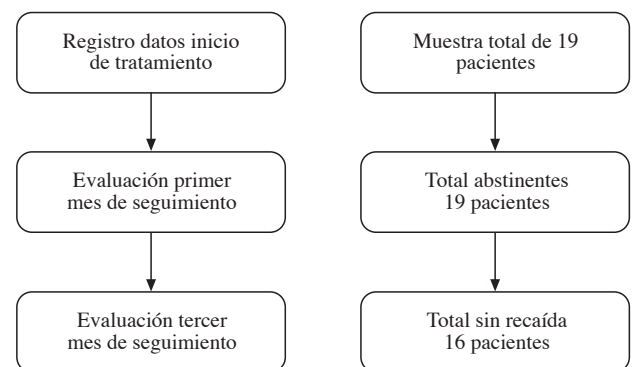


Figura 2. Diagrama de flujo del estudio

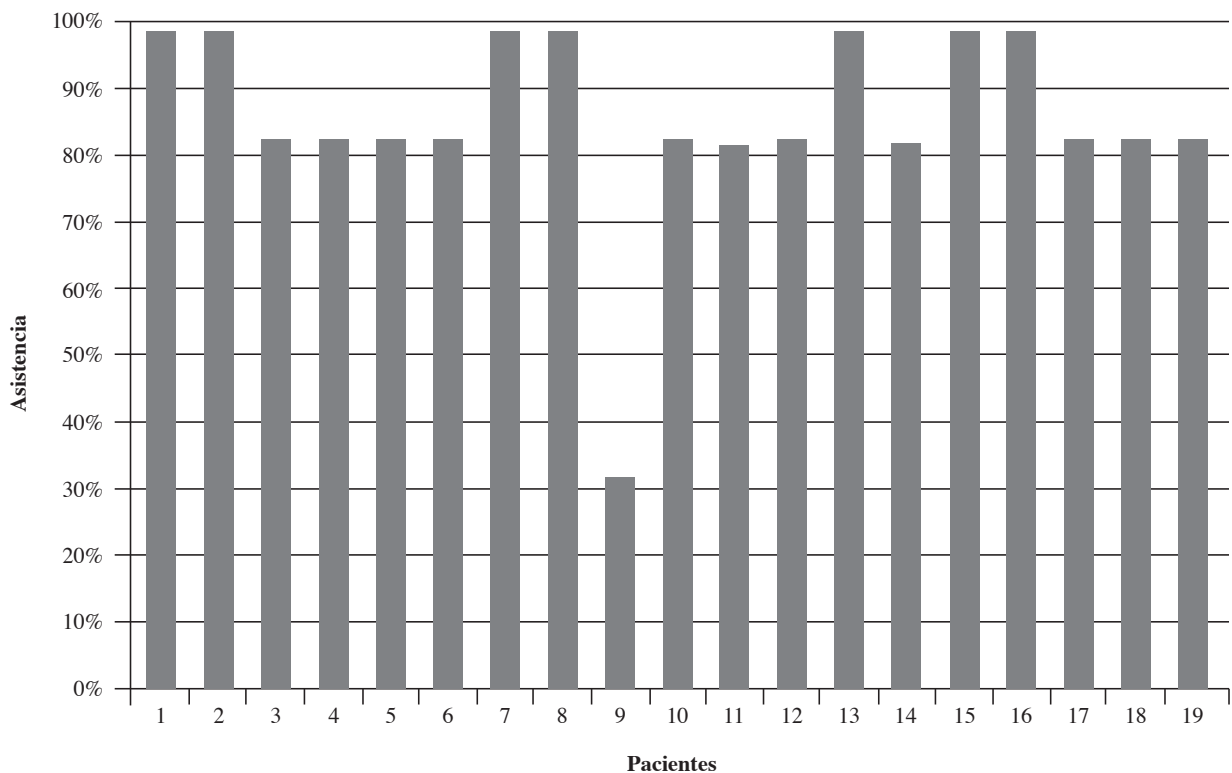


Figura 3. Proporción de asistencia de cada paciente a las sesiones

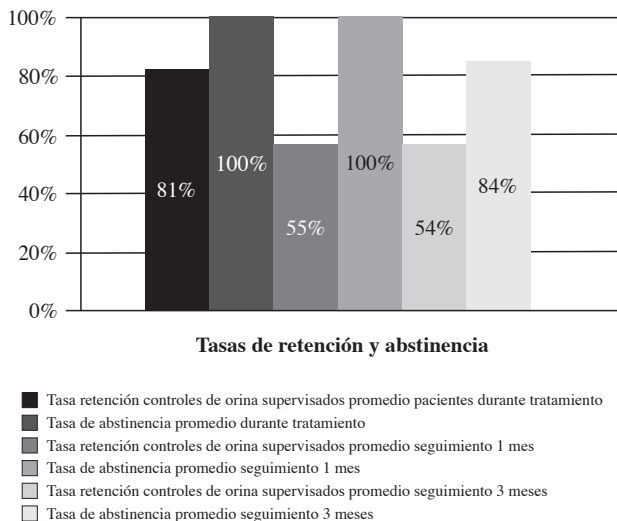


Figura 4. Evolución de la retención controles de orina supervisados y la abstinencia durante el proceso de evaluación

Ningún paciente fue retirado del grupo, puesto que no se detectaron urino-análisis positivos durante las 12 semanas de tratamiento, ni ningún paciente se ausentó de la terapia grupal durante tres sesiones consecutivas.

Discusión y conclusiones

Los datos sociodemográficos presentados por el Observatorio Europeo sobre Drogodependencias en 2008 son similares a las

características de la muestra del presente estudio. Se mantiene la misma distribución por género que en la población general con trastorno por dependencia de cocaína. Además, la edad media de consumo regular informada por los pacientes coincide con la descrita a nivel poblacional (Observatorio Europeo sobre Drogodependencias, 2009). La muestra de pacientes está constituida por pacientes que consumen más de una sustancia, lo que es congruente con los datos descritos en el Plan Nacional de Drogas sobre los pacientes dependientes de cocaína.

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) afirman que no todas las intervenciones son eficaces y están indicadas en cualquier punto del proceso de deshabituación. Por ello, en el presente estudio se define de forma operacional no solo el tipo de tratamiento, sino también el momento en el que ha sido administrado y ha mostrado su efectividad. Según los resultados obtenidos, el tratamiento combinado de EM+TCC ha mostrado 100% de efectividad logrando el mantenimiento de la abstinencia en todos los pacientes en fase activa de tratamiento.

Existen pocos estudios sobre la evolución y el seguimiento post-tratamiento de estos pacientes. En el presente, además de describir la efectividad de la intervención en fase activa, se evalúa el mantenimiento del cambio conseguido. A un mes de seguimiento, la efectividad del tratamiento es de un 100%, los controles de orina semanales siguen siendo negativos durante el primer mes de seguimiento post-tratamiento. Sin embargo, entre uno y tres meses de seguimiento se registran tres consumos. En base a los resultados de esta fase, se puede interpretar que los cambios conductuales se mantienen mayoritariamente en el tiempo. Ball (2007) describió la superioridad de la EM frente al Counseling. Los resultados del presente estudio son similares al grupo que recibió EM.

A diferencia de estudios anteriores, este diseño psicoterapéutico no muestra mayor número de abandonos o menor eficacia de la intervención psicológica en los pacientes con diagnóstico dual (Drake, O'Neal y Wallach, 2004). El diseño de esta intervención psicológica, además de un modelo adecuado a la práctica clínica diaria, ya que evita las listas de espera para tratamiento psicoterapéutico, es efectivo para pacientes dependientes de cocaína duales o no en estadio de mantenimiento.

La adherencia es uno de los puntos más débiles de la intervención en salud mental, mostrándose en la literatura disparidad en los datos reportados, encontrando superior el tratamiento psicológico al tratamiento estándar, con rangos de adherencia de 53,3 a 85,7% y de 35 a 69,6%, respectivamente (Carroll et al., 1994; García-Rodríguez et al., 2007; McKee et al., 2007; Secades et al., 2007; Secades-Villa et al., 2008). La CRA es la intervención que mayor adherencia ha mostrado en estudios anteriores (García-Rodríguez et al., 2007). En el presente estudio, el 84% de la muestra acudió al menos a 11 de las 12 sesiones de grupo. El 37% acudieron a todas las sesiones, obteniendo cuotas de adherencia mayores a las conseguidas en otros estudios con tratamiento estándar. Estos datos son similares a los conseguidos con CRA (Secades-Vila et al., 2008), a pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios.

La EM ha mostrado su efectividad como intervención coadyuvante a la TCC para mejorar la adherencia. En la mayoría de estudios se inicia el tratamiento psicoterapéutico con un número limitado de sesiones de EM y posteriormente se continúa con la TCC. Sin embargo, en el presente estudio se utilizan ambos modelos psicoterapéuticos al mismo tiempo, es decir, usan conceptos específicos de la TCC (detección de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales y cambios en el estilo de vida) y el estilo de la EM (escucha reflexiva, preguntas abiertas, comentar la expectativa de autoeficacia y dar giro a la resistencia). Con este modelo combinatorio de EM+TCC se obtienen resultados superiores en adherencia que usando la EM como coadyuvante a la TCC (McKee et al., 2007).

Paralelamente se observó un efecto de la intervención grupal en la adherencia a los urino-análisis supervisados en fase de tra-

tamiento activo, aunque estos datos no se mantienen en fase de seguimiento. Este dato abre nuevas perspectivas de estudio acerca de la relación entre intervención psicoterapéutica y aumento de la adherencia a otras intervenciones dentro del mismo recurso asistencial. Existen pocos datos para poder explicar el aumento de adherencia al recurso en fase activa de tratamiento psicológico, aunque consideramos que puede ser interesante la investigación en este sentido para comprender qué mecanismos actúan y poderlos fomentar. Ello podría disminuir los abandonos de tratamiento en pacientes con dependencia de cocaína.

En referencia al número de sesiones, se observa cómo en el tercer corte temporal (de la 9ª a la 12ª sesión) la adherencia disminuye. Ello podría ser debido a que en este período se detecta una mejora en sus habilidades de afrontamiento y los pacientes informan sobre su alta expectativa de autoeficacia y la motivación a iniciar un seguimiento mensual. Con los datos descritos se puede plantear si se podría disminuir el número de sesiones necesarias sin alterar su efectividad. Ello supondría un tratamiento con menor número de sesiones que la TCC para dependientes de cocaína (Carroll, 2001).

Hay ciertas limitaciones en el presente estudio que afectan a la validez externa del mismo. En primer lugar es un estudio descriptivo, por lo que hay que ser cautos al extraer las conclusiones. En estudios posteriores se podría plantear comparar un grupo de pacientes recibiendo TCC+EM con otro grupo de pacientes que reciben únicamente TCC y con un grupo control. Por otro lado, la muestra del estudio es reducida. Por lo tanto, es recomendable poder replicarlo en un futuro con mayor número de pacientes. Se debería realizar un tiempo de seguimiento mayor en período no activo de tratamiento para valorar la efectividad de la intervención no solo a corto y medio plazo, sino también a largo plazo.

Este estudio piloto muestra la posibilidad de realizar, en contexto clínico, estudios que valoren la efectividad de las intervenciones grupales que se realizan en los dispositivos de asistencia al paciente con dependencia de cocaína. Se considera necesario elaborar diseños de investigación compatibles con la práctica clínica que puedan evaluar las intervenciones psicoterapéuticas en los diferentes dispositivos.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ball, A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., Woody, G., Obert, J.L., Farentinos, C., y Carroll, K. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 556-567.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843-861.
- 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*, 177-187.
- Carroll, K.M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual. El tratamiento de la adicción a la cocaína*. FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). Barcelona: CITRAN.
- 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-behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 64*, 264-272.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E., Mikulich-Gilbertson, S.K., Morgenstern, J., Obert, J.L., Polcin, D., Snead, N., y Woody, G.E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301-312.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Cocaína. Informe nº 3 de la Comisión Clínica*, 2008. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Connors, G.J., Walitzer, K.S., y Dermen, K.H. (2002). Preparing patients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1161-1169.
- Drake R.E., O'Neal E.L., y Wallach M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal Substance Abuse Treatment, 34*, 123-138.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., y Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 165*, 179-187.

- Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J.J., y Marina González, P.A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A longterm follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1999). *The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorder (SCID-I)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., y Williams, J.B.W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I) (User's guide and interview)* clinical version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fishman, J., Reynolds, T., y Redel, E. (1999). A retrospective investigation of an intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 185-196.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Rfo 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, 134-139.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S., Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2008). Financing a voucher program for cocaine abusers through community donations in Spain. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 623-628.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M., y Al-Halabi Díaz, S. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: A randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17, 131-138.
- Higgins, S.T., y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., y Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34.
- Knapp, W., Soares, B., Farrel, M., y Lima, M. (2008). Intervenciones psicossociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes (revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3.
- McKee, S.A., Carroll, K.M., Sinha, R., Robinson, J.E., Nich, C., Cavallo, D., y O'Malley, S. (2007). Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 97-101.
- McNair, R.R., y Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group therapy dropouts. *Psychotherapy*, 31, 352-362.
- Mendelson, J.H., y Mello, N.K. (1996). Management of cocaine abuse and dependence. *The New England Journal of Medicine*, 334, 965-972.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychology*, 47, 1102-1114.
- Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M.J., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., y Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- 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, 267-274.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Martin, R.A., Colby, S.M., Myers, M.G., Gulliver, S.B., Brown, R.A., Mueller, T.I., Gordon, A., y Abrams, D.B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., y Arnáez-Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Subst Use & Misuse*, 39, 1369-1378.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Rfo, A., Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2007). El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S.T., Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- 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, 807-810.
- Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G.L., y Crits-Christoph (2010). Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 164-172.
- Swwet, C., y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatients treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.
- Veach, L.J., Remley, T.P., Kippers, S.M., y Sorg, J.D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 417-428.
- Vocci, F.J., y Montoya, I.D. (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 263-268.