
Evolución del tratamiento y consumo en personas con dependencia de la cocaína, a los doce meses, en función de la psicopatología asociada y el funcionamiento cotidiano

ANA LÓPEZ DURÁN⁽¹⁾; ELISARDO BECOÑA IGLESIAS⁽¹⁾; MANUEL LLOVES MORATINOS⁽²⁾; ANDRÉS MONEO MONTES⁽²⁾; ISABEL VIEITEZ FERNÁNDEZ^(2 y 3); JESÚS CANCELO MARTÍNEZ⁽³⁾; CAROLINA ESTÉVEZ VORKAUF⁽³⁾; JUAN SOBRADELO LENS⁽³⁾; JOSÉ M^a GARCÍA JANEIRO⁽⁴⁾; AVELINA SENRA COMESAÑA⁽⁴⁾; LORENA CASETE FERNÁNDEZ^(5 y 6); M^a TERESA LAGE LÓPEZ⁽⁵⁾; EVARISTO DÍAZ CASTRO⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

⁽²⁾ Comunidad Terapéutica Alborada. Tomiño (Pontevedra).

⁽³⁾ Unidad Asistencial Alborada. Vigo (Pontevedra).

⁽⁴⁾ Unidad Asistencial del Ayuntamiento de Pontevedra.

⁽⁵⁾ Unidad Asistencial ACLAD. A Coruña.

⁽⁶⁾ Comunidad Terapéutica ACLAD. A Coruña.

Enviar correspondencia a:

Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. E-mail: alduran@usc.es

Recibido: Noviembre de 2006.

Aceptado: Febrero de 2007.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar la evolución, a los doce meses, de personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en Centros de Drogodependencias. Analizamos si hay relación entre variables sociodemográficas, características del consumo de drogas y características psicopatológicas con el mantenimiento de la abstinencia y la evolución del funcionamiento cotidiano evaluado por el terapeuta a los tres, seis y doce meses. Los resultados más destacados son que las personas con un patrón de personalidad dependiente, según el MCMI-II, tienen una mayor probabilidad de mantener la abstinencia en el consumo de cocaína durante los doce meses que siguen a la evaluación inicial. Las variables que están más relacionadas con un peor funcionamiento cotidiano a los doce meses son el consumo de cocaína por vía inyectada o fumada, la realización de tratamientos previos por consumo de drogas y haber consumido heroína en alguna ocasión. Por lo tanto, aspectos relacionados con el consumo de drogas y no características psicopatológicas son más importantes al analizar la evolución a los doce meses.

Palabras clave: cocaína, dependencia, tratamiento, seguimiento.

ABSTRACT

The aim of the present study is to analyse the evolution, at 12-months, of patients with cocaine dependence undergoing treatment in drug abuse centres. We examined the relationship between sociodemographic variables, drug use characteristics, and psychopathological characteristics with maintenance of drug abstinence and the evolution of daily functioning evaluated by the therapist at 3-, 6- and 12-months. The most outstanding results are that subjects with a dependent personality pattern, according to the MCMI-II, are more likely to maintain cocaine abstinence during the 12-months following the preliminary assessment. Moreover, the variables more related with a worse daily functioning at 12-months are injected or smoked cocaine use, previous treatments for drug use and having used heroin on some occasion. Therefore, drug related aspects and not psychopathological characteristics are more important when analysing the 12-months evolution in these subjects.

Key words: cocaine, dependence, treatment, follow-up

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína y las consecuencias negativas derivadas del mismo es un tema relevante en estos momentos. En España las demandas de tratamiento por problemas con el consumo de cocaína han experimentado un importante aumento en los últimos años (PNSD, 2005). Pero todavía siguen sien-

do pocos los estudios realizados en nuestro país con personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento en Centros de Drogodependencias. Quizás porque es un fenómeno reciente, los estudios de seguimiento que analizan la evolución de las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento (tasas de abstinencia, factores asociados a una evolución positiva...), son todavía escasos (Pedrero, Puerta,

Segura y Martínez, 2004; Sánchez-Hervás, Morales, Tomás, Molina, del Olmo, Bosch et al., 2002).

A nivel internacional hay diversos estudios longitudinales que analizan la evolución de los consumidores de cocaína en tratamiento. Destaca el estudio realizado por Carroll, Power, Bryant y Rounsaville (1993) con 298 sujetos inicialmente y 98 un año más tarde. Tras un año de tratamiento un tercio de la muestra se había mantenido abstinente, pero estos autores apuntan que el mantenimiento de la abstinencia no se corresponde con una mejoría en todos los ámbitos. En este estudio hay tres variables que predicen los resultados al año de tratamiento: la severidad de la dependencia, la severidad de los síntomas psicológicos y la existencia de dependencia del alcohol. Respecto a la retención en el tratamiento, los autores indican que la existencia de tratamientos previos, una puntuación severa en el ASI y la existencia de otros trastornos diferentes al consumo de sustancias, según los criterios RDC (*Research Diagnostic Criteria*), son variables relacionadas positivamente con la retención en el tratamiento pero también con la obtención de peores resultados en el mismo.

McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss y Koppenhaver (2001) realizaron un estudio de seguimiento con 132 veteranos de guerra con diagnóstico de dependencia de la cocaína alguna vez en la vida que seguían un tratamiento de atención continuada. A los seis meses de inicio del tratamiento el 53% de los sujetos se mantenían abstinentes en el consumo de cocaína. Estos autores señalaron como variables que predicen un menor número de días de consumo de cocaína a los 6, 12 y 18 meses del inicio del tratamiento, la alta participación en grupos de autoayuda, la percepción de existencia de apoyo familiar y la permanencia en tratamiento. A los 12 y a los 18 meses, predicen un menor número de días consumiendo cocaína el compromiso de abstinencia, el estado de ánimo positivo y la autoeficacia. A los 18 y 24 meses, la existencia de pocos problemas laborales está relacionado con un menor número de días de consumo. A los 12 meses es significativo el estadio de cambio en el que se sitúa el sujeto y a los 18 meses destaca la puntuación en la evaluación del estado médico del ASI. La existencia de problemas legales, familiares y psiquiátricos no está relacionado con el número de días de consumo de cocaína.

En la realización de estudios de seguimiento encontramos diversas dificultades, entre las que deseamos destacar: la pérdida de sujetos que forman la muestra inicial y cómo evaluar la abstinencia en el consumo de cocaína. El número de sujetos que forman la muestra inicial va disminuyendo a media que avanza el tratamiento, principalmente por el abandono del tratamiento por parte de los sujetos. En el estudio de Carroll et

al. (1993) tras un año de tratamiento sólo pudieron evaluar al 32% de la muestra inicial. Carroll, Nich, Ball, McCance, Frankforter, Rounsaville (2000) evaluaron tras un año al 37.5% de los sujetos de la muestra inicial. Respecto a la evaluación de la abstinencia en el consumo de cocaína, hay diversos criterios para analizarla: la realización de consumos durante un periodo previo a la realización de la evaluación (Crist-Christoph, Siqueland, Blaine, Frank, Luborsky, Onken et al., 1999; McMahan, Kouzekanani y Malow, 1999) o la abstinencia total en el consumo durante el periodo de tiempo que dura el seguimiento (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson y Hingson, 2005).

Por otro lado, la evaluación de las características psicopatológicas y de consumo de drogas en personas con problemas con el consumo de cocaína está cobrando interés en los últimos años. Una revisión de este tema se puede encontrar en López y Becoña (2006a) y Roncero, Ramos, Collazos y Casas (2001). Diversos autores (First y Gladis, 1996; Ochoa, 2000; Rosenthal y Westreich, 1999; San, 2004; Swendsen y Merikangas, 2000; Ziedonis, 1992) han señalado importantes razones para analizar la relación entre consumo de cocaína y problemas psicopatológicos. En primer lugar, porque hay una alta prevalencia de problemas psicopatológicos entre los consumidores de cocaína. En el estudio *Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health* (ECA) (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et al., 1990) se recoge que un 76.1% de los sujetos con abuso o dependencia de la cocaína tienen un trastorno mental y el 84.8% presenta abuso o dependencia del alcohol. Y, en segundo lugar, porque la presencia de problemas psicopatológicos en consumidores de cocaína implica condiciones más crónicas, mayor resistencia al tratamiento y experimentan un deterioro psicosocial más severo. Concretamente en el caso de los consumidores de cocaína, Gawin y Kleber (1986) apuntan que los sujetos con trastorno psiquiátrico, aunque consumen menos cantidad de cocaína, muestran un deterioro similar que los que consumen más cantidad y no tienen ningún trastorno. Además, solicitan antes el inicio del tratamiento.

Los trastornos psicopatológicos que se evalúan con más frecuencia en los consumidores de cocaína son los problemas de depresión (Brady, Grice, Dustan y Randall, 1993; Gawin y Kleber, 1986; Karan, Haller, y Schnoll, 1998; Kleinman, Miller, Millman, Woody, Todd, Kemp et al., 1990; Ochoa, 2000), los trastornos de personalidad (Calsyn y Saxon, 1990; Karan et al., 1998; López y Becoña, 2006b; Ochoa, 2000; Sanz y Larrazabal, 2002; Skinstad y Swain, 2001; Sonne y Brady, 1998; Weiss, Mirin, Griffin, Gunderson y Hufford, 1993) y los problemas de ansiedad (Anthony, Tien y Petronis, 1989; Aronson y Craig, 1986; Brady

et al., 1993; Cox, Norton, Swinson, y Endler, 1990; Myrick y Brady, 1997; Najavits, Gastfriend, Barber, Reif, Muenz, Blaine et al., 1998; O'Leary, Rohsenow, Martin, Colby, Eaton, y Monti et al., 2000).

Por lo tanto, son pocos los estudios que han analizado la evolución de personas con dependencia de la cocaína desde su entrada en tratamiento y su relación con la psicopatología que presentan, y todavía menos los que evalúan la abstinencia continuada en el consumo de cocaína.

El objetivo del presente estudio es analizar la evolución en el tratamiento a los doce meses de personas con dependencia de la cocaína. Analizamos si hay relación entre variables sociodemográficas, características del consumo de drogas y características psicopatológicas con el mantenimiento de la abstinencia y la evolución del funcionamiento cotidiano evaluado por el terapeuta a los tres, seis y doce meses. Los ámbitos que evalúan los terapeutas son: psicopatología, área social/familiar, área laboral/académica y área judicial.

MÉTODO

Participantes

Durante la realización del estudio fueron evaluados inicialmente 119 sujetos que solicitaron tratamiento en cinco centros públicos de tratamiento de

Drogodependencias de Galicia (Unidad Asistencial del Concello de Pontevedra, Unidad Asistencial de ACLAD Alborada (Vigo, Pontevedra), Comunidad Terapéutica de ACLAD Alborada (Tomiño, Pontevedra), Unidad Asistencial de ACLAD (A Coruña) y Comunidad Terapéutica de ACLAD (A Coruña)). De estos sujetos fueron eliminados cuatro por diversas razones: un sujeto no cumplía los criterios para el diagnóstico de dependencia de la cocaína evaluados con la SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1998), y tres sujetos superaban las seis semanas de abstinencia. El tamaño de la muestra disminuye a medida que aumenta el tiempo de tratamiento, el número de sujetos de los que disponemos datos en cada uno de los seguimientos está recogido en la tabla 1.

Cuando comparamos la evolución de los sujetos en función de los patrones de personalidad evaluados con el MCMI-II, la muestra se redujo a 102 sujetos porque el MCMI-II no permite analizar aquellos cuestionarios en los que el índice de sinceridad supere 590 o el índice de validez sea igual a 2. Son 12 cuestionarios los que no se han podido analizar por superar el índice de sinceridad 590, y hay un cuestionario que se ha eliminado por ser el índice de validez igual a dos. En la tabla 1 también indicamos el tamaño de la muestra en función de la evaluación con el MCMI-II.

Tabla 1. Número de sujetos para el análisis en cada tiempo

	Nº de sujetos			
	Inicial	3 meses	6 meses	12 meses
Sujetos con analíticas de orina		99	92	93*
Evaluación del funcionamiento cotidiano				
Área psicopatológica	113	105	89	73
Área familiar	113	105	89	73
Área laboral	108	97	85	72
Área judicial	113	105	88	71
	Nº de sujetos con el MCMI-II válido			
	Inicial	3 meses	6 meses	12 meses
Sujetos con analíticas de orina		88	83	83
Evaluación del funcionamiento cotidiano				
Área psicopatológica	97	94	82	66
Área familiar	97	94	82	66
Área laboral	92	87	78	66
Área judicial	97	94	81	64

* una persona no acudió a tratamiento antes de la evaluación de 6 meses y volvió antes de la evaluación de 12 meses

La muestra fue seleccionada entre el 23 de septiembre de 2003 y el 28 de abril de 2005 con los siguientes criterios de inclusión: estar en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal, existencia de dependencia de la cocaína según los criterios del DSM-IV-TR, y llevar un mínimo de tres semanas y un máximo de seis semanas abstinente en el consumo de cocaína. Los criterios de exclusión fueron: presencia de alteraciones psicóticas graves e incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación utilizados.

Instrumentos de evaluación

1. *La hoja de inicio del GE.CE.AS.* (Gestión de Centros Asistenciales). Es un apartado en formato informático del servicio asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas que recoge gran variedad de información sobre los pacientes en el momento de demandar tratamiento. Seleccionamos las siguientes variables: sexo, edad, estado civil y existencia de tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas.
2. Instrumento diseñado para el estudio para *evaluar las características del consumo de cocaína*. Utilizamos las siguientes variables: vía principal de consumo, frecuencia de consumo de cocaína en los seis meses previos al inicio del tratamiento, años que lleva consumiendo cocaína y existencia de consumos de heroína alguna vez en la vida.
3. *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV* (SCID) diseñada en su versión española por First et al. (1998), para evaluar la dependencia de la cocaína.
4. *Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol* (AUDIT) diseñado por Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993). Para evaluar la existencia consumos de alcohol de riesgo y sospecha de dependencia del alcohol. La versión española que utilizamos es la de Contel, Gual y Colom (1999).
5. *Inventario de Depresión de Beck* (BDI). La versión que utilizamos es la Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), en su versión española de Vázquez y Sanz (1997).
6. *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI), en su versión española de Spielberger, Gorsuch y Luchene (1971).
7. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-II), para evaluar los patrones de personalidad y determinados síndromes clínicos, en su versión española (Millon, 1999). Utilizamos las puntuaciones en las escalas básicas de personalidad y las escalas de personalidad patológica.
8. *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado* (SCL-90-R) para evaluar el malestar subjetivo y determinados síntomas, en su versión española (Derogatis, 2002). Utilizamos las puntuaciones de los tres índices generales: Índice General Sintomático (IGS), Total de Síntomas Positivos (TSP) e Índice de Malestar (IM).
9. Instrumento diseñado para el estudio para la *Evaluación global del paciente a realizar por el terapeuta de referencia a los tres, seis y doce meses de la evaluación inicial* (anexo 1). Cuando se evalúa a un sujeto, su terapeuta debe determinar en una escala tipo Likert de cero a cuatro cómo considera que está el sujeto en las siguientes áreas: psicopatológica, familiar/social, laboral y judicial. En el área de psicopatología, cero indica ausencia de síntomas, uno indica presencia de algunos síntomas leves, dos indica presencia de síntomas moderados, tres indica presencia de un trastorno psicopatológico grave y cuatro indica que el paciente presenta una alteración de la realidad o de la comunicación. En el área familiar/social, cero indica que hay un funcionamiento normalizado, uno que presenta algunas dificultades, dos que tiene dificultades moderadas, tres indica que tiene dificultades importantes en las relaciones y cuatro indica que hay una alteración grave en el área de las relaciones. En el área laboral, cero indica que hay un funcionamiento normalizado, uno indica que hay algunas dificultades, dos indica que hay dificultades moderadas, tres indica que hay dificultades importantes y cuatro indica que hay una alteración grave en este área. En el área judicial, cero indica que no tiene problemas judiciales, uno indica que está acusado de cometer delitos leves, dos indica que está acusado de cometer delitos importantes, tres indica que se encuentra en libertad condicional y cuatro indica que en la actualidad está cumpliendo condena. A los tres, seis y doce meses de la evaluación inicial el terapeuta debe cubrir nuevamente este cuestionario e indicar además si el sujeto ha realizado nuevos consumos de cocaína desde la evaluación inicial, y si tiene adherencia al tratamiento. Para determinar la existencia de nuevos consumos se realizaron analíticas de orina. El instrumento para realizar las analíticas de orina en todos los centros que participaron en el estudio es el ETS PLUS SYVA, que realiza análisis de tipo enzimoinmunoanalítico.

A pesar de que los terapeutas no son ciegos a la hora de realizar la evaluación, ellos desconocen cuales son los objetivos del presente estudio. Saben que es un estudio de seguimiento pero no conocen cuáles son las variables con las que vamos a realizar la evaluación, ya que ellos no participan en el diseño del estudio, ni en la elaboración de los resultados.

Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados, consecutivamente, por los psicólogos de los Centros de Drogodependencias. Si cumplían los criterios de inclusión en el estudio eran citados para ser evaluadas las características sociodemográficas, aspectos relacionados con el consumo de drogas y las características psicopatológicas. Todos los sujetos que participaron en el estudio firmaron el consentimiento informado.

A los tres, seis y doce meses de realizada la evaluación inicial el terapeuta de referencia evalúa cómo considera que es el funcionamiento del sujeto en las áreas psicopatológica, familiar/social, laboral y judicial. Además, el terapeuta debe de indicar si el sujeto ha realizado algún consumo de cocaína desde la evaluación inicial (confirmado con analíticas de orina). Por lo tanto, sólo se consideran como abstinentes aquellos sujetos que no han tenido ningún consumo de cocaína durante el periodo que se evalúa.

Tratamiento

El tratamiento psicológico aplicado a las personas de esta muestra es el habitual en estos Centros de Tratamiento. La mayor parte de ellos realizan un tratamiento consistente en una intervención de tipo cognitivo-conductual con prevención de la recaída que es el que tiene evidencia científica de ser eficaz (Crist-Christoph et al., 1999). El tratamiento farmacológico es una variable difícil de controlar en el estudio porque entre las personas con dependencia de sustancias es probable la presencia de otros trastornos psiquiátricos (López y Becoña, 2006a) que requieren una medicación determinada. Para abordar el problema de la dependencia de la cocaína no existe un tratamiento farmacológico específico como en el caso de la heroína, por lo que los fármacos que se administran son para abordar determinados aspectos del consumo de cocaína pero no para el tratamiento de la dependencia específicamente. Para el tratamiento de los síntomas derivados del síndrome de abstinencia se utilizan antidepresivos, y para el control de la impulsividad se utiliza el topiramato, preferentemente.

El presente estudio no tiene por objetivo evaluar la eficacia del tratamiento de cada centro, sino la eficacia global del tratamiento que se lleva a cabo en los Centros de Drogodependencias con estos adictos, personas con dependencia de la cocaína.

Tratamiento estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 12.0). Se realizaron análisis de frecuencias, tablas de contingencia con el estadístico chi-cuadrado, y comparaciones entre medias utilizando los estadísticos t o F en función del número de categorías de las variables categóricas. Para analizar la relación entre las variables psicopatológicas y la evolución del sujeto a los 12 meses de realizada la evaluación inicial, se utilizó un análisis de regresión lineal con el método de introducción por pasos sucesivos.

RESULTADOS

Evaluamos la relación de las puntuaciones medias en los cuestionarios de seguimiento (área psicopatológica, laboral, familiar y judicial) que cubre el terapeuta, y la existencia de nuevos consumos de cocaína a los tres, seis y doce meses con algunas características de los sujetos evaluados de tipo sociodemográfico, características del consumo de drogas y características psicopatológicas que fueron recogidas en la evaluación inicial.

Los datos de mantenimiento en el tratamiento son los siguientes (ver tabla 2): a los tres meses, el 87.6% de la muestra (n = 99) no ha abandonado el tratamiento y el 7.9% (n = 9) ha sido derivado a otro recurso asistencial. A los seis meses, el 71.6% (n = 81) continúa en tratamiento, el 9.7% (n = 11) ha sido derivado a otro recurso asistencial y el 3.5% (n = 4) recibió el alta terapéutica. A los doce meses, el 48.7% (n = 56) continúa en tratamiento, el 13.0% (n = 15) fue derivado a otro recurso asistencial, y el 9.6% (n = 11) recibió el alta terapéutica.

Tabla 2. Mantenimiento o no en tratamiento a los tres, seis y doce meses

	3 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	n	%	n	%
En tratamiento	99	87.6	81	71.6	56	48.7
Ha abandonado tratamiento	5	4.4	17	15.0	33	28.7
Derivado a otro recurso asistencial	9	7.9	11	9.7	15	13.0
Alta terapéutica	0	0	4	3.5	11	9.6

Abstinencia

Los porcentajes de mantenimiento de la abstinencia en el consumo de cocaína están recogidos en la tabla 3. Para analizar la relación entre el mantenimiento de la abstinencia y las distintas variables sólo utilizamos los datos de los sujetos que conocíamos si habían consumido o no, eliminando los desconocidos. A los tres meses habían consumido cocaína el 35.7% (n = 41) de la muestra total, no habían consumido el

50.4% (n = 58) y desconocíamos si habían consumido o no el 13.9% (n = 16). A los seis meses, habían consumido el 49.6% (n = 57), no habían consumido el 30.4% (n = 35) y se consideraban desconocidos el 20.0% (n = 23). A los doce meses, había consumido el 63.5% (n = 73), no habían consumido el 17.4% (n = 20) y se consideraban desconocidos el 19.1% (n = 22). De los que tenemos información a los doce meses (N = 93), el 21.5% está abstinentemente.

Tabla 3. ¿Consumió cocaína alguna vez desde que se hizo la evaluación inicial? (Muestra inicial, N = 115)

	3		6		12	
	n	%	n	%	n	%
Sí	41	35.7	57	49.6	73	63.5
No	58	50.4	35	30.4	20	17.4
Desconocido	16	13.9	23	20.0	22	19.1

Nota: De los que tenemos información a los doce meses (N = 93), el 21.5% está abstinentemente.

A los tres, seis y doce meses no encontramos relación entre el mantenimiento de la abstinencia, y las variables sociodemográficas y las relacionadas con el consumo de drogas. En las variables psicopatológicas analizadas sólo encontramos diferencias significativas con las escalas del MCMI-II. En la escala básica de personalidad dependiente, hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (84%) que no han consumido cocaína a los tres meses de la evaluación inicial, frente al 47.6% de los que tienen una TB < 75 que no han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 9.722$; $p < .01$). A los seis meses, hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (56.5%) que no han consumido cocaína, frente al 31.7% de los que tienen una TB < 75 que no han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 4.336$; $p < .05$). Y a los doce meses, también hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (34.8%) que no han consumido cocaína a los doce meses de la evaluación inicial, frente al 15.0% de los que tienen una TB < 75 que no han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 3.995$; $p < .05$). En la escala básica narcisista, hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (60.6%) que han consumido cocaína a los tres meses de la evaluación inicial, frente al 30.9% de los que tienen una TB < 75 que han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 7.465$; $p < .01$). A los seis meses, también hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (83.3%) que han consumido cocaína a los seis meses de la evaluación inicial, frente al 49.1% de los que tienen una TB < 75 que han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 9.501$; $p < .01$). Y en la escala básica fóbica, hay un mayor porcentaje de sujetos que tienen una TB > 74 (66.7%) que no han consumido cocaína a los seis meses de la evaluación inicial, frente al 30.8% de los que tienen una TB < 75 que no han vuelto a consumir ($\chi^2_{(1)} = 7.668$; $p < .01$).

Funcionamiento cotidiano

En las tablas 4, 5, 6 y 7 están las variables que son significativas por su relación con las distintas áreas que evalúan los terapeutas (psicopatológica, familiar, laboral y judicial). A continuación indicamos sólo las diferencias significativas que hemos encontrado en cada área en los distintos tiempos de la evaluación.

Variables sociodemográficas y funcionamiento psicopatológico, familiar, laboral y judicial

Entre las variables sociodemográficas ha resultado significativa la relación entre edad del sujeto y la puntuación en la escala de evaluación del funcionamiento laboral que cubre el terapeuta a los seis meses de la evaluación inicial. Los sujetos que son mayores de 30 años tienen una puntuación media en esta escala (1.38) superior a la de los sujetos que tienen entre 18 y 30 años (1.09) ($t_{(83)} = -2.39$; $p < .05$). Por lo tanto, a los seis meses de la evaluación inicial los sujetos de mayor edad tienen un peor funcionamiento en el área laboral.

Variables relacionadas con el consumo de drogas y funcionamiento psicopatológico, familiar, laboral y judicial

En las variables relacionadas con las características del consumo de drogas destacan los resultados obtenidos con la vía principal de consumo de cocaína, ya que la mayoría de las asociaciones son significativas. Las puntuaciones medias en el área psicopatológica a los doce meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (1.88) y la vía

Tabla 4. Puntuaciones significativas en la evaluación que realiza el terapeuta del área psicopatológica, a los 3, 6 y 12 meses

		Área psicopatológica (3 meses)	t	Área psicopatológica (6 meses)	t	Área psicopatológica (12 meses)	
BDI	< 19	1.00	-3.672***	1.06	-2.681**	0.89	t = - 2.368*
	≥ 19	1.70		1.62		1.07	
STAI rasgo	≤ 50	0.74	-3.366**				
	>50	1.36					
IGS	≤ 50	0.98	-4.212***				
	>50	1.80					
TSP	≤ 50	0.94	-3.841***				
	>50	1.60					
IM	≤ 50	1.06	-2.730**	1.05	-3.426**		
	>50	1.63		1.83			
Vía principal consumo	Esnifada					0.92	F = 4.921*
	Fumada					1.50	
	Inyectada					1.88	
Tratamientos previos	Sí					1.40	t = - 2.357*
	No					0.87	
Consumo de heroína alguna vez	Sí					1.66	t = - 3.291**
	No					0.88	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tabla 5. Puntuaciones significativas en la evaluación que realiza el terapeuta del área de funcionamiento familiar, a los 3, 6 y 12 meses

		Área familiar (3 meses)		Área familiar (6 meses)		Área familiar (12 meses)	
Vía principal consumo	Esnifada	1.09	F = 8.485***	1.09	F = 5.795**	1.03	F = 6.347**
	Fumada	2.33		2.37		2.25	
	Inyectada	1.46		2.0		1.88	
Tratamientos previos	Sí	1.41	t = -2.098*	1.71	t = -2.446*	1.18	t = - 2.650*
	No	1.00		1.05		1.01	
Tiempo consumiendo cocaína (años)	1-5			1.12	F = 4.024*		
	6-10			0.76			
	11-15			2.05			
	> 15			1.40			
Consumo de heroína alguna vez	Sí			1.26	t = -2.812**	1.85	t = - 2.938**
	No			1.15		1.03	
IM	≤ 50			1.16	t = -2.184*		
	>50			1.88			
Patrón narcisista	<75	1.33	t = 2.198*				
	≥ 75	0.86					
Patrón antisocial	<75	1.33	t = 2.219*				
	≥ 75	0.86					

* p < .05; ** p < .01; *** p < .00

Tabla 6. Puntuaciones significativas en la evaluación que realiza el terapeuta del área de funcionamiento laboral, a los 3, 6 y 12 meses

		Área laboral (3 meses)		Área laboral (6 meses)		Área laboral (12 meses)	
Edad (años)	18-30			1.09	t = -2.39*		
	>30			1.38			
Vía principal consumo	Esnifada	0.80	F = 12.464***	0.97	F = 7.320**	0.69	F = 5.171**
	Fumada	2.00		2.25		1.62	
	Inyectada	2.20		2.10		1.62	
Tratamientos previos	Sí	1.58	t = -4.213***	1.72	t = -3.063**	1.22	t = -2.278*
	No	0.67		0.90		0.65	
Tiempo consumiendo cocaína (años)	1-5			1.00	F = 4.490**		
	6-10			0.55			
	11-15			1.77			
	> 15			1.66			
Consumo de heroína alguna vez	Sí	1.83	t = -4.151***	1.95	t = -3.584**	1.55	t = -3.389**
	No	0.80		0.93		0.65	
TSP	≤ 50	0.87	t = -2.340*				
	>50	1.43					
IM	≤ 50			1.05	t = -2.586*		
	>50			1.93			
Patrón paranoide	<75	0.91	t = -2.054*				
	≥ 75	1.63					
BDI	< 19					0.70	t = -2.506*
	≥ 19					1.38	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Tabla 7. Puntuaciones significativas en la evaluación que realiza el terapeuta del área judicial, a los 3, 6 y 12 meses

		Área judicial (3 meses)		Área judicial (6 meses)		Área judicial (12 meses)
Vía principal consumo	Esnifada	0.92	F = 3.805*	1.10	F = 5.816**	
	Fumada	0.22		0.12		
	Inyectada	0.27		0.28		
STAI rasgo	≤ 50	0.09	t = -2.101*			
	>50	0.45				
IGS	≤ 50	0.26	t = -2.039*			
	>50	0.64				
Consumo de heroína alguna vez	Sí	1.22	t = -2.230*			
	No	0.58				

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

fumada (1.50), que en los que usan la esnifada (0.92) ($F_{(2, 73)} = 4.921$; $p < .05$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la inyectada ($p < 0.01$). Las puntuaciones medias en el área familiar a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (1.46) y la vía fumada (2.33), que en los que usan la esnifada (1.09) ($F_{(2, 102)} = 8.485$; $p < .001$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la fumada ($p < 0.001$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los sujetos que usan las vías inyectada (2.00) y fumada (2.37) que en los que usan la esnifada (1.09) ($F_{(2, 86)} = 5.795$; $p < .01$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la fumada ($p < 0.05$). Las puntuaciones medias en el área familiar a los doce meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (1.88) y la vía fumada (2.25), que en los que usan la esnifada (1.03) ($F_{(2, 73)} = 6.347$; $p < .01$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la fumada ($p < 0.5$). Las puntuaciones medias en el área laboral a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (2.20) y la vía fumada (2.00), que en los que usan la esnifada (0.80) ($F_{(2, 94)} = 12.464$; $p < .001$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la fumada ($p < 0.01$) y entre las vías esnifada e inyectada ($p < 0.001$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los sujetos que usan las vías inyectada (2.10) y fumada (2.25) que en los que usan la esnifada (0.97) ($F_{(2, 82)} = 7.320$; $p < .01$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la fumada ($p < 0.05$) y entre las vías esnifada e inyectada ($p < 0.05$). Las puntuaciones a los doce meses son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (1.62) y la vía fumada (1.62), que en los que usan la esnifada (0.69) ($F_{(2, 72)} = 5.171$; $p < .01$). Las puntuaciones medias en el área judicial a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (0.92) que en los que usan la vía fumada (0.22) o la esnifada (0.27) ($F_{(2, 102)} = 3.805$; $p < .05$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la inyectada ($p < 0.05$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los sujetos que usan la vía inyectada (1.10) que en los que usan la fumada (0.12) o la esnifada (0.28) ($F_{(2, 85)} = 5.816$; $p < .01$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre las vías esnifada y la inyectada ($p < 0.01$).

Con la variable que evaluaba la existencia o no de algún consumo de heroína en la vida los resultados que hemos obtenido son los siguientes: las puntuaciones medias en el área psicopatológica a los doce

meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que han consumido alguna vez heroína (1.66) que en los que nunca la consumieron (0.88) ($t_{(71)} = -3.291$; $p < .01$). Las puntuaciones medias en el área laboral a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que han consumido alguna vez heroína (1.83) que en los que nunca la consumieron (0.80) ($t_{(95)} = -4.151$; $p < .001$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han consumido alguna vez heroína (1.95) respecto a los que nunca la consumieron (0.93) ($t_{(83)} = -3.584$; $p < .01$). A los doce meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han consumido alguna vez heroína (1.55) respecto a los que nunca la consumieron (0.65) ($t_{(70)} = -3.389$; $p < .01$). En el área familiar a los seis meses de la evaluación inicial, la puntuación media de los que han consumido alguna vez heroína es superior (1.39) que los que nunca la han consumido (1.15) ($t_{(87)} = -2.812$; $p < .01$). A los doce meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han consumido alguna vez heroína (1.85) respecto a los que nunca la consumieron (1.03) ($t_{(71)} = -2.938$; $p < .01$). En el área judicial a los tres meses de la evaluación inicial, la puntuación media de los que alguna vez han consumido heroína es superior (1.22) que los que nunca la han consumido (0.58) ($t_{(103)} = -2.230$; $p < .05$).

Respecto a la pregunta de si es el primer tratamiento que han realizado por problemas con el consumo de drogas, los resultados significativos que encontramos son los siguientes: las puntuaciones medias en el área psicopatológica a los doce meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que han realizado previamente otro tratamiento por problemas con el consumo de drogas (1.40) que en los sujetos para los que es su primer tratamiento (0.87) ($t_{(71)} = -2.357$; $p < .05$). Las puntuaciones medias en el área laboral a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que han realizado previamente otro tratamiento por problemas con el consumo de drogas (1.58) que en los sujetos para los que es su primer tratamiento (0.67) ($t_{(95)} = -4.213$; $p < .001$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han realizado tratamientos previos (1.72) respecto a los que están realizando su primer tratamiento (0.90) ($t_{(83)} = -3.063$; $p < .01$). A los doce meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han realizado tratamientos previos (1.22) respecto a los que están realizando su primer tratamiento (0.65) ($t_{(70)} = -2.278$; $p < .05$). En la evaluación del ámbito familiar, las puntuaciones medias a los tres meses de la evaluación inicial son superiores en los sujetos que han realizado tratamientos previos (1.41) que en los que están realizando el primer tratamiento (1.00) ($t_{(103)} = -2.098$; $p < .05$). A los seis meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han rea-

lizado tratamientos previos (1.71) respecto a los que están realizando su primer tratamiento (1.05) ($t_{(87)} = -2.446$; $p < .05$). A los doce meses las puntuaciones medias también son superiores en los que han realizado tratamientos previos (1.65) respecto a los que están realizando su primer tratamiento (0.97) ($t_{(71)} = -2.650$; $p < .05$).

En función del tiempo que llevan consumiendo cocaína hay diferencias significativas en la evaluación que realiza el terapeuta en el ámbito familiar a los seis meses de la evaluación inicial: las puntuaciones medias de los sujetos que llevan entre 1 y 5 años consumiendo (1.12) o entre 6 y 10 años (0.76) son inferiores a las de los sujetos que llevan entre 11 y 15 años (2.05) o de 16 años en adelante (1.40) ($F_{(3, 85)} = 4.024$; $p < .05$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre los que llevan entre 6 y 10 años consumiendo y los que llevan entre 11 y 15 años consumiendo cocaína ($p < 0.01$). En la evaluación del ámbito laboral a los seis meses también hay diferencias significativas, ya que las puntuaciones medias de los sujetos que llevan entre 1 y 5 años consumiendo (1.00) o entre 6 y 10 años (0.55) son inferiores a las de los sujetos que llevan entre 11 y 15 años (1.77) o de 16 años en adelante (1.60) ($F_{(3, 81)} = 4.490$; $p < .01$). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre los que llevan entre 6 y 10 años consumiendo y los que llevan entre 11 y 15 años consumiendo cocaína ($p < 0.05$), y los que llevan entre 6 y 10 años y más de 15 (0.05).

Variables psicopatológicas y funcionamiento psicopatológico, familiar, laboral y judicial

En función de las características psicopatológicas y patrones de personalidad que evaluamos inicialmente, éstas son las diferencias significativas que encontramos en los seguimientos. En la evaluación con el BDI aplicamos el punto de corte de 19 que indica la sospecha de presencia de depresión moderada o severa (Beck, Steer y Harbin, 1988). Los sujetos con sospecha de depresión moderada o severa tienen una puntuación media más alta en la escala de evaluación del área psicopatológica que cubre el terapeuta a los tres meses (1.70), a los seis (1.62) y a los doce meses (1.07) que los sujetos que no tienen sospecha de presencia de depresión a los tres (1.00) ($t_{(103)} = -3.678$; $p < .001$), a los seis (1.06) ($t_{(87)} = -2.681$; $p < .01$) y a los doce meses (0.89) ($t_{(71)} = -2.368$; $p < .05$). Los sujetos con sospecha de depresión moderada o severa también tienen una puntuación media más alta en la escala de evaluación del área laboral que cubre el terapeuta a los doce meses (1.16) que los sujetos que no tienen sospecha de depresión (0.98) ($t_{(70)} = -2.506$; $p < .05$).

En la evaluación con el STAI rasgo transformamos las puntuaciones directas en centiles. Esto nos indica si dicha puntuación se sitúa por encima, por debajo o en la media de la población normal. Los sujetos con una puntuación por encima de la media de la población normal en la escala de STAI rasgo tienen una puntuación media más alta en la escala de evaluación del área psicopatológica que cubre el terapeuta a los tres meses (1.36) que los sujetos que tienen una puntuación por debajo o en la media de la población normal (0.74) ($t_{(103)} = -3.366$; $p < .01$). Los sujetos con una puntuación por encima de la media de la población normal en la escala de STAI rasgo también tienen una puntuación media más alta en la escala de evaluación del área judicial que cubre el terapeuta a los tres meses (0.45) que los sujetos que tienen una puntuación por debajo o en la media de la población normal (0.09) ($t_{(103)} = -2.101$; $p < .05$).

En los índices generales del SCL-90-R también encontramos diferencias significativas. En el IGS (Índice General Sintomático) los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (1.80) en la escala de evaluación psicopatológica que realiza el terapeuta a los tres meses que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (0.98) ($t_{(103)} = -4.212$; $p < .001$). En la escala de evaluación del área judicial a los tres meses también los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (0.64) que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (0.26) ($t_{(103)} = -2.039$; $p < .05$).

En el TSP (Total de Síntomas Positivos) los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (1.60) en la escala de evaluación psicopatológica que realiza el terapeuta a los tres meses que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (0.94) ($t_{(103)} = -3.841$; $p < .001$). En la escala de evaluación del área laboral a los tres meses también los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (1.43) que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (0.87) ($t_{(95)} = -2.340$; $p < .05$).

En el IM (Índice de Malestar) los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior en la escala de evaluación psicopatológica que realiza el terapeuta a los tres meses (1.63) y a los seis meses (1.83) que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica, 1.06 ($t_{(103)} = -2.730$; $p < .01$) y 1.05 ($t_{(87)} = -3.426$; $p < .01$) respectivamente. En la escala de evaluación del área familiar a los seis meses también los sujetos con un centil superior a

50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (1.88) que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (1.16) ($t_{(87)} = -2.184$; $p < .05$). Y en la escala de evaluación del área laboral a los seis meses, también los sujetos con un centil superior a 50 en las tablas de población psiquiátrica tienen una puntuación media superior (1.93) que los que tienen un centil de 50 o por debajo de la población psiquiátrica (1.05) ($t_{(83)} = -2.586$; $p < .05$).

Respecto a la evaluación de los patrones de personalidad del MCMI-II, los sujetos que tienen una TB > 74 en la escala narcisista, tienen una puntuación media inferior (0.86) en la escala de funcionamiento familiar a los tres meses de la evaluación inicial que los sujetos que tienen una TB < 75 en la escala narcisista (1.33) ($t_{(94)} = 2.198$; $p < .05$). Los sujetos que tienen una TB > 74 en la escala antisocial, tienen una puntuación media inferior (0.86) en la escala de funcionamiento familiar a los tres meses de la evaluación inicial que los sujetos que tienen una TB < 75 en la escala antisocial (1.33) ($t_{(94)} = 2.219$; $p < .05$).

Los sujetos que tienen una TB > 74 en la escala paranoide, tienen una puntuación media superior (1.63) en la escala de funcionamiento laboral a los tres meses de la evaluación inicial que los sujetos que tienen una TB < 75 en la escala paranoide (0.91) ($t_{(89)} = -2.054$; $p < .05$).

Análisis de regresión lineal

El análisis de regresión lineal con el método de introducción por pasos sucesivos, donde utilizamos las características psicopatológicas como predictoras y como variable criterio el funcionamiento cotidiano de los sujetos evaluado por los terapeutas a los doce meses de realizada la evaluación ($n = 62$), señala como variables predictoras las escalas de personalidad límite, pasivo-agresiva y antisocial del MCMI-II ($R = 0.52$, varianza total explicada del 27.2%) (ver tabla 8). La presencia de una puntuación alta en las escalas límite y antisocial y baja en la escala pasivo-agresiva, predice un peor funcionamiento en las áreas psicopatológica familiar, laboral y judicial, según la evaluación del terapeuta, del sujeto a los doce meses.

Tabla 8. Análisis de regresión (por pasos sucesivos) entre las características psicopatológicas y la evolución a los 12 meses

Variable predictoras	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Error típico	Beta		
(constante)	-1.037	1.249		-0.830	.410
Límite	.088	.026	.610	3.382	.001
Pasivo-Agresiva	-.063	.018	-.623	-3.473	.001
Antisocial	.047	.021	.319	2.217	.030

$R = .522$, $R^2 = .272$, $F = 7.487$, $p < .001$

DISCUSIÓN

Hemos analizado la evolución en el tratamiento a los tres, seis y doce meses de sujetos con dependencia de la cocaína en tratamiento en Centros de Drogodependencias, en relación a variables socio-demográficas, características del consumo y psicopatológicas con las puntuaciones en las áreas psicopatológica, familiar, laboral y legal que valora el terapeuta a los tres, seis y doce meses de la evaluación inicial, y la realización de nuevos consumos de cocaína durante esos periodos.

En la evaluación que se realiza a los tres meses, tienen un peor funcionamiento en el área psicopatológica los sujetos que tenían una puntuación superior a 18 en el BDI, un centil superior a 50 en ansiedad

rasgo, en el IGS, en el IM y en el TSP del SCL-90R. A los seis meses, tienen un peor funcionamiento en esta área los sujetos con una puntuación superior a 18 en el BDI y los que tienen un centil superior a 50 en el IM del SCL-90-R. Y a los doce meses, tienen un peor funcionamiento los sujetos con una puntuación superior a 18 en el BDI, los que tienen como vía principal de consumo la vía inyectada o la fumada, los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas y los que alguna vez han consumido heroína. Tal y como cabía esperar, los sujetos que tienen más problemas psicopatológicos en la evaluación previa son los que el terapeuta considera que tienen un peor funcionamiento en el área psicopatológica. Pero cabe destacar, que estos datos son significativos sólo a los tres y seis meses. A los doce

meses son las variables relacionadas con el consumo de drogas y la puntuación en el BDI, las que explican un peor funcionamiento en el área psicopatológica.

En el área familiar tienen un peor funcionamiento a los tres meses, los sujetos que utilizan la vía fumada o la inyectada, y los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas. A los seis meses tienen un peor funcionamiento en esta área los que utilizan la vía inyectada o la fumada, los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas, los que llevan más de diez años consumiendo cocaína, los que alguna vez han consumido heroína y los que tienen una puntuación por encima de la media de la población psiquiátrica en el IM del SCL-90R. A los doce meses, tienen un peor funcionamiento en esta área los que utilizan la vía inyectada o la fumada, los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas, y los que alguna vez han consumido heroína.

En el área laboral a los tres meses tienen un peor funcionamiento los sujetos que utilizan la vía inyectada o fumada, los que han consumido heroína alguna vez en la vida, los que tienen una puntuación por encima de la media de la población psiquiátrica en el TSP y los que tienen un patrón de personalidad paranoide. A los seis meses, tienen un peor funcionamiento en este área los sujetos que tienen más de 30 años, los que utilizan la vía inyectada o la fumada, los que han realizado tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas, los que han consumido heroína alguna vez en la vida, los que llevan más de diez años consumiendo cocaína y los que tienen una puntuación por encima de la media de la población psiquiátrica en el IM del SCL-90-R. A los doce meses, tienen un peor funcionamiento en este área los sujetos que utilizan la vía inyectada o la fumada, los que han consumido heroína alguna vez en la vida, los que han realizado tratamientos previos y los que tienen sospecha de depresión en el BDI.

En el ámbito judicial tienen un peor funcionamiento a los tres meses los que utilizan la vía inyectada, los que alguna vez han consumido heroína, los que tienen una puntuación por encima de la media de la población normal en ansiedad rasgo, y los que tienen un centil por encima de 50 en el IGS. A los seis meses tienen un peor funcionamiento en esta área los sujetos que utilizan la vía inyectada como vía principal.

Respecto a la realización de nuevos consumos de cocaína, las relaciones significativas se establecen con tres escalas básicas de personalidad del MCMI-II. La existencia de un patrón dependiente está relacionado con una menor probabilidad de nuevos consumos a los tres, seis y doce meses. Un patrón fóbico está relacionado con una menor probabilidad de nuevos consumos a los seis meses. Y un patrón narcisista está relacionado con una mayor probabili-

dad de haber realizado nuevos consumos de cocaína a los tres y seis meses. Por lo tanto, no hay una relación significativa entre las características sociodemográficas, las relacionadas con el consumo de drogas y la mayor parte de las características psicopatológicas que hemos evaluado con el mantenimiento de la abstinencia.

Por lo tanto, la variable que tiene una relación más importante con el funcionamiento del sujeto en los tres momentos en los que se realiza la evaluación (tres, seis y doce meses) es la vía principal de consumo. Otras variables de las características del consumo que también son relevantes son el tiempo que llevan consumiendo cocaína, el consumo de heroína alguna vez en la vida, y la realización de tratamientos previos. Por lo tanto, tal y como señalan Carroll et al. (1993) variables relacionadas con la severidad de la dependencia de una sustancia son importantes a la hora de explicar la evolución en el tratamiento.

Respecto al mantenimiento de la abstinencia, destacar que las únicas características evaluadas que tienen relación con la realización de nuevos consumos de cocaína son las escalas dependiente (a los tres, seis y doce meses), narcisista (a los tres y seis meses) y fóbica (a los seis meses) del MCMI-II. Por lo tanto, características psicopatológicas, variables sociodemográficas y características del consumo de drogas no son determinantes a la hora de valorar la probabilidad de volver a consumir cocaína. Tal y como afirman Carroll et al. (1993), la abstinencia no siempre está relacionada con la existencia de mejoría en otros ámbitos afectados por el consumo de cocaína, o lo que es lo mismo, la existencia de mejorías en distintos ámbitos no tiene porque estar acompañado de un mantenimiento total de la abstinencia.

El resumen de todo lo anterior indica que a los doce meses de tratamiento las variables que están relacionadas con un peor funcionamiento a nivel psicopatológico, familiar y laboral son el consumo de cocaína por la vía inyectada o fumada, la realización de tratamientos previos por problemas con el consumo de drogas y el haber consumido heroína alguna vez en la vida. La presencia de depresión según el BDI también está relacionado con un peor funcionamiento en las áreas psicopatológica y laboral a los doce meses. Y en el mantenimiento de la abstinencia de forma continuada a los doce meses, la presencia de un patrón de personalidad dependiente según el MCMI-II está relacionado con una menor probabilidad de volver a consumir cocaína durante ese periodo.

Las variables que mejor predicen un peor funcionamiento de las personas con dependencia de la cocaína a los doce meses, utilizando un análisis de regresión de las variables psicopatológicas, son la presencia de una puntuación alta en las escalas límite

y antisocial del MCMI-II y baja en la escala pasivo-agresiva del mismo cuestionario.

Entre las limitaciones del presente estudio destacamos que en lugar de evaluar el mantenimiento total de la abstinencia podríamos tener también en cuenta el número de consumos y la intensidad de los mismos, o como en el estudio de Crist-Christoph et al. (1999) evaluar el consumo en los últimos 30 días. En nuestro caso, hemos utilizado el criterio más estricto de la abstinencia continua en el consumo de cocaína validada a través de los análisis de orina.

Otra de las limitaciones del presente estudio es el tamaño de la muestra. A pesar de que no es tan amplio como en otros estudios (Carroll et al., 1993; Crist-Christoph et al., 1999), en nuestro país todavía son pocos los estudios realizados con consumidores de cocaína en tratamiento con diagnóstico clínico de dependencia de la cocaína y todavía más escasos los estudios de seguimiento. La causa principal puede ser que el incremento en la población del consumo de esta sustancia es todavía reciente, y por lo tanto es en estos momentos cuando se está produciendo el incremento en las demandas de tratamiento (PNSD, 2005).

También hay que destacar como posible limitación, que la evaluación a los tres, seis y doce meses es realizada únicamente por el terapeuta de referencia, y nos aportaría una mayor información volver a evaluar a los sujetos con algunos de los cuestionarios utilizados en la evaluación inicial (ej. SCL-90R).

Finalmente consideramos que estudios como el presente ayudan a conocer mejor el proceso por el que pasan los pacientes a lo largo del tratamiento, qué variables explican los resultados del mismo (abstinencia / no abstinencia de la cocaína), y aquellos aspectos que debemos de mejorar en los tratamientos de estas personas.

REFERENCIAS

- Anthony, J. C., Tien, A. Y. y Petronis, K. R. (1989). Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. *American Journal of Epidemiology*, 129, 543-549.
- Aronson, T. A. y Craig, T. J. (1986). Cocaine precipitation of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 643-645.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press (Trad. española en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin M.G. (1988). Psychometrics properties of the *Beck Depression Inventory*: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. y Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroine use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59.
- Brady, K. T., Grice, D. E., Dustan, L. y Randall, C. (1993). Gender difference in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1707-1711.
- Calsyn, D. A. y Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1037-1049.
- Carroll, K. M., Nich, Ch., Ball, S. A., McCance, E., Frankforter, T. L. y Rousaville, B. J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine- alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95, 1335-1349.
- Carroll, K. M., Power, M D., Bryant, K. y Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 71-79.
- Crist-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R, Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfirnd, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. y Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-501.
- Contel, M., Gual, A., Colom, J. (1999) Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347
- Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P. y Endler, N. S. (1990). Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review. *Behavior, Research and Therapy*, 28, 385-393.
- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- First, M. B. y Gladis, M. M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En: J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico Dual* (pp.41-56). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbson, M., Williams, J. B. W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- Karan, L. D., Haller, D. L. y Schnoll, S. H. (1998). Cocaine and stimulants. En: R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (168-201). New York: The Guilford Press.
- Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J. y Lipton, D. S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering

- treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 577-582.
- Mckay, J. R., Merikle, E., Mulvaney, F. D., Weiss, R. V. y Koppenhaver, J. M. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction*, 96, 213-225.
- McMahon, R. C., Kouzekanani, K. y Malow, R. M. (1999). A comparative study of cocaine-treatment completers and dropouts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 17-22.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Manual (adaptación española de Ávila-Espada, A., director; Jiménez, F., coordinador)*. Madrid: TEA.
- Myrick, H. y Brady, K. T. (1997). Social phobia in cocaine dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 6, 99-104.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M. y Weiss, R. D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse collaborative cocaine treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214-219.
- Ochoa, E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 40-52.
- O'Leary, T. A., Rohsenow, D. J., Martin, R., Colby, S. M., Eaton, Ch. A. y Monti, P. M. (2000). The relationship between anxiety levels and outcome of cocaine abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 179-194.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 175-191.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Observatorio Español sobre drogas. Informe 2004*. Recogido el 23 de enero de 2006 en <http://www.pnd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J. Judd, L. L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Roncero, J., Ramos, J. A., Collazos, F. y Casas, M. (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13 (sup. 2), 179-190.
- Rosenthal, R. N. y Westreich, L. (1999). Treatment of persons with diagnoses of substance use disorders and other psychological problems. En: B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp.105-120). New York: Oxford University Press.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- San, L. y Arranz, B. (2001) Aproximaciones terapéuticas de la dependencia de la cocaína. *Adicciones*, 13 (sup. 2), 191-208.
- Sánchez-Hervás, E., Morales, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R., Bosch, C., Sanoguera, M. y Escrivá, P. (2002). Tratamiento de la dependencia a cocaína: estudio de seguimiento de seis meses. *Adicciones*, 14 (sup.2), 137.
- Sanz, J. y Larrazabal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas y pronósticas. En: III Congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2002. Recogido el 2 de octubre de 2003 en <http://www.psiquiatría.com/articulos/adicciones/5592/>
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Skinstad, A. H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Sonne, S. C. y Brady, K. T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *The American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Luchene, R. E. (1971). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual de la adaptación española*, 4ª edición revisada. Madrid, TEA Ediciones.
- Swendsen, J. y Merikangas, K. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Vázquez, C y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española para el inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403- 422.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M., Griffin, M. L., Gunderson, J. G. y Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145-149.
- Ziedonis, D. M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction. En: T. R. Kosten y H. D. Kleber (Eds.). *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment* (335-358). New York: The Guildford Press.

Anexo 1. Escala de evaluación del funcionamiento global del paciente a cubrir por el terapeuta a los 3, 6 y 12 meses.

Señale con una X en el recuadro, que nivel de funcionamiento presenta el paciente en las cuatro siguientes áreas:

	0	1	2	3	4
Psicopatología	Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/>	Algunos síntomas leves; ej. humor depresivo o ligeras alteraciones del sueño. <input type="checkbox"/>	Síntomas psicopatológicos moderados; ej. distimia o crisis de angustia ocasionales. <input type="checkbox"/>	Trastorno psicopatológico grave; ej. trastorno de depresión mayor o crisis de angustia frecuentes. <input type="checkbox"/>	Alteración de la realidad o de la comunicación (ej. lenguaje incoherente o actúa de forma inapropiada) o con peligro de causar daño a sí mismo o a los demás <input type="checkbox"/>
Ámbito familiar/social	Funcionamiento normalizado <input type="checkbox"/>	Algunas dificultades (ej. discusiones con los allegados), pero en general funciona bastante bien y tiene relaciones interpersonales significativas. <input type="checkbox"/>	Dificultades moderadas (ej. pequeños robos en casa o frecuentes discusiones). <input type="checkbox"/>	Dificultades importantes en las relaciones (ej. dificultades graves de convivencia). <input type="checkbox"/>	Alteración grave en el área de las relaciones (ej. abandono de la familia) <input type="checkbox"/>
Ámbito laboral/académico	Funcionamiento normalizado <input type="checkbox"/>	Algunas dificultades (ej. faltas ocasionales al trabajo o a la escuela) pero en general funciona bastante bien <input type="checkbox"/>	Dificultades moderadas (ej. conflictos con los compañeros de trabajo o estudios) <input type="checkbox"/>	Dificultades importantes (ej. incapacidad de mantener un empleo). <input type="checkbox"/>	Alteración grave en el área laboral/académica (ej. incapacidad de trabajar o estudiar, o permanece en la cama todo el día) <input type="checkbox"/>
Ámbito judicial	No tiene problemas legales <input type="checkbox"/>	Acusado de cometer delitos leves (ej. tenencia de drogas o estar implicado en altercados) <input type="checkbox"/>	Acusado de cometer delitos importantes (ej. tráfico de drogas o robo). <input type="checkbox"/>	Se encuentra en libertad condicional. <input type="checkbox"/>	Se encuentra cumpliendo una condena en la actualidad <input type="checkbox"/>

Nota: El objetivo es evaluar, desde la perspectiva del terapeuta, el nivel de deterioro del sujeto en distintas áreas para poder determinar cuáles son las que precisan una intervención más inmediata y facilitar la realización de una evaluación a lo largo del tiempo de los cambios que se van produciendo con el tratamiento.

