



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Sánchez Hervás, Emilio; Tomás Gradolí, Vicente; Olmo Gurrea, Reyes del; Molina Bou, Noemi;
Morales Gallús, Esperanza
Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXII, núm. 81, marzo, 2002, pp. 21-29
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019663003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Emilio Sánchez Hervás, Vicente Tomás Gradolí*, Reyes del Olmo Gurrea*,
Noemi Molina Bou* y Esperanza Morales Gallús**

Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas

RESUMEN: Se evalúa la efectividad de una intervención psicológica dirigida a reducir el malestar psicológico y el consumo de drogas de un grupo de pacientes dependientes a drogas. Se realizó un seguimiento de seis meses, en los que se evaluaron medidas de ansiedad, depresión, distress, calidad de vida y abstinencia a drogas. Se encontró que después del tratamiento los pacientes disminuyeron sus niveles iniciales de psicopatología y, disminuyeron su consumo de drogas. Se concluye que un modelo de intervención psicológica con formato de terapia breve, de orientación cognitivo-conductual, puede ser útil en muchos pacientes, presenta unos costes menores que otro tipo de intervenciones y, dispone de una contrastada evidencia científica que le sitúan como la primera elección de intervención en pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas.

PALABRAS CLAVE: dependencia a drogas, tratamiento cognitivo-conductual, terapia breve

ABSTRACT: It is evaluated the efficiency of a psychological intervention directed to reduce the psychological discomfort and the drugs consumption of a group of dependent patients to drugs. It was accomplished a six month follow-up, in those which were evaluated anxiety measures, depression, distress, quality of life and abstinence to drugs. It was found that after of the treatment the patients reduced their initial levels of psychopathology and, reduced your drugs consumption. It is concluded that a psychological intervention model with brief therapy format, of direction cognitive-behavioral, it can be useful in many patient, presents some costs less than other type of interventions and, has a contrasted scientific evidence that locate to as the first intervention election in patient with diagnostic of dependency to drugs.

KEY WORDS: dependence to drugs, cognitive-behavioral treatment, brief therapy

Introducción.-

Nuestra sociedad avanza muy rápidamente en muchos aspectos. La forma en la que se consumen drogas también. Los métodos para tratar a las personas que padecen problemas derivados del consumo de drogas también han evolucionado. El perfil de los pacientes adictos también ha cambiado en los últimos años. El consumidor de drogas marginal y con un largo historial de policonsumo ya no es mayoritario. Nuestros pacientes presentan perfiles variados y a menudo una de las exigencias que realizan es la de que se les ofrezca una atención rápida y eficaz. No obstante, esta demanda no siempre puede

ofrecérseles, bien por su situación clínica, bien por el exceso de demanda asistencial. En cualquier caso, habrá un grupo de pacientes en los que una intervención breve pueda ser adecuada.

Las intervenciones breves en consumidores de drogas pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso de sustancias. La meta final es la de reducir el daño que puede resultar del uso continuado de sustancias. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo (1).

Diferentes tipos de terapias breves se han utilizado en el tratamiento de los dependientes a drogas. La terapia interaccional estratégica breve se ha utilizado en pacientes alcohólicos (2),(3) no como un enfoque global, sino como un conjunto de técnicas para utilizar en un paquete de tratamiento amplio. También se ha utilizado la terapia psicodinámica breve (4), incluyendo algunos elementos (contrato terapéutico, tareas entre sesiones, establecimiento de límites para la terapia) que algunos autores (5) consideran un acercamiento a la terapia de conducta. La psicoterapia expresiva de apoyo (6) es un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias, y ha sido utilizada en pacientes dependientes en mantenimiento con metadona (7) y en pacientes dependientes a cocaína (8). La terapia breve de familia ha sido utilizada con diversos enfoques y ha demostrado efectividad (9), así como la terapia breve de grupo (1).

En los últimos años se ha consolidado un abordaje más lógico y racional de naturaleza biopsicosocial y, se ha asumido por parte de las instituciones y de los distintos profesionales, la importancia fundamental de la terapia psicológica en el tratamiento de la adicción a drogas (10). No obstante no todos los tratamientos psicológicos han demostrado ser útiles en este ámbito de trabajo. Los tratamientos con mayor validez empírica en este campo se enmarcan en un abordaje de orientación cognitivo-conductual (11). La terapia breve cognitivo-conductual, representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias (12). En su aplicación a las conductas adictivas, ha sido la terapia de Prevención de Recaídas la más utilizada, que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida (13) y posteriormente se adaptó para los adictos a cocaína (14). La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (15).

El objetivo del trabajo que se presenta a continuación es analizar la efectividad de una intervención de tipo cognitivo-conductual en un grupo de pacientes con diagnóstico

de dependencia a sustancias según criterios DSM-IV. Comprobar si dicha intervención logra que los pacientes mejoren sus niveles de distress iniciales y si son capaces de reducir la ingesta de drogas.

Métodos

Diseño

Estudio de seguimiento de seis meses de duración. Al inicio del tratamiento se recogieron los datos correspondientes a la línea base y se compararon a los resultados obtenidos a los seis meses de iniciado el tratamiento.

Participantes

El total de la muestra estuvo compuesta por 107 pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias (criterios DSM-IV) (16), divididos en tres grupos diferentes en función de su dependencia: grupo alcohol n=31; grupo heroína n=31, grupo cocaína n=45. A los seis meses en las medidas pos-test, se recogió información de 75 pacientes, el resto abandonaron el tratamiento y no pudieron ser localizados.

Modelo de intervención

En la primera fase (Evaluación) se realiza el análisis funcional del comportamiento de consumo de drogas, estableciendo las relaciones funcionales de cada uno de los elementos, y haciéndole entender al paciente la naturaleza de tales relaciones así como las consecuencias que para su vida tiene el consumo de sustancias. Se evalúan las actitudes hacia el consumo y hacia la abstinencia. Se valora la motivación al tratamiento y los niveles y procesos de cambio siguiendo a Prochaska, DiClemente y Norcross (17). Se evalúa la presencia de psicopatología a través de entrevista clínica y cuestionarios. Es conveniente en este momento determinar la elección del recurso terapéutico más adecuado para la desintoxicación (18). Finalmente se informa sobre las fases del tratamiento y del mecanismo de desintoxicación. Dar información sobre la experiencia de desintoxicación y de lo que puede ocurrir durante la misma, tiene el efecto de reducir la intensidad del distress (19).

La segunda fase (Desintoxicación) se inicia con una continuación del último paso de la fase anterior, ofreciendo información y estableciendo una previsión sobre el proceso farmacológico que va a realizarse, así como una valoración de los síntomas de intoxicación y/o abstinencia que presenta el paciente. Se valora la motivación y las expectativas del paciente y se realizan intervenciones motivadoras siguiendo a Miller y Rollnick (20). Algunos paciente presentan dificultades en esta fase y precisan terapia de apoyo (13), (21). Vuelven a valorarse la presencia de síntomas psicopatológicos asociados.

La última fase (Deshabitación) comienza con la valoración de la desintoxicación y la evaluación psicopatológica tras el proceso farmacológico realizado. Se valoran los procesos de cambio en los que está inmerso el paciente (17) y se establece un proceso estructurado de prevención de recaídas (22). Finalmente se ponen en marcha

los distintos programas específicos de intervención que requiera el paciente (ansiedad, depresión, habilidades sociales, etc).

Durante todo el proceso se constata la abstinencia de drogas y de alcohol mediante controles analíticos.

Instrumentos

-Entrevista. Recoge información sobre variables sociodemográficas.

-Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (23). Versión abreviada del cuestionario WHOQOL-100, desarrollado para proporcionar una forma corta de evaluar la calidad de vida. Se centra en evaluar la calidad de vida percibida por el sujeto. No mide síntomas ni enfermedad, sino los efectos de las intervenciones sanitarias en la calidad de vida. Contiene 26 ítems, 24 de los cuales corresponden a cada una de las 24 facetas medidas por el WHOQOL-100 y 2 ítems globales: calidad de vida global y salud general. Posee validez discriminante y de contenido y una buena consistencia interna (0.66 a 0.84) (24). En el estudio se han utilizado las dos medias globales del cuestionario.

-Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (25)

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Aunque este cuestionario fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI se ha mostrado útil para medir ambos conceptos de la ansiedad en pacientes de diversos grupos clínicos.

-Inventario de Depresión de Beck (BDI) (26)

Este cuestionario, está compuesto por 21 ítems o grupos de afirmaciones relacionadas con la depresión y puntuables de 0 a 3. La puntuación total de la prueba corresponde a la variable “depresión” en nuestro estudio.

-Brief Symptom Inventory (BSI) (27): instrumento de screening; forma abreviada del SCL-90 del que también es autor Derogatis y del que posteriormente apareció una versión revisada, el SCL-90-R (28). El BSI tiene una buena correlación con el SCL-90, por encima de 0.90 en todas las dimensiones (29) y además es mucho más ágil en su administración (unos 15 minutos), lo que facilita su uso en usuarios de drogas. Consta de 53 ítems, que el usuario valora en una escala tipo Likert. El BSI incluye (al igual que el SCL-90) nueve dimensiones sintomáticas y tres índices globales que describen la intensidad de la psicopatología del encuestado: índice de severidad global, índice de malestar y, total de síntomas positivos. Estos índices globales son los utilizados en el estudio. El índice de severidad global (GSI) proporciona un indicador sensible de la respuesta del nivel de estrés experimentado por el paciente. Combina la información del número de síntomas presentes y la intensidad del distress. El índice de malestar (PSDI) es una medida de la intensidad del nivel de distress experimentado en función del número de síntomas, informando sobre el estilo de respuesta de distress. Finalmente, el indicador total de síntomas positivos (PST) revela el número de síntomas que el paciente afirma experimentar y, se utiliza conjuntamente con los otros indicadores globales comunicando la amplitud del distress emocional del individuo.

Variables

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral. Variables independientes: diagnóstico de dependencia a: alcohol, heroína o cocaína. Variables dependientes: puntuaciones en los cuestionarios STAI, BDI, e índices globales del BSI (GSI, PSDI, PST), y del WHOQOL (Calidad de Vida y Salud General).

Análisis de datos

Para la descripción de la muestra se han realizado análisis de frecuencias y estimación de medidas de tendencia central (media, desviación típica). Para el contraste de diferencias se realizó un análisis de varianza. Para la comparación de las medidas antes y después del tratamiento se utilizó la prueba T de Student. Para la interpretación de resultados se eligió un nivel de significación estadística de $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 8.0 para Windows.

Resultados

Los resultados obtenidos al analizar las características de la muestra se pueden ver en la tabla 1. La muestra la componen mayoritariamente hombres (alcohol 93,5%; heroína 83,9%; cocaína 92,7%). En cuanto a la situación laboral los grupos alcohol y cocaína presentan resultados similares (76,7% del grupo de alcohol y 66,7% del grupo de cocaína están activos laboralmente), mientras que el 72,4% del grupo de heroína está parado. Los estudios primarios predominan en todos los grupos: grupo alcohol (75,9%), heroína (83,3%) y cocaína (78,1%). La edad media del grupo alcohol (36,8) es mayor que la del grupo heroína (29,1) y mayor que la del grupo cocaína (26,2)

TABLA 1.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

		GRUPO ALCOHOL N=35	GRUPO HEROÍNA N=34	GRUPO COCAÍNA N=38
EDAD	(Media-Dt)	37,0 (10,8)	29,1 (4,6)	26,1 (7,5)
SEXO	Hombre	93,3	83,9	90,7
	Mujer	6,7	16,1	9,3
SITUACIÓN LABORAL	Activo	75,9	27,6	68,3
	Parado	24,1	72,4	31,7
ESTUDIOS	Primarios	75	83,3	76,9
	Secundarios	17,9	16,7	20,5
	Universitarios	7,1	-	2,6

Valores medios, desviación estándar y porcentajes de las características sociodemográficas de la muestra.

Se realizó un análisis de la varianza para comprobar las posibles diferencias entre los tres grupos de pacientes para las variables estudiadas. Puesto que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se consideraron a todos los pacientes como un mismo grupo para la comparación de resultados antes y después del tratamiento. En la tabla 2 también se muestran los resultados obtenidos en la línea base y a los seis meses de tratamiento para las variables psicopatológicas y de calidad de vida. En todas las variables estudiadas se obtuvieron mejoras, con descensos en las medias de psicopatología y aumento en los valores correspondientes a la calidad de vida. Además, la mayoría de variables obtuvieron significación estadística: la variable depresión ($p=0.008$), la variable ansiedad rasgo ($p=0.003$), la variable índice de malestar ($p=0.024$), la variable calidad de vida ($p=0.024$) y, la variable salud general ($p=0.050$).

TABLA 2
MEDIDAS PRE-POST-TRATAMIENTO

VARIABLES	ANOVA	Medidas Pre Tratamiento	Medidas Post Tratamiento	T	p
BECK	NS	14.0	10.4	2.78	0.008*
STAIE	NS	21.8	20.8	0.01	0.992
STAIR	NS	28.8	23.4	3.08	0.003*
BSI-Índice de severidad global	NS	0.87	0.73	1.47	0.148
BSI-Índice de malestar	NS	1.69	1.44	2.33	0.024*
BSI-Total síntomas positivos	NS	24.0	20.9	1.64	0.108
WB-Calidad de vida	NS	2.92	3.33	2.33	0.024*
WB-Salud general	NS	2.79	4.27	2.08	0.050*

ANOVA y Comparación medias prueba "t" de Student. Significación $p<0.05$. BECK=Inventario de Depresión de Beck. STAIE=Inventario de Ansiedad-Estado. STAIR=Inventario de Ansiedad-Rasgo. BSI=Brief Symptom Inventory. IPC=Inventario de Procesos de Cambio. WB=Whoqol-Brief.

La abstinencia a drogas y a alcohol se constató mediante analítica e informes de allegados (fundamentalmente familiares que acompañan al paciente a las sesiones). A los seis meses se constató que un 63% de los pacientes se encontraban abstinentes.

Discusión

El objetivo de este estudio fue el de comprobar si una intervención de corte cognitivo-conductual ayudaba a nuestros pacientes a reducir su malestar psicológico y su consumo de drogas, así como a mejorar su calidad de vida. Los resultados del tratamiento llevado a cabo en un medio ambulatorio y en formato de terapia individual, han mostrado que los pacientes han mejorado su calidad de vida, reducido su malestar psicológico y reducido su consumo de drogas.

En los últimos años el concepto de eficiencia terapéutica ha propiciado el auge de procedimientos que tienden a hacer menos costosos y más accesibles los tratamientos. La terapia breve de tipo cognitivo-conductual en el ámbito de las conductas adictivas, parece ser altamente competitiva si analizamos la relación costo-eficacia que presenta.

Se ha comentado la importancia del tratamiento psicológico en la adicción a drogas. No obstante, la intervención debe ajustarse al igual que en otras disciplinas a la utilización de técnicas e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en la clínica. Las diferencias en los perfiles de nuestros pacientes y los tratamientos con validez empírica orientarán los tratamientos individualizados en función de las necesidades de cada paciente. No parece justificado utilizar tratamientos que no hayan sido validados.

Pueden señalarse algunas limitaciones del estudio que se ha presentado. Sería deseable disponer de una muestra con un número mayor de pacientes, así como el recoger medidas en un período de seguimiento más largo. Incluso puede ser conveniente realizar distintas mediciones a lo largo del tratamiento (por ejemplo a los tres, seis, nueve y doce meses). Puede objetarse la no utilización de variables que han sido utilizadas en otros estudios de seguimiento, como la severidad adictiva o la autoeficacia. Todas estas carencias y, quizás otras que no se mencionan pueden subsanarse en posteriores estudios. Creemos que nuestros resultados apoyan otros trabajos realizados en esta misma línea de intervención.

BIBLIOGRAFÍA.-

- 1 Kristen, B. *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services. 1999
- 2 Berg I. Miller, S. *Working with the problem drinker*. New York: W. W. Norton. 1992
- 3 Berg, I. "Solution-focused brief therapy with substance abusers". In Washton, A.M (ed). *Psychotherapy and substance Abuse*. New York: Guilford Press. 1995
- 4 Garske, J. Molteni, A. "Psicoterapia psicodinámica. Un enfoque integrador". En J. Linn y J. Garske (comp): *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDD. 1985
- 5 Rodríguez Naranjo, C. *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Madrid: Ed. Pirámide. 2000
- 6 Luborsky, L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books. 1984
- 7 Luborsky, L. Woody, G. Hole, A. Velleco, A. *Manual for supportive-expressive psychotherapy: a special version for drug dependence*. University of Pennsylvania, 1977, rev, ed 1989. 1984
- 8 Mark, D. Faude, J. "Supportive-expressive therapy of cocaine abuse". In *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I*. New York: Basic Books: 294-331. 1995
- 9 Lowinson, J. Ruiz, P. Millman, R. *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: W. Wilkins. 1997
- 10 NIDA *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide*; National Institute of Drug Abuse. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>. 1999
- 11 American Psychological Association. *Society of Clinical Psychology. A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments*. Washington: American Psychological Association. 2000
- 12 Meichenbaum, D. Y Cameron, R. "Cognitive-behaviour therapy". En G. Wilso y C. Franks (eds). *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press. 1982
- 13 Marlatt, G. Gordon, J. *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press. 1985
- 14 Carroll, K. Rousanville, B. Keller, D. "Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1991. 17: 249-265.
- 15 Carroll, K. Rousanville, B. Nich, C. Gordon, L. Wirtz, P. Gawin, F. "One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects". *Archives of General Psychiatry*, 1984. 51: 989-997.
- 16 Asociación Psiquiátrica Americana (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-IV*. Ed. Masson. 1995
- 17 Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. "In search of how people change. Applications to addictive behaviour". *American Psychologist*, 1992. 47: 1102-1114.
- 18 Tejero, A. Trujols, J. "El modelo Transteorético de Prochaska y DiClemente". En: *Conductas Adictivas*. J. L. Graña (ed). Ed. Debate, Madrid. 1994
- 19 Green, L. Gossop, M. "Effects of information in the opiate withdrawal syndrome". *B. Journal of Addictions*. 1988. 83: 305-311.
- 20 Miller, W. Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change in Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press. 1991
- 21 Beck, A. Wright, F. Newman, C. Liese, B. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós, Barcelona. 1999

- 22 Marlatt, G. A. "Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model". En Marlatt y Gordon (eds). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*: pp 93-116. New York, Guildorf Press. 1985
- 23 Organización Mundial de la Salud: WHOQOL Group. "Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)". *Quality Life Rise*, 1993. 2:153-159.
- 24 Organización Mundial de la Salud: WHOQOL Group. "Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of life Assessment". *Psychol Med*, 1998. 28(3):551-558.
- 25 Spielberger, C.D. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI*. Consulting Psychologists Press, Inc, California, (traducción en España, TEA Ed, 1988). 1970
- 26 Beck, A.; Ruhs, J.; Shaw, B.; Emery, G. *Cognitive therapy of depression*. The Guildord Press, New York. 1979 (traducción en España *Terapia cognitiva de la depresión*, Ed. Desclée de Brouwer, 1983).
- 27 Derogatis, L. *Brief Symptom Inventory*. Baltimore. Clinical Psychometric Research. 1975
- 28 Derogatis, L: SCL-90-R. *Administration, scoring and procedures manual*. Clinical Psychometric Research. 1983
- 29 Derogatis, L. y Cleray, P. "Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation". *J. Clin. Psychology*, 1977. 33(4): 981-989.

*Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Valencia.

Correspondencia:
Emilio Sánchez Hervás
Unidad de Conductas Adictivas-Centro de Salud
Avda. Rambleta s/n CP 46470 Catarroja –VALENCIA
E-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es

Fecha de recepción: 13-11-01