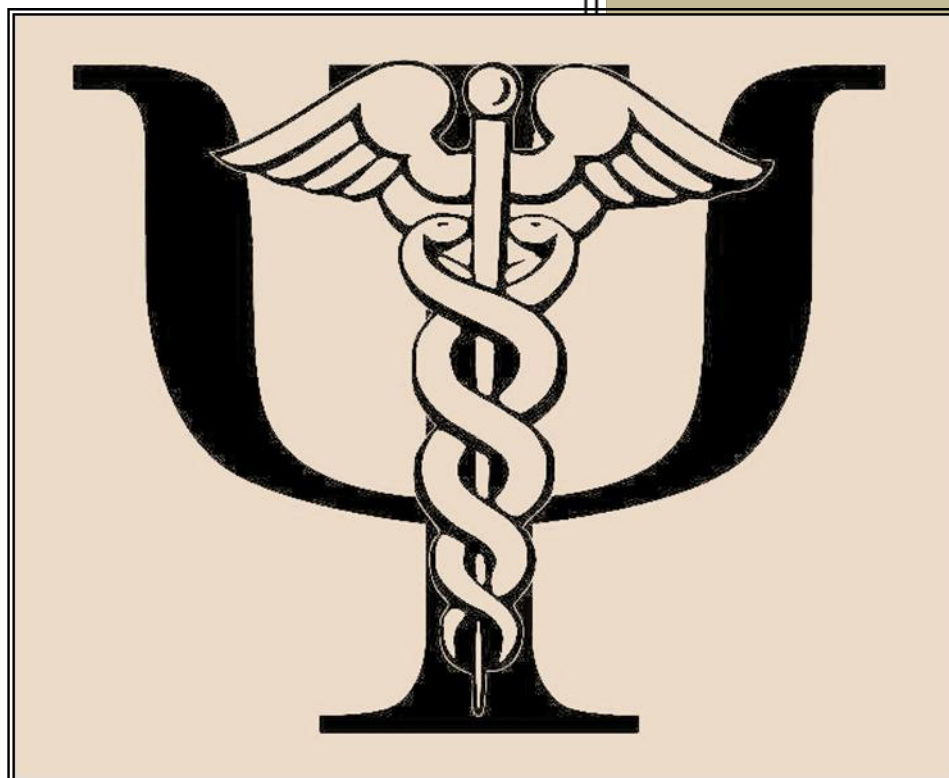


ISSN: 2171-2069

Volumen 1
Número 1
Enero de 2010

**REVISTA IBEROAMERICANA
DE
PSICOLOGÍA Y SALUD**



Revista oficial de la
SOCIEDAD UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y SALUD

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Director

Ramón González Cabanach, Universidad de A Coruña. rgc@udc.es

Directores Asociados

Ramón Arce, Univ. de Santiago de Compostela. Coord. del Área de Psicología Social. ramon.arce@usc.es

Gualberto Buela-Casal, Univ. de Granada. Coordinador del Área de Salud. gbuela@ugr.es

Francisca Fariña, Univ. de Vigo. Coordinadora del Área de Intervención. francisca@uvigo.es

José Carlos Núñez, Univ. de Oviedo. Coordinador del Área de Evaluación. jcarlosn@uniovi.es

Antonio Valle, Univ. de A Coruña. Coordinador del Área de Educación. vallar@udc.es

Consejo Editorial

Rui Abrunhosa, Univ. de Minho (Portugal).

Leandro Almeida, Univ. de Minho (Portugal).

Luis Álvarez, Univ. de Oviedo.

Constantino Arce, Univ. de Santiago de Compostela.

Jorge L. Arias, Univ. de Oviedo.

Jesús Beltrán, Univ. Complutense de Madrid.

María Paz Bermúdez, Univ. de Granada.

Miguel Angel Carbonero, Univ. de Valladolid.

Juan Luis Castejón, Univ. de Alicante.

José Antonio Corraliza, Univ. Autónoma de Madrid.

Francisco Cruz, Univ. de Granada.

Fernando Chacón, Univ. Complutense de Madrid.

Jesús de la Fuente, Univ. de Almería.

Alejandro Díaz Mújica, Univ. de Concepción (Chile).

Francisca Expósito, Univ. de Granada.

Ramón Fernández Cervantes, Univ. de A Coruña.

Jorge Fernández del Valle, Univ. de Oviedo.

Manuel Fernández-Ríos, Univ. Autónoma de Madrid.

José Jesús Gázquez, Univ. de Almería.

Antonia Gómez Conesa, Univ. de Murcia.

Luz González Doniz, Univ. de A Coruña.

Julio A. González-Pienda, Univ. de Oviedo.

Alfredo Goñi, Univ. del País Vasco.

María Adelina Guisande, Univ. de Santiago de Compostela.

Silvia Helena Koller, Univ. Federal de Rio Grande do Sul (Brasil).

Pedro Hernández, Univ. de La Laguna.

Juan E. Jiménez, Univ. de La Laguna.

Serafín Lemos, Univ. de Oviedo.

Matías López, Univ. de Oviedo.

María Ángeles Luengo, Univ. de Santiago de Compostela.

José I. Navarro, Univ. de Cádiz.

Miguel Moya, Univ. de Granada.

José Muñoz, Univ. de Oviedo.

Mercedes Novo, Univ. de Santiago de Compostela.

Eduardo Osuna, Univ. de Murcia.

Darío Páez, Univ. del País Vasco.

Wenceslao Peñate, Univ. de La Laguna.

Antonietta Pepe-Nakamura, Univ. Luterana do Brasil.

Luz F. Pérez, Univ. Complutense de Madrid.

María Victoria Pérez-Villalobos, Univ. de Concepción (Chile).

Isabel Piñeiro, Univ. de A Coruña.

Antonio Andrés-Pueyo, Univ. de Barcelona.

Luisa Ramírez, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Revuelta, Univ. de Huelva.

Susana Rodríguez, Univ. de A Coruña.

Francisco J. Rodríguez, Univ. de Oviedo.

José María Román, Univ. de Valladolid.

Manuel Romero, Univ. de A Coruña

Pedro Rosário, Univ. de Minho (Portugal).

Ramona Rubio, Univ. de Granada.

Marithza Sandoval, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Santolaya, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Dolores Seijo, Univ. de Santiago de Compostela.

Juan Carlos Sierra, Univ. de Granada.

Jorge Sobral, Univ. de Santiago de Compostela.

Francisco Tortosa, Univ. de Valencia.

María Victoria Trianes, Univ. de Málaga.

Revista Oficial de la *Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud* (www.usc.es/suiips)

Publicado por: SUIPS.

Volumen 1, Número, 1.

Suscripciones: ver www.usc.es/suiips

Frecuencia: 2 números al año (semestral).

ISSN: 2171-2069

D.L.: C 13-2010

ÍNDICE

Artículos

Presentación	1
 Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior <i>Natalia Arias, Camino Álvarez, Nélica Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias</i>	3
 Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público <i>Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria Garcia-Fernández y Francisco José Santonja</i>	17
 Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad <i>Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, y Luis Álvarez</i>	29
 Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA) <i>Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, y Carlos Freire</i>	51
 ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? <i>Francisca Fariña, Ramón Arce, y Andrea Sotelo</i>	65
 The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task <i>Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias</i>	81
 Socialización e historia penitenciaria <i>Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez y Beatriz Pérez-Sánchez</i>	101

INDEX

Articles

Presentation	1
Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior <i>Natalia Arias, Camino Álvarez, Nélica Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias</i>	3
Contingency management for the treatment of cocaine addiction in a public health setting <i>Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria Garcia-Fernández, and Francisco José Santonja</i>	17
Function and utility of questionnaires in the diagnostic of the attention-deficit hyperactivity disorder <i>Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, and Luis Álvarez</i>	29
The Academic Stress Coping Scale (A-SCS) <i>Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, and Carlos Freire</i>	51
Is effective the standard psychometric study of the clinical assessment of parents in dispute by children's custody? <i>Francisca Fariña, Ramón Arce, and Andrea Sotelo</i>	65
The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task <i>Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias</i>	81
Socialization and penitentiary history <i>Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez, and Beatriz Pérez-Sánchez</i>	101

MANEJO DE CONTINGENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA EN UN CONTEXTO SANITARIO PÚBLICO

Emilio Sánchez-Hervás*, Francisco Zacarés**, Roberto Secades-Villa**, Olaya García-Rodríguez***, Gloria García-Fernández** y Francisco José Santonja****

* Agencia Valenciana de Salud. Dpt. 10. Valencia (España)

** Universidad de Oviedo (España)

*** Universidad de Barcelona. España.

**** Universidad de Valencia. España.

(Recibido 2 Septiembre 2009; revisado 20 Noviembre 2009; aceptado 23 Noviembre 2009)

Abstract

The demand for treatment for cocaine dependence increased significantly in recent years, therefore, the development and dissemination of effective treatments for cocaine dependence is an important public health priority in Spain and in the rest of Europe. The aim of the present study was to explore the effectiveness of one of the programs that has obtained the best results in the United States: The Community Reinforcement Approach (CRA) plus vouchers for the treatment of cocaine addiction. Eighty-six patients seeking treatment at a public healthcare clinic were randomly assigned to one of three treatment conditions: CRA, CRA plus vouchers, or standard care. Retention rate at three months was 57.9% in the CRA group, 66.7% in the CRA plus vouchers group, and 53.3% in the standard treatment group. In the CRA group, 21.1% of the patients maintained continuous abstinence, compared to 44.4% of the CRA plus vouchers group and 16.7% of the standard group. These results support the effectiveness and the adaptability of CRA plus vouchers in a public setting in Spain. Further follow-up will be required to confirm the long-term maintenance of the results.

Keywords: Cocaine dependence, CRA, contingency management, vouchers

Resumen

La demanda de tratamiento para la dependencia a la cocaína se ha incrementado significativamente durante los últimos años, por lo que el desarrollo y la implantación de tratamientos efectivos para esta adicción es una prioridad muy importante de salud pública en España y en el resto de Europa. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de uno de los programas que ha obtenido mejores resultados en los Estados Unidos: el programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Ochenta y seis pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína que habían solicitado tratamiento en un centro asistencial público fueron distribuidos aleatoriamente a tres condiciones: CRA, CRA más incentivos y tratamiento estándar. Las tasas de retención a los tres meses de iniciado el tratamiento fueron del 57,9% en el grupo de CRA, 66,7% en el grupo CRA más incentivos y 53,3% en el tratamiento estándar. En el grupo CRA, el 21,1% de los pacientes se mantuvo abstinentes de forma continuada, frente al 44,4% del grupo CRA más incentivos y al 16,7% del grupo de tratamiento estándar. Estos resultados apoyan la efectividad y la adaptabilidad del programa CRA más incentivos en contextos asistenciales públicos en España. Se requieren estudios de seguimiento para confirmar el mantenimiento a largo plazo de los resultados.

Palabras clave: dependencia a la cocaína, CRA, manejo de contingencias, incentivos.

Introducción

El desarrollo y difusión de intervenciones dirigidas a mejorar el tratamiento de las personas con problemas derivados del consumo de cocaína, debe ser una de las prioridades en las políticas de salud pública en cualquier país con tasas elevadas de consumo de esta sustancia. En la actualidad, y dado que hasta el momento el tratamiento farmacológico no ha demostrado ser eficaz, la oferta asistencial para el tratamiento de la adicción a la cocaína es limitada. Aunque en general la eficacia de los distintos abordajes se considera moderada y no existen pruebas definitivas sobre los efectos de los tratamientos, se recomiendan algunas formas de intervención psicológica. Los enfoques basados en el manejo de contingencias (Shearer, 2007; Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers, y Otto, 2008) y, en particular, el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) ha obtenido buenos resultados en estudios controlados.

El programa CRA más incentivos fue inicialmente desarrollado por Higgins et al. (1991) para el tratamiento de la adicción a la cocaína en contextos ambulatorios. Los resultados de diferentes ensayos clínicos aleatorizados apoyan la eficacia de este enfoque de intervención para el tratamiento de la adicción a diferentes tipos de drogas y con diversas poblaciones (Lussier, Heil, Mongeon, Badger, y Higgins, 2006; Prendergast, Podus, Finney, Greenwell, y Roll, 2006). Por este motivo, se considera en la actualidad uno de los tratamientos con mayor soporte empírico, y su utilización está recomendada por diferentes organismos internacionales (American Psychiatric Association, 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2009).

En los últimos años se ha desarrollado una creciente investigación sobre la utilidad de este tipo de intervención, en especial la realizada por el grupo del profesor S. Higgins en Estados Unidos (Higgins, Badger y Budney, 2000; Higgins, Sigmon, Wong, Heil, Badger, Donham, Dantona y Anthony, 2003; Higgins, Heil, Dantona, Donham, Matthews, y Badger, 2007). Recientemente en España se han publicado diversos estudios en donde este protocolo de intervención ha obtenido buenos resultados en un contexto ambulatorio comunitario (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida, y Carballo, 2007; Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida, y Carballo, 2008; García-Rodríguez, Secades-Villa,

Álvarez, Río, Fernández, Carballo, Errasti, y Al-Halabí, 2007; García-Rodríguez, Secades-Villa, Higgins, Fernández-Hermida, Carballo, Errasti, y Al-Halabí, 2009).

A pesar de que CRA es un programa cuya evidencia está ampliamente reconocida, puede decirse que es un tratamiento poco integrado en la práctica clínica habitual, es especial fuera de Estados Unidos (McGovern, Fox, y Xie, 2004).

Con el objetivo de aportar datos que apoyen la generalización de los resultados obtenidos en recientes estudios, este trabajo proporciona los primeros resultados de la aplicación del programa CRA más incentivos en un centro asistencial público de España. Además, a diferencia de los estudios previos, se compara el programa CRA solo frente a la aplicación del mismo con un componente de manejo de contingencias mediante incentivos. Es de gran interés corroborar la aplicabilidad de esta intervención en diferentes entornos culturales y, en especial, su posible utilización en contextos asistenciales públicos, ya que en la actualidad la mayoría de las demandas de tratamiento se realizan en este tipo de servicios.

Método

Participantes

La muestra del estudio fue extraída aleatoriamente de las personas que solicitaban tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (UCA), un recurso de tratamiento ambulatorio público dependiente del Departamento 10 de la Agencia Valenciana de Salud (España). Los criterios de inclusión en el estudio incluían ser mayor de edad, cumplir criterios para el diagnóstico de dependencia a la cocaína según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) o criterios de politoxicomanía con dependencia principal a cocaína. Se excluyeron a pacientes con cuadros psicopatológicos graves o que aun siendo consumidores de cocaína presentaran un diagnóstico principal a otra sustancia psicoactiva. El total de pacientes que conformaron la muestra fue de 86 (83,7% hombres), con una media de edad de 31,5 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características basales. En la Tabla 1 se muestran las características más importantes de los participantes.

Tabla 1. Características de la muestra.

Variables	Estándar (n=30)	CRA (n=38)	CRA + I (n=18)	p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad Media	31,30	30,42	34,29	0,10
% Hombres	86,70	86,80	72,20	0,33
% Solteros	36,70	52,60	29,40	0,22
Media años estudiados	9,56	9,34	10,41	0,17
% Activos laboralmente	73,30	84,20	64,70	0,25
USO DE SUSTANCIAS				
Vía administración nasal	93,3	92,1	88,9	0,78
Media años de consumo cocaína	10,33	9,97	9,29	0,52
Promedio MAST	5,50	7,46	5,35	0,64
Uso habitual cannabis	33,3	26,3	33,3	0,43
VARIABLES PISCOPATOLÓGICAS				
Media BDI	16,06	16,62	11,88	0,23
Media SCL-90-R –GSI	79,00	76,89	68,65	0,33
Media SCL-90-R –PSD	81,31	77,11	68,94	0,27
Media SCL-90-R –PST	67,25	68,86	58,00	0,37
EUROPASI (PUNTUACIONES COMPUESTAS)				
Situación Médica	0,13	0,11	0,24	0,14
Empleo / Soportes	0,22	0,19	0,25	0,68
Uso de Alcohol	0,33	0,30	0,29	0,86
Uso de Drogas	0,23	0,22	0,17	0,26
Situación Legal	0,09	0,09	0,09	1,00
Situación Familiar / Social	0,27	0,24	0,36	0,07
Estado Psiquiátrico	0,35	0,34	0,38	0,61

Nota: Test Chi-cuadrado.

Instrumentos y variables

En la admisión a todos los participantes se les administraron los siguientes instrumentos: EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995), versión europea del Addiction Severity Index; Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Seltzer, 1971), Symptom Chek List (SCL-90-R) (Derogatis, Lipman, y Covi, 1973), y Beck Depresión Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961).

Para evaluar la abstinencia a la cocaína los pacientes realizaban dos controles analíticos semanales (lunes y viernes). Se utilizó el test multidrog-cocaína (FS Profas, Madrid, España); un inmunoensayo por cromatografía para la determinación de benzoilecgonina, metabolito de la cocaína en orina a un nivel de concentración de 300ng/ml. Los controles analíticos se hicieron coincidir con la asistencia a las sesiones clínicas. La recogida de las muestras se realizó por personal del mismo sexo.

Se establecieron tres variables dependientes evaluadas a los tres meses de iniciado el tratamiento: 1) retención (porcentaje de pacientes que permanecían realizando el programa a los tres meses); 2) abstinencia continuada (porcentaje de pacientes que conseguían abstinencia a cocaína de manera continuada desde el inicio del tratamiento; y 3) analíticas negativas (porcentaje de analíticas negativas a cocaína durante el período evaluado).

Procedimiento

Durante los años 2008-2009 los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: CRA ($n=38$), CRA más incentivos ($n=18$), y tratamiento estándar ($n=30$). Los pacientes fueron informados de las características del programa y dieron su consentimiento durante la fase de admisión. Se aseguró el anonimato y la confidencialidad a todos los participantes en el estudio.

Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA). Se trata de un programa de tratamiento psicológico para aplicar en contextos ambulatorios de una duración media de veinticuatro semanas, con el objetivo principal de conseguir la abstinencia a cocaína. Se aplicó de forma individual el protocolo de intervención descrito por Budney y Higgins (1998). El programa incluye cinco componentes: habilidades para el rechazo de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida (que incluye: mejora de las relaciones sociales, actividades de ocio incompatibles con el consumo y asesoramiento vocacional) terapia conductual de pareja, tratamiento del abuso de otras drogas (especialmente alcohol y cannabis) y abordaje de la psicopatología asociada. Los pacientes se someten a muestras de orina para comprobar la abstinencia.

Debido a que el estudio se realizó en un contexto comunitario público fue preciso realizar algunas adaptaciones al manual original. En primer lugar, y debido a la presión asistencial, sólo se realizó una sesión de terapia semanal en lugar de dos. Por la misma razón, se realizaron solo dos controles analíticos por semana en lugar de tres, cómo se recoge en el protocolo original.

Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA) más incentivos. Consistió en la aplicación del protocolo CRA descrito en el apartado anterior, al que se añadió un subcomponente de terapia de incentivo. El subcomponente de terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias con el que se reforzaba de forma sistemática la abstinencia a la cocaína. Los resultados negativos de los análisis de orina se intercambian por vales canjeables por determinados reforzadores naturales (actividades de ocio, formación, alimentación, etc.). Durante los tres primeros meses todas las muestras negativas se refozaban con incentivos. Durante los meses tres a seis, se introduce un sistema aleatorio por el que se reforzaban aproximadamente el cincuenta por ciento de las muestras. Habida cuenta que los incentivos se administran en función de las analíticas de orina, al disminuir el número de analíticas semanales, el sistema de incentivos utilizado es una modificación “a la baja” del descrito en el protocolo original.

Tratamiento Estándar. Se realizó una aplicación de un programa de tratamiento individual de orientación cognitivo-conductual. La duración media de la intervención era de seis meses. El objetivo era conseguir la abstinencia, y ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el proceso de cambio de su conducta adictiva. Se trabajaba sobre elementos básicos de la prevención de recaídas que incluían los componentes: reducción de la exposición a la cocaína y las señales de cocaína, estrategias de manejo de deseos de consumo, apoyo y asesoramiento para manejo de ansiedad y estados de ánimo negativos, prevención sobre uso de otras sustancias, y desarrollo de actividades alternativas al consumo de cocaína. La abstinencia a la cocaína se evaluó mediante controles analíticos de orina que se realizaban dos veces por semana. Los pacientes de este grupo, de la misma forma que los pacientes del grupo CRA “sólo”, no recibían ningún tipo de incentivo por mantener la abstinencia.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para la descripción de los participantes en el estudio. Se utilizaron la prueba Chi cuadrado y el contraste no paramétrico de Kruskal-Wallis, con el fin de establecer comparaciones entre los tres grupos en la línea base. Para estudiar las diferencias entre los tres grupos en las variables dependientes, se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y ANOVA. El nivel de confianza utilizado fue del 95% y el paquete estadístico el SPSS-15.

Resultados

En la Tabla 2 se muestran los resultados y las diferencias entre los tres grupos en los tres primeros meses de tratamiento para todas las variables dependientes. El grupo CRA más incentivos obtuvo mejores resultados en todas las variables de medida. La tasa de retención global de los tres grupos se estableció en el 58,1% a los tres meses. La tasa más elevada correspondió al grupo CRA más incentivos (66,7%), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Con relación a la abstinencia a cocaína, el grupo CRA más incentivos obtuvo mejores resultados en ambos indicadores que los otros grupos (CRA y estándar): tasa de abstinencia continuada (44,4%) y porcentaje de analíticas negativas (83,55%). Tampoco en este caso se alcanzó la significación estadística.

Tabla 2. Retención y abstinencia continuada a la cocaína a los 3 meses.

Variables	Total	Estándar	CRA	CRA + I	Contraste	gl	p
% Retención	58,10	53,30	57,90	66,70	0,82 ¹	2	0,66
% Abstinencia Continuada	24,40	16,70	21,10	44,40	5,12 ¹	2	0,07
% Analíticas Negativas	77,60	74,08	78,19	83,55	0,47 ²	2	0,62

Nota: ¹Test Chi-cuadrado. ²ANOVA.

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de este estudio era valorar la efectividad a corto plazo del programa CRA (con y sin incentivos) en un centro asistencial público en España. Al igual que en estudios anteriores, llevados a cabo principalmente en Estados Unidos

(Higgins et al., 2000, 2003, 2007), y también en nuestro país (García-Rodríguez et al., 2007, 2009; Secades-Villa et al., 2007, 2008), las tasas de retención y de abstinencia a la cocaína alcanzaron mejores niveles entre los pacientes tratados con el programa CRA con y sin incentivos en comparación a los pacientes que recibieron la atención estándar.

En nuestro estudio hemos incluido por primera vez un grupo de CRA “sólo”, algo que no es habitual en estudios previos y que se recomienda en revisiones recientes (Roozen, Boulogne, Van Tulder, Van de Brink, De Jong, y Kerkhof, 2004). Este grupo obtuvo también mejores resultados que el grupo que recibió la atención estándar, pero sin llegar a los resultados obtenidos por el grupo con incentivos. A pesar de que no se encontraron diferencias con significación estadística (quizás debido al pequeño tamaño de la muestra), los datos indican una clara tendencia de reducción del consumo y de mayor retención en los grupos de CRA, en especial en el grupo CRA más incentivos, lo que sugiere, en opinión de los autores, una significación clínica relevante. Una mayor retención y mayores tasas de abstinencia permiten a los pacientes aprovechar mejor los componentes del programa de intervención.

Es necesario recordar que, a diferencia de estudios previos, hubo de realizarse una adaptación del manual original, reduciendo el número de sesiones y la cantidad de incentivos por paciente, lo que de alguna manera podría disminuir la eficacia de este programa, en comparación a ensayos donde se realizan más sesiones de terapia y se utiliza un mayor cantidad de incentivos.

Entre las limitaciones de este estudio cabe señalar que los resultados corresponden a un seguimiento de sólo doce semanas. No obstante, se trata de un dato relevante, ya que los resultados de múltiples estudios muestran cómo la retención y la abstinencia a corto plazo son buenos predictores de la abstinencia a largo plazo (Higgins, Badger, y Budney, 2000).

Por otro lado, el número de participantes en el grupo tratado con incentivos convendría ser aumentado en estudios posteriores, hasta equiparse al resto de grupos.

Todavía son escasos los estudios comunitarios en los que se utilice el manejo de contingencias como parte de un programa de tratamiento integrado en la práctica clínica. Los costes asociados a la aplicación de estos programas se esgrimen como una barrera para su difusión a contextos de tratamiento comunitario. En estudios previos (García-Rodríguez, Secades-Villa, Higgins, Fernández-Hermida, y Carballo, 2008) ya se han planteado estrategias para que el coste de los incentivos no tenga que ser asumido por las organizaciones y agencias que prestan los servicios de tratamiento.

En conclusión, el programa CRA más incentivos es una intervención viable que es susceptible de ser aplicada en un contexto de tratamiento público, y que además parece ser más efectiva que la intervención estándar que se aplica a estos pacientes. No obstante, se requieren estudios de seguimiento para confirmar el mantenimiento a largo plazo de los resultados.

Agradecimientos

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

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- 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.
- Budney, A.J., y Higgins, S.T. (1998). *Treating cocaine dependence: A community reinforcement approach*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M., y Otto, M. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- García-Rodríguez, O., Secades Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J., Carballo, J., Errasti, J., y Al-Halabí, 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., Carballo, J.L., Errasti, J., y Al-Halabí, 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.
- García-Rodríguez O, Secades-Villa R, Higgins ST, Fernández-Hermida JR., y Carballo J.L. (2008). Financing a voucher program for cocaine abusers through community donations in Spain. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 41, 623-628.
- 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, 1218–24.
- 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, 377-386.
- 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, 1043-52.
- Higgins, S.T., Heil, S.H., Dantona, R., Donham, R., Matthews, M., y Badger, G.J. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*, 102, 271-81.
- Knapp W.P., Soares B, Farrell M., y Silva de Lima M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003023.
- Kokkevi, A., y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- 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, 192–203.
- McGovern, M. Fox, T., y Xie, H. (2004) A survey of clinical practices and readiness to adopt evidence-based practices: dissemination research in an addiction treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 305 -312.

- National Institute for Clinical Excellence (2006). Clinical guideline, CG 51. *Drug misuse. Psychological interventions*. London: National Institute of Clinical Excellence.
- National Institute on Drug Abuse (2009). *Principles of drug addiction treatment* (2nd ed.). Maryland, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- 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.
- Roozen, H., Boulogne, J., Van Tulder, M., Van de Brink, W., De Jong, C., y Kerkhof, J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 74*, 1-13.
- Secades-Villa, R. García-Rodríguez, O. Fernández-Hermida, J., 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.
- Seltzer, M.L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry, 127*, 1653-1658.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal Substance Abuse Treatment, 32*, 41-52.

Normas de publicación

Envíos de artículos

La *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* publica artículos en español o inglés de carácter científico en cualquier temática de la Psicología y Salud. Es, por tanto, el objetivo de la revista la interdisciplinariedad. Los artículos han de ser originales (los autores se responsabilizan de que no han sido publicados ni total ni parcialmente) y no estar siendo sometidos para su evaluación o publicación a ninguna otra revista. Las propuestas de artículos han de ser enviadas por medio de correo electrónico al director o a los directores asociados acorde a la temática que coordinan. El envío por correo postal sólo se admitirá en casos debidamente justificados a la dirección de la revista (Ramón González Cabanach, Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, Universidad de A Coruña, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Campus de Oza, 15006, A Coruña, España).

Revisión

Los trabajos serán revisados en formato de doble ciego, siendo los revisores anónimos para los autores y los autores para los revisores. Los revisores serán externos e independientes de la revista que los seleccionará por su experiencia académica, científica o investigadora en la temática objeto del artículo.

Copyright

El envío de trabajos a la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* lleva implícito que los autores ceden el copyright a la revista para su reproducción por cualquier medio, si éstos son aceptados para su publicación.

Permisos y responsabilidad

Las opiniones vertidas así como los contenidos de los artículos publicados en la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan la opinión ni la política de la revista. Asimismo, los autores se responsabilizan de la obtención del permiso correspondiente para incluir material ya publicado. Del mismo modo, los autores se responsabilizan de que los trabajos publicados estén realizados conforme a los criterios éticos que rigen la investigación o experimentación con humanos y animales, y sean acordes a la deontología profesional.

Estilo

Los trabajos deberán ajustarse a las instrucciones sobre las referencias, tablas, figuras, abstract, formato, estilo narrativo, etc. descritas en la 6ª edición del Publication Manual of the American Psychological Association (2009). Los manuscritos que no se ajusten al estilo APA no se considerarán para su publicación.

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud

CONTENIDOS

Artículos

Presentación	1
Estrous cycle and sex as regulating factors of baseline brain oxidative metabolism and behavior <i>Natalia Arias, Camino Álvarez, Nélica Conejo, Héctor González-Pardo, and Jorge L. Arias</i>	3
Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público <i>Emilio Sánchez-Hervás, Francisco Zacarés, Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, Gloria Garcia-Fernández y Francisco José Santonja</i>	17
Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad <i>Celestino Rodríguez, Jesús N. García-Sánchez, Paloma González-Castro, David Álvarez, Ana Bernardo, Rebeca Cerezo, y Luis Álvarez</i>	29
Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA) <i>Ramón G. Cabanach, Antonio Valle, Susana Rodríguez, Isabel Piñeiro, y Carlos Freire</i>	51
¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la disimulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? <i>Francisca Fariña, Ramón Arce, y Andrea Sotelo</i>	65
The portacaval sham operation in rats affects acquisition but not memory of an active avoidance task <i>Laudino López, Marta Méndez, Magdalena Méndez-López, María Ángeles Aller, Jaime Arias, Fernando Díaz, and Jorge L. Arias</i>	81
Socialización e historia penitenciaria <i>Carolina Bringas; Francisco Javier Rodríguez, Eduardo Gutiérrez y Beatriz Pérez-Sánchez</i>	101