

# Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína





Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de reconocimiento no comercial sin obras derivadas 3.0 de Creative Commons. Está permitida la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite al autor y no se utilice con fines comerciales.

La licencia completa se puede consultar en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

---

© Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Agencia de Salud Pública de Catalunya

Edita: Subdirección General de Drogodependencias.

Primera edición: En Barcelona, en mayo de 2011.

---

Coordinación editorial: Subdirección General de Drogodependencias.

Asesoramiento lingüístico: Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud.

Diseño gráfico: Motive Disseny i Comunicació, SL.

Ilustraciones: Motive Disseny i Comunicació, SL.

---

Financiación de la GPC. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

Esta guía debe citarse de la forma siguiente:

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

Guía de práctica clínica basada en la literatura científica del tratamiento de la dependencia de la cocaína. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Barcelona:

Departamento de Salud, 2011.

A fin de aligerar el texto, las palabras que hacen referencia a personas se entienden en sentido genérico y tienen valor masculino y femenino.

## **Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína**

**Recomendaciones basadas en la evidencia científica**

**Recomendaciones basadas en el proceso de consenso**

---

# Índice

<b>Prólogo</b>	7
<b>Presentación</b>	8
<b>Autoría y colaboraciones</b>	10
<b>Introducción</b>	13
1. Acción y efectos de la cocaína	13
2. Preparados y vías de consumo	14
3. Consumo de cocaína en la actualidad	14
4. Necesidad de la guía	16
<b>Alcance y objetivos</b>	17
1. Alcance	17
2. Objetivos	18
<b>Metodología</b>	19
1. Introducción general a la metodología	19
2. Definición de los objetivos y constitución del grupo de trabajo	19
3. Formulación de las preguntas clínicas	20
4. Búsqueda de la literatura científica	21
5. Formulación de las recomendaciones mediante el sistema GRADE	22
6. Formulación de las recomendaciones mediante un proceso de consenso	25
7. Revisión externa	26
8. Actualización	26
<b>Síntesis de la literatura científica y recomendaciones sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína</b>	27
1. Preguntas a las que responde la guía y resumen de recomendaciones	27
1.1. Preguntas a las que responde la guía	27
1.2. Resumen de recomendaciones	29
2. Urgencias para consumo de cocaína, detección y tratamiento del paciente con dependencia	35
2.1. Indicador de urgencias por consumo de cocaína	35
2.2. Indicador de mortalidad por reacción adversa o intoxicación de cocaína	35
2.3. Perfil toxicológico y clínico de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína	36
3. Abordaje farmacológico de la dependencia de la cocaína	39
3.1. Agonistas dopaminérgicos	40
3.2. Antidepresivos	42
3.3. Psicoestimulantes	45
3.4. Antipsicóticos	47

3.5. Anticonvulsivos	50
3.6. Disulfiram	51
3.7. Naltrexona	54
3.8. Vacunas	55
3.9. Abordaje farmacológico en mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína	56
3.10. Abordaje de pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína	57
4. Abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo de la dependencia de la cocaína	60
4.1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias	61
4.2 Intervención en prevención de recaídas	65
4.3 Entrevista motivacional	67
4.4 Terapia cognitivo-conductual	69
4.5 Exposición a estímulos inductores del deseo de consumo	72
4.6 Psicoterapia de enfoque dinámico y psicoanalítico	73
4.7 Intervenciones de autoayuda	74
5. Reducción de daños en la dependencia de la cocaína	77
6. Programas residenciales y manejo de casos	80
6.1. Programas residenciales y comunidades terapéuticas	80
6.2. Manejo de casos	82
7. Información, educación y comunicación (IEC)	84
8. Otros tipos de tratamiento complementarios	85
8.1. Acupuntura	85
8.2. Ibogaína	86
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Tablas descriptivas de las características de los estudios identificados	87
Anexo 2. Tablas de síntesis de los resultados de la literatura mediante el sistema GRADE	138
Anexo 3. Descripción y resultado del proceso Delphi: recomendaciones basadas en el consenso	176
Anexo 4. Propuestas para la reducción de daños	218
Anexo 5. Otras guías de práctica clínica y recursos basados en la literatura científica	221
Anexo 6. Declaración de intereses	223
Anexo 7. Glosario de términos	225
<b>Referencias bibliográficas</b>	232



La atención al consumo de drogas ha sido y es un ámbito de intervención prioritaria en las políticas de salud pública que lleva a cabo el Departamento de Salud con la finalidad de reducir su impacto en la salud de los pacientes y de sus familias, y mejorar su calidad de vida.

Para alcanzar estos objetivos, en el Departamento de Salud desarrollamos instrumentos de planificación como el Plan director de salud mental y adicciones que, junto con la Subdirección General de Drogodependencias, contribuyen a mejorar la calidad, la equidad y la eficacia de la atención a las drogodependencias y apuestan por un modelo de práctica asistencial basado en la evidencia científica y en experiencias demostrables.

En este marco, instrumentos como las guías de práctica clínica (GPC) contribuyen a conseguir una asistencia de mayor calidad que favorezca las actuaciones y los procedimientos más apropiados y que reduzca la variabilidad en la práctica clínica. Es por este motivo que en los últimos años hemos apostado por estas herramientas, ya que nos permiten establecer puentes entre la investigación y la práctica clínica. De esta manera, los profesionales pueden actualizar la información y la literatura científica disponibles para favorecer que las decisiones terapéuticas sean las más adecuadas, eficientes y seguras.

La Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína, publicación que presentamos a continuación, ha sido elaborada y revisada por un grupo multidisciplinar de profesionales expertos en el ámbito de las adicciones. Queremos agradecerles que hayan participado con esfuerzo y dedicación en este proceso largo y riguroso.

Esperamos que esta Guía sea una herramienta de referencia y de apoyo para todos los profesionales y que contribuya a mejorar la calidad de la atención a las personas en situación de abuso y/o dependencia de la cocaína.

**Boi Ruiz i García**

Consejero de Salud de la Generalitat de Catalunya

## PRESENTACIÓN

En Cataluña, a partir de los años noventa, se incrementa considerablemente el número de inicios de tratamiento por abuso y/o dependencia de la cocaína en los centros de atención a las drogodependencias y es, actualmente, la segunda sustancia por la que se solicita tratamiento. Este giro ha supuesto una adaptación tanto de las intervenciones terapéuticas como de los recursos asistenciales.

En 2007 la Subdirección General de Drogodependencias impulsó la elaboración del Plan de intervención en cocaína con la participación de profesionales de las adicciones de Cataluña, con la finalidad de elaborar un análisis de la situación desde la vertiente preventiva, asistencial y de reducción de daños. El Plan dio lugar a una serie de propuestas de actuación que permitieron mejorar la calidad de las intervenciones en todas las áreas. Una de las propuestas que se plantearon en este grupo de trabajo fue la elaboración de una guía de práctica clínica para tratar la dependencia de la cocaína.

Paralelamente, en los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones en la dependencia de la cocaína. El gran volumen de información, la falta de tiempo para revisar la literatura y la diversidad de las intervenciones hacen necesaria la elaboración de herramientas útiles y prácticas que ayuden a los profesionales a tomar decisiones en el manejo de los pacientes, como son las guías de práctica clínica (GPC).

La elaboración de la *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* que presentamos tiene una doble finalidad: por un lado, ofrecer una recopilación de recomendaciones basadas en la literatura científica y en el consenso de expertos y, por otro, presentar una recopilación y una síntesis crítica de la literatura existente en este ámbito.

En la Guía se encuentran dos tipos de recomendaciones: las que se basan en el análisis de la literatura científica y las resultantes del consenso de los profesionales de nuestro ámbito. Las que se fundamentan en la literatura pusieron de manifiesto la aplicabilidad escasa de los resultados recogidos en nuestro ámbito. En algunas áreas de estudio se observan resultados preliminares y vacíos en la investigación que no permiten ela-

borar logaritmos de decisión como en otras GPC. Es por este motivo que se creyó conveniente complementar las recomendaciones extraídas de la literatura con recomendaciones de buenas prácticas basadas en el consenso de profesionales. De esta manera, ofrecemos una recopilación exhaustiva del tratamiento de la dependencia de la cocaína que se adapta a la realidad de nuestro territorio.

Las recomendaciones han sido elaboradas por un grupo de trabajo multidisciplinario de profesionales del campo de las adicciones que, con el apoyo de metodólogos, se han encargado de identificar, evaluar y sintetizar la literatura científica más relevante.

El documento que os presentamos está dirigido principalmente a profesionales que atienden a personas con dependencia de la cocaína. Creemos que es una oportunidad de plantear nuevas líneas de investigación y de establecer puentes y sinergias entre la clínica y la investigación, a menudo separadas.

Finalmente, debemos considerar que, aunque en las revisiones sistemáticas no hay evidencia científica suficiente sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína, eso no quiere decir que las intervenciones terapéuticas que se llevan a cabo en la práctica clínica no sean efectivas.

Agradecemos a todas las personas que han participado en el proyecto su esfuerzo y dedicación, y deseamos que sea de interés profesional y que contribuya a mejorar la calidad asistencial en el campo de las adicciones.

**Antoni Mateu**

Director de la Agencia  
de Salud Pública de Catalunya

**Joan Colom i Farran**

Subdirector general  
de Drogodependencias

# Autoría y colaboraciones

## Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína

### **Ivan Solà Arnau (coordinación científica), psicólogo**

Centro Cochrane Iberoamericano,  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

### **Joan Colom i Farran (coordinación técnica), médico**

Subdirección General de Drogodependencias.  
Dirección General de Salud Pública.  
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya  
(Barcelona)

### **Marta Coronado Piqueras (coordinación técnica), psicóloga**

Subdirección General de Drogodependencias.  
Dirección General de Salud Pública.  
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya  
(Barcelona)

### **Pilar Duro Herrero (coordinación técnica), psiquiatra**

Subdirección General de Drogodependencias.  
Dirección General de Salud Pública.  
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya  
(Barcelona)

### **Antoni Gual Solé, psiquiatra**

Unidad de Alcoholología. Servicio de Psiquiatría.  
ICN. Hospital Clínico de Barcelona (Barcelona)

### **Enrique Ilundain Ayala, enfermero y antropólogo**

CAP Besòs – Grupo IGIA (Barcelona)

### **Fàtima Larger Brancolini, enfermera especialista en salud mental**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

### **Eva López García de la Plaza, educadora social**

Centro de Atención a las Drogodependencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró (Mataró)

### **Teresa Martí Pont, psicóloga**

CAS Sarrià – ABD (Barcelona)  
Rebeca Ortega Resmella, enfermera  
CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona)

### **Mari Sesmilo Martínez, antropóloga, psicoterapeuta familiar y enfermera**

CAS Reus (Reus)

### **Miquel del Río Meyer, psiquiatra**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua de Terrassa (Terrassa)

### **Carlos Roncero Alonso, psiquiatra**

CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría,  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona)

### **Joserra Rueda Martínez de Santos, especialista en salud pública**

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad del País Vasco (Bilbao)

**Antoni Tejero Pociello, psicólogo clínico**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

**Marta Torrens i Mèlich, psiquiatra**

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parque de Salud MAR. Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona)

**Revisión externa****Joan Trujols i Albet, psicólogo**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

**Begoña Gonzalvo Cirac, médica**

CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona)

**Magí Farré Albaladejo, farmacólogo clínico**

Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona)

**M.<sup>a</sup> Carme Rodríguez Chaves, enfermera especialista en salud mental**

Servicio de Atención a las Drogodependencias (SAD) de l'Hospitalet de Llobregat. Grupo de Enfermería de la Coordinadora de CAS.

**Santiago Nogué Xarau, médico**

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico de Barcelona (Barcelona)

**Olga Díaz Grau, antropóloga y trabajadora social**

Servicio de Atención y Prevención Sociosanitaria (SAPS). Cruz Roja (Barcelona)

**Ferran Cruz Roperó, educador social**

CAS Sarrià (Barcelona)

**José Carlos Pérez de los Cobos, psiquiatra**

Sociedad Española de Toxicomanías (SET) (Valencia). Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

**Josep Guardia Serecigni, psiquiatra.**

Socidrogalcohol. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

**Antonio Teran Prieto, psiquiatra**

Socidrogalcohol. Centro de Atención a Drogodependientes San Juan de Dios (Palencia)

**Leslie Barrionuevo Rosas, médica residente**

Instituto Catalán de la Salud (MIR Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario de Bellvitge). Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIECS) (Barcelona)

**Núria Paladio Duran, farmacéutica**

Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIECS) (Barcelona)

**Declaración de intereses:**

Los miembros del grupo de trabajo de la *Guía de práctica clínica basada en la literatura científica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* han hecho una declaración de intereses que se presenta en el anexo 6.

**Expertos participantes en las recomendaciones basadas en el consenso (metodología Delphi).**

Participación de autores del grupo de trabajo, revisores externos y otros profesionales expertos.

**Antoni Gual Solé, psiquiatra**

Unidad de Alcoholología. Servicio de Psiquiatría. ICN. Hospital Clínico de Barcelona (Barcelona)

**Enrique Ilundain Ayala, enfermero y antropólogo**

CAP Besòs – Grupo IGIA (Barcelona)

**Fàtima Larger Brancolini, enfermera especialista en salud mental**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

**Eva López García de la Plaza, educadora social**

Centro de Atención a las Drogodependencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró (Mataró)

### **Teresa Martí Pont, psicóloga**

CAS Sarrià – ABD (Barcelona)  
Rebeca Ortega Resmella, enfermera  
CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad  
Autónoma de Barcelona (Barcelona)

### **Mari Sesmilo Martínez, antropóloga, psicoterapeuta familiar y enfermera**

CAS Reus (Reus)

### **Miquel del Río Meyer, psiquiatra**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua de  
Terrassa (Terrassa)

### **Carlos Roncero Alonso, psiquiatra**

CAS Vall d'Hebron, Psiquiatría.  
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall  
d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona  
(Barcelona)

### **Antoni Tejero Pociello, psicólogo**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de  
Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
(Barcelona)

### **Marta Torrens i Mèlich, psiquiatra**

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones.  
Parque de Salud MAR. Departamento de  
Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona  
(Barcelona)

### **Joan Trujols i Albet, psicólogo**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de  
Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
(Barcelona)

### **Begoña Gonzalvo Cirac, médica**

CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad  
Autónoma de Barcelona (Barcelona)

### **Magí Farré Albaladejo, farmacólogo clínico**

Instituto Municipal de Investigación Médica  
(IMIM). Hospital del Mar. Universidad Autónoma  
de Barcelona (Barcelona)

### **Santiago Nogué Xarau, médico**

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de  
Urgencias. Hospital Clínico de Barcelona  
(Barcelona)

### **Olga Díaz Grau, antropóloga y trabajadora social**

Servicio de Atención y Prevención Sociosanitaria  
(SAPS). Cruz Roja (Barcelona)

### **Ferran Cruz Roper, educador social**

CAS Sarrià (Barcelona)

### **José Carlos Pérez de los Cobos, psiquiatra**

Sociedad Española de Toxicomanías (SET)  
(Valencia). Unidad de Conductas Adictivas.  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu  
i Sant Pau (Barcelona)

### **Salvador Badia Capdevila, psicólogo clínico**

Servicio de Atención a las Drogodependencias  
(SAD) de l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

## **Colaboraciones**

Queremos agradecer la colaboración en el  
desarrollo y la edición de la guía a las siguientes  
personas:

### **Marta Gorgues Sendra, coordinadora editorial**

Centro Cochrane Iberoamericano.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

### **David Rigau Comas, farmacólogo**

Centro Cochrane Iberoamericano.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

# Introducción

## 1. ACCIÓN Y EFECTOS DE LA COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide procedente de la planta de la coca (*Erythroxylum coca*) que actúa como estimulante del sistema nervioso central. Esta sustancia afecta a diversos sistemas neurotransmisores del cerebro pero ejerce sus efectos fundamentalmente en la dopamina, que es el neurotransmisor que actúa en el proceso de recompensa.

La cocaína bloquea la recaptación en la presinapsis de este neurotransmisor y produce una activación generalizada de las neuronas postsinápticas que tiene como resultado la excitación fisiológica. La cocaína también actúa en la recaptación de la noradrenalina (norepinefrina) y la serotonina.

Los efectos psicológicos más inmediatos de la cocaína son el trastorno cognitivo y del estado de ánimo, que se manifiestan en forma de euforia, de aumento de la sensación de energía y de mayor agudeza sensorial o mental (Caballero 2005). Otros efectos están relacionados con el aumento de la fluidez verbal y de la actividad motora, con la anorexia, con el incremento de la ansiedad o con la disminución de la sensación de cansancio o sueño. Desde el punto de vista fisiológico produce dilatación en las pupilas, temblores, efectos adversos respiratorios agudos, hipertensión, aumento del ritmo cardíaco (palpitaciones) y taquicardias, contracciones musculares, tensión mandibular y bruxismo, sudoración excesiva (diaforesis), aumento de la temperatura corporal y/o fiebre elevada, o emesis. Debido al rápido metabolismo de la cocaína, la mayoría de estos efectos pueden desaparecer rápidamente (entre 15 y 60 minutos, según la vía de consumo). En cambio, el abuso a largo plazo de la cocaína puede resultar en un aumento progresivo de la irritabilidad y la paranoia, incapacidad de concentración, déficits cognitivos o disfunciones sexuales.

## 2. PREPARADOS Y VÍAS DE CONSUMO

La cocaína se consume como hoja de coca, sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y cocaína base o crack. Las hojas de coca se pueden masticar o preparar en infusión. El sulfato de cocaína (pasta de cocaína o pasta base) se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico y otros solventes orgánicos. A partir de la pasta base, se puede obtener el clorhidrato de cocaína si la combinamos con ácido clorhídrico y éter, del cual se obtiene un polvo blanco que normalmente se consume por vía intranasal (esnifada) o intravenosa cuando se disuelve en agua.

Finalmente, la cocaína base se elabora a partir del clorhidrato de cocaína con una solución básica (por ejemplo, con amoníaco o bicarbonato) y se usa inhalando los vapores de la base libre o en forma de crack. En el crack se añade amoníaco a la solución acuosa del clorhidrato de cocaína y junto con bicarbonato aparecen unos cristales que se inhalan después de calentarlos en recipientes (normalmente pipas). La tabla siguiente (adaptada de Roncero 2007) resume las diferentes presentaciones y vías de consumo mencionadas:

Presentación	Vías de consumo
Hoja de coca	Masticada Infusión oral
Pasta de cocaína	Fumada
Clorhidrato de cocaína	Tópica (mucosas intranasales, orales o genitales) Parenteral (intravenosa, subcutánea, intramuscular)
Cocaína base	Fumada Inhalada

## 3. CONSUMO DE COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD

El consumo de cocaína está muy extendido en nuestra sociedad. Después del cannabis, se considera la segunda droga ilegal más consumida en nuestro entorno (Observatorio Español sobre Drogas 2008). En Cataluña, el consumo de cocaína en polvo sigue aumentando. La proporción de adultos de 15 a 64 años con antecedentes de consumo de cocaína ha pasado del 2,9 % en 1997 al 13,4 % en 2007. Si analizamos el año 2007, se mantuvo la tendencia creciente de la prevalencia de consumo durante los últimos 12 meses (5,1 %) y durante los últimos 30 días (3 %). La prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días fue más elevada en los hombres (4,1 %) que en las mujeres (1,5 %), y en el grupo de 15 a 29 años (6,0 %) que en el de 30 a 64 años (1,5 %). Durante el último mes, las proporciones más elevadas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15 a 29 años. La mayor parte de los consumidores de cocaína tomaron la droga en forma de polvo y la prevalencia de consumo de base o crack fue mucho más baja. De todas formas, desde 1999 hasta 2005 la prevalencia de consumo de cocaína

base alguna vez en la vida se había mantenido estable; esta prevalencia ha aumentado en 2007, lo cual nos informa de la experimentación de esta vía de consumo <sup>1</sup>. En cuanto a los escolares de 14 a 18 años, aunque se observa que en 2008 la cocaína presenta las prevalencias de consumo más bajas entre los que declaran haberla consumido en los últimos treinta días (1,5 %) desde 1998 (3,5 %), sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida <sup>2</sup>. También siguen esta tendencia los indicadores epidemiológicos relacionados con la demanda de tratamiento (*Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2007*). En 1997 hubo 954 inicios de tratamiento por adicción a la cocaína, lo cual representaba un 8,5 % del total, mientras que en 2007 hubo 3.751 inicios de tratamiento por este motivo, correspondientes al 27,6 % del total.

De los datos del conjunto de España, podemos destacar que hasta el 2004-2005 todos los indicadores apuntaban a un aumento del consumo de cocaína y de los problemas asociados. A partir del 2005 han aparecido algunas evidencias que hacen pensar en el inicio de un cambio positivo en la evolución del consumo y de los problemas. La prevalencia anual del consumo de cocaína ha disminuido entre los estudiantes de 14 a 18 años (7,2 % en 2004, 4,1 % en 2006 y 3,6 % en 2008) y se ha estabilizado entre la población de 15 a 64 años (1,6 % en 1997, 2,7 % en 2003, 3 % en 2005 y 3 % en 2007). Se observa un ligero descenso de los inicios de tratamiento por cocaína (15.258 en 2005, 13.463 en 2006 y 13.429 en 2007). Se ha estabilizado la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con la cocaína (63,4 % en 2005, 59,2 % en 2006 y 62,8 % en 2007). La proporción de muertos por reacción aguda a drogas en los que se detecta cocaína y no opiáceos pasa del 1,2 % en el período 1983-1989 al 16,4 % en 2004, y ha seguido aumentando hasta el 25,1 % en 2007. España ocupa el tercer lugar mundial en cantidades de cocaína confiscada, con un porcentaje de decomisos de entre el 5 % y el 10 %, y aumenta progresivamente la percepción de la disponibilidad en la franja de edad de 15 a 64 años. Igual que en Cataluña, es probable que el consumo de cocaína fumada (conocida aquí como base o crack) esté aumentando, aunque supone un proporción relativamente pequeña (en 2007 un 4,3 % de los inicios de tratamiento por cocaína y un 20,7 % de las urgencias hospitalarias relacionadas directamente con la cocaína). Es posible que haya aumentado la experimentación con cocaína base fuera de los círculos de consumidores de heroína (Observatorio Español sobre Drogas, 2008). En resumen, el consumo de cocaína es una práctica extendida en nuestro entorno en todas las franjas de edad y grupos sociales (Observatorio Español sobre Drogas 2009). Por otro lado, coincidiendo con el interés creciente por el mejor abordaje terapéutico de las personas con dependencia de la cocaína, se han empezado a evaluar de una forma rigurosa varios tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, aunque los resultados a veces no son del todo clarificadores. Por otro lado, a día de hoy no se dispone de pruebas en la literatura científica en favor de un tratamiento de la dependencia de la cocaína.

1 Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues (EDADES), 2007. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

2 Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre el consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES), 2008. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

La extensión progresiva del consumo de la droga, combinada con la incerteza de la poca eficacia de los tratamientos que se practican, hace necesaria una guía de práctica clínica que sintetice críticamente el conocimiento científico actual en este campo, siguiendo una metodología rigurosa e incluyendo recomendaciones de consenso de los profesionales de las adicciones. De esta forma, se pone al alcance tanto de los profesionales sanitarios como de los planificadores de la salud una actualización en los avances (por modestos que sean) que ofrece la investigación científica.

### 4. NECESIDAD DE LA GUÍA

El aumento del consumo de cocaína en Cataluña, así como del número de inicios de tratamiento relacionados con esta sustancia en los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias en los últimos años han puesto de manifiesto la necesidad de elaborar un plan de intervención de cocaína en Cataluña. El Plan de intervención de cocaína, diseñado con la colaboración de un grupo de profesionales, incluye el análisis de situación, la detección de necesidades y propuestas de actuación desde el ámbito preventivo hasta el asistencial. Desde la perspectiva asistencial, una de las necesidades detectadas fue la elaboración de una guía de práctica clínica dirigida a los profesionales sociosanitarios de atención a las drogodependencias, debido a la variabilidad de intervenciones en los ámbitos farmacológico, psicológico y social que se ponen en práctica, y al aumento progresivo de los pacientes que inician tratamiento en los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias.

Esta *Guía de práctica clínica* se ha desarrollado para recoger recomendaciones sobre el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína. Encontraréis dos tipos de recomendaciones: por un lado, las que se basan en los resultados recogidos en la literatura científica, donde se ha seguido una metodología rigurosa para definir las preguntas clínicas que se querían contestar y hacer una síntesis crítica de la literatura para formular las recomendaciones. Por otro lado, se incluyen una serie de recomendaciones formuladas a partir de un proceso de consenso entre expertos, principalmente para favorecer la aplicabilidad de la guía. Las recomendaciones las ha desarrollado un grupo de trabajo multidisciplinario de diferentes profesionales sanitarios en el campo de las adicciones, con el apoyo de metodólogos que se han encargado de identificar, evaluar y sintetizar la literatura científica más relevante relacionada con el alcance de esta guía.

Esta *Guía de práctica clínica* recoge las respuestas que la literatura científica ofrece a las preguntas clínicas elaboradas por el grupo de trabajo y las que se han basado en el consenso que, a partir de un proceso Delphi modificado, pretende complementar el juicio clínico de los profesionales y ser una ayuda en la toma de decisiones en la atención al paciente con dependencia de la cocaína.

A diferencia de otras guías de práctica clínica, los vacíos identificados en la investigación en el campo de la dependencia de la cocaína no han permitido elaborar algoritmos de decisión.

# Alcance y objetivos de la guía

La Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya formó un equipo multidisciplinario de profesionales de la psiquiatría, la psicología, la enfermería y el trabajo social. En todo el proceso se dispuso del apoyo del Centro Cochrane Iberoamericano, que se encargó del proceso de identificación y síntesis crítica de la literatura, y de formular las recomendaciones.

El grupo de trabajo ha participado a lo largo de todo el proceso de elaboración de la guía revisando y aceptando todas las recomendaciones recogidas.

## 1. ALCANCE

La *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* quiere ser relevante para los pacientes con alguna de las características siguientes::

- Pacientes con intoxicación aguda por consumo de sustancias que acude a un servicio de urgencias hospitalario.
- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de dependencia de la cocaína en tratamiento por drogodependencias (CAS, UHD, CT).
- Consumidores activos de cocaína que acuden a los servicios de reducción de daños.

Esta guía va dirigida a los profesionales sanitarios que tienen contacto directo o que deben tomar decisiones sobre el tratamiento de pacientes con dependencia de la cocaína.

No se recogen recomendaciones sobre el manejo del abuso o el síndrome de abstinencia de la cocaína. Aunque se hizo una búsqueda de literatura sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína en población inmigrante y en mujeres no embarazadas, no se identificaron estudios relevantes sobre el tema, y por tanto la guía no incluye recomendaciones sobre estas poblaciones. En jóvenes y adolescentes se encuentran recomendaciones del proceso de consenso (Delphi modificado).

## 2. OBJETIVOS

La *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* recoge recomendaciones concretas basadas en los resultados de la literatura científica y en el consenso de una serie de expertos para atender a pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de la cocaína atendidos en centros específicos de tratamiento (ambulatorio y residencial). Los apartados son los siguientes:

- Signos de alerta para detectar intoxicaciones de cocaína en servicios de urgencias hospitalarias.
- Evaluación del efecto de tratamientos farmacológicos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.
- Evaluación del efecto de intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.
- Evaluación de la reducción de daños en pacientes con dependencia de la cocaína.
- Evaluación del efecto de las comunidades terapéuticas y el manejo de casos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.
- Evaluación del tratamiento de la dependencia de la cocaína en poblaciones que merecen una consideración especial (en concreto en mujeres embarazadas y en pacientes con una dependencia de opiáceos que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona).

# Metodología

## 1. INTRODUCCIÓN GENERAL A LA METODOLOGÍA

Las guías de práctica clínica formulan recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para dar apoyo al abordaje de problemas de salud concretos. Actualmente se dispone de metodologías muy rigurosas para desarrollar las que han servido de referencia en la elaboración de esta guía (grupo de trabajo GPC 2007, NICE 2008, SIGN 2008).

En la *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* se han desarrollado sistemáticamente recomendaciones basadas en los resultados de la investigación sobre una serie de preguntas elaboradas por un grupo de trabajo multidisciplinario. Los pasos básicos para llevar a cabo la guía han sido los siguientes:

- Definición de los objetivos de la guía y constitución del grupo de trabajo.
- Formulación de las preguntas clínicas de la guía.
- Búsqueda de la literatura científica relevante para contestar a las preguntas clínicas.
- Evaluación de la literatura científica identificada y síntesis crítica.
- Formulación de las recomendaciones a partir del sistema GRADE.

## 2. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS Y CONSTITUCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

La Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína se planificó como uno de los elementos del Plan de intervención de cocaína, que incluye el análisis de la situación, la detección de las necesidades y la elaboración de propuestas de actuación desde el ámbito preventivo al asistencial. Para la constitución del grupo de trabajo se tuvo en cuenta la multidisciplinariedad de los profesionales. El equipo

básico de los centros de atención y seguimiento (CAS) a les drogodependencias está formado por especialistas en medicina y psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y educación, que planifican el tratamiento de forma conjunta. Se consideró clave que estuviesen representadas cada una de las disciplinas. Se contactó con los coordinadores de los centros con más pacientes con dependencia de la cocaína y con aquellos que ya tenían algún programa específico de actuación en este campo. En estos casos, era la persona responsable de la coordinación quien asignaba al profesional.

También se estableció contacto de manera individual con profesionales con un largo recorrido en el campo de las adicciones, porque se consideró que eran expertos en la materia tanto en cuanto a la experiencia clínica como al campo de la investigación.

Finalmente, se estableció contacto con la coordinadora de CAS, ya que se trata de un grupo de profesionales importante en el campo de las drogodependencias en Cataluña.

### 3. FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS CLÍNICAS

En una primera reunión con los miembros del grupo de trabajo se definieron las preguntas clínicas a las que debería responder la guía. Para todas las cuestiones se siguió un proceso de elaboración de preguntas clínicas estructuradas, en las que se identificaron los pacientes, las intervenciones y las variables de resultado más relevantes que debían reflejar las preguntas.

En cuanto a los pacientes, se definió el perfil de personas con dependencia de la cocaína idealmente diagnosticadas con los criterios de las distintas versiones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, de la Asociación Americana de Psiquiatría. Aunque se ha enfocado la guía hacia el tratamiento del paciente con dependencia de la cocaína, se ha incluido un apartado para describir los síntomas de alerta de abuso de cocaína en urgencias. En cuanto al apartado de la reducción de daños, hay que tener en cuenta que también se dirige a personas consumidoras, independientemente de que presenten dependencia o no.

Las intervenciones de interés se clasificaron fundamentalmente en un bloque de tratamientos farmacológicos y en otro de psicoterapéuticos. Adicionalmente se incluyeron preguntas sobre la reducción de daños, el tratamiento residencial y el manejo de casos.

Finalmente, las variables de resultado de interés se definieron y clasificaron en función de la importancia, siguiendo las directrices del sistema GRADE (véase el punto 5).

Dado que las preguntas clínicas de esta guía están formuladas en su totalidad para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, y teniendo en cuenta que cada tipo de pregunta clínica tiene un diseño de estudio más adecuado para responderla (Higgins 2008), se han incluido fundamentalmente ensayos clínicos y revisiones sistemáticas de estos estudios, y en alguna ocasión se ha considerado algún estudio de cohortes. Como se describe más adelante, se priorizó la identificación de revisiones sistemáticas, consideradas una fuente fiable de síntesis crítica de los estudios disponibles sobre

los efectos de las intervenciones evaluadas. A partir de la fecha de búsqueda de las revisiones sistemáticas originales, se identificaron estudios originales publicados posteriormente (ensayos clínicos y a veces estudios de cohortes). A pesar de los debates recientes sobre las limitaciones de las jerarquías clásicas de los niveles de evidencia en la aplicación en el campo de las adicciones (Tucker 2006), o la dificultad de aplicar directamente a la práctica los resultados de estudios diseñados para evaluar la eficacia de las intervenciones (Blanco 2008), se ha optado por formular las recomendaciones a partir de un sistema que no se limita a evaluar la literatura científica a partir de la calidad de los diseños de los estudios, sino que incorpora la valoración de otros aspectos (véase el punto 5).

#### 4. BÚSQUEDA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Se priorizó la búsqueda de revisiones sistemáticas y otros tipos de síntesis de la literatura, como informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Por este motivo, en una primera fase se hizo una búsqueda de otras guías de práctica clínica sobre el abuso y la dependencia de sustancias para comprobar qué revisiones sistemáticas consideraban para formular sus recomendaciones. Los principales documentos están recogidos en el anexo 5. A partir de la fecha de búsqueda de estos documentos se identificaron nuevas revisiones sistemáticas. En esta fase se consultaron las fuentes de información siguientes:

- TRIP database
- Excelencia Clínica
- NHS National Library of Guidelines
- AHRQ National Guideline Clearinghouse
- Cochrane Database of Systematic Reviews (The Cochrane Library)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Health Technology Assessment (HTA) Database
- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)
- MEDLINE (acceso mediante PubMed)
- PsycINFO (acceso mediante Ovid)

También se consultaron los sitios web de algunas agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, como el National Institute for Clinical Excellence, o de instituciones gubernamentales, como el Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

En una segunda fase se buscaron estudios originales para actualizar las revisiones más relevantes a fin de contestar a las preguntas clínicas de la guía, respetando las estrategias de búsqueda de las revisiones sistemáticas de interés. Si las estrategias de bús-

quedaba no estaban disponibles, se diseñaba una mediante la combinación de descriptores y términos en texto libre para cada pregunta de interés. Se usaron filtros validados para identificar revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. Las estrategias de búsqueda diseñadas están disponibles a petición en el Centro Cochrane Iberoamericano ([tsc@cochrane.es](mailto:tsc@cochrane.es)). En esta fase se consultaron las bases de datos electrónicas siguientes:

- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library)
- MEDLINE (acceso mediante PubMed)
- EMBASE (acceso mediante Ovid)
- PsycINFO (acceso mediante Ovid)

Aunque no se establecieron filtros lingüísticos en las búsquedas, se consideraron estudios publicados principalmente en inglés, español y francés. Las búsquedas de la literatura se llevaron a cabo hasta octubre de 2008, pero se hizo un seguimiento continuo de revistas de impacto durante todo el proceso de elaboración de la guía. La última búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante el mes de junio de 2010.

## 5. FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES MEDIANTE EL SISTEMA GRADE

Para cada pregunta se evaluaron críticamente los estudios identificados en la búsqueda que cumplían los criterios de inclusión, a fin de conocer las posibles fuentes de sesgo. De cada pregunta se hizo una síntesis de la literatura que resumía las revisiones sistemáticas identificadas y los estudios más relevantes aparecidos después de la fecha de búsqueda de las revisiones. Se describieron las características principales de estos estudios en unas tablas de resumen que se recogen en el anexo 1. Cuando se identificaban estudios que actualizaban las revisiones sistemáticas de más interés se intentaban analizar los resultados en metanálisis con el programa de libre distribución Review Manager (RevMan 2008).

En el momento de formular recomendaciones para una guía de práctica clínica, el grupo de trabajo se debe plantear hasta qué punto se puede confiar en que se produzcan más beneficios que daños al ponerlas en práctica. La decisión no es sencilla, ya que influyen múltiples factores. Los numerosos sistemas de formulación de recomendaciones han diferenciado niveles de evidencia (adecuación de los diferentes diseños de estudio para contestar de un modo válido a las preguntas formuladas) de grados de recomendación. Con la evolución que han experimentado estos sistemas, se han ido incorporando factores más allá de los relacionados con el diseño de los estudios.

Para esta *Guía de práctica clínica* se han seguido las directrices del grupo de trabajo GRADE con el objetivo de clasificar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones, ya que se considera que ofrece ventajas respecto al resto de sistemas. Por un lado, es un sistema que plantea una metodología que pretende ser explícita

y transparente en su proceso, ya que facilita el uso a los grupos de trabajo y supera los inconvenientes del resto de sistemas, dado que, por ejemplo, no basa exclusivamente la clasificación de la calidad de la evidencia en el diseño de los estudios (Schunemann 2006, Guyatt 2008a, Guyatt 2008b). Las principales etapas en el desarrollo del sistema GRADE se comentan a continuación.

### 5.1. Clasificación de la importancia relativa de las variables de resultado

En el proceso de formulación de las preguntas clínicas de la guía, el grupo de trabajo estableció de forma explícita cuáles eran las variables de resultado de interés, y las clasificó según su importancia relativa. En este proceso de clasificación se llegó al acuerdo de la importancia relativa de las variables por consenso entre los miembros del grupo de trabajo, a partir de la puntuación de cada una de las variables en la escala siguiente:

- Del 1 al 3: variables de resultado no importante para la toma de decisiones, que no desarrollan un papel importante en la formulación de las recomendaciones.
- Del 4 al 6: variables de resultado importante pero no clave para la toma de decisiones.
- Del 7 al 9: variables de resultado clave para la toma de decisiones en las que se debería basar la formulación de las recomendaciones.

Siguiendo estas directrices, el grupo de trabajo estableció la clasificación de variables de resultado para esta guía:

- *Variables clave*: abstinencia del consumo de cocaína, frecuencia de consumo de cocaína, calidad de vida (esta última solo para las preguntas del bloque de abordaje psicoterapéutico).
- *Variables importantes*: continuidad y cumplimiento con el tratamiento, frecuencia de consumo de otras sustancias, vinculación con la red sanitaria, comorbilidad psiquiátrica, efectos adversos, reinserción social.

Es imprescindible hacer esta clasificación en el momento en que se formulan las preguntas clínicas para la guía, y no las determina el volumen de literatura científica identificada.

### 5.2. Evaluación de la calidad de la evidencia

Cuando se considera la literatura científica para una guía de práctica clínica se debe evaluar el grado de validez de sus resultados, dependiendo de una serie de aspectos que determinen el grado de confianza que se puede tener en la estimación del efecto que reflejan los estudios.

Se evaluó la calidad de la literatura para cada una de las variables de interés propuestas por el grupo de trabajo. El sistema GRADE propone una serie de factores que pueden

hacer disminuir la calidad de los ensayos clínicos (que se consideran de calidad alta) y otros factores que pueden hacer aumentar la calidad de los estudios observacionales (que se consideran de calidad baja). Dado que para esta guía solo se consideró incluir ensayos clínicos, a continuación comentamos los aspectos que pueden contribuir a reducir su calidad.

*Limitaciones en el diseño de los estudios:* se evalúan en los estudios que aportan información para las distintas variables las fuentes principales de sesgo que pueden influir en la estimación del efecto en un ensayo clínico (cómo se genera la secuencia de aleatorización, si esta secuencia está encubierta, si hay enmascaramiento en los estudios, si se han producido pérdidas importantes de pacientes que puedan afectar a los resultados, el uso de variables de resultado compuestas o la finalización de los estudios antes de tiempo para beneficio).

*Resultados inconsistentes:* si se dispone de estimaciones distintas del efecto de un tratamiento entre varios estudios sobre el mismo tema, se puede sospechar que existen diferencias razonables entre estos estudios que no permiten sacar conclusiones firmes sobre el tratamiento evaluado. Normalmente este aspecto se evalúa con análisis de heterogeneidad o de variabilidad de los resultados. Esta variabilidad puede ser debida a diferencias entre los estudios disponibles en los participantes (efecto moderado de un fármaco en los pacientes más graves), las intervenciones (distintas dosis de un fármaco en distintos estudios), o en la variable de resultado (medidas con distintas escalas de la ansiedad).

*Ausencia de literatura científica directa:* se da cuando no se dispone de comparaciones directas entre dos tratamientos (comparación de cada uno de los tratamientos con placebo, pero no entre ambos), o cuando se hacen extrapolaciones de los resultados de un estudio que ha evaluado intervenciones distintas a la de interés (disponer de estudios sobre modalidades de psicoterapia prolongadas para contestar a preguntas sobre modalidades breves o estratégicas). De la misma manera puede ser frecuente que las poblaciones de los estudios evaluados sean diferentes de las de un contexto local (vías de consumo de la cocaína muy distintas de las de la realidad de nuestro entorno) que reduce la validez externa de los resultados de estos estudios.

*Imprecisión:* cuando se dispone de estudios que incluyen pocos pacientes y los resultados muestran pocos acontecimientos de interés, sus intervalos de confianza serán bastante amplios. Las conclusiones que podamos extraer a partir de estos resultados serán poco fiables y, por lo tanto, la calidad de la evidencia para esta variable se puede considerar de menos calidad. Según como cubran estos aspectos los estudios que aportan resultados para las distintas variables de resultado consideradas, la calidad de la evidencia se calificará de alta, moderada, baja o muy baja. Se empieza considerando que la calidad es alta para una determinada variable y se baja una categoría si se detectan problemas en cualquiera de los aspectos mencionados. El proceso para determinar esta clasificación se registra en unas tablas de resumen recogidas en el anexo 2. La clasificación final de la evidencia siempre viene determinada por la calidad más baja entre todas las variables clave consideradas para formular una recomendación.

### 5.3. Graduación de la fuerza de la recomendación

El sistema GRADE propone un sistema sencillo para graduar la fuerza de las recomendaciones según si son fuertes o débiles. Se formula una recomendación fuerte en favor de una intervención cuando se confía en que los efectos beneficiosos superen los daños. En cambio, se formula una recomendación fuerte en contra de una intervención cuando los beneficios no superan los efectos adversos. Las formulaciones débiles, tanto a favor como en contra de una intervención, se formulan cuando no se dispone de suficientes pruebas científicas sobre los efectos de una intervención.

Cuando se formulan recomendaciones se han tenido en cuenta los siguientes factores:

*Balance entre los beneficios y los riesgos:* cuanto mayor es la diferencia entre beneficios y riesgos de una intervención, más probable es formular una recomendación fuerte.

*Calidad de la evidencia científica:* como se ha comentado, el grado de certeza sobre la estimación del efecto de una intervención viene determinado por una serie de factores que condicionan la confianza que se puede tener en sus posibles efectos. Si la calidad de la evidencia es baja, por muy grande que sea la magnitud del efecto de una intervención, la confianza disminuye y con ella la fuerza con la que se gradúa la recomendación.

*Valores y preferencias de los pacientes:* los profesionales sanitarios, los pacientes y la sociedad deberían ver reflejadas sus preferencias a la hora de formular recomendaciones. El hecho de que se disponga de algún tratamiento con grandes beneficios que puedan provocar grandes molestias a los pacientes o fármacos con un cumplimiento bajo deberían modular la fuerza de una recomendación.

*Costes:* la disponibilidad de recursos, la variabilidad en el tiempo y la accesibilidad en determinadas áreas geográficas pueden modificar la forma de graduar una recomendación.

## 6. FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES MEDIANTE UN PROCESO DE CONSENSO

En el proceso de revisión externa del texto de esta guía, los expertos expresaron su preocupación por la falta de aplicabilidad de muchas de las recomendaciones basadas en la literatura científica, e incidieron en la necesidad de que se incorporaran una serie de recomendaciones que apoyaran y reflejaran la realidad de la práctica clínica diaria en nuestro entorno.

Por este motivo, la Subdirección General de Drogodependencias decidió desarrollar una serie de recomendaciones basadas en el consenso que, a partir de un proceso Delphi modificado, pudiera contribuir a dar respuesta a las sugerencias mencionadas. Para formar el grupo de trabajo para desarrollar las recomendaciones basadas en el consenso, se decidió implicar a todos los miembros del grupo de trabajo original de la

guía, además de a los expertos que participaron en el proceso de revisión externa y a otros a los que no se pudo implicar en la primera fase de elaboración.

Se solicitó a los 25 componentes del grupo de trabajo que propusieran recomendaciones o directrices para complementar las recomendaciones basadas en la literatura científica en un proceso abierto. A partir de estas aportaciones, se formuló un cuestionario con 24 enunciados en cuatro bloques temáticos:

- Detección y tratamiento del paciente con dependencia.
- Situaciones especiales (en jóvenes y en mujeres embarazadas).
- Reducción de daños para pacientes consumidores.
- Información, educación y comunicación.

Con este cuestionario se inició un proceso Delphi a partir de dos rondas de respuesta anónima y electrónica, en las que se pedía a los miembros del grupo de trabajo su grado de acuerdo con alguno de los enunciados del cuestionario o las preferencias sobre una serie de alternativas a partir de su relevancia relativa. La primera ronda sirvió para determinar los aspectos en los que había un consenso más alto, mientras que la segunda ronda se destinó a discriminar el consenso en los aspectos que no habían quedado claros en la ronda anterior.

En la formulación de las recomendaciones derivadas del proceso de consenso se articuló un enunciado que contribuyera a dar más relevancia a los aspectos que habían obtenido más acuerdo en la primera administración del cuestionario. Los aspectos que obtuvieron más consenso en la segunda ronda se añadieron como alternativas a los aspectos derivados de la primera fase. Todas las recomendaciones basadas en el consenso van acompañadas de un símbolo: ✓

En el anexo 3 hay un informe sobre el proceso de elaboración de las recomendaciones basadas en el consenso (descripción y resultado del proceso Delphi).

## 7. REVISIÓN EXTERNA

La revisión externa del texto de esta guía se pidió a un grupo multidisciplinario de expertos y de sociedades científicas. La versión final fue revisada y aprobada por el grupo de trabajo.

## 8. ACTUALIZACIÓN

La literatura científica disponible recomienda actualizar las recomendaciones de una guía de práctica clínica cada tres años (Shekelle 2001). Este período de tiempo se toma como referencia para esta guía. Si, en vista del volumen de literatura aparecida, se considera necesario hacerlo antes, se haría en soporte electrónico.

# Síntesis de la literatura científica y recomendaciones sobre el tratamiento de la dependencia

## 1. PREGUNTAS A LAS QUE RESPONDE LA GUÍA Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES

### 1.1. Preguntas a las que responde la guía

#### Indicadores de urgencias por cocaína

- ¿Cuáles son los indicadores de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de cocaína?
- ¿Cuáles son los indicadores de mortalidad relacionados con reacciones adversas o intoxicaciones de cocaína?
- ¿Cuál es el perfil toxicológico y clínico de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína?

#### Abordaje farmacológico de la dependencia de la cocaína

- ¿La terapia con agonistas dopaminérgicos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

## SÍNTESIS. 1. PREGUNTAS A LAS QUE RESPONDE LA GUÍA Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES

- ¿La terapia con disulfiram es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con naltrexona es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con vacunas es eficaz en el tratamiento de la intoxicación por consumo de cocaína o en la prevención de recaídas en personas con dependencia de la cocaína?

### Abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo de la dependencia de la cocaína

- ¿Los programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La intervención en prevención de recaídas es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La entrevista motivacional es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La exposición a estímulos inductores al deseo de consumir es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La psicoterapia de enfoque dinámico y psicoanalítico es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿Las intervenciones de autoayuda son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

### Programas residenciales y manejo de casos

- ¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿El manejo de casos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

### Otros tipos de tratamiento complementarios

- ¿La acupuntura es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La ibogaína es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

## 1.2. Resumen de las recomendaciones

### PERFIL TOXICOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CONSUMO DE COCAÍNA, Y DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEPENDENCIA

---

**Recomendación débil** Se recomienda añadir en el triaje de los pacientes preguntas que valoren el consumo de cocaína ante la presencia de casos de ansiedad o agitación, dolores torácicos o palpitaciones. Las pruebas de tóxicos deberían comprobar la presencia de cocaína.

---

**Recomendación débil** En los pacientes en los que se detecte la presencia de cocaína se recomienda ofrecer información relacionada con los riesgos de consumirla y sus efectos sobre la salud y el entorno. Además, se debería ofrecer información sobre las alternativas de tratamiento disponibles en la red sanitaria.

---

✓ En la detección y el tratamiento del paciente con dependencia de la cocaína se recomienda implicar a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias. Adicionalmente, se podría considerar implicar a los centros de salud mental de adultos y a las unidades de urgencias y las de agudos.

---

✓ Se podría considerar que el personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias reciba formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.

---

✓ Se recomienda que los profesionales sanitarios de los centros de salud mental reciban formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia.

---

✓ Se recomienda que los programas específicos ambulatorios para la atención de pacientes con dependencia de la cocaína garanticen el acceso inmediato al dispositivo para ofrecer a los pacientes una atención intensiva (visitas psicológicas individuales y psicoterapias grupales semanales).

---

✓ Los programas ambulatorios deberían incluir, como uno de los componentes principales, una intervención de enfermería en un formato de intervención breve de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.

---

## ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

### Agonistas dopaminérgicos

---

**Recomenació** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de  
**dèbil** agonistas dopaminérgicos para reducir el consumo.

---

### Antidepresivos

---

**Recomendació** En pacientes con dependencia de la cocaína que no tienen un diagnósti-  
**dèbil** co de depresión no se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para reducir el consumo.

---

**Recomendació** En pacientes con dependencia de la cocaína que no tienen un diagnós-  
**dèbil** tico de depresión, se puede considerar el uso de otros antidepresivos, aunque el antidepresivo que ha mostrado un mejor efecto, la desipramina, no está disponible actualmente.

---

**Recomendació** En pacientes con dependencia de la cocaína y un diagnóstico de depresi-  
**dèbil** ón se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo indicado para la patología psiquiátrica.

---

### Psicoestimulantes

---

**Recomendació** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de  
**fuerte** estimulantes del SNC para reducir el consumo.

---

### Antipsicóticos

---

**Recomendació** El uso de antipsicóticos en pacientes con dependencia de la cocaína, en  
**dèbil** aquellos casos en los que no haya una comorbilidad psiquiátrica que lo justifique, solo se entiende en el contexto de nuevos ensayos clínicos.

---

**Recomendació** En pacientes con una patología psiquiátrica comórbida a la dependencia  
**dèbil** de la cocaína se recomienda el uso de antipsicóticos. En estos pacientes hay más experiencia con la risperidona y la olanzapina.

---

### Anticonvulsivos

---

**Recomendació** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de  
**dèbil** anticonvulsivos para reducir el consumo.

---

### Disulfiram

---

**Recomendació** En personas con dependencia de la cocaína se recomienda el uso disulfiri-  
**dèbil** ram, ya que puede aumentar la abstinencia y reducir el consumo.

---

**Recomendació** En personas con dependencia de la cocaína y el alcohol se recomienda  
**fuerte** el uso de disulfiram para reducir el consumo.

---

**Recomendació** La administración de disulfiram solo se debe iniciar después de haber  
**fuerte** comprobado que no se está consumiendo alcohol y que no hay un cuadro de abstinencia. Además, es muy importante instruir a los pacientes

sobre los riesgos de consumir alcohol durante el tratamiento y comprobar que el paciente está motivado para no hacerlo.

---

### Naltrexona

---

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de naltrexona para reducir el consumo.

---

### Vacunes

---

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de la vacuna TA-CD hasta que no se disponga de suficientes estudios para conocer sus posibles efectos.

---

### Abordaje farmacológico en mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína

---

**Recomendación débil** En mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de fármacos con el objetivo de reducir el consumo.

---

**Recomendación débil** En el caso de que haya síntomas de intoxicación por cocaína en una mujer embarazada se le puede administrar un tratamiento con benzodiazepinas durante un período limitado de tiempo.

---

- ✓ Se recomienda que en las mujeres embarazadas se coordine la atención de su dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.
  - ✓ En el caso de las mujeres que reciban atención para el tratamiento de su adicción, habría que considerar el abordaje psicológico intensivo tanto a nivel individual como grupal, y enfocarlo a su situación familiar y social.
- 

### Abordaje de pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína

---

**Recomendación fuerte** En pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína se recomienda intensificar los controles para detectar el consumo de cocaína y, si la dosis de metadona fuera baja, aumentarla para que el consumo no interfiera en el curso del tratamiento de mantenimiento.

---

**Recomendación fuerte** En pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína, si se plantea un tratamiento farmacológico para reducir el consumo de cocaína, hay que evitar fármacos que interactúen con la metadona.

---

- ✓ En pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se recomienda facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico.
  - ✓ Adicionalmente, a los pacientes que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se les debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.
-

## ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO Y PSICOEDUCATIVO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

### Refuerzo comunitario y manejo de contingencias reforzado con intercambio de vales

**Recomendación fuerte** Se recomienda que los pacientes con dependencia de la cocaína puedan entrar en programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias.

**Recomendación débil** En mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína se sugiere incluirlas en programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias, al menos hasta el momento del parto.

- ✓ Se recomienda incluir a los adolescentes con dependencia de la cocaína en el Programa de atención a adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.
- ✓ Se recomienda que el Programa de atención a adolescentes incluya un enfoque familiar.

### Intervención en prevención de recaídas

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda la intervención en prevención de recaídas para reducir el consumo, aunque grupos muy seleccionados de pacientes se podrían beneficiar para mejorar su situación en la abstinencia, con grados psicopatológicos o de adicción graves.

### Entrevista motivacional

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda la intervención con entrevista motivacional para reducir el consumo.

### Terapia cognitivoconductual

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína solo se recomienda la terapia con un enfoque cognitivo-conductual en pacientes con buenos niveles de cognición y cierta motivación por el cambio.

### Exposición a estímulos inductores del deseo de consumo

**Recomendación fuerte** No se recomienda la exposición a estímulos inductores del deseo de consumo de cocaína como alternativa de tratamiento.

### Psicoterapia de enfoque dinámico y psicoanalítico

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda la psicoterapia con un enfoque dinámico para reducir el consumo.

### Intervenciones de autoayuda

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda una intervención con un enfoque de doce pasos para reducir el consumo.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

---

- ✓ Se recomienda fomentar el establecimiento de acuerdos con centros sociosanitarios, de curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o con gran deterioro.
  - ✓ Se recomienda habilitar espacios en los CAS para que ejerzan funciones de centro de día (con un abordaje intensivo de asistencia diaria en el que se desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).
  - ✓ Para las personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social, habría que considerar la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso.
  - ✓ Se recomienda que las salas de venopunción y de consumo sin riesgos dispongan de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.
  - ✓ Se recomienda que estos equipamientos se acondicionen para generar un espacio tranquilo, que facilite la relajación y la seguridad, tanto para los usuarios como para los profesionales. Además, estos espacios deberían disponer de espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.
- 

## PROGRAMAS RESIDENCIALES Y MANEJO DE CASOS

---

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína con problemas psiquiátricos asociados o cierto riesgo de exclusión, se recomienda ponerlos en contacto con comunidades terapéuticas. Aun así, no se dispone de información suficiente para saber cuál es la mejor modalidad.

---

**Recomendación débil** Se recomienda el manejo de casos solo para aquellas personas que, además de una dependencia de la cocaína, tengan un alto riesgo de exclusión social.

---

## INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

---

- ✓ Se recomienda que los dispositivos de reducción de daños proporcionen talleres de formación específicos tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios que se atienden a ellos.
- ✓ Se recomienda que los talleres para los profesionales sanitarios incluyan al menos indicaciones para el abordaje correcto de la intoxicación aguda

y de las conductas violentas. Estos talleres también deberían profundizar en los efectos y los riesgos del consumo de cocaína y de las estrategias para minimizarlos.

- 
- ✓ Se recomienda que los talleres para los usuarios proporcionen información sobre el crack y el policonsumo, y sobre los riesgos que se derivan de los mismos. Además, se debería profundizar en el fomento de estrategias de autocontrol del consumo y en la provisión de información sobre los dispositivos asociados dirigidos a los usuarios.
- 

### **OTROS TIPOS DE TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS**

---

**Recomendación débil** En pacientes con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de la acupuntura.

---

**Recomendación débil** En pacientes con dependencia de la cocaína se recomienda no usar la ibogaína como alternativa de tratamiento.

---

## 2. URGENCIAS PARA CONSUMO DE COCAÍNA, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEPENDENCIA

### Preguntas que hay que responder

- ¿Cuáles son los indicadores de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de cocaína?
- ¿Cuáles son los indicadores de mortalidad relacionados con reacciones adversas o intoxicaciones de cocaína?
- ¿Cuál es el perfil toxicológico y clínico de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína.

### 2.1. Indicador de urgencias por consumo de cocaína

La proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales donde se menciona la cocaína ha ido en aumento en España: del 44 % en 2001 al 49 % en 2004 y el 63 % en 2005 (Observatorio Español sobre Drogas 2008), y ha experimentado un incremento que en el contexto europeo solo ha sido superado por el Reino Unido (EMCDDA 2005).

En Cataluña también se ha puesto de manifiesto este aumento. Los datos de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (SIDB 2008) han mostrado un incremento porcentual en el número de urgencias hospitalarias relacionadas con el uso de drogas ilegales (del 8,7 % en 2007, con una media trimestral de 1.338 urgencias atendidas). En este incremento la cocaína es la sustancia que más ha contribuido, con un crecimiento constante desde 2005, y es la droga que más aumenta en ambos sexos, aunque las consultas en hombres doblan en número a las de mujeres. La presencia de la cocaína en las consultas a urgencias motivadas por el consumo de drogas ilegales ha pasado del 51 % en 2005 al 55 % en 2006 y el 56 % en 2007.

### 2.2. Indicador de mortalidad por reacción adversa o intoxicación de cocaína

La proporción de mortalidad por reacción aguda a la cocaína ha mostrado un comportamiento similar a la registrada en las urgencias hospitalarias en España, que se dobló entre los años 1996 (con un 3,9 %) y 2000 (con un 6,1 %), y que ha continuado con un crecimiento muy marcado con porcentajes del 16,4 % en 2003 y el 20,6 % en 2005 (Observatorio Español sobre Drogas 2008). La Agencia de Salud Pública de Barcelona (SIDB 2008) ha recogido los datos relacionados con este indicador desde el año 2005 y muestran esta misma tendencia. Del total de muertes atribuidas a una reacción adversa a una droga se detectó la presencia de cocaína en el 76 % (46/60) de los casos en 2005, en el 50 % (43/85) en 2006 y en el 68 % (45/66) en 2007. Los casos en los que se detec-

tó una intoxicación exclusivamente por cocaína se doblaron de 2005 (7 casos) a 2006 o 2007 (13 casos cada año), lo cual muestra una tendencia en ascenso preocupante. En la mayoría de casos mencionados se observó una concentración de alcohol superior a los 0,30 g/l, lo cual sugiere la combinación frecuente que se hace de alcohol y cocaína, y sus posibles consecuencias en la metabolización de la cocaína, ya que da paso a la presencia de cocaetilena.

### 2.3. Perfil toxicológico y clínico de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína

Recientemente han aparecido en la literatura algunos estudios que permiten conocer las características de los pacientes que consultan servicios de urgencias por consumo de cocaína (Sanjurjo 2006, López Criado 2007, Galicia 2008, Sopena 2008). En el primero, se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de las personas que habían consultado el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Barcelona y referían consumo de cocaína entre 2002 y 2004 (Sanjurjo 2006). Los datos de 745 pacientes mostraron el perfil de hombres (en un 68 %) jóvenes (31 años, de 13 a 61) que hacían un uso recreativo de la cocaína (en el 90 % de los casos), mayoritariamente durante el fin de semana y en la franja horaria nocturna (en el 50 % de los casos). En estos pacientes, el cuadro clínico fue causado por una intoxicación por cocaína en el 70 % de los casos atendidos, y en el 60 % se detectó el consumo de otras drogas (alcohol en la mayoría de casos, el 38 %, aunque también se detectaron opiáceos o cannabis en el 14 %). Cabe destacar el motivo de consulta de estos pacientes: cuadros de ansiedad o agitación en el 43 % de los casos, seguidos de dolor torácico o palpitaciones en el 25 %, o cuadros neurológicos (nivel de consciencia disminuida o convulsiones) en el 13 %. Un 13 % de estos pacientes consultó por la preocupación causada por los efectos experimentados con la cocaína. En 11 casos (un 7 % del total) había una tentativa de suicidio. El 11 % de los pacientes requirieron ingreso hospitalario. El mismo equipo de investigadores ha seguido el registro de consultas hasta el año 2007 y han acumulado datos de 1.775 pacientes (Galicia 2008). El perfil de estos pacientes es prácticamente idéntico al del primer estudio, aunque se detecta un incremento de los casos en los que también se detecta etanol en la prueba de tóxicos (hasta en el 85 % de los casos). A partir de este estudio, los autores estiman la incidencia global de urgencias por consumo de cocaína en el 0,76 % de los pacientes médicos atendidos en urgencias: el 15 % de los pacientes atendidos por urgencias toxicológicas y el 28,6 % de urgencias por consumo de sustancias. Un estudio sobre drogas de abuso en urgencias ha mostrado una incidencia similar de pacientes con consumo de cocaína sobre el total de pacientes atendidos en un servicio de urgencias en un hospital universitario en Madrid (López Criado 2007). En otro estudio desarrollado en un hospital universitario gallego (Sopena 2008) se revisó la historia clínica de los pacientes que habían consumido cocaína y habían tenido que ingresar durante el período comprendido entre 1994 y 2005. El perfil de los 170 pacientes del estudio fue similar al del estudio mencionado anteriormente, con una mayoría de hombres (82 %) de una edad media de 33 años (DE = 11 años), que eran fumadores

*Calidad  
muy baja*

(88 %) y consumían otras drogas (67 %), entre las que el alcohol era el más detectado (en el 70 % de casos). En estos pacientes la manifestación clínica de la intoxicación fue más grave (solo se incluyeron pacientes que requerían ingreso hospitalario) y estaba relacionada con problemas cardiovasculares (endocarditis o infarto) en el 15 % de los casos, neurológicos (convulsiones o problemas cerebrovasculares) en el 16 % y pulmonares (neumonía por aspiración o broncoespasmo) en el 29 %. Los resultados de estos estudios deben interpretarse con precaución por su diseño retrospectivo, que habría podido perder información de pacientes cuyos datos relacionados con el consumo de cocaína no fueron registrados en la historia o de pacientes que, aunque presentaban un cuadro similar a los descritos no habrían presentado sospecha de haber consumido la droga. Aun así, es importante tener en cuenta estas manifestaciones clínicas para poder identificar pacientes que han consumido cocaína, para poderles ofrecer información acerca de los efectos sobre la salud de esta sustancia y sobre las alternativas de tratamiento disponibles. Teniendo en cuenta que la cocaína tiene un período de latencia entre el inicio del consumo y la demanda de tratamiento, que puede llegar a los siete años (Sánchez-Niubò 2007), es muy importante detectar estos signos de alerta para facilitar el acceso de los consumidores a la red sanitaria. El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

### Resumen de la literatura

La proporción de urgencias hospitalarias relacionadas directamente con drogas ilegales en las que se menciona la cocaína ha experimentado un aumento constante, que llega a un incremento porcentual del 8,7 % durante 2007. La cocaína es la sustancia que más ha contribuido a este incremento desde 2005 y es la droga que más aumenta en ambos sexos. La presencia de cocaína en las consultas a urgencias motivadas por el consumo de drogas ilegales ha llegado al 56 % en 2007.

La proporción de mortalidad por reacción aguda a la cocaína ha mostrado un comportamiento similar a las de urgencias hospitalarias. Se ha observado un incremento muy importante que ha llegado en España al 20,6 % en 2005. Datos de 2007 de la Agencia de Salud Pública de Barcelona muestran que en el 68 % de los casos de muertes atribuidas a una reacción adversa a una droga se detectó la presencia de cocaína. En la gran mayoría de estos casos había una alta concentración de alcohol.

*Calidad muy baja* Algunos estudios desarrollados en hospitales españoles han perfilado las características de los pacientes que consultan servicios de urgencias por consumo de cocaína. Los diferentes estudios muestran un perfil de hombres jóvenes que esnifan cocaína y hacen de la misma un uso recreativo, y consultan los servicios de urgencias durante los fines de semana y fundamentalmente por la noche. En el 60 % de los casos se detecta el consumo de otras drogas, entre las que destaca el alcohol. Los motivos

principales de consulta en estos pacientes han sido cuadros de ansiedad o agitación, dolores torácicos, palpitaciones o hipertensión, o cuadros neurológicos relacionados principalmente (aunque en menor medida que el resto de cuadros mencionados) con un nivel de consciencia disminuida. En los pacientes que requieren un ingreso por intoxicación se han observado principalmente neumonías por aspiraciones, endocarditis e infartos, y convulsiones o ictus. Datos recientes han mostrado que las consultas a urgencias por consumo de cocaína pueden representar hasta un 1 % del total de los pacientes médicos atendidos en urgencias y llegan al 28 % de las urgencias por consumo de sustancias.

La limitación principal de estos estudios recae en el hecho de que están basados en estudios retrospectivos, expuestos a un sesgo de información, ya que no en todas las historias se habrían registrado exhaustivamente los datos sobre consumo de sustancias. Aun así, es muy importante poder tener en cuenta estas manifestaciones clínicas para identificar a los pacientes que han consumido cocaína y ofrecerles información sobre los riesgos asociados al consumo de cocaína y las alternativas de tratamiento.

### Formulación de la recomendación

**Recomendación débil** Se recomienda añadir en el triaje de los pacientes preguntas que valoren el consumo de cocaína ante la presencia de casos de ansiedad o agitación, dolores torácicos o palpitaciones. Las pruebas de tóxicos deberían comprobar la presencia de cocaína.

**Recomendación débil** En los pacientes en los que se detecte la presencia de cocaína se recomienda ofrecer información relacionada con los riesgos de consumirla y sus efectos sobre la salud y el entorno. Además, se debería ofrecer información sobre las alternativas de tratamiento disponibles en la red sanitaria.

- ✓ En la detección y el tratamiento del paciente con dependencia de la cocaína se recomienda implicar a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias. Adicionalmente, se podría considerar implicar a los centros de salud mental de adultos y a las unidades de urgencias y las de agudos.
- ✓ Se recomienda que los profesionales sanitarios de los centros de salud mental reciban formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia.
- ✓ Se recomienda que los programas específicos ambulatorios para la atención de pacientes con dependencia de la cocaína garanticen el ac-

ceso inmediato al dispositivo para ofrecer a los pacientes una atención intensiva (visitas psicológicas individuales y psicoterapias grupales semanales). Los programas ambulatorios deberían incluir como uno de los componentes principales una intervención de enfermería en un formato de intervención breve de una a tres veces por semana con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.

- ✓ Se podría considerar que el personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias reciba formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.

### 3. ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

#### Preguntas que hay que responder

- ¿La terapia con agonistas dopaminérgicos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con disulfiram es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con naltrexona es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia con vacunas es eficaz en el tratamiento de la intoxicación por consumo de cocaína o en la prevención de recaídas en personas con dependencia de la cocaína?

### 3.1. Agonistas dopaminérgicos

Se identificó una revisión sistemática Cochrane (Soares 2003) que evaluó los efectos de los agonistas dopaminérgicos siguientes en personas con dependencia de la cocaína: amantadina, bromocriptina y pergolida. La revisión recogió los resultados de diecisiete ensayos clínicos aleatorizados (la mayoría doble ciego) sin limitaciones destacables en el diseño. Aun así, los estudios eran pequeños y tenían tasas de abandono superiores al 50 % en casi todos los casos. Los estudios incluidos en esta revisión tenían una duración de entre 10 días y 16 semanas, e incluyeron fundamentalmente a hombres (el 80 % de la muestra en la mayoría de los casos) con un diagnóstico de dependencia de la cocaína, siguiendo criterios DSM, y que recibían tratamiento en régimen ambulatorio.

En la mayoría de estudios, los participantes tenían una dependencia de otras sustancias, y en cinco estudios (Handelsman 1995, Kolar 1992, Kosten 1992, Pérez de los Cobos 2001, Weddington 1991) se incluyeron pacientes que recibían un tratamiento de mantenimiento con metadona. Los resultados globales de la revisión no respaldan el uso de los agonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

En otra revisión de la literatura (Lima 2002) se identifican dos ensayos que comparan el mazindol con el placebo (Margolin 1995, Stine 1995). Posteriormente a esta revisión se han identificado tres ensayos clínicos más con unas características y unos resultados similares a los incluidos en la revisión sistemática mencionada. Un ensayo doble ciego (Kampman 2006), de 10 semanas de duración, comparó los efectos de la amantadina con los del propanolol o el placebo. En otro ensayo doble ciego (Gorelick 2006), se compararon los efectos de la bromocriptina con los del placebo en un estudio de 24 semanas. Finalmente, en un ensayo ciego simple con problemas metodológicos considerables (Focchi 2005), se comparó la pergolida con un placebo.

#### **Amantadina**

El análisis conjunto de los resultados de los ensayos que compararon la amantadina con el placebo no mostró una reducción del consumo de cocaína [5 ensayos; RR = 0,93 (de 0,73 a 1,20)], ni del abandono del tratamiento [4 ensayos; RR = 1,01 (de 0,74 a 1,39)]. Las tasas de abandono del tratamiento en estos estudios fueron superiores al 50 %. Un estudio pequeño (Shoptaw 2002) mostró una tasa de abandono menor en los pacientes que recibían amantadina a medio plazo (16 semanas) pero de manera muy marginal [RR = 0,76 (de 0,59 a 0,99)]. Los efectos adversos no se valoraron en los estudios identificados, excepto en uno (Giannini 1989), que mostró que hasta el 20% de los pacientes tenían cefalea, diarrea o náuseas, pero sin diferencias con el grupo de placebo.

Además, en cinco estudios se comprobaron los efectos de la amantadina en pacientes que estaban en un tratamiento de mantenimiento con metadona o tenían un diagnóstico adicional de dependencia de los opiáceos (Handelsman 1995, Kolar 1992, Kosten 1992, Pérez de los Cobos 2001, Weddington 1991). En este grupo de pacientes, la amantadina

Calidad  
moderada

tampoco mostró efectos sobre el consumo de cocaína [3 ensayos; RR = 1,02 (de 0,87 a 1,20)], ni sobre la continuidad en el tratamiento [5 ensayos; RR = 1,01 (de 0,84 a 1,46)].

### **Bromocriptina**

Los resultados de los ensayos clínicos que han valorado los efectos de la bromocriptina en el tratamiento de la dependencia de la cocaína (Eiler 1995, Giannini 1989, Gorelick 2006, Handelsman 1997, Kranzler 1992, Moscovitz 1993) son similares a los observados con la amantadina. Al compararla con un placebo, la bromocriptina no disminuye la tasa de consumo de cocaína [2 ensayos; RR = 1,09 (de 0,54 a 2,20)], ni contribuye a una mejor continuidad con el tratamiento [4 ensayos; RR = 1,14 (de 0,89 a 1,45)]. Aunque en los estudios los participantes que recibían bromocriptina manifestaban más efectos adversos (principalmente cefaleas, erupciones cutáneas o náuseas) que los que tomaban un placebo, la diferencia no era relevante.

*Calidad  
baja*

### **Pergolida**

Los resultados de los dos ensayos clínicos identificados sobre los efectos de la pergolida en la dependencia de la cocaína (Focchi 2005, Malcolm 1997) muestran que, aunque no disminuye el consumo [un ensayo; RR = 0,80 (de 0,35 a 1,79)], los participantes en los estudios que la recibían abandonaban el tratamiento en un 21 % más en términos absolutos (intervalo de confianza entre el 9 % y el 33 %) que los que recibían un placebo [2 ensayos; RR = 1,44 (de 1,15 a 1,85)]. Aun así, hay que interpretar estos resultados teniendo en cuenta que provienen de dos estudios pequeños, uno de los cuales (Focchi 2005) tiene limitaciones importantes en el diseño.

*Calidad  
baja*

### **Mazindol**

Los resultados de los dos ensayos clínicos identificados sobre los efectos del mazindol en la dependencia de la cocaína (Margolin 1995, Stine 1995) no mostraron efectos ni en la reducción del consumo [2 ensayos; RR = 0,99 (de 0,74 a 1,32)], ni en la continuidad en el tratamiento [2 ensayos; RR = 0,82 (de 0,41 a 1,66)].

*Calidad  
baja*

## **Resumen de la literatura**

*Calidad moderada* Los agonistas dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina, pergolida, mazindol) no han mostrado tener un efecto para reducir el consumo de cocaína ni para mejorar la continuidad en el tratamiento de las personas con dependencia de la cocaína.

*Calidad baja* Los estudios que han evaluado los agonistas dopaminérgicos tienen unas tasas de abandono muy importantes; en los casos de la bromocriptina y la pergolida hay carencias metodológicas que hacen necesarios más estudios que puedan confirmar las pruebas científicas disponibles.

### Formulación de la recomendación

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de agonistas dopaminérgicos para reducir el consumo.

### 3.2. Antidepresivos

Se han identificado dos revisiones sistemáticas que evaluaban el efecto de los antidepresivos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

La revisión sistemática más actualizada (Torrens 2005), con fecha de búsqueda de mayo de 2004, evaluó el efecto de los antidepresivos en el tratamiento de la dependencia de diferentes sustancias en pacientes con un diagnóstico de depresión o sin él, en la reducción del consumo de cocaína medida en controles de orina. La revisión incluyó trece ensayos con pacientes sin depresión comórbida y cinco en los que se obtuvieron los datos sobre los pacientes que tenían un diagnóstico de depresión. Los estudios tenían una calidad metodológica moderada (solo se incluyeron los estudios con una puntuación en la escala de Jadad superior a 3), ya que se habían elaborado a partir de muestras pequeñas [un máximo de 218 en un estudio sobre desipramina (Feingold 2002)] con una duración muy diversa (máximo de doce semanas). En todos los estudios los pacientes recibían tratamientos adyuvantes a los antidepresivos.

De los estudios que incluyeron a pacientes sin depresión, dos evaluaron los efectos de la fluoxetina (Covi 1995, Grabwoski 1995) y el resto evaluaron los efectos de diferentes antidepresivos tricíclicos: desipramina en ocho ensayos (Tennant 1984, Giannini 1987, O'Brien 1988, Gawin 1989, McElroy 1989, Arndt 1992, Nunes 1995, Feingold 2002), y gepirona (Jenkins 1992), ritanserina (Cornish 2001) y bupropión (Margolin 1995) en un estudio cada uno. En términos generales, salvo algunas excepciones comentadas más abajo, los antidepresivos no mostraron la eficacia en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. La revisión también recogió los resultados de cinco ensayos con resultados similares que incluían a pacientes con un diagnóstico de depresión: dos con fluoxetina (Cornelius 1998, Schmitz 2001), uno con desipramina (González 2003), uno con imipramina (Nunes 1995), y uno con desipramina y amantadina (Ziedonis 1991).

Se ha identificado otra revisión sistemática (Lima 2003) con una fecha de búsqueda más antigua que la anterior (año 2000). Se evaluaron los efectos de los antidepresivos para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, sin discriminar entre pacientes con comorbilidad depresiva, y se establecieron unos criterios de inclusión más amplios. Este hecho provoca que los resultados de esta revisión sean distintos en algún punto de los de Torrens 2005. La revisión incluyó los resultados de dieciocho ensayos clínicos aleatorizados, la mayoría incluidos en la otra revisión, y valoró como variables de resultado principales la reducción del consumo de cocaína y la continuidad en el tratamiento.

Posteriormente se han identificado varios estudios que han evaluado distintos antidepresivos: tres ensayos se han centrado en los efectos de la venlafaxina en diversas situaciones (McDowell 2000, Foltin 2003, Ciraulo 2005); dos ensayos doble ciego com-

pararon la disipramina (Campbell 2003), uno en pacientes con comorbilidad depresiva (McDowell 2005); dos ensayos doble ciego añadieron un tratamiento con bupropión a tratamientos psicoterapéuticos y los compararon con un placebo (Poling 2006, Shoptaw 2008), y un último evaluó los efectos del citalopram (Moeller 2007).

La revisión de Torrens 2005 analizó por separado la reducción del consumo de cocaína en los pacientes que recibían fluoxetina y el resto de antidepresivos. Los resultados mostraron que, aunque la fluoxetina no indicaba una reducción en el consumo de cocaína [2 ensayos en 120 pacientes; OR = 0,50 (de 0,22 a 1,13)], el resto de antidepresivos manifestaban una reducción significativa del consumo [7 ensayos en 338 pacientes; OR = 1,85 (de 1,06 a 3,22)]. Aun así, estos resultados no permiten concluir de una manera clara cuál es el efecto de los antidepresivos sobre esta variable, ya que el análisis combina resultados de estudio bastante diferentes en cuanto a fármacos comparados y tipos de paciente, también porque la duración de los estudios a veces es insuficiente y porque muestra unos resultados poco precisos.

*Calidad  
moderada*

Los autores de la revisión comentan los resultados favorables generados en dos trabajos con disipramina (Gawin 1989, Feingold 2002), que se confirman en un reanálisis de los resultados de los cuatro estudios que evaluaban este fármaco (Tennant 1984, Giannini 1987, Gawin 1989, McElroy 1989). Aunque los resultados se basan en pocas investigaciones con muestras pequeñas, sugieren que la disipramina reduce el consumo de la cocaína [4 ensayos en 119 pacientes; OR = 2,60 (de 1,06 a 6,35)], con una diferencia absoluta del 17 %. Este análisis no incluye, sin embargo, los resultados del ensayo de Feingold 2003, ya que incluyó solo a pacientes que participaban en un programa de mantenimiento con metadona. Los resultados de este estudio, en 218 pacientes, mostraron resultados similares, con una diferencia absoluta del 15 % en la reducción del consumo en los pacientes que recibían disipramina comparados con los que recibían un placebo.

A pesar de estos resultados, la revisión sistemática de Lima 2003 muestra unas conclusiones ligeramente diferentes —posiblemente por los criterios de inclusión más amplios de esta revisión— dado que no se diferenciaron los estudios hechos con pacientes diagnosticados de depresión y los que no lo estaban. El análisis de los ensayos de disipramina muestra una tendencia favorable al antidepresivo, pero que no es significativa y, además, está afectada por una heterogeneidad considerable [5 ensayos en 188 pacientes; RR = 0,86 (de 0,57 a 1,31)]. Además, cabe destacar que la disipramina no está disponible en Cataluña.

El resto de antidepresivos evaluados no mostraron diferencias significativas de consumo. El bupropión ha mostrado resultados contradictorios cuando se ha evaluado su efecto en pacientes en mantenimiento con metadona, ya que no se ha indicado una reducción del consumo de cocaína en un primer estudio (Margolin 1995); en cambio, sí que se ha reducido el consumo mantenido hasta 25 semanas en un ensayo doble ciego en el que se administraron conjuntamente en un programa de contingencias y se compararon con un placebo (Poling 2006). En un único ensayo doble ciego en 70 pacientes que recibían tratamiento ambulatorio por dependencia de la cocaína (Shoptaw 2008) el bupropión no mostró ningún efecto relevante al compararlo con un placebo.

*Calidad  
moderada-  
baja*

Los ensayos clínicos que han evaluado la venlafaxina son demasiado pequeños y heterogéneos como para poder extraer alguna conclusión firme. Un ensayo doble ciego con 14 pacientes en un tratamiento con mantenimiento de metadona solo mostró una mejora en variables fisiológicas como el ritmo cardíaco y la percepción subjetiva de los pacientes (Foltin 2003), y en un ensayo abierto en dos fases la venlafaxina no mostró ninguna diferencia al compararla con un placebo (Ciraulo 2005). El único ensayo de venlafaxina que ha mostrado una reducción en el consumo de cocaína (McDowell 2000) se llevó a cabo en 14 pacientes con depresión que tuvieron que abandonar un ensayo de desipramina por efectos adversos (McDowell 2005).

*Calidad moderada-baja*

En la revisión de Lima 2003 se valoró la aceptabilidad del tratamiento a partir de los pacientes que no completaban su participación en el estudio. Para esta variable solo se observó un número superior de pacientes que completaban su tratamiento en un único ensayo de fluoxetina [Batki 1996, 32 pacientes; RR = 0,53 (de 0,32 a 0,88)]. No se observaron diferencias en los estudios que evaluaban la desipramina [5 ensayos en 117 pacientes; RR = 1,12 (de 0,67 a 1,86)], la gepirona [Jenkins 1992; 41 pacientes; RR = 0,86 (de 0,46 a 1,62)], la imipramina (Nunes 1995; 113 pacientes; RR = 0,81 (de 0,54 a 1,22)], o la ritanserina [Ehrman 1996; 80 pacientes; RR = 0,85 (de 0,43 a 1,66)].

*Calidad baja*

Del análisis de los resultados de tres estudios en pacientes con un diagnóstico de depresión se desprende que los antidepresivos no favorecen la reducción del consumo [3 ensayos en 151 pacientes; OR = 1,29 (de 0,84 a 1,99)], ni muestran mejoras en la sintomatología psiquiátrica [2 ensayos en 137 pacientes; OR = 1,67 (de 0,74 a 3,77)]. Hay que tener en cuenta los resultados de un ensayo clínico reciente (Levin 2008) en el que se muestra como la presencia de la depresión comórbida a la dependencia puede ser un factor pronóstico que influye en el resultado del tratamiento. Antes de iniciar un tratamiento con venlafaxina, los pacientes recibían un tratamiento con un placebo y se comprobaba cuáles eran abstinentes en el momento de entrar en el estudio y cuáles no. Los pacientes con depresión comórbida que iniciaban el tratamiento con venlafaxina y eran abstinentes tenían mejores resultados que los pacientes que no tenían depresión y también habían iniciado el tratamiento siendo abstinentes. En cambio, los pacientes con depresión que iniciaban el tratamiento consumiendo cocaína tenían peores resultados que los pacientes sin depresión que también empezaban el tratamiento consumiendo.

*Calidad baja*

#### Resumen de la literatura

*Calidad moderada* Un análisis global de los resultados de los estudios que han evaluado antidepresivos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína pone de manifiesto que, mientras la fluoxetina no tiene un efecto en la reducción del consumo, el resto de antidepresivos en conjunto sí consigue reducirlo. Aun así, al evaluar los diferentes antidepresivos por separado, el único que

ha mostrado un efecto al reducir el consumo de cocaína ha sido la desipramina, que, por otro lado, no está disponible en Cataluña. Estos resultados deberían aclararse con estudios con muestras amplias de pacientes bien definidos. Los antidepresivos no han indicado un efecto que favorezca la continuidad del tratamiento.

---

*Calidad* En pacientes con dependencia de la cocaína diagnosticados de depresión,  
*baja* el tratamiento con antidepresivos no ha mostrado reducir el consumo.

---

### Formulación de la recomendación

**Recomendación débil** En pacientes con dependencia de la cocaína que no tienen un diagnóstico de depresión no se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para reducir el consumo.

**Recomendación débil** En pacientes con dependencia de la cocaína que no tienen un diagnóstico de depresión, se puede considerar el uso de otros antidepresivos, aunque el antidepresivo que ha mostrado un mejor efecto, la desipramina, no está disponible actualmente.

**Recomendación débil** En pacientes con dependencia de la cocaína y un diagnóstico de depresión se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo indicado para la patología psiquiátrica.

---

### 3.3. Psicoestimulantes

Una revisión sistemática (Castells 2007) que incluía nueve ensayos clínicos aleatorizados y dos ensayos clínicos aleatorizados posteriores (Elkashaf 2006, Levin 2007) no indicó que los estimulantes del SNC comparados con un placebo tengan un beneficio en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína. Estos estudios en general tienen buena calidad, aunque también tenían medidas de muestra pequeñas o no valoraban el impacto de cointervenciones en los estudios (todos los pacientes de estos ensayos recibían alguna forma de apoyo psicoterapéutico como parte del protocolo de estudio). Aunque se planteó un análisis del impacto de estos fármacos en pacientes con TDAH, no se pudo llevar a cabo por la heterogeneidad de los datos.

Posteriormente, una revisión sistemática (Castells 2010) incluyó dieciséis ensayos clínicos aleatorizados en los que se evaluaron siete estimulantes del SNS, con resultados muy similares a los de la revisión sistemática anterior. Los autores de la revisión afirmaron que los estimulantes del SNS no reducen el consumo de cocaína ni mejoran el seguimiento del tratamiento al compararlos con placebo.

En conjunto, el tratamiento con estimulantes no redujo el consumo de cocaína ni cuando se valoró el porcentaje de pacientes que presentaban análisis de orina negativos [8 ensayos; RR = 1,41 (de 0,98 a 2,02)], ni cuando se valoró la proporción de análisis de orina negativos por paciente a lo largo de los estudios [7 ensayos; DM = 0,11 (de 0,07 a 0,29)]. Los estimulantes del SNS no mejoraron la continuidad del tratamiento de los participantes en los estudios [16 ensayos; RR = 0,97 (de 0,89 a 1,07)]. Los estudios identificados medían el deseo compulsivo (craving) de una manera muy heterogénea y solo un ensayo de dexanfetamina (Shearer 2003; N = 30, 3 meses de seguimiento) mostró una disminución significativa en esta variable favorable al psicoestimulante. Los resultados de este estudio contrastaban con el análisis conjunto de tres ensayos en los que los estimulantes del SNS no mostraron un efecto en esta variable [3 ensayos; DM = 0,06 (de - 0,15 a 0,27)].

Calidad  
alta

En pacientes con TDAH el metilfenidato no ha mostrado una reducción en el consumo de la cocaína [2 ensayos; RR = 0,96 (de 0,73 a 1,26)], aunque los ensayos que incluían pacientes con TDAH no permiten extraer conclusiones claras. Los resultados de un ensayo reciente con metilfenidato (Levin 2007) han mostrado que la presencia de TDAH es un factor que hay que tener en cuenta antes de iniciar un tratamiento. En este estudio, tal y como se ha comentado en el apartado de antidepresivos, los pacientes recibían un tratamiento con un placebo antes de empezar la fase activa del estudio con metilfenidato para comprobar cuáles eran abstinentes en el momento de entrar en el estudio y cuáles no. Los pacientes con TDAH comórbido que iniciaban el tratamiento con metilfenidato y eran abstinentes tenían mejores resultados que los pacientes que no tenían TDAH y también habían iniciado el tratamiento siendo abstinentes. En cambio, los pacientes con TDAH que iniciaban el tratamiento consumiendo cocaína tenían peores resultados que los pacientes sin depresión que también empezaban el tratamiento consumiendo.

Calidad  
baja

Los estimulantes se asociaron a una tasa superior de abandono del estudio por efectos adversos comparados con un placebo, aunque los efectos adversos que provocaban estos abandonos no se describían con detalle [11 ensayos; DR = 0,01 (de 0,02 a 0,03)].

Los resultados derivados del análisis conjunto de dos ensayos mostró que, comparados con placebo, los estimulantes del SNS mostraban resultados favorables en cuanto a la abstinencia sostenida en pacientes con una dependencia de la cocaína y de los opiáceos [2 ensayos; RR = 1,84 (de 1,23 a 2,74)].

Estos resultados también se observaron al evaluar las distintas clases de estimulantes. La dexanfetamina (5 ensayos), el mazindol (2 ensayos), el modafinilo (1 ensayo) y la selegilina (1 ensayo) no han mostrado diferencias al compararlos con un placebo en el consumo de cocaína ni la continuidad del tratamiento. Entre estos, el modafinilo dio unos resultados positivos, aunque no significativos, en un solo ensayo pequeño con limitaciones metodológicas (Dackis 2005) que se han confirmado en otro estudio en laboratorio (Hart 2008). Estos resultados se deberían corroborar en estudios de más calidad. Una serie de trabajos con limitaciones metodológicas serias mostraban los mismos resultados para el metilfenidato (3 ensayos).

Calidad  
moderada-  
baja

### Resumen de la literatura

*Calidad alta* Los estimulantes del SNC, evaluados en conjunto o por separado, no son eficaces para reducir el consumo de cocaína ni para mejorar la continuidad en el tratamiento de las personas con dependencia de la cocaína.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación fuerte* En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de estimulantes del SNC para reducir el consumo.

## 3.4. Antipsicóticos

### *Antipsicóticos en pacientes sin diagnóstico de esquizofrenia*

Una revisión sistemática reciente (Amato 2007) identificó siete ensayos clínicos de calidad moderada con pequeñas muestras que evaluaban la eficacia de los fármacos antipsicóticos (risperidona, olanzapina y haloperidol) en el tratamiento de la dependencia de la cocaína en personas sin diagnóstico de esquizofrenia. La revisión tenía unos criterios de inclusión estrictos y excluyó los estudios con pacientes con sintomatología esquizofrénica o con dependencia de otras sustancias. Los trabajos se desarrollaron en EE. UU., tuvieron una corta duración (de 61 días de media) e incorporaban a pacientes diagnosticados con criterios DSM que estaban hospitalizados o recibían tratamiento ambulatorio. Las dosis de risperidona oscilaron entre 1 y 4 mg (Levin 1999, Grabowski 2004, Smelson 2004), los tres estudios de olanzapina dieron una dosis de 10 mg (Kampan 2003, Reid 2005, Smelson 2006) y los dos ensayos de haloperidol, dosis de 4 y 10 mg (Berger 1996, Smelson 2006).

Posteriormente a la búsqueda de la revisión sistemática se han identificado dos ensayos adicionales. En un estudio piloto se evaluó la seguridad de 10 mg de aripiprazol en ocho pacientes ingresados con dependencia de la cocaína (Stoops 2007). Por otro lado, un ensayo doble ciego de doce semanas de duración comparó la reserpina con un placebo en 120 pacientes con dependencia de la cocaína (Winhusen 2007). Finalmente, otro ensayo doble ciego de características similares comparó una dosis de 25 mg semanales de risperidona intramuscular con un placebo (Loebl 2008).

Los resultados de estos estudios muestran que los antipsicóticos tienen algún efecto en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Estas conclusiones deben interpretarse en el contexto de las limitaciones de los estudios disponibles (principalmente en relación con sus muestras pequeñas) y teniendo en cuenta que no recogen variables de resultado relevantes para el paciente.

Los resultados combinados de seis ensayos clínicos (con 358 pacientes incluidos) mostraron que los antipsicóticos en general favorecían la continuidad con el tratamiento, aunque de forma no significativa [RR = 0,80 (de 0,64 a 1,00)] (Levin 1999, Kampman 2003, Grabowski 2004, Smelson 2004, Winhusen 2007, Loebl 2008). Estos resultados se debieron principalmente al efecto observado en los ensayos de risperidona oral (Levin 1999, Grabowski 2004, Smelson 2004), en los que se muestra una reducción absoluta del 14 % en el número de abandonos del estudio en pacientes que recibían el tratamiento activo [3 ensayos; RR = 0,77 (de 0,61 a 0,98)].

Calidad  
moderada

Una de las principales limitaciones de los estudios disponibles que evalúan antipsicóticos es que no se dispone de datos fiables sobre los efectos que tienen en el consumo de cocaína. Solo un estudio que comparó la olanzapina con un placebo no mostró diferencias significativas entre los grupos en la reducción del consumo [Reid 2005; RR = 0,94 (de 0,75 a 1,18)].

Los estudios que evaluaron el haloperidol no mostraron diferencias al compararlo con la olanzapina (Smelson 2006) o un placebo (Berger 1996).

#### **Antipsicóticos en pacientes con diagnóstico psiquiátrico**

Se han identificado nueve estudios que evalúan los efectos de los antipsicóticos en la dependencia de la cocaína de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Tsuang 2002, Brown 2003, Green 2002, Smelson 2004, Beresford 2005, Sayers 2005, Smelson 2006, Rubio 2006, Akerele 2007), algunos de los cuales han quedado recogidos en otra revisión sistemática sobre el uso de antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias (San 2007). Estos estudios hicieron múltiples comparaciones entre antipsicóticos, con muestras que iban de los 12 a los 262 pacientes y duraciones de entre 6 semanas y 6 meses.

La diversidad de comparaciones en los diferentes estudios, la duración y la medida de los resultados hacen complicada la evaluación global de los mismos, pero en términos generales se observa un efecto sobre la sintomatología psiquiátrica de los pacientes que no se traduce en mejores resultados en el consumo de cocaína.

Dos ensayos doble ciego que compararon el haloperidol con la olanzapina (Sayers 2005, Smelson 2006) no mostraron diferencias en la continuidad del tratamiento [Smelson 2006; RR = 1,50 (de 0,63 a 3,57)], y solo observaron menores niveles de apetencia en los pacientes que recibían haloperidol. Mientras que en un estudio adicional con esta comparación los pacientes que recibieron haloperidol mostraron una mejora marginal en el consumo (Green 2002), otro estudio no mostró ninguna diferencia entre ambos tratamientos (Tsuang 2002).

Calidad  
baja

Un reciente ensayo doble ciego en pacientes que consumían cocaína y marihuana (Akerele 2007) no mostró diferencias en la continuidad con el tratamiento [RR = 2,00 (de 0,78 a 5,14)] ni en el consumo, aunque se observó una tendencia marginal favorable a la olanzapina al compararla con la risperidona a las diez semanas ( $Z = 1,77$ ;  $p = 0,08$ ).

Un ensayo clínico español con pacientes dependientes de varias sustancias, a pesar de no presentar resultados desagregados para el consumo de cocaína, mostró un menor porcentaje de análisis positivos de orina en los pacientes que recibían risperidona que en los que recibían zuclopentixol (una media de 8,67 contra 10,36, respectivamente;  $p = 0,005$ ), y un 30 % más de pacientes que recibían risperidona tenían una mejor continuidad del tratamiento [RR = 1,38 (de 1,14 a 1,68)] (Rubio 2006). Hay que tener en cuenta que en este estudio la vía y la dosis administrada eran diferentes de las habituales. Las dosis eran del doble de las habituales y eran de larga duración.

Dos ensayos clínicos con limitaciones metodológicas (no tenían enmascaramiento y uno tenía un diseño cruzado) mostraron un leve efecto de la risperidona en comparación con los antipsicóticos convencionales, porque reducían la apetencia ante estímulos y las recaídas (Smelson 2004), y una disminución de la apetencia en ocho pacientes a quienes se retiraba la medicación convencional para administrarles aripiprazol (Beresford 2005).

### Resumen de la literatura

*Calidad moderada* En pacientes sin diagnóstico de esquizofrenia, el uso de la risperidona ha mostrado una mejor continuidad con el tratamiento, aunque de forma marginal. La limitación principal de los estudios disponibles es que se basan en muestras muy pequeñas y no valoran variables clave como el consumo de cocaína. Es necesario confirmar el efecto de los antipsicóticos en estudios bien diseñados que puedan aclarar los resultados indicados por los estudios disponibles.

*Calidad baja* En pacientes diagnosticados de esquizofrenia, el haloperidol, al compararlo con la olanzapina, ha mostrado un leve efecto en la mejora de algunas variables como la apetencia, pero no en otras de resultados más relevantes para el paciente. Aunque varios estudios han puesto de manifiesto los efectos de la olanzapina o la risperidona, es necesario disponer de trabajos diseñados a partir de pacientes con dependencia de la cocaína que puedan confirmar los resultados de estos estudios con muestra suficiente para permitir conclusiones firmes.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* El uso de antipsicóticos en pacientes con dependencia de la cocaína, en aquellos casos en los que no haya ninguna comorbilidad psiquiátrica que lo justifique, sólo se entiende en el contexto de nuevos ensayos clínicos.

*Recomendación débil* En pacientes con una patología psiquiátrica comórbida a la dependencia de la cocaína se recomienda el uso de antipsicóticos. En este tipo de pacientes hay más experiencia con risperidona y olanzapina.

### 3.5. Anticonvulsivos

Una revisión sistemática Cochrane (Lima 2002) evaluó los efectos de la carbamazepina en personas con dependencia de la cocaína. Una actualización reciente de esta revisión (Minozzi 2008) ha ampliado sus objetivos y evalúa los anticonvulsivos siguientes: carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, fenitoína, tiagabina, topiramato y valproato. La revisión tiene una fecha de búsqueda reciente (marzo de 2007) e incluye quince ensayos clínicos aleatorizados, sin limitaciones en el diseño, pero con muestras pequeñas. Todos los estudios identificados en esta revisión se desarrollaron en los Estados Unidos, con participantes con dependencia de la cocaína en régimen ambulatorio que habían sido diagnosticados siguiendo los criterios del DSM-IV. Las otras características de los participantes eran más heterogéneas, aunque en general la mayoría eran hombres (cerca del 80 %) que consumían cocaína por vía intrapulmonar. En términos generales los resultados de revisión no respaldan el uso de anticonvulsivos para el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína. Un ensayo clínico aleatorizado publicado posteriormente (Winhusen 2007) evaluó los efectos de la tiagabina comparada con un placebo, con unos resultados similares a los de la revisión sistemática.

Una revisión sistemática publicada recientemente (Álvarez 2010) incluyó quince ensayos clínicos doble ciego comparados con placebo y llegó a la misma conclusión.

Un análisis conjunto de los resultados de los estudios no mostró que los anticonvulsivos reduzcan el consumo de cocaína al compararlos con un placebo cuando se evaluaron medidas objetivas o autoadministradas de esta variable de resultado [8 ensayos; RR = 1,01 (de 0,89 a 1,15)], o cuando se valoró la proporción de pacientes con un análisis de orina positivo [12 ensayos; RR = 0,95 (de 0,86 a 1,06)]. Los anticonvulsivos tampoco mostraron una reducción en los abandonos del tratamiento [12 ensayos; RR= 1,03 (de 0,91 a 1,16)]. La muestra reducida de los estudios y su corta duración no permitió hacer una valoración adecuada de los efectos adversos de estos fármacos, aunque los resultados recogidos en los diferentes estudios no mostraron diferencias en esta variable [12 ensayos; RR = 1,40 (de 0,88 a 2,21)].

*Calidad moderada*

Los anticonvulsivos tampoco mostraron ninguna diferencia significativa en una serie de variables de resultado secundarias como la apetencia, la gravedad de la dependencia o el estado de ánimo, todas valoradas con escalas validadas.

Cuando se consideraron los resultados de cada uno de los anticonvulsivos por separado, no se observaron diferencias relevantes. La carbamazepina (5 ensayos), la tiagabina (3 ensayos), el topiramato, la lamotrigina o el valproato (estos tres con un ensayo cada uno) no redujeron el consumo de cocaína ni disminuyeron el número de participantes que abandonaban el tratamiento cuando se compararon con un placebo. Las únicas diferencias significativas se observaron con la gabapentina y la fenitoína. Dos ensayos de gabapentina mostraron que había más abandono en los pacientes que recibían el

*Calidad baja*

tratamiento activo que en los que recibían un placebo, hasta 19 más de cada 100 [2 ensayos; RR = 3,56 (de 1,07 a 11,82)]. La fenitoína mostró un incremento muy importante de efectos adversos comparada con un placebo (31 pacientes más de cada 100 que reciben fenitoína pueden experimentar un efecto adverso; 2 ensayos; RR = 2,12 (de 1,08 a 4,17)]. A la hora de interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que se basan en estudios que, a pesar de estar libres de sesgos importantes, son pequeños y por lo tanto ofrecen resultados muy poco precisos, que solo se podrían confirmar con más estudios con dimensiones de la muestra suficientes para evidenciar estas diferencias.

### Resumen de la literatura

*Calidad moderada* Los anticonvulsivos, evaluados en conjunto o por separado, no son eficaces para reducir el consumo de cocaína ni para mejorar la continuidad en el tratamiento de las personas con dependencia de la cocaína.

Estos resultados deberían contrastarse con futuros estudios que permitieran confirmar estas diferencias.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de anticonvulsivos para reducir el consumo.

### 3.6. Disulfiram

Una revisión narrativa sobre el uso del disulfiram para el tratamiento de la dependencia del alcohol y la cocaína (Malcolm 2008) identificó seis ensayos clínicos (Carroll 1993, Carroll 1998, Carroll 2004, George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008). Los resultados de estos estudios están recogidos en una revisión sistemática reciente (Pani 2010). Los ensayos tenían una duración de doce semanas e incluían una media de 90 pacientes (entre 20 y 208). Cuatro estudios compararon el disulfiram con el placebo, tres lo hicieron con naltrexona y dos estudios compararon el efecto de añadir disulfiram a un programa psicoterapéutico solo con el programa psicoterapéutico.

Desde el punto de vista metodológico, tenían un riesgo de sesgo moderado y se definían como estudios doble ciego, excepto tres de los estudios (Carroll 1993, Carroll 1998, Grassi 2007).

Los pacientes incluidos en los estudios recibían un tratamiento ambulatorio por dependencia de la cocaína y mayoritariamente eran hombres (hasta el 70 %) jóvenes (entre 30 y 40 años). En cuatro ensayos los pacientes también tenían una dependencia del alcohol (Carroll 1993, Carroll 1998, Carroll 2004, Pettinati 2008), mientras que en dos

más (George 2000, Petrakis 2000) los pacientes recibían un tratamiento de mantenimiento con metadona o buprenorfina por una dependencia de opiáceos. En dos estudios (Carroll 2004, Pettinati 2008), los participantes se incorporaban después de una desintoxicación del alcohol, mientras que uno de los ensayos (George 2000) excluía a los pacientes con dependencia del alcohol.

En todos los estudios se evaluó una dosis de 250 mg de disulfiram, que se comparó con un placebo (George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008), con naltrexona (Carroll 1993) o con una terapia cognitivo-conductual (Carroll 1998, Carroll 2004).

Aunque las diferencias entre los estudios identificados no permiten sacar conclusiones firmes sobre los efectos del disulfiram en la dependencia de la cocaína, algunos de los resultados de los estudios por separado muestran un efecto marginal de este fármaco. Un estudio (Petrakis 2000) no mostró un efecto del disulfiram comparado con placebo en el consumo de cocaína al final del estudio ni en la frecuencia de consumo de la sustancia, aunque se observó una tendencia temporal en la menor frecuencia de consumo favorable al disulfiram. Un estudio posterior mostró que el disulfiram favorecía el tiempo de abstinencia de consumo medido en semanas (George 2000); DM = 4,50 (de 2,93 a 6,07).

En los tres estudios que compararon el disulfiram con el placebo (George 2000, Petrakis 2000, Pettinati 2008) los pacientes que recibían el tratamiento activo proporcionaban menos muestras de orina positivas y se mantenían abstinentes durante más tiempo que los pacientes que recibían placebo. También se mantenían más tiempo en tratamiento (hasta dos semanas;  $p < 0,05$ ). El análisis combinado de estos tres estudios no mostró diferencias significativas en la tasa de abandonos del tratamiento con disulfiram, que llegó al 26 % [RR = 0,88 (de 0,55 a 1,41)]. Finalmente, todos los abandonos que se produjeron (30 %) en el estudio de Petrakis 2000 se debieron a los efectos adversos relacionados con el disulfiram ( $p < 0,01$ ).

Los dos ensayos que compararon el disulfiram con la psicoterapia tuvieron resultados similares. Los pacientes que recibían disulfiram se mantenían más tiempo abstinentes (8,4 contra 5,8 semanas en Carroll 1998;  $p < 0,05$ ) o tenían tendencia a abandonar el consumo de cocaína (correlación de medicación por tiempo =  $-2,82$  en Carroll 2004;  $p < 0,01$ ). El análisis combinado de estos estudios muestra una abstinencia mantenida en el tiempo de los pacientes que recibieron disulfiram (DM = 2,10 (de 0,69 a 3,51). La intervención no tuvo un efecto relevante en la continuidad del tratamiento, ni se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a efectos adversos. Lo más común fue la cefalea, que se dio en un tercio de los participantes.

Tres estudios que compararon el disulfiram con la naltrexona no mostraron una diferencia entre los tratamientos en el porcentaje de pacientes que se mantenían en tratamiento (Carroll 1993, Grassi 2007, Pettinati 2008), pero los resultados de uno de los estudios (Carroll 1992) mostró que pacientes que recibieron disulfiram mostraron un porcentaje menor de análisis de orina positivos (DM =  $-23,50$  (de  $-26,58$  a  $-20,46$ )).

Calidad  
baja

Independientemente de los resultados mencionados, es muy importante tener en cuenta que el disulfiram se utiliza para el tratamiento de la dependencia del alcohol para provocar una reacción alcohol-disulfiram en el caso de la ingesta de alcohol. Esta reacción se explica por una intoxicación acetaldehídica por la inhibición del ALDH (aldehído deshidrogenasa). Esta reacción se traduce en mareos, sofocos, cefaleas, ahogo, disnea, palpitaciones o taquicardia.

*Calidad  
alta*

Si se plantea empezar un tratamiento con esta sustancia, habrá que advertir al paciente, antes de iniciarse la administración, del riesgo de consumir alcohol.

La educación en estos aspectos es fundamental, así como explorar la motivación de los pacientes para no consumir alcohol. Se debe comprobar antes de iniciar el tratamiento que el paciente no está bebiendo en esos momentos y que no hay un cuadro de abstinencia.

### Resumen de la literatura

*Calidad  
baja* El disulfiram ha aumentado el tiempo de abstinencia de cocaína al compararlo con un placebo y ha reducido su consumo. Estos resultados provienen de estudios con características diferentes que comparan el uso del fármaco con un placebo, con la naltrexona o con psicoterapia. En dos estudios, los participantes estaban recibiendo un tratamiento de mantenimiento con metadona.

*Calidad  
alta* Las interacciones que produce el disulfiram al consumirlo junto con otras sustancias y la reacción que produce cuando se consume alcohol hacen que la educación con el paciente sea muy importante antes de iniciar la administración. También es muy importante comprobar que el paciente no está consumiendo alcohol en el momento de iniciar el tratamiento y que no hay un cuadro de abstinencia de alcohol.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación  
débil* En personas con dependencia de la cocaína se recomienda el uso de disulfiram, ya que puede aumentar la abstinencia y reducir el consumo.

*Recomendación  
fuerte* En personas con dependencia de la cocaína y el alcohol se recomienda el uso de disulfiram para reducir el consumo.

*Recomendación  
fuerte* La administración de disulfiram solo se debe iniciar después de haber comprobado que no se está consumiendo alcohol y que no hay un cuadro de abstinencia. Además, es muy importante instruir a los pacientes sobre los riesgos de consumir alcohol durante el tratamiento y comprobar que el paciente está motivado para no consumir.

### 3.7. Naltrexona

Se han identificado cinco ensayos clínicos que evaluaban el uso de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia de la cocaína (Hersch 1998, Schmitz 2001, Schmitz 2004, Pettinati 2008, Pettinati 2008b). Los ensayos tenían una duración de entre ocho y doce semanas e incluían una media de 120 pacientes (entre 64 y 208). Estos estudios incorporaban pacientes que recibían tratamiento ambulatorio por dependencia de la cocaína y del alcohol (Hersch 1998, Schmitz 2004, Pettinati 2008, Pettinati 2008b), excepto uno en el que los pacientes solo tenían dependencia de la cocaína (Schmitz 2001). A excepción de dos estudios en los que la naltrexona se administró en el contexto de un programa de prevención de recaídas (Schmitz 2001, Schmitz 2004), en el resto se comparó con un placebo. Aunque metodológicamente los ensayos tenían un riesgo de sesgo moderado, son estudios diferentes entre sí, ya que se evalúan dosis de fármaco diferentes, en poblaciones heterogéneas y con comparaciones diversas, lo cual dificulta la comparación de los resultados.

Los ensayos que han comparado la naltrexona con un placebo han tenido resultados contradictorios. Mientras dos ensayos no mostraron diferencias en la reducción del uso de la cocaína (Hersch 1998, Pettinati 2008b), otro estudio mostró una diferencia entre los resultados de hombres y mujeres: mientras en los hombres había una pequeña disminución del consumo, tanto de cocaína como de alcohol, en las mujeres el consumo aumentaba (Pettinati 2008). Los dos ensayos que añadieron naltrexona a un programa de prevención de recaídas también mostraron resultados contrapuestos, ya que, si bien en un primer trabajo se observó una reducción del uso de cocaína a lo largo del estudio en el grupo de pacientes que recibía naltrexona (Schmitz 2001), en un segundo análisis con pacientes que tenían dependencia de la cocaína y el alcohol los resultados fueron mejores en el grupo de pacientes del programa de prevención de recaídas (Schmitz 2004). Estos resultados tan heterogéneos en los estudios sobre el efecto de la naltrexona en el consumo de la cocaína pueden deberse a que no se conocen las variables que influyen en estos resultados.

Calidad  
baja

#### Resumen de la literatura

*Calidad baja* Los estudios que evalúan el efecto de la naltrexona en la dependencia de la cocaína son muy heterogéneos, con diferentes comparaciones en poblaciones con varias características. En estos estudios no se ha podido observar un efecto significativo de este fármaco.

#### Formulación de la recomendación

**Recomendación** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de **débil** naltrexona para reducir el consumo.

### 3.8. Vacunas

En los últimos años se ha propuesto la formulación de una vacuna para estimular en el sistema inmunitario la formación de unos anticuerpos muy específicos que, al unirse a la cocaína, no le permiten traspasar la barrera hematoencefálica, lo cual anula posibilidad de los efectos euforizantes de la sustancia (Kampman 2008, Karila 2008, Karila 2008b). Aunque los resultados de esta vacuna son prometedores, los estudios disponibles están en fase preclínica y hay que esperar para disponer de estudios amplios que permitan saber cuáles pueden ser los efectos de este abordaje y su comercialización.

En un ensayo clínico de fase I, aleatorizado y doble ciego, se administraron tres dosis distintas de la vacuna TA-CD a 34 pacientes con abuso de cocaína, con una duración de tres meses y un seguimiento de un año a la mitad de los participantes (Kosten 2002). Los valores de anticuerpos fueron concordantes con la dosis de la vacuna recibida y, en términos generales, se toleró correctamente, con algunos casos de movimientos nerviosos o espasmódicos.

*Calidad  
muy baja*

En un ensayo abierto con dosis en escala ascendente del mismo grupo de investigadores en dieciocho pacientes con dependencia de la cocaína (Martell 2005), se observaron mejores valores de anticuerpos en los pacientes que habían recibido 2.000 microgramos de la vacuna en doce semanas (a razón de cinco dosis de 400 microgramos durante este período), que se mantenían después de seis meses de seguimiento. La vacuna con la dosis alta, en comparación con la dosis de 400 microgramos, reducía los efectos euforizantes de la cocaína y consiguió una disminución superior del consumo.

#### Resumen de la literatura

*Calidad  
muy baja* Todavía no se dispone de estudios clínicos suficientes para comprobar el efecto de la vacuna TA-CD. En dos ensayos ha mostrado que mejora el nivel de anticuerpos y se tolera adecuadamente. En un ensayo clínico una dosis de la vacuna de 2.000 microgramos mostró una reducción de los efectos euforizantes de la cocaína, con una pequeña disminución del consumo. No se pueden extraer conclusiones más consistentes hasta que no se disponga de un mayor número de ensayos clínicos con suficiente calidad.

#### Formulación de la recomendación

*Recomendación  
débil* En personas con dependencia a la cocaína no se recomienda el uso de la vacuna TA-CD hasta que no se disponga de suficientes estudios para conocer sus posibles efectos.

### 3.9. Abordaje farmacológico de mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína

Además de los efectos generales del abuso de la cocaína, el consumo durante el embarazo puede tener consecuencias en el curso de la gestación (desprendimiento de la placenta y prematuridad) y en el desarrollo del feto y el neonato (bajo peso en el nacimiento, distintas malformaciones congénitas, infarto cerebral, convulsiones o disminución del perímetro craneal). Una revisión sistemática (Peterson 1995) de 85 estudios observacionales en 3.000 mujeres mostró que, aunque el 11 % consumieron drogas ilícitas durante la gestación, el 43 % de los análisis en las secreciones de los neonatos fueron positivos en drogas. Los estudios tenían limitaciones metodológicas importantes. A pesar de este aspecto, el consumo de drogas durante el embarazo se relacionó con un bajo peso en el nacimiento y un menor perímetro craneal. En los niños nacidos de estas madres, se describieron temblores, irritabilidad, pánicos, alteraciones alimenticias y en el patrón del sueño.

Una serie de cohortes (Singer 2004) evaluaron el desarrollo intelectual de los neonatos nacidos de madres que referían consumo de drogas durante la gestación. Se relacionó el consumo de cocaína con una disminución del rendimiento en los análisis del lenguaje y de la comprensión auditiva. Las alteraciones se observaron en el primer y segundo año pero no a los cuatro años.

Aun así, otros estudios no han relacionado el consumo de cocaína durante el embarazo con alteraciones prenatales o postnatales de una manera tan clara. Una revisión sistemática con metanálisis solo encontró una relación del consumo de cocaína durante la gestación con el desprendimiento de la placenta o la ruptura prematura de membranas (Addis 2001). De manera similar, otra revisión no encontró una relación entre el consumo de cocaína y la mayoría de los exámenes de desarrollo neuropsicológico en niños (Frank 2001).

Por razones éticas, no se han podido llevar a cabo ensayos clínicos sobre la eficacia de las distintas opciones farmacológicas para la deshabitación del consumo de cocaína u otras drogas en mujeres embarazadas. Por la misma razón, no se espera que se hagan en el futuro. Por lo tanto, la evidencia sobre la eficacia y la seguridad de estas intervenciones es indirecta y debe ser extrapolada de los estudios de la población general. Además, la mayoría de los fármacos para el tratamiento de la dependencia de la cocaína pueden también ser causa de alteraciones en el curso del embarazo o de malformaciones fetales en un menor o mayor grado.

Las benzodiazepinas, administradas durante un período limitado de tiempo, se han usado para tratar los síntomas derivados de la intoxicación por cocaína. En las principales clasificaciones de los fármacos según su potencial teratogénico —la americana (FDA) y la australiana (ADEC)— las benzodiazepinas se han relacionado con malformaciones o efectos adversos fetales en estudios en humanos o con potencial para causar estos efectos según estudios en animales. Aun así, el uso en mujeres embarazadas es posible si los beneficios que se esperan se prevén superiores al riesgo potencial para el feto o el neonato.

Calidad  
baja

El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

### Resumen de la literatura

*Calidad baja* El consumo de cocaína durante el embarazo puede causar problemas obstétricos, malformaciones en el feto y trastornos del desarrollo cognitivo del neonato.

*Calidad baja* La eficacia de las diferentes intervenciones farmacológicas para reducir el consumo de cocaína durante el embarazo se desconoce y hay que referirse a la evidencia en la población general.

*Calidad baja* Las benzodiazepinas, como tratamiento de los síntomas derivados de la intoxicación por cocaína, se han relacionado con diversas malformaciones o efectos adversos en el feto.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de fármacos con el objetivo de reducir el consumo.

*Recomendación débil* En el caso de síntomas de intoxicación por cocaína en mujeres embarazadas, se puede administrar un tratamiento con benzodiazepinas durante un período limitado de tiempo.

- ✓ Se recomienda que en las mujeres embarazadas se coordine la atención de su dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.
- ✓ En el caso de las mujeres que reciban atención para el tratamiento de su adicción, habría que considerar el abordaje psicológico intensivo tanto a nivel individual como grupal, y enfocarlo a su situación familiar y social.

### 3.10. Abordaje de pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína

El tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos (fundamentalmente con metadona o buprenorfina) es el tratamiento de elección para el manejo de la dependencia de opiáceos. El consumo de cocaína en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) es grave por su alta prevalencia y la gravedad que eso comporta (Órgano Técnico de Drogodependencias 2005). Es muy importante concentrar esfuerzos en el consumo de cocaína en los pacientes que reciben TMM, sobre todo en aquellos que inician los programas, ya que se ha mostrado como una de las variables de peor pronóstico que inciden en el tratamiento de sustitución de opiáceos, no solo en cuanto al consumo de opiáceos, sino también en cuanto a las prácticas de riesgo o a la delincuencia (Bovasso 2003, Williamson 2006a, Williamson 2006b, Williamson 2007).

Además de intensificar los controles con análisis de orina para identificar el consumo de cocaína en los pacientes que reciben TMM, habría que asegurar que el TMM se hace con las dosis de metadona adecuadas para que el posible consumo de cocaína no interfiera en el resultado. Se ha identificado una revisión sistemática Cochrane (Faggiano 2003) que muestra que las dosis entre 60 y 100 mg diarios son más beneficiosas que las dosis más bajas para reducir el consumo de cocaína durante el tratamiento. Las dosis más bajas se asocian con un aumento del riesgo de que el consumo de cocaína aumente.

*Calidad moderada*

La revisión incluyó tres estudios que evalúan el efecto de diferentes dosis de metadona sobre el consumo de cocaína. Los resultados de un primer ensayo doble ciego en 144 pacientes con dependencia de opiáceos (Kosten 1993) mostraron un número superior de consumidores, aunque no significativo, entre los pacientes que recibían dosis de 65 mg diarios comparados con los que recibían dosis de 33 mg diarios [69 pacientes; DM consumo semanal autodeclarado: 0,80 (de 0,88 a 2,48)]. El pequeño número de pacientes considerados en este ensayo puede hacer que los resultados puedan deberse al azar.

Dos ensayos clínicos doble ciego posteriores midieron el número de pacientes que se mantenían abstinentes durante más de tres semanas (Johnson 2000; Schottenfeld 1997) mostraron más abstinencia entre los pacientes con una dosis superior de metadona [168 pacientes; RR = 1,81 (de 1,15 a 2,85)].

Otra revisión Cochrane no mostró diferencias entre la metadona y la buprenorfina en la reducción del consumo de cocaína en pacientes que reciben un tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos (Mattick 2008).

*Calidad baja*

Estos resultados se han confirmado en una revisión sistemática reciente (Castells 2009), que incluyó 37 ensayos clínicos que mostraron que en el TMM las dosis más altas son más eficaces que las más bajas para conseguir una reducción mantenida del consumo de la heroína [5 ensayos, 456 pacientes; RR = 2,24 (de 1,54 a 3,24)], pero sin ningún impacto sobre el consumo de cocaína [RR = 1,22 (de 0,85 a 1,75)]. En pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, la metadona consigue más porcentaje de pacientes abstinentes que la buprenorfina, tanto en cuanto al consumo de cocaína [5 ensayos, 329 pacientes; RR = 1,63 (de 1,20 a 2,22)] como al de heroína [RR = 1,39 (de 1,00 a 1,93)].

Este efecto sobre la abstinencia en el consumo se vio reforzado cuando el TMM iba acompañado de un agonista dopaminérgico indirecto [5 ensayos, 105 pacientes; RR = 1,44 (de 1,05 a 1,98)], o cuando se reforzaba el programa de TMM con un programa de contingencias [4 ensayos, 263 pacientes; RR = 3,11 (de 1,80 a 5,35)].

Por otro lado, no se ha identificado ningún tratamiento farmacológico eficaz para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y de la cocaína (Órgano Técnico de Drogodependencias 2005). Habría que plantear un tratamiento que combine las intervenciones que se consideren más adecuadas para el tratamiento de cada paciente, teniendo muy en cuenta que los fármacos no deben interactuar con la metadona.

El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

### Resumen de la literatura

*Calidad moderada* En pacientes que reciben un tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos es muy importante concentrar esfuerzos en el consumo de cocaína, ya que su consumo es una de las variables de peor pronóstico para los resultados del tratamiento de sustitución de opiáceos.

*Calidad moderada* Se deberían intensificar los controles con análisis de orina para identificar el consumo de cocaína en los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y se debería ajustar la dosis del tratamiento de sustitución para que el posible consumo de cocaína no interfiera en el resultado. Las dosis de metadona entre los 60 y los 100 mg diarios son más beneficiosas que las dosis más bajas para reducir el consumo de cocaína durante el tratamiento.

*Calidad baja* Aunque no se conoce ningún tratamiento farmacológico eficaz para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y de la cocaína, si se plantea un abordaje farmacológico, hay que considerar especialmente posibles interacciones con la metadona.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación fuerte* En pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína, se recomienda intensificar los controles para detectar el consumo de cocaína y, si la dosis de metadona fuera baja, aumentarla para que el consumo no interfiera en el curso del tratamiento de mantenimiento.

*Recomendación fuerte* En pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína, si se plantea un tratamiento farmacológico para reducir el consumo de cocaína, hay que evitar fármacos que interaccionen con la metadona.

- ✓ En pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se recomienda facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico.
- ✓ Adicionalmente, a los pacientes que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se les debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.

## 4. ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO Y PSICOEDUCATIVO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

### Preguntas que hay que responder

- ¿Los programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La intervención en prevención de recaídas es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La entrevista motivacional es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La exposición a estímulos inductores al deseo de consumir es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La psicoterapia de enfoque dinámico y psicoanalítico es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿Las intervenciones de autoayuda son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Se han identificado varias revisiones sistemáticas sobre los efectos de las técnicas de intervención psicológicas, psicoterapéuticas y psicoeducativas, principalmente con un enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la dependencia de la cocaína u otras sustancias. La mayoría de intervenciones recogidas en estas revisiones se centran en propuestas terapéuticas derivadas de la terapia cognitivo-conductual.

Este amplio número se justifica por la heterogeneidad en la definición de las técnicas evaluadas, que se encabalgan en las revisiones sobre técnicas más concretas como el caso del abordaje conductual del refuerzo comunitario (Roozen 2004) o el manejo de contingencias (Prendergast 2006, Stitzer 2006) y su variante con entrega de vales

(Lussier 2006). Las revisiones con un enfoque más amplio ofrecen una perspectiva más amplia sobre el tema (Knapp 2007, Shearer 2007, Trujols 2007, Dutra 2008).

Todas estas revisiones sistemáticas son de muy buena calidad y simplemente se diferencian en las fechas de búsqueda [las más recientes, del año 2006 (Knapp 2007, Shearer 2007)], y en su enfoque más global o concreto, como ya se ha comentado más arriba.

El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

#### 4.1. Refuerzo comunitario y manejo de contingencias

Un metanálisis en una revisión sistemática sobre programas de manejo de contingencias en los pacientes con abuso de sustancias (Prendergast 2006) estima que los programas reducen el consumo de cocaína en un 22 % en comparación con los grupos de control [8 estudios; DM = 0,66 (de 0,44 a 0,87)]. El análisis combinado en otra revisión sistemática reciente (Dutra 2008) muestra unos resultados muy similares sin llegar a la significación estadística [9 estudios; DM = 0,62 (de 0,16 a 1,08)]. Aun así, los estudios considerados evalúan programas muy diferentes entre sí y se comparan con distintas intervenciones, hecho que condiciona su interpretación. Por este motivo es más adecuado comentar los resultados observados en los principales estudios originales.

Las revisiones sistemáticas que han evaluado estas técnicas se basan en los trabajos del grupo de Higgins que desarrollaron los primeros ensayos clínicos sobre el tema (Higgins 1993, Higgins 1994, Higgins 2000). En estos estudios el enfoque de refuerzo comunitario siempre se ha combinado con la administración de reforzadores contingentes en los análisis negativos de orina, hecho que no permite sacar conclusiones sobre los efectos de los programas de refuerzo comunitario aplicados aisladamente (Roozen 2004), aunque sería un planteamiento excesivamente reduccionista pensar en programas de intervención que no integren distintas técnicas.

El enfoque de refuerzo comunitario con manejo de contingencias se comparó con un abordaje de asesoramiento psicológico estándar en un primer ensayo clínico ciego simple en 38 pacientes con dependencia de la cocaína de 24 semanas de duración (Higgins 1993). En la tabla 1 se describe brevemente con más detalle el programa, cuyo manual está publicado por la NIDA (Budney 1998).

En este estudio los pacientes del programa de refuerzo abandonaron menos el tratamiento [el 58 % contra el 11 %; RR = 0,47 (de 0,27 a 0,82)] y aumentaron la abstinencia a las 8 y a las 16 semanas [RR = 0,61 (de 0,41 a 0,91)].

Calidad  
moderada

**Refuerzo comunitario y manejo de contingencias reforzado con intercambio de vales**

En un segundo ensayo clínico ciego simple de 24 semanas de duración se incorporó a 40 pacientes con dependencia de la cocaína en un programa de refuerzo comunitario con manejo de contingencias o sin él (Higgins 1994). Los participantes del grupo de manejo de contingencias recibían vales de manera contingente a los análisis negativos de orina. En este estudio los abandonos fueron muy inferiores en el grupo que recibió manejo de contingencias [75 % contra 40 %; RR = 0,46 (de 0,22 a 0,97)] y se consiguió una abstinencia mantenida de hasta cinco semanas superior [DM = 5,70 (de 4,60 a 6,80)]. Este efecto en la abstinencia se mantenía en un estudio con un año de seguimiento (Higgins 2000).

Esta técnica que añade incentivos en forma de cupones canjeables en un programa de manejo de contingencias ha sido evaluado muy recientemente en España en un ensayo clínico de doce semanas en 43 pacientes con dependencia de la cocaína (Secades-Villa 2007, Secades-Villa 2008). Este grupo de trabajo evaluó el mismo modelo de los ensayos de Higgins y los comparó con pacientes que estaban dentro del Proyecto Hombre. La diferencia principal con el modelo original es que los participantes en el programa de refuerzo comunitario asistían a sesiones grupales en lugar de individuales, para poder abaratar los costes atribuidos a estos programas. El ensayo no mostró diferencias en la retención de los participantes en el programa, aunque los autores afirman que durante la asignación de los participantes las pérdidas eran superiores en el grupo de refuerzo comunitario. Tampoco se observaron diferencias significativas en el número de participantes abstinentes al final del estudio [57 % contra 39 %; RR = 0,66 (de 0,33 a 1,31)], aunque se observó una tendencia a las ocho semanas (71 % contra 45 %;  $p = 0,06$ ). Estos resultados pueden explicarse por el reducido número de participantes en el estudio. La duración media de la abstinencia fue superior en el programa de refuerzo comunitario (10,5 semanas contra 7,8 semanas;  $p = 0,01$ ).

El análisis conjunto de los cuatro ensayos (221 pacientes) que han evaluado este enfoque de refuerzo comunitario y manejo de contingencias muestran una reducción del consumo de cocaína, que se mantiene cuando se añaden sistemas de intercambio de vales [RR = 0,61 (de 0,44 a 0,84)].

Esta reducción en el consumo de cocaína también se observó en dos ensayos clínicos sin enmascaramiento en pacientes que recibían un tratamiento de mantenimiento con metadona (Silverman 1996, Silverman 1998), en los que los pacientes (47 en total) que recibían los vales de forma contingente en los análisis de orina se mantenían abstinentes durante al menos cinco semanas en el doble de casos que los pacientes que solo estaban en un programa de refuerzo comunitario [2 estudios; RR = 0,51 (de 0,36 a 0,71)].

Finalmente, un ensayo clínico de calidad en la comunidad ofreció un programa de contingencias con incentivos acumulables y lo comparó con una terapia psicológica estándar en 415 pacientes con dependencia de la cocaína y metanfetamina reclutados en ocho clínicas ambulatorias (Petry 2005). En este estudio los participantes en el programa de contingencias se mantuvieron en tratamiento durante más tiempo [DM = 1,10 semanas (de 0,27 a 1,93)] y aportaron más análisis negativos [RR = 0,85 (de 0,80 a 0,92)].

Un programa de contingencias con entrega de vales también ha mostrado una reducción del consumo de cocaína cuando ha sido comparado con un programa de terapia cognitivo-conductual [RR = 1,66 (de 1,11 a 2,47)] en un ensayo clínico abierto con 177 pacientes (Rawson 2006).

Otra revisión sistemática reciente (Lussier 2006) ha metanalizado estos estudios y ha mostrado un efecto moderado en la reducción del consumo de cocaína favorable a los programas de incentivos equivalente a una diferencia absoluta entre tratamientos del 35 % [12 estudios; DM = 0,35 (de 0,27 a 0,43)], y un efecto pequeño en los estudios que incluyen pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos [5 estudios; DM = 0,21 (de 0,05 a 0,36)]. En este metanálisis los factores que tenían más influencia sobre la dimensión del efecto eran la inmediatez con la que se obtenían los cupones y el valor del cupón por día, aunque en menor medida. Este hecho se ha confirmado en un ensayo clínico reciente que ha comparado dos programas de refuerzo comunitario con cupones de distinto valor en 100 participantes, que muestra que incrementar el valor de los cupones en la primera fase del tratamiento favorece el tiempo de abstinencia continuada durante el tratamiento y es un buen predictor de la disminución total del consumo a largo plazo (Higgins 2007).

Estos resultados se deberían confirmar en ensayos con una muestra más amplia que permitan validar estos programas en un contexto local de forma similar al ensayo español comentado (Secades-Villa 2007, Secades-Villa 2008).

En ocho estudios se valoró el uso de drogas. No hubo diferencias entre la intervención de manejo de contingencias y el tratamiento habitual en cinco de los estudios, incluido el desarrollado en mujeres con adicción solo a la cocaína.

### **Refuerzo comunitario y manejo de contingencias en mujeres embarazadas**

Una revisión sistemática sobre los efectos de las técnicas de intervención psicológicas en el programa de tratamiento de dependencia de drogas en mujeres embarazadas (Terplan 2007) incluyó estudios dónde se evaluaban modalidades de programas de refuerzo de contingencias, entre los cuales sólo uno incorporaba únicamente mujeres con dependencia de cocaína (Elk 1998).

La revisión incluía nueve ensayos clínicos abiertos, con un total de 546 participantes. Tres estudios incluyeron mujeres en el segundo trimestre de gestación, un estudio de mujeres en el primer trimestre y el resto no se especifica la edad gestacional.

Dos trabajos valoraron resultados obstétricos. En el estudio de mujeres con dependencia de cocaína (Elk 1998), que incluyeron tan sólo doce participantes, cuatro de las seis mujeres en el tratamiento habitual experimentaron un parto pre-termino (antes de las 37 semanas) y ninguna de las seis mujeres del programa de manejo de contingencias [RR = 1,25 (de 0,64 a 2,44)]. El estudio no indicó diferencias en la estancia hospitalaria de los bebés entre los dos grupos. El seguimiento de las visitas prenatales fue superior en mujeres del programa de manejo de contingencias que no en el tratamiento habitual.

*Calidad  
baja*

En ocho estudios se valoró el uso de drogas. No hubieron diferencias entre la intervención de manejo de contingencias y el tratamiento habitual en cinco de los estudios, incluyendo el desarrollado en mujeres con adicción sólo a la cocaína.

**Tabla 1. Refuerzo comunitario y manejo de contingencias**

(Higgins 1993, Higgins 1994, Secades-Villa 2007)

<b>Refuerzo comunitario (Higgins 1993, Higgins 1994)</b>
Dos sesiones semanales de una hora en las doce primeras semanas del estudio y una sesión semanal en las doce posteriores. Las sesiones implicaban a una persona no consumidora cercana al paciente para educarlos en la negociación de cambios positivos. También se identificaban situaciones pasadas que se relacionaran con las consecuencias del consumo, para facilitar alternativas. Las sesiones se completaban con un asesoramiento psicosocial (ocupacional, legal, financiero) y con la identificación de actividad de ocio para reforzar la consolidación de un estilo de vida alejado del consumo.
<b>Manejo de contingencias (Higgins 1994, Secades-Villa 2007)</b>
Los pacientes recibían unos cupones en función del número de controles de orina negativos obtenidos. Estos cupones eran acumulables y no tenían un valor monetario, sino que se podían intercambiar por recompensas equivalentes a su valor. En el caso del estudio español, los cupones se podían canjear por bienes o servicios en grandes superficies, supermercados, cines o transporte público. En el grupo que solo recibía refuerzo comunitario se entregaba una tarjeta en la que se registraban los análisis de orina negativos, pero sin ningún valor.

### Resumen de la literatura

*Calidad moderada*

Los estudios que evalúan programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias suelen añadir incentivos para favorecer la abstinencia en forma de vales canjeables y son bastante diferentes entre sí en cuanto a las comparaciones que se establecen y las características de sus participantes.

*Calidad moderada*

A pesar de la heterogeneidad de los estudios disponibles, estos programas han mostrado un beneficio, ya que han favorecido la duración de la abstinencia y han reducido en algunos el consumo de cocaína. El valor de los vales contingentes y su inmediatez parece que son factores que influyen en el efecto de estos programas.

*Calidad baja*

Las barreras principales para implantar estos programas pueden ser la necesidad de recursos para llevarlos a cabo y la necesidad de entrenamiento de los profesionales de la salud que intervienen. La experiencia de

un grupo de investigadores españoles, en la que se ha aplicado una modalidad grupal del programa y se ha buscado financiación en una amplia red social, hace viable la implantación y evaluación de estos programas para evaluar los resultados a escala local.

Además, los resultados de estos estudios solo serían generalizables si se buscan refuerzos válidos para cada tipo de paciente.

*Calidad baja* El manejo de contingencias basado en la utilización de incentivos puede reducir el consumo durante la intervención en mujeres embarazadas con adicción a la cocaína. Estos resultados deberían contrastarse con futuros estudios.

### Formulación de la recomendación

**Recomendación fuerte** Se recomienda que los pacientes con dependencia de la cocaína puedan entrar en programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias.

**Recomendación débil** En mujeres embarazadas con dependencia de la cocaína se sugiere incorporarlas en programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias, al menos hasta el momento del parto.

- ✓ Se recomienda incluir a los adolescentes con dependencia de la cocaína en el Programa de atención a adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.
- ✓ Se recomienda que el Programa de atención a adolescentes incluya un enfoque familiar.

## 4.2. Intervención en la prevención de recaídas

La prevención de recaídas se centra en la identificación de estímulos facilitadores del consumo de cocaína para desarrollar estrategias de afrontamiento que fomenten tanto la abstinencia del consumo como el mantenimiento a partir de una modificación del estilo de vida. Se basa en el abordaje psicoeducativo del grupo de Marlatt y Gordon (Marlatt 1985) y ha sido evaluado en pacientes con dependencia de la cocaína en tres ensayos clínicos (Carroll 1991, Carroll 1994, Wells 1994) recogidos en tres revisiones sistemáticas (Irvin 1999, Knapp 2007, Trujols 2007). La tabla 2 describe las características principales de este programa.

En un primer ensayo clínico ciego simple de doce semanas de duración (Carroll 1991) se comparó la prevención de recaídas con una psicoterapia interpersonal de enfoque analítico en 42 pacientes con dependencia de la cocaína. Aunque no se observaron diferencias significativas, los participantes en el programa de prevención de recaídas tenían una tasa menor de abandono [28 % contra 48 %; RR = 0,54 (de 0,27 a 1,08)] y más probabilidades de mantenerse abstinentes durante tres semanas [57 % contra 33 %;

*Calidad baja*

RR = 0,64 (de 0,36 a 1,15)]. La probabilidad de mantenerse abstinentes fue superior en los participantes del programa que tenían unos niveles más graves de adicción (medidos con la escala ASI) o psicopatológicos (57 % contra 9 %). Estos mismos resultados se observaron en un ensayo doble ciego con un año de seguimiento posterior (Carroll 1994), en el que se comparó la prevención de recaídas con un seguimiento psicológico estándar. Aunque las diferencias entre los grupos no fueron significativas, la reducción en el consumo se mantuvo a largo plazo.

Otros estudios no han mostrado una superioridad del programa de prevención de recaídas al compararlo con un programa con enfoque de doce pasos (Wells 1994).

En dos ensayos clínicos se ha comparado la combinación de un programa de prevención de recaídas con naltrexona en pacientes con dependencia de la cocaína (Schmitz 2001) o de la cocaína y el alcohol (Schmitz 2004). Los dos ensayos que combinaron naltrexona y un programa de prevención de recaídas también evidenciaron resultados contrapuestos. En uno de los estudios se observó una reducción del uso de la cocaína a lo largo del estudio en el grupo de pacientes que recibía naltrexona (Schmitz 2001), mientras que en el segundo estudio con pacientes que tenían una dependencia de la cocaína y alcohol los resultados fueron mejores en el grupo de pacientes del programa de prevención de recaídas (Schmitz 2004).

**Tabla 2. Programa de prevención de recaídas (Carroll 1991)**

<b>Fases de la técnica</b>
Las intervenciones del programa se deben presentar gradualmente, según la situación de cada paciente, para adaptar en la forma y el tiempo las diferentes intervenciones. Se dirigen los esfuerzos a consolidar el compromiso y la motivación de cara a la abstinencia, para pasar gradualmente a trabajar con técnicas que la faciliten a través de estrategias de afrontamiento de situaciones. Después de un período de estabilidad se trabaja en la modificación del estilo de vida para consolidar la abstinencia.
<b>Aspectos del tratamiento</b>
Abordaje de la ambivalencia, reducción de la disponibilidad de cocaína, afrontamiento de situaciones de riesgo, identificación de estímulos condicionados, toma de decisiones, modificación del estilo de vida.

### Resumen de la literatura

*Calidad baja* La intervención en la prevención de recaídas no ha mostrado un efecto relevante en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Cuando se ha comparado con un programa con enfoque de doce pasos y con una terapia de orientación dinámica no se han mostrado diferencias significativas ni en la tasa de abandono ni en la abstinencia.

---

*Calidad baja* Aun así, en uno de los estudios que han evaluado esta técnica se observaron resultados beneficiosos en un grupo muy seleccionado de pacientes. En pacientes con grados de adicción o psicopatológicos graves, la intervención en la prevención de recaídas mostró una mejor tasa de abstinencia. Este hecho debería comprobarse con nuevos estudios diseñados para contrastar concretamente esta hipótesis.

---

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda la intervención en prevención de recaídas para reducir el consumo, aunque grupos muy seleccionados de pacientes se podrían beneficiar para mejorar la abstinencia con grados psicopatológicos o de adicción graves.

---

#### 4.3. Entrevista motivacional

Esta técnica parte del supuesto de que la ambivalencia ante el cambio de conducta que lleva a la dependencia es uno de los principales factores del fracaso de un tratamiento, y por lo tanto se basa en facilitar la disposición y la motivación de cara al cambio a partir de un enfoque rogeriano de comunicación directiva, centrado en el paciente y no confrontativo (Miller 2002). La tabla 3 resume los principios básicos de la entrevista motivacional.

En un metanálisis (Burke 2003), aunque esta técnica ha mostrado beneficios claros en el tratamiento de la dependencia del alcohol, los resultados con otras sustancias psicoactivas son mucho menos relevantes. Esto puede deberse a las diferencias que hay entre los estudios en cuanto al diseño, los participantes que incluyen y las diversas formas de entrevista que aplican. Estas diferencias se hacen evidentes en los seis ensayos clínicos identificados en pacientes con dependencia de la cocaína (Stotts 2001, Miller 2003, Rohsenow 2004, Bernstein 2005, Marsden 2006, McKee 2007). En un primer ensayo clínico (Stotts 2001), se aleatorizaron 105 pacientes con dependencia de la cocaína que recibían tratamiento de desintoxicación en una clínica de un hospital universitario, en un programa de entrevista motivacional en dos sesiones o bien en un grupo de desintoxicación estándar. Solo terminaron el programa 52 de los pacientes que habían iniciado el estudio y hasta el 60 % lo abandonaron, lo cual pone en duda la validez de los resultados. Los pacientes del grupo de la entrevista motivacional aportaron un menor número de analíticas positivas durante el estudio respecto a los pacientes en desintoxicación (18 % contra 36 %;  $p < 0,05$ ). Miller 2003 comparó una sesión de dos horas de entrevista motivacional con tratamiento psicológico de apoyo estándar en 208 pacientes ambulatorios y hospitalizados la mitad de los cuales consumía cocaína. El seguimiento de estos pacientes fue alto (hasta el 79 % después de un año), pero no hubo variaciones entre los grupos, ni se mostraron diferencias en el uso de cocaína a lo largo del tratamiento.

*Calidad baja*

En un ensayo clínico en 149 pacientes que recibían tratamiento ambulatorio en un centro que aplicaba un programa con enfoque de doce pasos, dos sesiones de entrevista motivacional solo redujeron el consumo de cocaína y alcohol en los pacientes con un menor nivel de motivación en la entrada del estudio, mientras que en los pacientes más motivados el consumo se incrementó (Rohsenow 2004).

En un ensayo clínico comunitario (Bernstein 2005) se evaluó el efecto de una entrevista motivacional breve llevada a cabo por personas que habían superado una adicción para mejorar el compromiso de abandonar el consumo en 1.175 pacientes con dependencia de opiáceos o cocaína. Aunque solo se evaluaron los resultados del 65 % de los participantes que habían iniciado el estudio, los pacientes que habían hecho la entrevista motivacional tuvieron una tasa de abstinencia a los seis meses más alta que los pacientes que solo habían recibido información sobre las posibilidades terapéuticas (22,3 % contra 16,9 %;  $p = 0,045$ ). Los resultados de este estudio combinados con los de otro ensayo clínico de características similares (Marsden 2006) muestran un efecto favorable de la entrevista motivacional para reducir la abstinencia de la cocaína [2 ensayos; RR = 1,24 (de 1,04 a 1,49)]. En este ensayo se compararon sesiones de entrevista motivacional seguidas de sesiones de apoyo psicosocial con un programa de apoyo psicológico estándar en 342 jóvenes con dependencia de estimulantes.

Finalmente, en un ensayo clínico reciente (McKee 2007) 74 pacientes con dependencia de la cocaína se aleatorizaron en un grupo que recibía terapia cognitivo-conductual o en un grupo que además hacía tres sesiones de entrevista motivacional de una hora. No hubo diferencias en el seguimiento de los programas que fueron completados por el 60 % de los pacientes y, aunque disminuyó la frecuencia y la cantidad de uso de cocaína, no hubo ninguna diferencia entre los grupos, con una tasa de análisis de orina positivos muy similar en el seguimiento a las 16 semanas (56 % en el grupo de la entrevista motivacional contra 58% en el grupo de terapia cognitivo-conductual). La falta de consistencia en el diseño, la inclusión y los resultados de los estudios no hacen pensar que la entrevista motivacional pueda favorecer a los pacientes con dependencia de la cocaína.

### Taula 3. Entrevista motivacional (Miller 2002)

<b>Fundamento</b>
La entrevista está enfocada a identificar y trabajar la ambivalencia ante el consumo de una sustancia para facilitar la progresión hacia la motivación por el cambio.
<b>Principios básicos</b>
Expresión de la empatía mediante técnicas como la escucha reflexiva, el desarrollo de discrepancias entre la autoimagen como dependiente frente a otras situaciones más favorables no relacionadas con el consumo, evitar la confrontación o la discusión, fomentar la autoeficacia o la percepción de habilidad para el cambio..

## Resumen de la literatura

*Calidad baja* Las diferentes modalidades de entrevista motivacional que se han evaluado hasta el momento no permiten sacar conclusiones firmes sobre los efectos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Los estudios en los que los participantes en grupos de entrevista motivacional han mostrado una mejora en la abstinencia o han reducido el consumo de cocaína tienen algunas limitaciones metodológicas y son muy diferentes entre sí. Por otro lado, habría que confirmar el hecho observado en algún estudio que muestra que, en los pacientes con un mejor nivel de motivación, la entrevista producía el efecto contrario: se aumentaba el consumo de cocaína.

*Calidad baja* El hecho de que en los estudios la entrevista motivacional a menudo se haya aplicado conjuntamente con otras intervenciones dificulta la interpretación de que el efecto sea atribuible a la entrevista y no a otros factores.

## Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas amb dependència de la cocaïna no es recomana una intervenció amb entrevista motivacional per reduir-ne el consum.

## 4.4. Terapia cognitivo-conductual

Este enfoque psicoterapéutico fue ideado para el tratamiento de la depresión pero se ha adaptado a multitud de problemas de salud mental, entre los que se encuentra la dependencia de sustancias (Beck 1993). En la tabla 4 se describen las principales características, que se pueden ampliar en un manual publicado por el NIDA (Carroll 1998).

Se han identificado varios ensayos clínicos que evalúan el efecto de diferentes variantes de terapia cognitivo-conductual (Monti 1997, Maude-Griffin 1998, Crits-Christoph 1999, Rawson 2002) sin que se haya podido observar un efecto claro de que la haga superior a otros tipos de terapia psicológica, aunque algunos autores han destacado el efecto perdurable en el tiempo y protector contra recaídas (Gowing 2001).

En un ensayo clínico ciego simple (Monti 1997) se aleatorizó a 128 pacientes con dependencia de la cocaína en un grupo que recibía entrenamiento en conductas de afrontamiento o en un grupo placebo, que recibía las mismas horas de terapia manualizada pero de relajación y meditación. El entrenamiento en conductas de afrontamiento se desarrolló en ocho sesiones individuales de una hora a razón de entre tres y cinco sesiones semanales. El 70 % de los pacientes completó el estudio, que tuvo un seguimiento de tres meses. No se mostraron diferencias significativas entre los grupos en la abstinencia [55 % en ambos grupos; RR = 0,98 (de 0,72 a 1,34), pero los pacientes del grupo de habilidades de afrontamiento mostró una pequeña reducción de los días de consumo.

*Calidad baja*

En otro ensayo clínico abierto (Maude-Griffin 1998) se aleatorizó a 128 pacientes con dependencia de crack en un programa de terapia cognitivo-conductual o en un programa con enfoque de doce pasos. La característica principal del estudio fue que los participantes tenían un alto riesgo de exclusión social (75 % sin techo, 84 % sin trabajo, 82 % con enfermedad mental). Los participantes recibían tres sesiones de psicoterapia grupal y una individual manualizada durante doce semanas, y se les animaba a asistir a unos grupos de autoayuda. El tratamiento con un enfoque de doce pasos se basaba en sesiones de cocainómanos anónimos. Solo el 13 % de los participantes asistieron al 75 % de las sesiones. No se observaron diferencias en el número de pacientes que conseguía cuatro semanas consecutivas de abstinencia entre los grupos [44 % en el grupo de psicoterapia contra 32 % en el del enfoque de los doce pasos; RR = 0,82 (de 0,62 a 1,08)]. Lo que reveló el estudio fue la importancia de dar un tratamiento individualizado: los pacientes que tenían un alto grado de cognición se beneficiaban más de la terapia cognitivo-conductual, mientras que los que tenían un nivel de cognición bajo lo hacían del enfoque de los doce pasos. Este hecho se observó de una manera exacta entre los pacientes con pocas creencias religiosas (que se beneficiaban de la terapia cognitivo-conductual) y los pacientes con fuertes convicciones (que lo hacían del enfoque de los doce pasos).

El NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999) es uno de los estudios principales que evaluaron los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la dependencia de la cocaína. En este estudio se aleatorizó a 487 pacientes con dependencia de la cocaína.

Los pacientes podían recibir uno de los tratamientos siguientes, todos manualizados: una combinación de sesiones individuales y grupales con un enfoque de los doce pasos, sesiones de terapia cognitiva basada en la teoría del aprendizaje social y grupos de asesoramiento, psicoterapia expresiva de enfoque psicoanalítico, y un grupo sirvió de control de asesoramiento psicológico grupal estándar. El tratamiento tuvo una duración de seis meses, seguidos de tres meses de refuerzo. La psicoterapia individual se desarrollaba en sesiones semanales de una hora de duración y la grupal en sesiones semanales de una hora y media durante los seis meses de tratamiento activo. Se utilizó una variable de resultado compuesta a partir de las muestras de orina positivas, las respuestas al cuestionario ASI o el registro de uso semanal de cocaína. Los participantes fueron reclutados por diferentes vías y se inició un período de 14 días con 870 pacientes en los que estos tenían que mostrar la motivación de cara al tratamiento, motivo por el que solo la mitad (487) fueron aleatorizados en alguno de los grupos de estudio, y ello puede suponer un sesgo de selección.

Los resultados del estudio fueron contradictorios, ya que los participantes que habían recibido terapia cognitiva mostraron un menor número, aunque no significativo, de abandonos del tratamiento al final de la fase activa de tratamiento (seis meses), comparados con los pacientes del grupo de control o los del enfoque de doce pasos [66 % en el grupo de psicoterapia contra 77 % en los controles; RR = 0,98 (de 0,78 a 1,21)]. En cambio, los pacientes del programa del enfoque de doce pasos mostraron un

uso inferior de cocaína a los doce meses de seguimiento (40 % en el grupo de los doce pasos, 46 % en los grupos de terapia cognitiva y control y 48 % en el grupo de terapia expresiva). Se atribuyó el éxito de la terapia con enfoque de los doce pasos al hecho de estar orientada a la abstinencia y a un entrenamiento superior de los terapeutas de este grupo, que se tradujo en un tratamiento más intensivo. El hecho de que en la fase previa a la aleatorización se utilizara un modelo de los doce pasos también habría influido como elemento aditivo de la terapia antes de que los pacientes iniciaran la terapia activa.

La terapia cognitivo-conductual se comparó con un programa de manejo de contingencias en un ensayo clínico de 108 pacientes con dependencia de la cocaína que recibían un tratamiento de mantenimiento con metadona (Rawson 2002). La terapia cognitivo-conductual consistió en 48 sesiones grupales de una hora y media de duración distribuidas en dieciséis semanas. El consumo de cocaína fue similar entre los grupos tanto al final del tratamiento [70 % en la terapia cognitiva contra 40 % en el manejo de contingencias; RR = 1,49 (de 0,87 a 2,57)] como al año de seguimiento [39 % en la terapia cognitiva contra 48 % en el manejo de contingencias; RR = 0,82 (de 0,45 a 1,49)].

**Tabla 4. Terapia cognitivo-conductual (Beck 1993, Shearer 2007)**

<b>Fundamento</b>
La dependencia se interpreta como un patrón desadaptativo de conducta y por lo tanto la terapia se centra en la identificación y modificación de patrones de pensamiento desadaptativos (como errores cognitivos, sobregeneralizaciones, catastrofismo o pensamientos derrotistas). En el proceso terapéutico se ayuda a reconocer y entender los problemas relacionados con el consumo de drogas y se ayuda a reestructurar o modificar los pensamientos disfuncionales.
<b>Principios básicos</b>
Exploración de las circunstancias, pensamiento y sentimientos antes y después del consumo (técnica de las cinco columnas); entrenamiento individualizado en habilidades para prevenir recaídas, registro de pensamientos relacionados con drogas, identificación de situaciones de riesgo para la recaída, trabajo con habilidades fuera de la sesión.

**Resumen de la literatura**

*Calidad baja* La psicoterapia con un enfoque cognitivo-conductual no ha mostrado un efecto claro en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

*Calidad baja* Algunos estudios han evidenciado una reducción de los días de consumo y una duración de la abstinencia superior que otros programas, aunque los resultados en la reducción del consumo han sido poco relevantes. En este sentido, estudios como el NIDA Collaborative Cocaine Treatment

Study han mostrado un beneficio ante programas de apoyo estándar, pero se han manifestado inferiores a enfoques dirigidos a la abstinencia como el de los doce pasos. Además, en otros estudios se ha observado como la terapia cognitiva tiene mejores resultados en grupos de pacientes muy concretos con niveles de cognición altos.

---

*Calidad baja* A pesar de los resultados positivos, en algunos de los estudios quedan por aclarar muchos aspectos como el número y el intervalo de sesiones necesarias para observar un efecto, la duración del tratamiento o el formato individual o grupal. Estos aspectos solo se pueden confirmar en el contexto de estudios bien diseñados en un ámbito local, previamente a la implantación de este tipo de intervención.

---

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas con dependencia de la cocaína solo se recomienda la psicoterapia con un enfoque cognitivo-conductual en pacientes con buenos niveles de cognición y cierta motivación por el cambio.

---

#### 4.5. Exposición a estímulos inductores del deseo de consumo

Una de las revisiones de la literatura (Trujols 2007) recoge esta técnica en el marco conductual más clásico de los estímulos condicionados, por lo que se lograría la extinción de consumo a partir de una exposición continuada a estímulos sin posibilitar las conductas que llevan al consumo.

Esta técnica se ha evaluado en un ensayo clínico en 39 pacientes después de una semana de abstinencia (O'Brien 1990). En este ensayo se compararon dos grupos que, además de psicoterapia o asesoramiento (counselling), recibían terapia de extinción con los mismos grupos en los que se sustituía la terapia de extinción con actividades de autoayuda y para dar apoyo a estilos de vida saludable. Todos los grupos se iniciaban con un ingreso de dos semanas seguidas de dos meses de tratamiento ambulatorio. La tabla 5 resume la terapia de extinción. Al final del estudio se observó una disminución casi completa en las respuestas condicionadas y dos meses más tarde los participantes que recibían técnicas de exposición mostraron una retención superior en el tratamiento y más muestras negativas de orina.

Aunque los propios autores de este ensayo han sugerido la utilidad de estas técnicas de extinción, otros autores reclaman estudios con una metodología más consistente y objetiva para medir su respuesta (Modesto-Lowe 1999, Conklin 2002).

*Calidad muy baja*

**Tabla 5. Terapia de exposición** (O'Brien 1990)

<b>Sesiones de exposición</b>
Sesiones con tres intervalos de cinco minutos de estímulos auditivos condicionados al consumo de cocaína, tres intervalos de cinco minutos de estímulos visuales y tres rituales simulados de administración de cocaína. Las sesiones se repitieron hasta un total de nueve exposiciones al estímulo por sesión a lo largo de quince sesiones.
<b>Fases del tratamiento</b>
Ingreso inicial de dos semanas con una sesión de exposición diaria y dos meses de tratamiento ambulatorio con sesiones semanales de exposición.

### Resumen de la literatura

*Calidad muy baja* La metodología utilizada en los estudios que han evaluado técnicas de exposición en el tratamiento de la dependencia de sustancias tiene muchas limitaciones y no permite concluir nada sobre sus efectos.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* No se recomienda la exposición a estímulos inductores del deseo de consumo de cocaína como alternativa de tratamiento.

#### 4.6. Psicoterapia de enfoque dinámico y psicoanalítico

Este enfoque entiende la dependencia como el fruto de las dificultades en las relaciones interpersonales y enfoca la terapia a la exploración de las relaciones pasadas y actuales para discutir sobre relaciones personales, identificar temas relacionales y descubrir cuáles están más conectados con la dependencia.

En tres ensayos se han evaluado tratamientos con esta orientación mediante una terapia de apoyo expresiva (Luborsky 1977) o interpersonal. Aun así, los estudios fueron pequeños y muy diferentes entre sí, con algunas limitaciones metodológicas relacionadas con el seguimiento de los pacientes, por lo que no se pueden sacar conclusiones claras sobre los efectos de la dependencia de la cocaína.

En el apartado de prevención de recaídas se ha comentado un ensayo clínico ciego simple (Carroll 1991) que comparó este programa con una psicoterapia interpersonal en 42 pacientes con dependencia de la cocaína. Aunque no se observaron diferencias significativas, los participantes en el programa de prevención de recaídas tenían una tasa de abandono inferior y más probabilidades de mantenerse abstinentes durante tres semanas.

*Calidad muy baja*

En un ensayo en el que se comparó la terapia de apoyo expresiva con un programa de apoyo estándar, los pacientes en el grupo de terapia redujeron el consumo de cocaína después del estudio (Woody 1995). Aun así, los 84 pacientes del estudio recibían un tratamiento de mantenimiento con metadona y tenían sintomatología psiquiátrica.

Finalmente, en el NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999), uno de los grupos era un programa de terapia de apoyo expresiva. El uso de la cocaína no fue diferente al compararlo con el grupo de control [58 % en ambos grupos; RR = 1,01 (de 0,61 a 1,68)] y fue superior al del grupo del enfoque de los doce pasos [58 % contra 54 %; RR = 1,15 (de 0,70 a 1,91)].

### Resumen de la literatura

*Calidad muy baja* La psicoterapia con un enfoque dinámico no ha mostrado tener un efecto claro en el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Ha mostrado ser inferior a un programa de prevención de recaídas y a un programa con un enfoque de doce pasos cuando se han evaluado los efectos en cuanto a la reducción del consumo.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda la psicoterapia con un enfoque dinámico para reducir el consumo.

#### 4.7. Intervenciones de autoayuda

Aunque los programas de desintoxicación breves no se pueden considerar como un tratamiento aislado y no tienen el apoyo de estudios (Shearer 2007), otros modelos de intervención próximos a enfoques de autoayuda han sido evaluados en ensayos con resultados equívocos.

El principal modelo evaluado ha sido el del enfoque de los doce pasos, que se basa en las intervenciones y objetivos no residenciales similares a los de alcohólicos o narcóticos anónimos, como el apoyo a las personas con dependencia para ayudarlos a aceptar la impotencia ante el consumo, y que las adicciones son enfermedades que no se pueden curar pero se pueden detener. El principal objetivo es el compromiso hacia una vida libre de consumo (Jarvis 2005).

Los cuatro ensayos principales que han evaluado este enfoque se han comentado en apartados anteriores, principalmente porque los programas con este enfoque siempre se han utilizado como control para evaluar otras intervenciones (Higgins 1993, Wells 1994, Maude-Griffin 1998, Crits-Christoph 1999).

*Calidad baja*

En el primer ensayo que evaluó un programa de refuerzo comunitario con manejo de contingencias (Higgins 1993), los pacientes del programa de refuerzo abandonaron el tratamiento menos que los que estaban en el programa con un enfoque de los doce pasos [58 contra 11 %; RR = 0,47 (de 0,27 a 0,82)], y aumentaron la abstinencia en mayor número a las ocho y a las dieciséis semanas [RR = 0,61 (de 0,41 a 0,91)]. Otro estudio no mostró diferencias entre un programa de prevención de recaídas y un programa de los doce pasos (Wells 1994).

Los otros dos ensayos han comparado el enfoque de los doce pasos con la terapia cognitivo-conductual. El ensayo clínico Maude-Griffin 1998 se llevó a cabo en 128 pacientes con dependencia de crack que tenían un alto riesgo de exclusión social. La participación en las sesiones de ambos programas fue mínima (del 13 %) y no se observaron diferencias en el número de pacientes que conseguía cuatro semanas consecutivas de abstinencia entre los grupos [44 % en el grupo de psicoterapia contra 32 % en el del enfoque de los doce pasos; RR = 0,82 (de 0,62 a 1,08)]. Aun así, en pacientes muy seleccionados el enfoque de los doce pasos tuvo mejores resultados: en los pacientes que tenían un bajo grado de cognición o con fuertes creencias religiosas los resultados fueron mejores que en los pacientes de la terapia cognitiva.

Finalmente, como resultado del NIDA Drug Abuse Collaborative Study (Crits-Christoph 1999), abandonaron el tratamiento en mayor número los participantes en el grupo del enfoque de los doce pasos si se compara con el grupo de psicoterapia cognitiva [66 % en el grupo de psicoterapia contra 77 % en el de los doce pasos; RR = 0,98 (de 0,78 a 1,21)], pero mostraron un menor uso de cocaína en los doce meses de seguimiento (40 % en el grupo de los doce pasos, 46 % en los grupos de terapia cognitiva y control y 48 % en el grupo de terapia expresiva). Como se ha comentado, estos resultados se pueden atribuir al entrenamiento superior de los terapeutas de este grupo, que se traduciría en un tratamiento más intensivo. El hecho de que en la fase previa a la aleatorización se utilizara un modelo de los doce pasos también habría influido como elemento aditivo de la terapia antes de que los pacientes iniciaran la terapia activa.

### Resumen de la literatura

*Calidad baja* La intervención con un enfoque de los doce pasos se ha utilizado como control para evaluar los efectos de otros programas en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

*Calidad baja* Los efectos más claros de esta intervención se observaron en el NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study, en el que los pacientes del grupo de terapia con un enfoque de los doce pasos mostraron un menor consumo de cocaína. Aun así, estos resultados podrían deberse a una exposición superior a esta intervención, a un mejor entrenamiento de los terapeutas y al hecho de que este enfoque esté dirigido a la abstinencia.

**Formulación de la recomendación**

**Recomendación débil** En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda una intervención con un enfoque de doce pasos para reducir el consumo.

## 5. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA

### Pregunta que hay que responder

- ¿La reducción de daños es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Los programas de reducción de daños se componen tanto de estrategias individuales como de medidas colectivas, políticas sanitarias y estrategias comunitarias, con el único objetivo de minimizar los daños y riesgos asociados al uso de drogas, sin necesariamente reducir o eliminar el consumo. Este modelo se extendió ampliamente a partir de las experiencias en diversas ciudades europeas con el uso de drogas inyectables durante los años ochenta.

A pesar de la dificultad de encontrar una definición universalmente aceptada de reducción de daños, ya que el concepto hace referencia tanto a una aproximación especial a la salud pública como a un espectro amplio de intervenciones, se pueden destacar algunas líneas maestras comunes: el objetivo principal es la reducción del daño y el riesgo asociado al consumo de drogas en lugar del uso de drogas en sí mismo; se acepta que las drogas y el uso que se hace de las mismas son parte de la sociedad y no se podrán eliminar; la reducción de daños tiene que poner a disposición un amplio marco de referencia en la salud pública; la prioridad se establece en objetivos sencillos, inmediatos y alcanzables; se parte de los fundamentos y los valores del pragmatismo y el humanismo (Ritter 2006).

La mayor parte de la literatura científica ha evaluado y contrastado la eficacia, a partir de estudios experimentales, de la reducción de daños para los consumidores de drogas por vía parenteral, pero el impacto del consumo de drogas en la sociedad tiene una importancia tal que se han propuesto una serie de riesgos comunes asociados al consumo de las drogas en general. Los principales serían la exposición al VIH y el sida (asociado a prácticas sexuales de riesgo o al intercambio de instrumental para inyectarse drogas), la hepatitis B y C, otras infecciones virales locales o sistémicas, una sobredosis, la misma dependencia, una patología médica o psiquiátrica, accidentes producidos durante el consumo o derivados de sus efectos, la delincuencia (Hunt 2003).

*Calidad  
muy baja*

Aunque no se han evaluado estrategias de reducción de daños en pacientes con dependencia de la cocaína en estudios con rigor metodológico, algunos autores han identificado factores que contribuyen a un uso más seguro de la cocaína (Decorte 2001). Estos efectos se relacionan, por ejemplo, con los conocimientos que se tienen sobre la sustancia, la percepción de lugares más seguros que otros para obtenerla o algunos rituales para comprobar su calidad.

Otros autores reconocen la falta de programas de reducción de daños dirigidos exclusivamente a las personas con dependencia de la cocaína, pero destacan algunas iniciativas enfocadas fundamentalmente al entorno y el contexto social en el que se tiene acceso a la cocaína y se consume (Erickson 1999). Algunas de estas estrategias han mostrado un impacto en la disminución de daños, principalmente relacionadas con las salas de consumo (Haydon 2005, Shannon 2006), y son bien recibidas por los propios consumidores (Collins 2005).

Algunas sociedades científicas como la Royal College of General Practitioners británica (Ford 2004) han intentado hacer propuestas sobre cómo minimizar los daños en estos pacientes. En el anexo 4 se muestran algunas a modo de ejemplo.

Hay consenso sobre el hecho de que se debería ofrecer información y asesoramiento a todas las personas consumidoras que lo deseen y posibilitar un acceso rápido y público a estos servicios (EMCDDA 2007). La información debería estar relacionada con la sustancia y sus efectos sobre la salud y otros ámbitos (familia, relaciones sociales, trabajo), además de informar sobre los riesgos asociados al consumo y las alternativas de tratamiento disponibles. Estos servicios deberían garantizar que el primer contacto con la red sanitaria se hiciera sin retrasos.

Aun así, se ha destacado la dificultad de facilitar el acceso a estos servicios a los consumidores de cocaína, que se caracterizan por ser muy heterogéneos, con perfiles que a veces hacen un uso de la sustancia muy esporádico o caótico. Por este motivo, se proponen intervenciones que combinan el contacto “de proximidad” (outreach) con las visitas frecuentes a los servicios en lugar de visitas programadas. En este sentido las experiencias de líneas de consulta telefónica en Bélgica, Francia o Portugal han evidenciado un aumento importante de solicitudes relacionadas con la cocaína, pero todavía muy inferior en relación con otras drogas (EMCDDA 2005). Otras experiencias en grandes ciudades ofrecen asesoramiento y tratamiento más especializado para los consumidores de cocaína (son los casos del programa Suchthilfezentrum Bleichstrasse en Frankfurt, ChEck iT! en Viena, Cracklondon en Londres, o el del Hospital de la Vall d’Hebron en Barcelona). A partir de esta experiencia del Hospital de la Vall d’Hebron, se ha implantado el mismo programa de manera experimental en el Hospital del Mar (CAS Barceloneta) y en Athaia-Red Asistencial de Manresa (CAS Manresa).

El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

### Resumen de la literatura

*Calidad muy baja* La reducción de daños tiene como objetivo principal reducir el riesgo asociado al consumo de drogas en lugar del uso de drogas en sí mismo. La eficacia de este enfoque ha sido evaluada en un contexto experimental principalmente en usuarios de drogas por vía parenteral y no hay experiencias evaluadas en un contexto experimental para consumidores de cocaína.

---

*Calidad muy baja* Los consumidores de cocaína deberían tener acceso a información y asesoramiento relacionados con la sustancia y sus efectos sobre la salud y su entorno familiar y social. Se debería ofrecer información sobre los riesgos asociados al consumo de cocaína y las alternativas de tratamiento disponibles. Estos servicios deberían garantizar que el primer contacto con la red sanitaria se hiciera sin retrasos.

---

### Formulación de la recomendación

- ✓ Se recomienda fomentar el establecimiento de acuerdos con centros sociosanitarios de curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o con gran deterioro.

---

  - ✓ Se recomienda habilitar espacios en los CAS para que ejerzan funciones de centro de día (con un abordaje intensivo de asistencia diaria en el que se desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).

---

  - ✓ Para las personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social, habría que considerar la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso.

---

  - ✓ Se recomienda que las salas de venopunción y de consumo libre de riesgos dispongan de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.

---

  - ✓ Se recomienda que estos equipamientos se acondicionen para generar un espacio tranquilo, que facilite la relajación y la seguridad, tanto para los usuarios como para los profesionales. Además, estos espacios deberían disponer de espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.
-

## 6. PROGRAMAS RESIDENCIALES Y MANEJO DE CASOS

### Preguntas que hay que responder

- ¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿El manejo de casos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

### 6.1. Programas residenciales y comunidades terapéuticas

Una revisión sistemática (Smith 2006) evaluó el impacto de las comunidades terapéuticas en personas con adicciones. La revisión incluyó siete ensayos clínicos muy heterogéneos entre sí, tanto porque evaluaban diferentes variaciones de comunidades terapéuticas, como porque incluían diferentes pacientes consumidores de diversas sustancias. En estos estudios el consumo de cocaína oscilaba entre el 11 % y el 68 %. Además, los ensayos tenían una serie de carencias metodológicas que invalidan hasta cierto punto sus resultados.

Los ensayos identificados compararon variaciones de comunidades terapéuticas, con modalidades residenciales u hospitales de día y de varias duraciones. Los participantes en los estudios también fueron diversos y en general tenían una psicopatología grave. Teniendo en cuenta estos aspectos, los autores de la revisión afirman que no hay pruebas suficientes para determinar cuál es la modalidad de comunidad terapéutica con los mejores resultados.

#### Tratamiento residencial *versus* tratamiento de día

Un estudio (Guydish 1999) comparó una modalidad residencial de comunidad terapéutica con un tratamiento en un hospital de día en 534 pacientes con dependencia (el 68 % tenía dependencia de la cocaína). El estudio mostró que había más pacientes abstinentes en el tratamiento residencial a los seis meses de seguimiento [RR = 1,52 (de 1,10 a 2,10)], pero no a los doce o a los dieciocho. En términos absolutos, un 12 % menos de pacientes del tratamiento residencial abandonaba el programa en comparación con los pacientes del hospital de día a las dos semanas [RR = 0,77 (de 0,64 a 0,92)], aunque no se observaban diferencias en el número de pacientes que finalizaban el tratamiento.

Calidad  
muy baja

#### Comunidad terapéutica *versus* comunidad terapéutica breve

Un ensayo (Nemes 1999) comparó comunidades terapéuticas de dos duraciones. En una se ofrecía a los pacientes diez meses de comunidad terapéutica, más de segui-

Calidad  
muy baja

miento ambulatorio, mientras que en el otro grupo se ofrecían seis meses de comunidad más seis de seguimiento reforzando el servicio con personal sanitario que garantizara la continuidad en la atención. Los pacientes (412) eran jóvenes que principalmente consumían crack, con un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en la mayoría de los casos. El ensayo no mostró resultados relevantes en ninguna de las variables de resultado importantes (consumo de cocaína u otras drogas, finalización del tratamiento) y solo destacó que más pacientes en la comunidad abreviada (un 12 % en términos absolutos) tenían un trabajo al finalizar el programa [RR = 0,78 (de 0,63 a 0,96)].

### Comunidad terapéutica *versus* comunidad residencial

Un ensayo en 694 personas sin techo con una psicopatología grave diagnosticada (criterios DSM-III-R) y consumidores de cocaína en su mayoría (Nuttbrock 1998) comparó los resultados de una comunidad terapéutica con los de un tratamiento residencial. Aunque se hace difícil generalizar los resultados de este estudio —con una serie de limitaciones en el diseño y con unos participantes tan concretos—, se evidenció que hasta un 26 % menos de pacientes de la comunidad terapéutica consumía sustancias al compararla en términos absolutos con la comunidad residencial [RR = 0,14 (de 0,05 a 0,38)]. El ensayo no mostró diferencias en la permanencia dentro del programa a los dos, seis o doce meses.

*Calidad  
muy baja*

### Comunidades terapéuticas de varias duraciones

Dos ensayos compararon una comunidad terapéutica de tres y seis meses de duración (McCusker 1997; N = 444), o de seis y doce meses de duración (McCusker 1995; N = 184), que se reforzaba con un programa de intervención educativa en promoción de la salud y prevención de recaídas. Los participantes en la comunidad de tres meses finalizaban más a menudo el tratamiento que los de la comunidad de seis meses [RR = 1,83 (de 1,45 a 2,31)]. No se encontraron diferencias en el tiempo hasta el primer consumo. Cuando se comparó la comunidad terapéutica estándar de seis meses de duración con una de doce meses (McCusker 1995) solo se observó más continuidad en el tratamiento a los 40 días en los participantes de la comunidad de doce meses. En cambio, no se observaron diferencias en los pacientes que finalizaban el tratamiento ni en el tiempo hasta el primer consumo [RR = 0,82 (de 0,70 a 0,96)].

*Calidad  
muy baja*

## Resumen de la literatura

*Calidad  
muy baja* A pesar de tener algunos efectos beneficiosos, no hay pruebas suficientes para saber cuál es la mejor modalidad de comunidad terapéutica para personas con dependencia de la cocaína. Serían necesarios más estudios que evaluaran de forma rigurosa el impacto de estos programas en variables de resultado como la abstinencia del consumo o la adherencia al

tratamiento. Solo se beneficiarían de esta modalidad de tratamiento grupos muy seleccionados de pacientes. Només es beneficiarien d'aquesta modalitat de tractament grups molt seleccionats de pacients.

---

*Calidad muy baja* Las comunidades terapéuticas se han mostrado más eficaces para lograr la abstinencia en el consumo y en la adherencia al tratamiento a corto plazo que los tratamientos en hospitales de día. No se han observado diferencias en el número de pacientes que finalizan el programa.

---

*Calidad muy baja* Cuando se han comparado comunidades terapéuticas de varias duraciones, los resultados han sido inciertos. Las modalidades más breves favorecen que los participantes cumplan el tratamiento, pero no se han observado diferencias en otros aspectos importantes como la continuidad en el tratamiento, el tiempo hasta el primer consumo o la gravedad de la adicción.

---

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* En personas con dependencia de la cocaína con problemas psiquiátricos asociados o cierto riesgo de exclusión, se recomienda ponerlos en contacto con comunidades terapéuticas. Aun así, no se dispone de información suficiente para saber cuál es la mejor modalidad.

---

## 6.2. Manejo de casos

Se ha identificado una revisión sistemática que evalúa el papel de los programas de manejo de casos por parte de trabajadores sociales, personal de enfermería u otros profesionales sanitarios en pacientes con adicciones (Hesse 2007). Esta revisión sistemática no identificó estudios con pacientes que solo consumían cocaína y solo en dos ensayos (Rapp 1998, Morgenstern 2006) se incluyeron pacientes con dependencia de opiáceos y cocaína. Estos estudios eran muy distintos entre sí, ya que en uno se incluían solo mujeres con problemas legales por el consumo de drogas (Morgenstern 2006), mientras que en el otro los participantes eran veteranos de guerra norteamericanos con problemas de dependencia (Rapp 1998).

Los resultados de los estudios incluidos en la revisión mostraron que el manejo de casos no reducía el consumo de drogas [7 ensayos; DM = 0,12 (de 0,09 a 0,29)], resultado que también se observaba en los dos estudios que incluían a pacientes con dependencia de la cocaína.

*Calidad muy baja*

A pesar de estos resultados, los programas de manejo de casos mostraron un beneficio a la hora de poner en contacto los pacientes con los servicios que ofrece la comunidad, tanto en todos los estudios incluidos en la revisión [DM = 0,42 (de 0,21 a 0,62)], como en los estudios que comprendían a pacientes con dependencia de la cocaína [DM = 0,68 (de 0,26 a 1,10)].

### Resumen de la literatura

*Calidad muy baja* No se dispone de suficientes estudios sobre los efectos del programa de manejo de casos en pacientes con dependencia de la cocaína.

*Calidad muy baja* Dos estudios muy diferentes entre sí no han mostrado una reducción del consumo de la cocaína, pero sí que han sugerido una mejora en la toma de contacto con los servicios de los que dispone la comunidad de personas con riesgo de exclusión.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación débil* Se recomienda el manejo de casos solo para aquellas personas que, además de dependencia de la cocaína, tengan un alto riesgo de exclusión social.

## 7. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

El grupo de trabajo formuló una serie de recomendaciones basadas en el consenso en este apartado.

### Formulación de la recomendación

- ✓ Se recomienda que los dispositivos de reducción de daños proporcionen talleres de formación específicos tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios que se atienden a ellos.
- ✓ Se recomienda que los talleres para los profesionales sanitarios incluyan al menos indicaciones para el abordaje correcto de la intoxicación aguda y de las conductas violentas. Estos talleres también deberían profundizar en los efectos y los riesgos del consumo de cocaína y de las estrategias para minimizarlos.
- ✓ Se recomienda que los talleres para los usuarios proporcionen información sobre el crack y el policonsumo, y los riesgos que se derivan de los mismos. Además, se debería profundizar en fomentar estrategias de autocontrol del consumo y en proporcionar información sobre los dispositivos asociados dirigidos a los usuarios.

## 8. OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS

### Preguntas que hay que responder

- ¿La acupuntura es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?
- ¿La ibogaína es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

### 8.1. Acupuntura

La acupuntura auricular se ha usado en multitud de centros de tratamiento de adicciones en todo el mundo, siguiendo un protocolo llamado *National Acupuncture Detoxification Association (NADA) Protocol*, que a partir de la inserción de agujas en cinco puntos de la oreja (pulmón, hígado, riñón, simpático y *shen men*) intenta ser un tratamiento integral para las adicciones.

Se han identificado dos revisiones sistemáticas (Mills 2005, Gates 2006) que incluyen ocho ensayos que han comparado un tratamiento de acupuntura con acupuntura simulada u otros controles habituales en los ensayos clínicos en este ámbito (Lipton 1994, Avants 1995, Richard 1995, Bullock 1999, Otto 1998, Avants 2000, Killeen 2002, Margolin 2002). Los estudios tenían algunos problemas metodológicos principalmente relacionados con las pérdidas de participantes.

Los resultados de estos estudios mostraron que la acupuntura no aporta ningún beneficio para reducir el consumo de cocaína al compararla con la acupuntura simulada [3 ensayos; RR = 1,01 (de 0,94 a 1,08)] o con otros grupos de control [2 ensayos; RR = 0,99 (de 0,92 a 1,05)]. Tampoco se observaron diferencias en el mantenimiento en el tratamiento [4 ensayos; RR = 1,05 (de 0,89 a 1,23)].

Calidad  
baja

### Resumen de la literatura

**Calidad** La acupuntura no ha mostrado beneficios cuando ha sido comparada  
**baja** con acupuntura simulada u otros controles para reducir el consumo de cocaína.

### Formulación de la recomendación

**Recomendación** En pacientes con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de  
**débil** la acupuntura.

## 8.2. Ibogaína

La ibogaína es un alcaloide indólico que se concentra en la raíz de la *Tabernanthe iboga*, un arbusto común en la África ecuatorial. Tiene propiedades alucinógenas, por lo que se ha usado en ceremonias religiosas y rituales de iniciación, aunque también se ha propuesto que puede contrarrestar los efectos de la adicción a sustancias como la nicotina, los opiáceos o la cocaína (Werneke 2006).

Aunque se había investigado su posible acción como bloqueador de la liberación de dopamina, interfiriendo en el proceso de acción de la cocaína, su acción terapéutica es muy limitada en la dependencia de la cocaína (Mash 2000) y tiene una alta toxicidad (Maisonneuve 2003), lo cual ha provocado que se abandonen muchas de las investigaciones en marcha.

Calidad  
muy baja

### Resumen de la literatura

*Calidad baja* La ibogaína tiene una toxicidad alta y, dada su limitada acción terapéutica, no se puede considerar para el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

### Formulación de la recomendación

*Recomendación fuerte* En pacientes con dependencia de la cocaína se recomienda no usar la ibogaína como alternativa de tratamiento.

# anexo 1

## Tablas descriptivas de las características de los estudios identificados

- **ABORDAJE FARMACOLÓGICO  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**
- **ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO Y PSICOEDUCATIVO  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**
- **OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**

1

Agonistas dopaminérgicos

1.1. Amantadina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Alterman (1992) ACA paralelo	2 semanas, media: 10,5 días	42 pacientes en tratamiento en hospital de día. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Media de edad: 35 años; 100 % hombres; 90 % afroamericanos. Consumo de cocaína: 15 días en el mes anterior, consumo regular durante ~ 3 años. Consumo de alcohol y cannabis notificado pero sin dependencia. 27 horas semanales de tratamiento en hospital de día. Pagados para completar cada evaluación.	Amantadina: 100 mg/ <i>b. i. d.</i>	Placebo	Abandono del tratamiento Test positivo de metabolitos en la orina Depresión (BDI)
Giannini (1989) ACA paralelo	30 días	42 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad entre 24 y 32 años; 100 % hombres; 100 % blancos. Historia de consumo diario de cocaína por vía nasal al menos durante 6 meses. Ningún consumo de otra droga como mínimo en las cuatro semanas anteriores al estudio. 3 pacientes con trastorno antisocial de la personalidad (DSM-III-R).	Amantadina: 400 mg/día	Bromocriptina: 10 mg/día Placebo	Efectos secundarios
Kampman (1996) ACA paralelo	4 semanas	61 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~35 años; 82 % hombres; 69 % afroamericanos. Consumo de cocaína durante los 10 días anteriores. No excluían a personas con dependencia del alcohol o la marihuana.	Amantadina: 300 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento No abstinencia Gravedad de la dependencia (ASI) Depresión (BDI) Ansiedad físico-somática (BAI)
Shoptaw (2002) ACA paralelo	16 semanas + 9 meses de seguimiento	69 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (SCID). Media de edad: 36,4 años; 79 % hombres; 39,4 % latinos; 33,3 % afroamericanos. Media de años de estudios: 12,6. Media de 9 años de consumo de cocaína. Se pagaban 25 \$ abonados para los 9 meses de seguimiento.	Amantadina: 100 mg <i>b.i.d.</i>	Placebo	Al cabo de 16 semanas: Abandono del tratamiento No abstinencia durante 3 semanas seguidas Cambio global valorado por el profesional Al cabo de 9 meses: test positivo de metabolitos en la orina



# 1 Agonistas dopaminérgicos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Tennant (1987) ACA paralelo	10 días	14 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad entre 16 y 38 años. Consumo de cocaína como mínimo 4 veces al día durante los 30 días anteriores. Recibían, además, tirosina (1.600 mg/día) y triptófano (1.000 mg/día)	Amantadina: 100 mg/día	Bromocriptina: 2,5 mg/día	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Efectos secundarios Participantes con un efecto secundario como mínimo
Weddington (1991) ACA paralelo	12 semanas	83 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~30 años; 76 % hombres; 69 % blancos. Consumo de cocaína de 1 g o más a la semana durante 12 semanas. Algunos con diagnósticos añadidos por déficits de atención y trastornos del estado del ánimo o trastornos de ansiedad. Todos recibían dos sesiones semanales de psicoterapia interpersonal. De los 83 iniciales, 54 seguían en tratamiento al cabo de 15 días.	Amantadina: 400 mg/día;	Desipramina: 200 mg/día Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Duración del tratamiento Participantes con un efecto secundario como mínimo
Handelsman (1995) ACA paralelo	8 semanas	67 pacientes (59 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R), en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Edad: ~36 años; 100 % hombres. Dependencia activa de la cocaína durante los tres meses anteriores.	Amantadina: 200 mg/día Amantadina: 400 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Depresión (BDI) Síntomas psicopatológicos (SCL-90)
Kampman (2006) ACA paralelo	10 semanas	199 pacientes en tratamiento ambulatorio. Media de edad alrededor de los 40,5 años; 65 % hombres. Vía de consumo de la cocaína: 87 % fumada, 10 % intranasal, 3 % inyectada. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína según los criterios DMS con síntomas graves de abstinencia (CSSA). Edades entre 18 y 60 años. Criterios de exclusión: pacientes con otras adicciones (excepto a la nicotina o al alcohol si no es grave).	Amantadina: 300 mg/día	Propranolol: 100 mg/día Amantadina + propranolol: 300 y 100 mg/día Placebo	Abstinencia (metabolitos en la orina) Abstinencia inicial de cocaína (CSSA) Gravedad de la dependencia (ASI) Apetencia o <i>craving</i> de cocaína (BSCS) Cumplimiento del tratamiento



# 1 Agonistas dopaminérgicos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Kolar (1992) ACA paralelo	12 semanas	24 pacientes (22 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Todos en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Media de edad: 34,8 años; 85 % hombres; 68 % afroamericanos. Duración media del consumo de cocaína: 10 años. Algunos con diagnósticos añadidos de trastorno por déficits de atención y trastornos del estado del ánimo o trastornos de ansiedad.	Amantadina: 200 mg/día	Desipramina: 200 mg/día Placebo	Abandono del tratamiento Test positivo de metabolitos en la orina Participantes con un efecto secundario como mínimo
Kosten (1992) ACA paralelo	12 semanas	94 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de opiáceos y de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona una media de 7,6 meses y tratados también con terapia de prevención de recaídas. Media de edad: 32 años; 52 % hombres; 82 % blancos. Algunos con diagnóstico añadido: 20 % trastornos antisociales de la personalidad; 5 % depresión mayor y 22 % distimia.	Amantadina: 300 mg/día;	Desipramina: 150 mg Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Abandonos del tratamiento por efectos secundarios
Oliveto (1995) ACA paralelo	12 semanas	21 pacientes (17 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Media de edad: 33,1 años; 52,9 % hombres; 94,1 % blancos. Media de años de estudios: 11,6. 35,3 % trabajando a jornada completa.	Amantadina: 300 mg/día	Desipramina: 150 mg/día Fluoxetina: 60 mg/día	Abandono del tratamiento
Pérez de los Cobos (2001) ACA paralelo	14 días	42 pacientes (40 analizados) ingresados en tratamiento hospitalario. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y de la heroína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona Media de edad: ~31 años; 77 % hombres. Consumo de cocaína durante los 10 días anteriores. Media de años de estudios: ~8. Media de años de consumo de heroína: ~10. Consumo medio de cocaína: 20 días durante el mes anterior.	Amantadina: 200-300 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Participantes con efectos secundarios

# 1 Agonistas dopaminérgicos

## 1.2. Bromocriptina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Eiler (1995) ACA paralelo	18 días	63 pacientes ingresados. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Media de edad: 35,6 años; 100 % hombres; 86 % afroamericanos. Consumo de cocaína durante los 6 días anteriores. Podían consumir alcohol pero sin diagnóstico de dependencia.	Bromocriptina: 2,5-10 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Abandono del tratamiento por efectos secundarios
Giannini (1989) ACA paralelo	30 días	42 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad entre 24 y 32 años; 100 % hombres; 100 % blancos. Historia de consumo diario de cocaína por vía nasal al menos durante 6 meses. Ningún consumo de otra droga como mínimo en las cuatro semanas anteriores al estudio.	Bromocriptina: 10 mg/día	Amantadina: 400 mg/día Placebo	Efectos secundarios
Handelsman (1997) ACA paralelo	5 semanas	60 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona. Edad: ~39 años; 100 % hombres; 24 % afroamericanos. Consumo de cocaína durante los 30 días anteriores.	Bromocriptina: 5 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento
Kranzler (1992) ACA paralelo	21 días	20 pacientes ingresados. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Media de edad: 27,7 años; 100 % hombres; 86 % afroamericanos.	Bromocriptina: 2,5 mg/día	Placebo	Participantes con un efecto secundario como mínimo Efectos secundarios
Malcolm (1994) ACA paralelo	16 a 24 días	41 pacientes ingresados. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad entre 21 y 50 años; 73 % hombres; 46 % afroamericanos. Consumo de cocaína: de 2,5 a 5 años.	Bromocriptina: 0,625-2,5 mg <i>t.i.d./7 días</i>	Pergolida: 0,05 mg <i>b.i.d./7 días</i> Sin medicación	Media de tiempo de hospitalización Alta voluntaria en contra de la opinión del profesional



# 1 Agonistas dopaminérgicos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Moscovitz (1993) ACA paralelo	2 semanas	29 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico usuarios de cocaína. Edad: ~37 años; 100 % hombres. Consumo de cocaína como mínimo cuatro veces a la semana durante el mes anterior.	Bromocriptina: 3,75 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Participantes con un efecto secundario como mínimo
Tennant (1987) ACA paralelo	10 días	14 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad: entre 16 y 38 años. Consumo de cocaína como mínimo cuatro veces al día durante los 30 días anteriores. Recibían, además, 1.600 mg/día de tirosina y 1.000 mg/día de triptófano.	Bromocriptina: 2,5 mg/día	Amantadina: 100 mg/día	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Efectos secundarios Participantes con un efecto secundario como mínimo

# 1 Agonistas dopaminérgicos

## 1.3. Pergolida

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Focchi (2005) ACA	4 semanas de tratamiento 12 semanas de seguimiento	42 hombres. 18-50 años, media 26 ± 7. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). En tratamiento ambulatorio de psicoterapia de grupo. Vía de consumo: 48 % inhalada; 1 % fumada; 51 % ambas.	Pergolida: 0,05 mg/día (1.ª semana) 0,10 mg/día (2.ª semana) 0,15 mg/día (3.ª semana) 0,20 mg/día (4.ª semana)	Placebo	Consumo de cocaína Muestras de orina Síntomas depresivos Apetencia ( ) Efectos secundarios Retención en el tratamiento
Malcolm (1994) ACA	De 16 a 26 días	41 pacientes Dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y fumadores de crack Intervalo de edad: 21-50 años; 73 % hombres; 46 % afroamericanos. Pacientes ingresados. Consumo de cocaína, intervalo de 2,5 a 5 años.	Pergolida: 0,05 mg <i>b. i. d.</i> / 7 días 15 pacientes Bromocriptina: 0,625-2,5 mg <i>t.i.d.</i> / 7 días	Sin medicación	Duración media de la hospitalización
Malcolm (1997) ACA	12 semanas de tratamiento + 6 meses de seguimiento	464 pacientes (357 analizados). Dependencia de la cocaína (DSM-III-R). 191 con dependencia también del alcohol. Intervalo de edad de 18-52 años; 79 % hombres; 52 % afroamericanos. Tratamiento ambulatorio. Media de 8 años de consumo de cocaína. Se pagaban 25 \$ a los pacientes en las semanas 6, 12, 20 y 28.	Pergolida: 0,25 mg <i>b.i.d.</i> Pergolida: 0,05 mg <i>b.i.d.</i>	Placebo	Abandono del tratamiento

## 2 Antidepresivos

### 2.1. Fluoxetina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Batki (1996) ACA paralelo	12 semanas	32 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~34 años; 66 % hombres; 53 % afroamericanos. 12 con trastorno depresivo mayor (DSM-III-R), 6 con trastorno antisocial de la personalidad, 6 con dependencia del alcohol. Incentivos económicos por asistir y tomar tratamiento.	Fluoxetina: 40 mg/día (la primera semana 20 mg/día)	Placebo	Abandono del tratamiento Frecuencia del consumo e intensidad y control de la apetencia o craving (QCI) QCI modificado (días de consumo, apetencia o <i>craving</i> , calidad de la subida)
Covi (1995) ACA paralelo	12 semanas	45 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~30 años; 80 % hombres; 55,5 % blancos. 66 % con dependencia del tabaco (DSM-III-R), 22 del alcohol, 185 con trastornos de ansiedad, 7 % con trastorno antisocial de la personalidad.	Fluoxetina: 20 mg/día 40 mg/día 60 mg/día	Placebo activo (difenhidramina)	Test positivo de metabolitos en la orina
Grabowski (1995) ACA paralelo	12 semanas	76 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad: ~33 años; 72 % hombres; ~65 % afroamericanos. 14 días de abstinencia antes del estudio. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades médicas graves o mentales DSM-III, diferentes de la dependencia de la cocaína o de la heroína.	Fluoxetina: 20 mg/día 40 mg/día + 2 o 5 días de psicoterapia semanal	Placebo + 2 o 5 días de psicoterapia semanal	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios
Grabowski (1995) ACA paralelo	8 semanas	21 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína y asesoramiento a pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad: ~39 años; 68 % hombres; ~40 % afroamericanos. Sin trabajo: 50 % Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades médicas graves o mentales DSM-III. 5 visitas semanales a psicoterapia.	Fluoxetina: 20 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios



## 2 Antidepresivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Oliveto (1995) ACA paralelo	12 semanas	21 pacientes (17 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Edad: media de 33,1 años; 52,9 % hombres; 94,1 % blancos. 35,3 % con trabajo a jornada completa.	Fluoxetina: 60 mg/día	Desipramina: 150 mg/día Amantadina: 300 mg/día	Abandono del tratamiento

## 2 Antidepresivos

### 2.2. Bupropión

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Margolin (1995) ACA paralelo	84 días	149 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína y de opiáceos (DSM-III-TR), en tratamiento de mantenimiento con metadona. Media de edad: 37,2 años; 62 % hombres; 38 % mujeres; 45 % blancos; 43 % afroamericanos; 12 % hispanos u otros. 7 % trabajando. Media del consumo: 13 años de heroína y 7,7 años de cocaína. Criterios de inclusión: 18 años o más; consumo de cocaína como mínimo tres veces a la semana en el mes anterior; en tratamiento con dosis estable de metadona al menos 3 semanas; positivo en orina como mínimo dos veces durante el mes anterior. Criterios de exclusión: dependencia de otras drogas (no de la cocaína, metadona, cafeína o nicotina); historia de convulsiones o epilepsia; actualmente, diagnóstico de depresión mayor; trastorno renal o hepático; tomando fármacos psicotrópicos distintos de la metadona; embarazo y sin utilizar métodos anticonceptivos; sida o VIH+.	Bupropión: 200-300 mg/día + psicoterapia individual y grupal	Placebo + psicoterapia individual y grupal	Abandono del tratamiento Abandono del tratamiento por efectos secundarios Depresión (HDRS) Gravedad de la dependencia (ASI) Apetencia (craving) Funcionamiento psicosocial
Poling (2006) ACA paralelo, doble ciego	25 semanas	106 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos (DSM-IV), en tratamiento de mantenimiento con metadona. Edad media: 34,6 años; 70 % hombres; 30 % mujeres; 75 % blancos; 10 % afroamericanos; 13 % hispanos. Criterios de inclusión: consumo de opiáceos y cocaína en la semana anterior; resultado positivo en orina durante el mes anterior. Criterios de exclusión: dependencia de otras drogas; historia de esquizofrenia, psicosis, trastornos de la conducta alimentaria; embarazo.	Bupropión: 300 mg/día + programa de manejo de contingencias	Programa de manejo de contingencias + placebo Programa de incentivos + placebo Programa de incentivos + bupropión	Test positivo de metabolitos en la orina
Shoptaw (2008) ACA paralelo, doble ciego	3 semanas	70 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-IV).	Bupropión: 300 mg/día + terapia cognitiva	Psicoterapia cognitiva + placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Test positivo de metabolitos en la orina Seguimiento del tratamiento Apetencia (craving)

## 2 Antidepresivos

### 2.3. Citalopram

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Moeller (2007) ACA paralelo	12 semanas	66 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV). Criterios de exclusión: consumo o dependencia de otras drogas, excepto alcohol o marihuana. Media de 39 años; 83,5 % hombres.	Citalopram: 20 mg/día + manejo de contingencias y TCC	Placebo + manejo de contingencias y TCC	est positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Efectos secundarios Depresión (HDRS) Ansiedad (HARS)

## 2 Antidepresivos

### 2.4. Desipramina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Campbell (1994) ACA paralelo	24 semanas	65 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad media: 35 años (intervalo de 20 a 60); 63 % hombres; 90 % afroamericanos:  16 con diagnóstico añadido de dependencia del alcohol, 11 con depresión mayor, 2 con trastorno de ansiedad generalizada y 16 con trastorno antisocial de la personalidad.	Desipramina: dosis no especificada	Carbamacepina: dosis no especificada Placebo	Abandono del tratamiento
Campbell (2003) ACA paralelo	8 semanas	146 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad media: 33,4 años; 69,6 % hombres; 16,33 % blancos; 82,3 % afroamericanos; 51,3 % en libertad provisional. Escolarización: < 11 años: 36 %; educación secundaria: 39 %; > 13 años: 21,3 %. Con depresión: 30 %; con trastorno antisocial de la personalidad: 39 %, trastorno de ansiedad: 6,3 %. Criterios de exclusión: psicosis, síndromes cerebrales orgánicos, ideas suicidas u homicidas, trastornos médicos inestables.	Desipramina: 200 mg/día	Carbamacepina: 200 mg/día Placebo	Abandono del tratamiento Consumo de cocaína Efectos secundarios
Carroll (1994) ACA paralelo	12 semanas	139 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~29 años; 73 % hombres; 46 % caucásicos. Consumo de 12 g de cocaína al menos durante los tres meses anteriores. 495 cumplían criterios (DSM-III-R) de trastorno antisocial de la personalidad, 65 % otros trastornos de la personalidad, 48 % dependencia del alcohol, 20 % trastorno del estado de ánimo y 13 % trastorno de ansiedad.	Desipramina: media 200 mg/día + prevención de recaídas y TCC  Desipramina: media 200 mg/día + gestión clínica y psicoterapia de apoyo	Placebo + prevención de recaídas y TCC  Placebo + gestión clínica y psicoterapia de apoyo	Abandono del tratamiento Consumo de cocaína durante el tratamiento Gravedad de la dependencia (ASI)
Gawin (1989) ACA paralelo	6 semanas	100 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~29 años; 76 % hombres; 71 % caucásicos. La mayoría consumía cocaína al inicio del estudio y tenía otros diagnósticos como el trastorno por déficit de atención.	Desipramina: 2,5 mg/kg/día	Litio: 600 mg/día Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Duración del tratamiento



## 2 Antidepresivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Giannini (1986) ACA paralelo	40 días	20 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad entre 20 y 34 años; 10 % hombres; 100 % caucásicos. Consumo abusivo solo de esta droga como mínimo tres veces por semana y al menos durante un año.	Desipramina: 150 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Depresión
Giannini (1987) ACA paralelo	45 días	20 pacientes atendidos en consulta privada. Consumidores de la combinación de cocaína y fenciclidina. Edad entre 21 y 28 años; 100 % hombres; 100 % caucásicos. Consumían la mezcla fumada dos o tres veces por semana. Recibían, además, psicoterapia semanal.	Desipramina: 200 mg/día	Placebo	No abstinencia Abandono del tratamiento
Hall (1994) ACA paralelo	12 semanas	94 pacientes, 2 semanas internos y después en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~38 años; 100 % hombres; 85 % afroamericanos. Incluían también pacientes que consumían otras drogas. Refuerzo de tipo económico a los participantes en diferentes etapas.	Desipramina: 200 mg/día Un grupo en seguimiento estándar y otro con el mismo terapeuta (asesor o <i>counselor</i> ) durante la etapa del ingreso y ambulatoria y que participaban en terapia de grupo	Placebo Dos grupos con apoyo detallado en grupos de desipramina	Test positivo de metabolitos en la orina No entrada en la etapa ambulatoria (no abandono del hospital)
McElroy (1989) ACA cruzado	24 semanas	15 pacientes, primero internos y después en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~29,5 años; 73 % hombres. Consumo medio de cocaína: 5 años. Todos consumidores de otras drogas actualmente o en el pasado.	Desipramina: 200 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Abandono del tratamiento por efectos



## 2 Antidepresivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
McDowell (2005) ACA paralelo	12 semanas	111 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y de depresión mayor o distimia (DSM-III-R). Edad: ~36 años; 75 % hombres; 85 % trabajadores. En terapia semanal de prevención de recaídas.	Desipramina: 300 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Apetencia (craving) Abandono del tratamiento Efectos secundarios Gravedad y mejora de la enfermedad (CGI) Depresión (HDRS)
Tennant (1985) ACA paralelo	12 días	22 pacientes. Dependencia de la cocaína. Excluidos pacientes con dependencia del alcohol o de otras drogas	Desipramina: 100-150 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento
Triffleman (1992) ACA paralelo	8 semanas	82 pacientes ingresados dos semanas y después en tratamiento ambulatorio. Dependencia del crack. 100 % hombres; 85 % afroamericanos. 76 % sin trabajo; 32 % sin vivienda.	Desipramina: 200 mg/día	Placebo	Duración del tratamiento
Weddington (1991) ACA paralelo	12 semanas	83 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~30 años; 76 % hombres; 69 % blancos. Consumo de cocaína de 1 g o más a la semana durante 12 semanas. Algunos con diagnósticos añadidos de trastorno por déficit de atención y trastornos del estado del ánimo o trastornos de ansiedad. Todos recibían dos sesiones semanales de psicoterapia interpersonal. De los 83 iniciales, 54 seguían en tratamiento al cabo de 15 días.	Desipramina: 200 mg/día	Amantadina: 400 mg Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Duración del tratamiento Participantes con un efecto secundario como mínimo



Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Arndt (1992) ACA paralelo	12 semanas	79 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R), en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Edad entre 22 y 59; media 40,5 años; 100 % hombres; 90 % afroamericanos. Dependencia de la cocaína de como mínimo 3 meses. Dosis media de metadona: 45 mg, intervalo entre 15 y 85 mg. 51 % cumplía criterios (DSM-III) de trastorno antisocial de la personalidad.	Desipramina: 250-300 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Abandonos del tratamiento por efectos secundarios
Kolar (1992) ACA paralelo	12 semanas	24 pacientes (22 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R), en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Edad media: 34,8 años; 85 % hombres; 68 % afroamericanos. Duración media del consumo de cocaína: 10 años. Algunos con diagnósticos añadidos de trastorno por déficit de atención y trastornos del estado del ánimo o trastornos de ansiedad.	Desipramina: 200 mg/día	Amantadina: 200 mg/día Placebo	Abandono del tratamiento Test positivo de metabolitos en la orina Participantes con un efecto secundario como mínimo
Kosten (1992) ACA paralelo	12 semanas	94 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de opiáceos y de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona durante una media de 7,6 meses y tratados también con terapia de prevención de recaídas. Edad media: 32 años; 52 % hombres; 85 % blancos. Algunos con diagnósticos añadidos de trastorno antisocial de la personalidad (20 %), depresión mayor/ distimia (22 %).	Desipramina: 150 mg/día;	Amantadina: 300 mg Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Abandono del tratamiento por efectos secundarios



## 2 Antidepresivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Feingold (2002) ACA cruzado	26 semanas	109 pacientes (hombres y mujeres). Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona o buprenorfina por dependencia de la heroína. En terapia de grupo para la prevención de recaídas.	Desipramina: 150 mg/día	Placebo	Test positivo de metabolitos en la orina
Oliveto (1995) ACA paralelo	12 semanas	21 pacientes (17 analizados) en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R) y en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de la heroína. Edad media: 33,1 años; 52,9 % hombres; 94,1 % blancos. Años de estudio medios: 11,6. 35,3 % trabajando a jornada completa.	Desipramina: 150 mg/día Fluoxetina: 60 mg/día	Amantadina: 300 mg/día	Abandono del tratamiento
O'Brien (1988) ACA paralelo	12 semanas	47 pacientes. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R), en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de opiáceos. Edad: 29 a 50 años; 100 % hombres. Consumo abusivo de cocaína durante 3 meses o más. Excluyeron a personas con dependencia del alcohol o de sedantes.	Desipramina: 250-300 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento

### 2.5. Gepirona

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Jenkins (1992) ACA paralelo	12 semanas	80 pacientes, primera semana ingresados y después en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~31 años; 95 % hombres; 66 % afroamericanos. Pacientes con trabajo y situación social moderadamente estable, y sin trastorno antisocial de la personalidad.	Gepirona: 16,25 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Duración del tratamiento Test positivo de metabolitos en la orina No hay mejora global (gravedad y mejora de la enfermedad, CGI)

## 2 Antidepresivos

### 2.6. Imipramina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Nunes (1995) ACA paralelo	12 semanas	113 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad ~32 años; 73 % hombres; 52 % caucásicos. Historia de trastorno depresivo en el 61 %. Todos recibían asesoramiento individual semanal.	Imipramina: 150-300 mg/día	Placebo	Abandonament del tractament Abandonament del tractament per efectes secundaris No-resposta (tres setmanes consecutives abstinents)

### 2.7. Ritanserina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Ehrman (1996) ACA paralelo	4 semanas	80 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: ~37 años; 100 % hombres; 95,5 % afroamericanos. Historia de consumo regular de cocaína durante ~ 6 años.	Ritanserina: 10 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento
Cornish (2001) ACA paralelo	4 semanas	80 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Recibían terapia psicossocial.	Ritanserina: 10 mg/día	Placebo	Abandono del tratamiento Test positivo de metabolitos en la orina Apetencia (craving) Depresión (HDRS) Depresión (BDI) Estado de ánimo (POMS) Gravedad de la dependencia (ASI)

## 2 Antidepresivos

### 2.8. Venlafaxina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Ciraulo (2005) ACA paralelo	8 semanas	69 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV) y HDRS de 12 o más. Criterios de exclusión: ideas suicidas, psicóticos, embarazadas, enfermedades físicas, dependencia de opiáceos o del alcohol, consumo de metadona. Edad entre 25 y 50; media 40 años; 72 % hombres; 70 % afroamericanos. Media de 12 años de consumo; 81 % fumada.	Venlafaxina: 150 mg/día;	Placebo + asesoramiento individual Pramipexol 1,5 mg/día + asesoramiento individual	Test positivo de metabolitos en la orina Consumo de cocaína autodeclarado Apetencia ( <i>craving</i> )
Passos (2005) ACA paralelo	10 semanas	210 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV). Criterios de inclusión: edad entre 18 y 65 años. Media de 40 años de edad; 71 % hombres. Podían tener dependencia de otras drogas (40 % de alcohol, 22 % de marihuana, 18 % de tabaco, 1 % de benzodiacepinas). Criterios de exclusión: consumo de cocaína fumada (crack) o inyectada, otros trastornos mentales, uso de IMAO.	Venlafaxina 300 mg/día + 1/3 terapias psicosociales diversas	Placebo + 1/3 terapias psicosociales diversas	Consumo de cocaína autodeclarado Tiempo en la última recaída después del tratamiento Apetencia ( <i>craving</i> ) Abandono del tratamiento Depresión (HDRS) Efectos adversos
Levin (2008) ACA paralelo	13 semanas 1a-2a semanas Todos con placebo	66 pacientes en tratamiento ambulatorio. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-IV) y depresión grave anterior al inicio de consumo de cocaína, u ocurrida durante el período de larga abstinencia, o con una duración de como mínimo tres meses en el último episodio. Entre 18 y 60 años. Criterios de exclusión: trastorno bipolar o esquizofrenia; tomando medicación psicotrópica; enfermedad médica inestable, diabetes; lactancia o embarazo; riesgo de suicidio; dependencia de opiáceos, de sedantes o del alcohol. Edad media: 38 años; 73 % hombres; 32 % consumidores de alcohol; 13 % de marihuana. Consumo de cocaína, media de 15 días durante el mes anterior. Gasto medio semanal de 316 \$ en el mes anterior. Dos visitas semanales a la clínica.	Venlafaxina: 150 mg/día + consulta semanal de TCC de prevención de recaídas	Placebo + consulta semanal de TCC individual de prevención de recaídas	Test positivo de metabolitos en la orina Abandono del tratamiento Efectos secundarios

3

Psicoestimulantes

3.1. Dexanfetamina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Grabowski (2001) ACA	101 días	128 pacientes en tratamiento ambulatorio. 79 % hombres; 58 % afroamericanos; 31 % blancos y 9 % hispanos; 38 % trabajando. Edad media: 36 años; media de 12,7 años de escolarización. Consumo de cocaína: crack o freebase (cocaína base) (22 %); en polvo (5,7 %); otras preparaciones de cocaína (0,8 %); combinación de crack, polvo y speed (69,9 %); otras combinaciones (1,6 %). Frecuencia de consumo declarado: "menos de una vez al mes" (2 %), "menos de una vez a la semana" (12,7 %), "una vez a la semana" (14 %), "varias veces a la semana" (48 %), "una vez al día" (16,7 %), y "más de tres veces al día" (6,7 %). Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV).	Dexanfetamina: 15-30 mg/día 30-60 mg/día + 1 hora semanal de TCC	Placebo + 1 hora semanal de TCC	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Efectos adversos Abandono del tratamiento Depresión (BDI)
Grabowski (2004) ACA	182 días	62 pacientes evaluables (de 94 aleatorizados), tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y la heroína (DSM-IV). Edad media: 36,7 años; 33 % mujeres; 10,6 % afroamericanos; 75,5 % blancos y 13,8 % hispanos. Sin trabajo: 59,6 %; 12,3 años de media de escolarización. Consumo de cocaína: crack o freebase (cocaína base) (46,8 %); polvo o nieve (31,9 %); speedball (21,3 %). Frecuencia autodeclarada de consumo: "menos de una vez al mes" (4,3 %), "menos de una vez a la semana" (9,6 %), "una vez a la semana" (13,8 %), "varias veces a la semana" (41,5 %), "una vez al día" (26,6 %), y "más de tres veces al día" (4,3 %). Criterios de inclusión: buena salud y sin ningún otro diagnóstico psiquiátrico (excepto dependencia de la nicotina). Excluidos adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	Dexanfetamina: 15-30 mg/día 30-60 mg/día + tratamiento con metadona + 26 sesiones semanales de terapia psicossocial	Placebo + tratamiento con metadona + 26 sesiones semanales de terapia psicossocial	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Efectos adversos Seguimiento del tratamiento Depresión (BDI) Presión arterial



### 3 Psicoestimulantes

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Shearer (2003) ACA Estudio piloto	98 días	30 pacientes con vía de consumo intravenosa. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV).	Dexanfetamina: 30-90 mg/día + psicoterapia	Placebo + psicoterapia	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Efectos adversos Continuación del tratamiento Apetencia ( <i>craving</i> ) Apetencia o craving (VAS) Resultado de tratamiento de opiáceos (OTI) Síntomas psiquiátricos (BSI) Gravedad de la dependencia (SDS)

#### 3.2. Metanfetamina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Mooney 2008 ACA	8 semanas	82 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad media: 36 años; 85 hombres; media de 12,5 años de escolarización; 60 % afroamericanos; 28 % blancos, 67 % con trabajo. Consumo de cocaína: crack 70 %; media de 1,7 días durante el mes anterior; 20 años de media de consumo. Criterios de inclusión: edad entre 18 y 55 años; dependencia de la cocaína (DSM-IV). Criterios de exclusión: dependencia de otras sustancias (excepto de la nicotina); otros trastornos mentales; enfermedad física seria.	Metanfetamina: de liberación inmediata 5 mg/6 veces al día de liberación continua 30 mg/1 dosis al día Diseño secuencial	Placebo	Retención en el estudio Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> ) Apetencia o craving (VAS) Efectos adversos Peso, presión arterial y ritmo cardíaco Cumplimiento de la medicación

### 3 Psicoestimulantes

#### 3.3. Metilfenidato

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Grabowski (1997) ACA	91 días	49 pacientes. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Excluían a pacientes dependientes de otras drogas (excepto nicotina) o con trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Metilfenidato IR+SR 45 mg/día + 11 sesiones de terapia psicosocial	Placebo + 11 sesiones de terapia psicosocial	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Efectos adversos Continuación en tratamiento
Schubiner (2002) ACA	84 días	48 pacientes Dependencia de la cocaína y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos (DSM-IV).	Metilfenidato 30-90 mg/día + psicoterapia individual o de grupo	Placebo + psicoterapia individual o de grupo	Consumo de cocaína (autodeclarado y por metabolitos en la orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Apetencia o craving de cocaína (CCQ) Efectos adversos Seguimiento del tratamiento
Levin (2007) ACA	14 semanas	106 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad media: 37 años; 83 % hombres; 60 % caucásicos; 20 % afroamericanos; 14 % hispanos; 6 % otros; 18 % sin trabajo. 40 % también consumidores de alcohol y 34 % de marihuana. Consumo de cocaína: 21 años de edad media al inicio; 13 días de consumo medio durante el mes anterior. Vía de consumo: 61 % nasal, 34 % fumada, 5 % otras. Criterios de inclusión: edad entre 18 y 60 años; diagnóstico de dependencia de la cocaína y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV). Criterios de exclusión: otra patología psiquiátrica; dependencia de opiáceos o del alcohol; sensibilidad al metilfenidato.	Metilfenidato, inicio a 10 mg/día y aumentando hasta 40 o 60 mg/día, según tolerancia del paciente	Placebo con ácido fólico Añadido (1 mg por pastilla)	TDAH en niños (WURS) TDAH en adultos (AARS) Mejora global (CGI) Síntomas del TDAH (TAADS) Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Efectos secundarios-apetencia o <i>craving</i>

### 3 Psicoestimulantes

#### 3.4. Mazindol

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Margolin (1995) ACA	12 semanas	37 pacientes. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y en tratamiento de mantenimiento con metadona, sin consumir cocaína al menos durante 2 semanas. No excluían a personas con dependencia de otras sustancias.	Mazindol: 1 mg/día + terapia psicosocial integrada (gestión de casos, manejo de contingencias y psicoterapia de grupo)	Placebo + terapia psicosocial integrada (gestión de casos, manejo de contingencias y psicoterapia de grupo)	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Apetencia o <i>craving</i> (VAS) Efectos adversos Seguimiento del tratamiento
Stine (1995) ACA	6 semanas	43 pacientes en tratamiento ambulatorio. Edad media: 34,5 años; 86 % hombres; 51 % afroamericanos; 40 % blancos; 9 % hispanos; 34 % con diagnóstico de depresión; 15 % distimia y 9 % trastorno antisocial de la personalidad. Consumo abusivo concurrente de alcohol (67 %) y de marihuana (58 %). Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-III-TR) con consumo autodeclarado de 12 g durante los 3 meses anteriores. Excluían a pacientes dependientes de otras drogas.	Mazindol: 2 mg/día + psicoterapia de 6 sesiones de grupo y asesoramiento	Placebo + psicoterapia de 6 sesiones de grupo y asesoramiento	Seguimiento del tratamiento Consumo de cocaína (autodeclarado o por metabolitos en la orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Apetencia o <i>craving</i> (VAS) Efectos adversos Depresión (BDI) Depresión (HDRS) Ansiedad (HARS)

3

Psicoestimulantes

3.5. Modafinilo

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Dackis (2005) ACA	8 semanas	62 pacientes en tratamiento ambulatorio. 44 hombres, 18 mujeres. Edad media: 44,5 años; intervalo 25-63 años; 80 % afroamericanos; 12 años de media de escolarización. Trabajo medio en el mes anterior: 13 días. Consumo de cocaína: 88 % consumían la cocaína fumada; consumo medio: 12,5 años; consumo medio semanal: 2,5 días.  Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-IV).  Consumo mínimo de cocaína por valor de al menos 200 \$ durante el mes anterior.  Criterios de exclusión: dependencia de otra sustancia (excepto de la nicotina); enfermedad médica grave; otra enfermedad psiquiátrica; tratamiento con psicofármacos o medicación que puede interactuar con modafinilo; mujeres embarazadas o que no utilizan contracepción.	Modafinilo: 400 mg/día + 2 sesiones semanales de TCC	Placebo + 2 sesiones semanales de TCC	Consumo de cocaína (metabolitos en la orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Síndrome de abstinencia Seguimiento del tratamiento Efectos adversos

3.6. Selegilina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Elkashef (2006) ACA	8 semanas	300 personas, tratamiento ambulatorio. Edad media: 41 años; 78 % hombres; 63 % afroamericanos; 26 % caucásicos; 9 % hispanos; 2 % otros; 13 años de escolarización media. Consumo de cocaína: media de 17,5 días en el mes anterior; 715 \$ de gasto medio en el mes anterior. Vía de consumo: 86 % fumada, 10 % nasal, 4 % otra. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-IV); buscando tratamiento; mayores de 18 años; capaces de dar consentimiento informado. Criterios de exclusión: mujeres embarazadas o en lactancia; enfermedades médicas graves; enfermedades mentales que requieran tratamiento; tratamiento por orden judicial; uso de fármacos como IMAO o PEA.	Selegilina transdérmica (6 mg/día) por medio de pegados de 20 cm2 con 1 mg/cm2 + 1 hora semanal de psicoterapia individual	Placebo + 1 hora semanal de psicoterapia individual	Consumo de cocaína (autodeclarado o por metabolitos en la orina) Gravedad de la dependencia (ASI) Depresión (HDRS) Apetencia o <i>craving</i> de cocaína (BSCS) Gravedad y mejora de la enfermedad (CGI) Efectos adversos

4

**Antipsicóticos. 4.1. Pacientes sin diagnóstico psiquiátrico**

**4.1.1. Haloperidol**

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Berger (1996) ACA Diseño cruzado	5 días	20 hombres. Pacientes ingresados. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad media: 47,4 años. Escolarización media: 13,6 años. Consumo medio de cocaína durante los 30 días anteriores. 11,2 días. Consumidores con una media de 13,9 años.  Criterios de exclusión: trastorno del estado del ánimo grave; trastornos psicóticos; no respuesta a test de exposición a estímulos.	Solo 1 dosis de haloperidol de 4 mg/día	Placebo	Apetencia o <i>craving</i> (VAS y WSRS)

**4.1.2. Risperidona**

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Grabowski (2004) ACA	24 semanas	96 personas, tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM) con buena salud y sin otro diagnóstico psiquiátrico. Edad media: 36,9 años; 40,6 % mujeres; 14 % blancos, 10,4 % hispanos y 10,4 % afroamericanos. Escolarización media: 12,3 años; 68 % parados; 25 % con trabajo y estudiantes o 7 % jubilados. Consumo de cocaína: 20,9 % menos de una vez por semana; 6,3 % una vez por semana; 38,55 % varias veces por semana; 28,1 % una vegada al día; 6,3 % más de tres veces al día.	Risperidona: 2 mg/día Risperidona: 4 mg/día	Placebo	Mantenimiento en el estudio Efectos secundarios Consumo de cocaína Cambios en la presión arterial



**4** Antipsicóticos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Levin (1999) ACA	12 semanas	14 personas, tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad media: 40 años; 71 % hombres; 43 % afroamericanos, 43 % hispanos; 14 % caucásicos. Consumo de cocaína: 16 días de media en el mes anterior; gasto medio de 70,3 \$ durante el mes anterior; Vía de consumo: 50 % nasal; 50 % intravenosa/freebase (cocaína base) Criterios de exclusión: dependencia del alcohol, de opiáceos o de sedantes; cualquier otra patología psiquiátrica que necesite tratamiento; embarazo.	Risperidona: 2,1 mg/día de media	Placebo	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína (autodeclarado y por análisis de orina) Apetencia o <i>craving</i> (VAS)
Loebl (2008) ACA	12 semanas	31 hombres. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad media: 43 años. Escolarización media: 13 años. Dependencia del alcohol: 45 %. Edad media de inicio de consumo de cocaína: 29 años. Consumo de cocaína: 12,5 días de media durante el mes anterior; gasto medio de 440 \$ durante el mes anterior. Criterios de exclusión: mujeres; trastornos psiquiátricos; infección por el VIH; condición médica inestable.	Risperidona (intramuscular): 25 mg/semana	Placebo	Consumo de cocaína (autodeclarado y por metabolitos en la orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Depresión (HDRS) Efectos adversos Peso Seguimiento del estudio
Smelson (2004) ACA	2 semanas	34 personas, ingresadas. Edad media: 41,2 años. Sexo no especificado. Media de 5,2 días de consumo durante el mes anterior; media de 6,3 años de consumo. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-IV); consumo como mínimo de 6 g en el mes anterior; respuesta de aumento del deseo de consumo en la exposición a estímulos visuales. Criterios de exclusión: cualquier otra enfermedad psiquiátrica o dependencia (excepto tabaco); tomar cualquier medicación que pueda afectar al sistema nervioso central; historia de convulsiones; embarazo.	Risperidona: 1 mg/día	Placebo	bandonos del tratamiento Apetencia o <i>craving</i> (VCCQ)

## 4 Antipsicóticos

### 4.1.3. Olanzapina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Kampman (2003) ACA	12 semanas	30 personas, tratamiento ambulatorio. Edad media: 41 años; 73,3 % hombres; 93,3 % afroamericanos. Escolarización media: 12,33 años. Consumo de cocaína: media de 12,5 días en el mes anterior; 12 años de consumo como media; vía de consumo: 10 % nasal, 86,6 % fumada, 10 % intravenosa. Criterios de inclusión: de 18 a 60 años; con adicción a la cocaína diagnosticada por psiquiatría; consumo autodeclarado de cocaína al menos por valor de 100 \$ en el mes anterior. Criterios de exclusión: dependencia de otra droga (excepto tabaco y alcohol); psicosis; demencia; uso de medicación psicotrópica; enfermedad médica inestable; embarazo; hipersensibilidad a la olanzapina.	Olanzapina: 10 mg/día	Placebo	Mantenimiento en el estudio Apetencia o craving de cocaína (BSCS) Gravedad de la dependencia (ASI) Ansiedad (HARS) Depresión (HDRS) Abstinencia inicial de cocaína (CSSA)
Reid (2005) ACA	8 semanas	68 personas, tratamiento ambulatorio. Edad media: 38,7 años; 50 hombres; 51 afroamericanos; 11 blancos; 7 hispanos; 1 otros. Escolarización media: 13 años. Consumo medio de cocaína: 14 años; media de 16,8 días en el mes anterior. Vía de consumo: 20,8 % nasal, 76 % fumada, 3 % intravenosa. Criterios de inclusión y exclusión: CREST.	Olanzapina: 10 mg/día	Valproato Coenzima Q10/L Carnitina Placebo	Abandonos del tratamiento Efectos secundarios Consumo de cocaína (autodeclarado) Apetencia o craving de cocaína (BSCS y CCQ) Gravedad de la dependencia (ASI) Gravedad y mejora de la enfermedad (CGI-GM) Ansiedad (HARS) Depresión (HDRS)

## 4 Antipsicóticos

### 4.1.4. Aripripazol

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Stoops (2007) AC no aleatorizado cruzado Estudio sobre seguridad	14 días	8 pacientes ingresados con dependencia de la cocaína (DSM-IV). 5 hombres; 3 mujeres; 7 afroamericanos. Todos consumidores de crack y consumidores de una media de 392 mg durante la semana anterior.	Aripripazol: 10 mg/día	Placebo	Presión sanguínea, ritmo cardíaco, temperatura, glucemia Apetencia ( <i>craving</i> ) Movimientos involuntarios (AIMS) Efectos secundarios (UKU SES) Escala de puntuación por adjetivos Escala de valoración subjetiva de adjetivos sensibles al consumo de cocaína (SSARS)

### 4.1.5. Reserpina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Winhusen (2007) ACA	12 semanas	01 personas, tratamiento ambulatorio. Edad media: 41 años; 70 % hombres; 75 % afroamericanos, 18 % caucásicos. Consumo medio de cocaína: 14 años; media de 16 días en el mes anterior. Vía de consumo: 97 % fumada, 3 % intranasal. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína (DSM-IV), como mínimo 18 años de edad; análisis de orina positivo (dos semanas antes). Criterios de exclusión: dependencia de opiáceos; tratamiento de alcoholismo; personas que toman reserpina o con hipersensibilidad conocida a este fármaco.	Reserpina: 0,5 mg/día	Placebo	Consumo de cocaína (autodeclarado y por análisis de orina) Apetencia o <i>craving</i> de cocaína (BSCS) Gravedad de la dependencia (ASI) Gravedad y mejora de la enfermedad (CGI) Efectos adversos Depresión (HDRS)

4

Antipsicóticos. 4.2. Pacientes con diagnóstico psiquiátrico

4.2.1. Olanzapina versus haloperidol

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Smelson (2006) ACA	6 semanas	31 personas, ingresadas. Edad media: 42,9 años; media de 8,4 días de consumo en el mes anterior; edad media de inicio del consumo: 29,3 años. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína y esquizofrenia (DSM-IV); respuesta de aumento del deseo de consumo en la exposición a estímulos visuales. Criterios de exclusión: cualquier otra enfermedad psiquiátrica o dependencia (excepto tabaco); embarazo.	Olanzapina: 10 mg/día	Haloperidol: 10 mg/día	Abandonos del tratamiento Apetencia o craving (VCCQ) Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS) Síntomas del síndrome de abstinencia
Sayers (2005) ACA	26 semanas	24 pacientes. 22 afroamericanos; 23 hombres; edad media: 45,9 años. Consumo de cocaína per valor medio de 234 \$ en las 12 semanas anteriores. Criterios de inclusión: diagnóstico de dependencia de la cocaína y esquizofrenia (DSM-IV) en los últimos 6 meses; edad entre 18 y 60 años; capacidad de dar el consentimiento informado.	Olanzapina: 10 mg/día	Haloperidol: 10 mg/día	Consumo de cocaína (análisis de orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Síntomas depresivos Síntomas extrapiramidales Seguimiento del tratamiento

## 4 Antipsicóticos

### 4.2.2. Olanzapina versus risperidona

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Akerle (2007) ACA	14 semanas	28 personas, tratamiento ambulatorio. Edad media: 35,5 años; 89 % hombres; 53 % afroamericanos, 32 % caucásicos. Escolarización media: 12,5 años; 7 % con trabajo. Consumo de droga: 93 % marihuana, 78 % cocaína. Días medios de consumo durante el mes anterior: 18 días, marihuana; 11 días, cocaína. Vía de consumo de la cocaína: 58 % inhalada, 42 % fumada. Criterios de inclusión: dependencia de la cocaína o la marihuana (DSM-IV); esquizofrenia o trastorno del estado del ánimo (DSM-IV); consumo de marihuana al menos dos veces por semana o de cocaína como mínimo una semana de media en los tres meses anteriores. Criterios de exclusión: embarazo; dependencia del alcohol o de otras drogas (excepto el tabaco y la cafeína); sintomatología psiquiátrica inestable.	Olanzapina: 5-20 mg/día	Risperidona: 3-9 mg/día	Apetencia ( <i>craving</i> ) Consumo de droga (análisis de orina) Depresión (HDRS) Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS) Seguimiento del tratamiento Efectos secundarios

### 4.2.3. Risperidona versus zuclopentixol

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Rubio (2006) ACA	6 meses	115 pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias. Edad media: 35 años. 26 % abuso de cocaína; 8,5 % de opiáceos; 87 % de alcohol; 71 % cannabis; 4 % MDMA. Diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV): 52 % paranoide; 19 % residual; 15 % indiferenciada; 14 % desorganizada. Los pacientes iniciaban el estudio en un ingreso hospitalario (de 7 a 15 días), continuado de manera ambulatoria durante 6 meses. Criterios de inclusión: edad entre 18 y 65 años; diagnóstico de esquizofrenia y de dependencia de sustancias distintas de la cafeína y la nicotina (DSM-IV). Criterios de exclusión: cualquier trastorno orgánico o neurológico clínicamente significativo, cualquier otra psicosis importante, alteraciones relevantes por medio de análisis de sangre o electrocardiograma. Se invitaba a participar en el estudio a pacientes que se darían de alta después de un ingreso hospitalario cuando se hubiera estabilizado la esquizofrenia.	Risperidona: 2-6 mg/día oral; 47 mg/15 días de acción prolongada	Zuclopentixol: 10-50 mg/día oral; 200 mg/21 días de absorción lenta ( <i>dépot</i> )	Consumo de sustancias (metabolitos en la orina) Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS) (ABANS Eficacia en psicopatología) Seguridad: <i>Extrapyramidal Symptom Rating Scale</i> (ESRS) Asistencia a las sesiones del programa

## 4 Antipsicóticos

### 4.2.4. Quetiapina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Brown (2003) ACA piloto	12 semanas	24 pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio, consumidores de cocaína o anfetaminas.	Tratamiento antipsicótico previo	Retirar el tratamiento anterior y, en caso necesario, quetiapina	Síntomas psiquiátricos Consumo de drogas Apetencia ( <i>craving</i> )

#### 4.2. Pacientes con diagnóstico psiquiátrico (revisión San, 2007)

Autor/a	Diseño	Alternativas comparadas	Pacientes	Duración
Smelson (2004)	Estudio abierto, diseño cruzado	Antipsicóticos convencionales vs. risperidona	18 pacientes esquizofrénicos con dependencia de la cocaína	6 semanas
Tsuang (2002)	Ensayo doble ciego	Haloperidol Olanzapina	4 pacientes esquizofrénicos con abusos de cocaína	24 semanas
Green (2002)	ACA, multicéntrico, doble ciego	Olanzapina vs. haloperidol	262 personas con un primer episodio de psicosis, 96 con trastorno por abuso de sustancias (sin especificar cuáles)	12 semanas
Beresford (2005)	ACA, estudio abierto	Aripiprazol	10 pacientes esquizofrénicos con dependencia de la cocaína o del alcohol	8 semanas

## 5 Anticonvulsivos

### 5.1. Carbamazepina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Campbell (1994) Grupo de comparación <i>a</i> ACA	24 semanas	65 pacientes. Dependencia de la cocaína (DSM-III-R). En tratamiento ambulatorio. Edad media: 32 años (intervalo de 20 a 60); 63 % hombres; 90 % afroamericanos; 16 con diagnóstico añadido de dependencia del alcohol, 11 depresión mayor, 2 trastorno de ansiedad generalizada y 16 trastorno antisocial de la personalidad.	Carbamazepina: dosis no especificada 19 pacientes	Placebo 25 pacientes	Abandonos del tratamiento
Campbell (1994) Grupo de comparación <i>b</i> ACA	24 semanas	Igual que Campbell (1994), grupo de comparación <i>a</i>	Carbamazepina: dosis no especificada 19 pacientes	Desipramina: dosis no especificada 21 pacientes	Abandonos del tratamiento
Campbell (2003) Grupo de comparación <i>a</i> ACA	8 semanas	146 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Edad media: 33,4 años; 69,6 % hombres; 16,33 % blancos; 82,3 % afroamericanos; 51,3 % en libertad provisional. Escolarización: < 11 años: 36 %; educación secundaria: 39 %; > 13 años: 21,3 %. 30 % con depresión; 39 % con trastorno antisocial de la personalidad; 6,3 % trastorno de ansiedad. Criterios de exclusión: psicosis, síndromes cerebrales orgánicos, ideas suicidas u homicidas, trastornos médicos inestables.	Carbamazepina: 200 mg/día 47 pacientes	Placebo 50 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Efectos secundarios
Campbell (2003) Grupo de comparación <i>b</i> ACA	8 semanas	Igual que Campbell (2003), grupo de comparación <i>a</i>	Carbamazepina: de 200 mg/día 47 pacientes	Desipramina: 200 mg/día 49 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Efectos secundarios



**5** Anticonvulsivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Cornish (1995) ACA	No disponible	95 pacientes con dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: Intervalo de edad de 21-51 años; 98 % hombres; 98 % afroamericanos.	Carbamacepina: de 200 mg/día y aumentada hasta lograr de 4 a 12 µg/ml en sangre 37 pacientes	Placebo 45 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios
Halikas (1997) Grupo de comparación a ACA	12 semanas	183 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad media 32,5 años; 71 % hombres; 66,1 % blancos; nivel mínimo educativo 8.º grado (13-14 años).	Carbamacepina: 400 mg/día + oferta de diferentes intervenciones psicosociales 62 pacientes	Placebo + oferta de diferentes intervenciones psicosociales 63 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios
Halikas (1997) Grupo de comparación b ACA	12 semanas	Igual que Halikas (2007), grupo de comparación a	Carbamacepina: 800 mg/día + oferta de diferentes intervenciones psicosociales 58 pacientes	Placebo + oferta de diferentes intervenciones psicosociales 63 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios
Kranzler (1995) ACA	12 semanas tratamiento + 12 semanas seguimiento	40 pacientes. En tratamiento ambulatorio Dependencia de la cocaína (DSM-III-R) Edad: 18 a 45 años; 100 % hombres; 32 % afroamericanos. Consumo de 4 g como mínimo durante el mes anterior.	Carbamacepina: de 200 mg/día a 600 mg/día 20 pacientes	Placebo 20 pacientes	Consumo de cocaína Consumo de otras sustancias Efectos secundarios
Montoya (1995) ACA	8 semanas	62 pacientes. En tratamiento ambulatorio Dependencia de la cocaína (DSM-III-R) Edad media: 33,2 años; 79 % hombres; 68 % afroamericanos; consumo autodeclarado de cocaína de 14 g como mínimo durante los 3 meses anteriores. Criterios de exclusión: dependencia de otras drogas, residencia institucional, enfermedad física o mental grave.	Carbamacepina: dosis de inicio de 200 mg/día y aumentada a 800 mg/día; después reducida gradualmente hasta 200 mg/día. 34 pacientes	Placebo 34 pacientes	Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> )

## 5 Anticonvulsivos

### 5.2. Fenitoína

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Crosby (1996) ACA	12 semanas	44 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Mayores de 18 años; edad media: 34 años; hombres: 79,5 %; afroamericanos: 57 %; casados: 34 %. Estudios: 14 % primaria o menos; 70 % secundaria, 15 % universidad; 59 % con trabajo. Vía de consumo: 4,5 % intranasal, 93 % fumada, 2 % intravenosa. Consumo medio durante el último mes: 11,7 días; duración media del período de abuso: 90 meses. Criterios de exclusión: cualquier enfermedad mental o enfermedad médica inestable; historia de convulsiones; embarazo; riesgo de suicidio; uso de fármacos psicotrópicos durante las seis semanas anteriores.	Fenitoína: 100 mg/día 20 pacientes	Placebo 24 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios
Sofuoglu (1999) ACA	10 días	9 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Edad media: 37,5 años; 6 hombres; escolarización media: 13 años; consumo medio de cocaína: 12,7 años.	Fenitoína: 100 mg/día + intervención de manejo de contingencias (cupones canjeables por cocaína) 3 pacientes	Placebo + intervención de manejo de contingencias (cupones canjeables por cocaína) 6 pacientes	Consumo de cocaína Efectos secundarios

### 5.3. Gabapentina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Berger (2005) Grupo de comparación b ACA	10 semanas (2 cribados y 8 intervenciones)	30 pacientes Dependencia de la cocaína (DSM-IV). En tratamiento ambulatorio. Edad media: 39,1 años; 70 % hombres; 92 % afroamericanos. Años medios de estudio: 12,3; 8 % sin trabajo. Consumo de cocaína en los últimos 30 días: 18,5 días. Vía de consumo: fumada (93 %), intravenosa (5 %), intranasal (2 %).	Gabapentina: 1.800 mg (reducción progresiva de la dosis), 15 pacientes	Placebo 15 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Gravedad de la dependencia Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios Depresión Ansiedad



**5** Anticonvulsivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Bisaga (2006) ACA	12 semanas + 2 de placebo	<p>99 pacientes. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). En tratamiento ambulatorio. Consumo: como mínimo 4 días durante el mes anterior. De 18 a 60 años. Edad media: 39 años; 88 % hombres; 46 % afroamericanos, 26 % caucásicos. Estudios: 26 % secundaria, 53 % universidad. Con trabajo: 87 %. Consumo de cocaína en los últimos 30 días: 14 días. Criterios de exclusión: trastorno del estado del ánimo grave; TDAH; dependencia de opiáceos, del alcohol, de sedantes o de hipnóticos; embarazo o lactancia.</p>	<p>Gabapentina: 1.600 mg máximo; después, reducción progresiva de la dosis 48 pacientes</p>	<p>Placebo 47 pacientes</p>	<p>Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Apetencia (<i>craving</i>) Efectos secundarios</p>
González (2007) Grupo de comparación <i>b</i> ACA	10 semanas	<p>76 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos (DSM-IV) y consumo semanal de cocaína durante el mes anterior al inicio del estudio. Edad media: 37 años; hombres: 76 %; caucásicos: 70 %; parados: 54 %. Criterios de exclusión: enfermedad importante cardiovascular, renal, endocrina o hepática; historia de trastorno psicótico o esquizofrenia;</p>	<p>Gabapentina: 2.400 mg/día; después, reducción progresiva de la dosis 26 pacientes</p>	<p>Placebo 25 pacientes</p>	<p>Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína</p>

## 5 Anticonvulsivos

### 5.4. Lamotrigina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Berger (2005) Grupo de comparación a ACA	10 semanas (2 cribados y 8 intervenciones)	30 pacientes Dependencia de la cocaína (DSM-IV). En tratamiento ambulatorio, todos con TCC. Edad media: 39,1 años; 70 % hombres, 92 % afroamericanos, 8 % caucásicos; 23 % casados; 31 % separados/divorciados, 45 % nunca casados. Estudios: media de 12,3 años. Trabajo: 55 % a jornada completa, 28 % a tiempo parcial; 8 % estudiantes; 8 % sin trabajo. Consumo de cocaína en los últimos 30 días: 18,5 días. Vía de consumo: 93 % fumada, 5 % intravenosa, 2 % intranasal. Criterios de exclusión: los del estudio CREST.	Lamotrigina: 150 mg/día (reducción progresiva de la dosis) 15 pacientes	Placebo 15 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Gravedad de la dependencia Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios Depresión Ansiedad

### 5.5. Tiagabina

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
González 2003 Grupo de comparación a ACA	10 semanas	45 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos (DSM-IV) con tratamiento de mantenimiento con metadona y consumo semanal de cocaína durante el mes anterior al inicio del estudio. Edad media: 38 años; 77,8 % hombres; 75,6 % caucásicos; 53 % nunca casados. Criterios de exclusión: consumo de otras drogas y dependencia del alcohol; enfermedad importante cardiovascular, renal, endocrina o hepática; historia de trastorno psicótico; ideas suicidas; mujeres embarazadas o lactantes.	Tiagabina: 12 mg/día + metadona 60-100 mg/día + 1 hora de asesoramiento semanal 15 pacientes	Placebo + metadona 60-100 mg/día + 1 hora de asesoramiento semanal 15 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína



**5** Anticonvulsivos

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
González (2003) Grupo de comparación <i>b</i> ACA	10 semanas	Igual que González (2003), grupo de comparación <i>a</i>	Tiagabina: 24 mg/día + metadona 60- 100 mg/día + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Placebo + metadona 60- 100 mg/día + 1 hora de consell setmanal 15 pacients	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína
González (2007) Grupo de comparación <i>a</i> ACA	10 semanas	76 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos (DSM-IV) y consumo de cocaína. Edad media: 37 años; 76 % hombres; 70 % caucásicos; 54 % parados. Criterios de exclusión: enfermedad médica grave; historia de trastorno psicótico o esquizofrenia; mujeres embarazadas.	Tiagabina: 24 mg/día; después, reducción progresiva de la dosis 25 pacientes	Placebo 25 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína
Winhusen (2005) ACA	10 semanas	34 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Edad media: 40 años; 82 % hombres; 100 % afroamericanos. Años de escolarización media: 12,8; 12 % casados; 3 % parados. Vía de consumo: 97 % fumada.	Tiagabina: 20 mg/día 17 pacientes	Placebo 17 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Efectos secundarios Depresión Ansiedad
Winhusen (2007) ACA	12 semanas	141 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Dependencia de la cocaína (DSM-IV). Mayores de 18 años; 67 % hombres; 40 años de edad media; 64 % afroamericanos; 12,6 años de escolarización media; 18 % casados; 43 % parados. Vía de consumo: fumada (95 %). Criterios de exclusión: dependencia de otra droga; trastornos psiquiátricos; ideas suicidas; mujeres embarazadas; personas que antes hubiesen tomado tiagabina o que fueran sensibles a ella.	Tiagabina: 20 mg/día + 1 hora semanal de TCC 70 pacientes	Placebo + 1 hora semanal de TCC 71 pacientes	Consumo de cocaína Gravedad de la dependencia Apetencia ( <i>craving</i> ) Puntuación de impresión clínica global Efectos secundarios

## 5 Anticonvulsivos

### 5.6. Topiramato

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Kampman (2004) ACA	13 semanas	40 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos (DSM-IV). Edad entre 18 y 60 años; 40 años de media; 97,5 % hombres; 90 % afroamericanos; 10 % caucásicos; escolarización media de 12 años. Consumo de cocaína mensual: media de 7 días. Vía de consumo: 12,5 % inhalada; 87,5 % fumada. Criterios de exclusión: dependencia de opiáceos u otra droga; psicosis o demencia; consumo de psicofármacos; enfermedad física inestable; historia de nefrolitiasis o glaucoma; hipersensibilidad al topiramato.	Topiramato: con dosis de inicio de 25 mg/día aumentando hasta 200 mg/día; después reducción progresiva de la dosis. 20 pacientes	Placebo 20 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Gravedad de la dependencia Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios

### 5.7. Valproato

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Reid (2005) ACA	8 semanas	68 pacientes. En tratamiento ambulatorio. Edad media: 38,7 años; hombres 50, mujeres 13, hispanos 7, no hispanos 56, blancos 11, negros 51 y otros 1. Escolarización media: 13 años; media de consumo de cocaína: 14 años; en los 30 días previos: una media de 16,8 días. Vía de consumo: 20,8 % intranasal, 76 % fumada, 3 % inyectada. Criterios de inclusión y exclusión: los criterios CREST.	Valproato: de 500 mg/día a 1.500 mg/día 18 pacientes	Placebo 16 pacientes	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína Gravedad de la dependencia Apetencia ( <i>craving</i> ) Efectos secundarios Depresión Ansiedad

**6** Disulfiram

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Carroll (1993) ACA	12 semanas	N = 18 (9 vs. 9). Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-III-R). Tratamiento ambulatorio. 73 % hombres, 61 % blancos. 32 años.	Disulfiram: 250 mg/qd	naltrexona: 50 mg/ qd	Frecuencia y cantidad de consumo (cocaína y alcohol)
Carroll (1998) ACA	12 semanas	N = 117 (76 vs. 41). Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-III-R). Tratamiento ambulatorio. 73 % hombres, 40 % blancos. 31 años (DS = 5,5). 53 % con trastorno antisocial de la personalidad.	Disulfiram: 250 mg/día Disulfiram + TCC Disulfiram + 12 semanas Disulfiram + SC	TCC 12 semanas	Duración de la abstinencia Pacientes abstinentes Frecuencia y cantidad de consumo (cocaína y alcohol) Cumplimiento (por medio de riboflavina)
George (2000) ACA	12 semanas	N = 20 (11 vs. 9). Dependencia de la cocaína y de opiáceos (DSM-IV). Tratamiento de mantenimiento con buprenorfina. Tratamiento ambulatorio. 63 % hombres, 63 % blancos, parados Vía de consumo: intravenosa (64 %). 37 años (DS = 6,9). Criterios de exclusión: pacientes con dependencia del alcohol.	Disulfiram: 250 mg/qd	Placebo	Duración de la abstinencia Pacientes abstinentes
Petrakis (2000) ACA	12 semanas	N = 67 (36 vs. 31). Dependencia de la cocaína y de opiáceos (DSM-III-R). Tratamiento de mantenimiento con metadona. Tratamiento ambulatorio. 48 % hombres, 51 % blancos. Vía de consumo: fumada (62 %). 23 % dependencia del alcohol. 36 % con trastorno antisocial de la personalidad.	Disulfiram: 250 mg/día	Placebo	Frecuencia y cantidad de consumo (cocaína y alcohol)



**6** Disulfiram

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Carroll (2004) ACA	12 semanas	Pacientes N = 121 (60 vs. 61). Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV); incluidos en el estudio después de desintoxicarse del alcohol. Tratamiento ambulatorio. 68 % hombres, 76 % blancos. 35 años (DS = 7).	Disulfiram: 250 mg/día Disulfiram + TCC Disulfiram + terapia interpersonal	Placebo + TCC Placebo + terapia interpersonal	Frecuencia de consumo (cocaína) Cumplimiento (por medio de riboflavina)
Pettinati (2008) ACA	11 semanas	N = 208 (53 vs. 52 vs. 49 vs. 54). Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV); en algunos casos, incluidos en el estudio después de desintoxicarse del alcohol. Tratamiento ambulatorio. 68 % hombres; 89 % afroamericanos. Vía de consumo: 79 % fumada. 41 años.	Disulfiram: 250 mg/día Naltrexona: 100 mg/día disulfiram + naltrexona	Placebo	Abstinencia (cocaína y alcohol)

**7** **Naltrexona**

<b>Autor/a Diseño</b>	<b>Duración</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparación</b>	<b>Variable de resultado</b>
Hersh (1998) ACA	8 semanas	N = 64. Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV). Tratamiento ambulatorio.	Naltrexona: 50 mg/día	Placebo	Abstinencia (cocaína y alcohol)
Schmitz (2001) ACA	12 semanas	N = 85. Dependencia de la cocaína (DSM-IV) después de una fase de desintoxicación. Tratamiento ambulatorio.	Naltrexona: 50 mg + programa de prevención de recaídas	Programa de prevención de recaídas	Abstinencia (cocaína y alcohol)
Schmitz (2004) ACA	12 semanas	N = 80. Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV). Tratamiento ambulatorio.	Naltrexona: 50 mg/día + programa de prevención de recaídas	Programa de prevención de recaídas	Abstinencia (cocaína y alcohol)
Pettinati (2008) ACA	12 semanas	N = 164. Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV). Tratamiento ambulatorio.	Naltrexona: 150 mg/día	Placebo	Abstinencia (cocaína y alcohol)
Pettinati (2008b) ACA	11 semanas	N = 208. Dependencia del alcohol y de la cocaína (DSM-IV); en algunos casos, incluidos en el estudio después de desintoxicarse del alcohol. Tratamiento ambulatorio.	Disulfiram: 250 mg/día Naltrexona: 100 mg/día disulfiram + naltrexona	Placebo	Abstinencia (cocaína y alcohol)

## 8 Vacunas

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Kosten (2002) Ensayo fase I	12 semanas	N = 34. Dependencia de la cocaína (DSM-IV).	TA-CD 13 µg TA-CD 82 µg TA-CD 709 µg	Placebo	Nivel de anticuerpos Tolerancia
Martell (2005) ACA	14 semanas	N = 18. Dependencia de la cocaína (DSM-IV).	TA-CD 400 µg	TA-CD 2000 µg	Nivel de anticuerpos Efectos euforizantes Consumo de cocaína

**9**

**Pacientes en tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos con dependencia de la cocaína**

<b>Autor/a Diseño</b>	<b>Duración</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparación</b>	<b>Variable de resultado</b>
Kosten (1993) ACA	24 semanas	N = 140. Dependencia de opiáceos (DSM-III-R). Habían recibido tratamiento previo	Buprenorfina 2 mg/día (N = 28) Metadona 35 mg/día (N = 34) Programa de prevención de recaídas	Buprenorfina 6 mg/día (N = 28) Metadona 65 mg/día (N = 35) Programa de prevención de recaídas	Seguimiento del tratamiento Consumo de cocaína autodeclarado y por muestras de orina Síntomas de abstinencia de opiáceos
Johnson (2000) ACA	17 semanas	N = 220. Dependencia de opiáceos (DSM-IV). Edad entre 21 y 55 años. Muestra positiva reciente de opiáceos. Muestras de embarazo negativas.	Metadona 20 mg/día - (N = 55)	Acetato de levometadilo 75-115 mg, 3 veces por semana (N = 55) Buprenorfina 16-32 mg, 3 veces por semana (N = 55) Metadona, 60-100 mg/día (N = 55)	Seguimiento del tratamiento Consumo de opiáceos y cocaína (por muestras de orina) Efectos adversos
Schottenfeld (1997) ACA	24 semanas	N = 116. Dependencia de opiáceos y cocaína (DSM-III-R). Pacientes que cumplían los criterios de la FDA para recibir TMM.	Metadona: 20 mg/día - (N = 30) Buprenorfina: 4 mg/día (N = 29)	Metadona: 65 mg/día (N = 28) Buprenorfina: 12 mg/día (N = 29)	Seguimiento del tratamiento Consumo de opiáceos y cocaína (muestras de orina)

# 1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Higgins (1993) ACA paralelo, ciego simple	12 semanas + 12 de seguimiento	38 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad media: 29,3 años; 89 % hombres; 100 % blancos; escolarización: 60 % al menos 12 años; 42 % con trabajo. Vía de consumo: 16 % freebase; 52,5 % intranasal; 29 % intravenosa. Consumo actual: 4,4 g por semana.	TCC (programas de refuerzo comunitario + manejo de contingencias)	Asesoramiento sobre drogadicción	Abandonos del tratamiento Falta de asistencia a más de una sesión de terapia Consumo de cocaína
Higgins (1994) ACA paralelo, ciego simple	24 semanas	40 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad media: 31,3 años; 67,5 % hombres; 85 % blancos; escolarización: 77,5 % al menos 12 años; 45 % con trabajo. Vía de consumo: 25 % freebase; 50 % intranasal; 25 % intravenosa. Consumo actual: 2,55 g por semana. Excluidas personas con dependencia de opiáceos..	TCC (programas de refuerzo comunitario + manejo de contingencias)	TCC (programas de refuerzo comunitario)	Abandono del tratamiento Falta de asistencia a más de una sesión de terapia Consumo de cocaína
Higgins (2000) ACA paralelo, ciego simple	24 semanas	70 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad media: 30,4 años; 73 % hombres; 94 % blancos; escolarización: 23 % al menos 12 años; 57 % trabajando. Vía de consumo: fumada (48,5 %); intranasal (37 %); intravenosa (14,5 %). Consumo: 3,3 g la semana anterior; años de consumo regular: 7,4; edad de inicio: 19 años. También 57 % dependencia del alcohol, 23 % de la marihuana y 17 % de ambas.	TCC (programas de refuerzo comunitario + manejo de contingencias)	TCC (programas de refuerzo comunitario + cupón de inicio)	Abandonos del tratamiento a las 12 y 24 semanas Consumo de cocaína Consumo de marihuana
Higgins (2003) ACA paralelo, abierto	24 semanas	100 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-II-R). Edad media: 34 años; 59 % hombres; 95 % blancos; escolarización: 23 % al menos 12 años; 63 % con trabajo. Vía de consumo: 59 % fumada, 34 % intranasal, 7 % intravenosa. Consumo 3,3 g/semana. 61 % dependencia también del alcohol, 21 % de la marihuana.	TCC (programas de refuerzo comunitario + manejo de contingencias)	TCC (manejo de contingencias)	Abandonos del tratamiento a las 12 y 24 semanas Consumo de cocaína (12 semanas) Consumo de marihuana (24 semanas)



**1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias**

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Secades Villa (2008) ACA paralelo	12 semanas	43 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad media: 28,5 años (intervalo de 20 a 40); 83,4 % hombres; 70 % con trabajo. Vía de consumo: 100 % intranasal. Consumo actual: 4 g/ semana. Mayores de 20 años; habitantes de la región de estudio. Criterios de exclusión: personas con psicopatologías graves.	TCC (programas de refuerzo comunitario + manejo de contingencias)	Proyecto Hombre	Abandono del tratamiento Abstinencia de cocaína
Petry (2005a) ACA paralelo, abierto	12 semanas	415 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína o de metanfetamina (DSM-IV). Edad: 35,8 años; 44,6 % hombres; 45 % blancos; 31,6 % afroamericanos; 12,9 % hispanos. Consumo de otras drogas: 83 % estimulantes, 42 % alcohol, 89 % marihuana, 97 % opiáceos.	TCC (manejo de contingencias) + asesoramiento	Asesoramiento sobre drogadicción	Tiempo medio en el estudio Consumo de cocaína y/o metanfetamina
Petry (2005a) ACA paralelo, abierto	12 semanas	77 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y heroína (DSM-IV), en tratamiento de mantenimiento con metadona Edad media: 40 años; 27 % hombres; 19 % blancos; 35 % afroamericanos; 45 % hispanos. Escolarización: media de 10,7 años; 25 % con trabajo a jornada completa. Consumo de otras drogas: 83 % estimulantes, 42 % alcohol, 89 % marihuana, 97 % opiáceos.	TCC (manejo de contingencias) + terapia estándar de metadona en grupo	Terapia estándar de metadona en grupo	Abandono del tratamiento Duración de la abstinencia Consumo de cocaína
Rawson (2006) ACA abierto	26 semanas	177 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV) en el 90 % de los pacientes. Edad media: 32 años; 75 % hombres. Criterios de exclusión: dependencia del alcohol o de benzodiacepinas.	Manejo de contingencias con entrega de cupones	TCC	Abandonos del tratamiento Abstinencia (análisis de orina)

## 2 Intervención en prevención de recaídas

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Carroll (1991) ACA paralelo, ciego simple	12 semanas	42 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad media: 27 años; 74 % hombres; 76,2 % blancos. Escolarización media: 13 años; 65 % trabajando. Vía de consumo: 33,3 % freebase; 50 % intranasal; 17 % intravenosa. Consumo actual: 4 g por semana, tiempo de consumo ≈ 40 meses. Comorbilidad psiquiátrica: trastorno depresivo (19 %), trastorno antisocial de la personalidad (26 %).	TCC (prevención de recaídas) Sesiones individuales de 50-60 minutos una vez por semana	Terapia interpersonal Sesiones individuales de 50-60 minutos una vez por semana	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína al menos tres veces consecutivas en cualquier momento del tratamiento Consumo de cocaína al menos tres semanas consecutivas al final del estudio
Carroll (1994) ACA paralelo, doble ciego para la medicación	12 semanas	139 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III). Edad media: 28,8 años; 63 % hombres; 54 % "minorías". Escolarización: 76 % al menos hasta los 12 años; 53 % trabajando. Vía de consumo: cocaína base freebase (62 %); intranasal (29 %); intravenosa (9 %). Consumo actual: 4,4 g por semana; tiempo medio de consumo 4,2 años.	TCC (prevención de recaídas) Sesiones individuales una vez por semana	Tratamiento clínico	Abandono del tratamiento Porcentaje medio de días de abstinencia Número medio de sesiones atendidas por dependientes deprimidos Número medio de sesiones atendidas por dependientes con eutimia
Carroll (1994) ACA paralelo	12 semanas	122 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y el alcohol (DSM-III). Edad media: 30,8 años; 73 % hombres; 56 % afroamericanos; 39 % blancos. Escolarización: 25 % algún tiempo en la universidad; 47 % en el instituto; 30 % no terminaron el instituto; 43 % trabajando. Vía de consumo: cocaína base freebase (77 %); intranasal (20 %); intravenosa (3 %). Consumo actual: 4 g por semana; tiempo medio de consumo de cocaína: 7,5 años; de abuso de alcohol: 7,3 años; 53 % tratamiento previo. Excluidas otras dependencias (opiáceos, barbitúricos).	TCC (prevención de recaídas + entrenamiento en habilidades de afrontamiento o <i>coping skills training</i> ) Sesiones individuales una vez por semana	Facilitación de los doce pasos. Sesiones individuales una vez por semana Disulfiram 250-500 mg/día	Consumo de cocaína al menos tres semanas consecutivas Consumo de cocaína y alcohol al menos tres semanas consecutivas
Silverman (1996) ACA paralelo, abierto	5 semanas seguidas de 12 semanas con cupones	37 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R), tratamiento de mantenimiento con metadona. Edad: 36,5 años; blancos: 53,5 %, afroamericanos: 46,5 %. Escolarización: 67,5 % más de 12 años; 43 % trabajando. Todos consumidores de cocaína y heroína inyectada.	(Programas de refuerzo comunitario) + manejo de contingencias	(Programas de refuerzo comunitario)	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína durante al menos 5 semanas consecutivas

2

Intervención en prevención de recaídas

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Silverman (1998) ACA paralelo, abierto	12 semanas y seguidas durante 25 más	59 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III), en tratamiento de mantenimiento con metadona. Edad: 37,8 años; 66 % hombres; 37,4 % blancos; 62,6 % afroamericanos. Escolarización: 66 % más de 12 años; 13,3 % trabajando. Vía de consumo: crack (7 %); intravenosa (95 %). Drogas consumidas: cocaína (98 %); heroína (96 %); alcohol (61 %); marihuana (28 %).	Programa de manejo de contingencias	Programa de manejo de contingencias + intercambio de vales al inicio del programa TCC	Duración media del tratamiento en semanas Consumo de cocaína durante al menos 5 semanas consecutivas
Silverman (2001) ACA paralelo	24 semanas	40 mujeres embarazadas o en posparto. Diagnóstico de dependencia de la cocaína y abuso de opiáceos (DSM-III). Edad: 31,8 años; 17,5 % blancos; 82,5 % afroamericanos. Escolarización: 65 % más de 12 años; 30 % trabajando; 10 % paradas los tres años anteriores. Vía de consumo: crack (70 %); intravenosa (37,5 %); fumada e intravenosa (92,5 %).	Programa de manejo de contingencias	Asesoramiento sobre drogadicción	Consumo de cocaína y opiáceos Abandonos del tratamiento

3

Entrevista motivacional

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Stotts (2001) ACA abierto	10 días	105 pacientes en desintoxicación. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-V). Edad: 41 años. Hombres: 80 %.	Dos sesiones de entrevista motivacional	Tratamiento de desintoxicación estándar	Finalización del tratamiento Consumo de cocaína
Miller (2003) ACA	12 meses de seguimiento	208 pacientes en tratamiento ambulatorio y hospitalizados. Consumidores de drogas (53 % cocaína). Edad: 32 años. Hombres: 50 %. Hispanos: 56 %.	Una sesión de entrevista motivacional de dos horas de duración	Tratamiento psicológico de apoyo	Consumo de cocaína
Rohsenow (2004) ACA	12 meses de seguimiento	149 pacientes en tratamiento ambulatorio. Consumidores de cocaína.	Dos sesiones de entrevista motivacional	Programa de los doce pasos	Finalización del tratamiento Consumo de cocaína
Bernstein (2005) ACA simple ciego	3 i 6 meses de seguimiento	1.175 pacientes en tratamiento ambulatorio. Dependencia de opiáceos o de la cocaína (autodeclarada). Edad: 38 años. Hombres: 70 %.	Una sesión de entrevista motivacional abreviada	Tratamiento de seguimiento de apoyo	Abstinencia (análisis de cabello)
Marsden (2006) ACA abierto	12 semanas	342 pacientes en tratamiento ambulatorio. Consumidores de cocaína autodeclarados. Edad: entre 16 y 22 años. Hombres: 66 %.	Entrevista motivacional con sesiones ambulatorias de discusión de 45-60 minutos	Seguimiento psicológico estándar	Abstinencia Consumo de cocaína

4

Terapia cognitivo-conductual

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Maude-Griffin (1998) ACA paralelo, abierto	12 semanas	128 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Hombres: 98,4 %; 80 % afroamericanos; 16 % trabajando. Vía de consumo: 100 % crack fumado. 82 % con al menos también uno de los diagnósticos siguientes: depresión grave, estrés postraumático, trastorno antisocial de la personalidad.	TCC (terapia cognitiva) 3 sesiones semanales de grupo y una individual durante 12 semanas	Asesoramiento sobre drogadicción 3 sesiones semanales de grupo y una individual durante 12 semanas	Consumo de cocaína durante al menos 4 semanas consecutivas Consumo continuado de cocaína por diferentes variables
Crits-Christoph (1999) ACA paralelo	9 meses	487 pacientes en tratamiento ambulatorio. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV). Edad: 18-60 años, media 33,9 años; 77 % hombres; 58 % blancos, 40 % afroamericanos. Escolarización: media 13 años; 60 % trabajando. Vía de consumo: 79 % crack, 19 % intranasal, 2 % intravenoso. Consumo actual: 10,4 días durante el mes anterior, tiempo medio de consumo: 6,9 años. 33 % dependencia del alcohol; 4,5 % del cannabis; 17 % abuso de cannabis. Otros diagnósticos: 28 % trastorno de conducta inducido por la cocaína; 4,9 % trastorno de ansiedad; 14 % trastorno antisocial de la personalidad.	TCC Sesiones individuales de 50 minutos dos veces por semana los 3 primeros meses, después una semanal durante 3 meses y después una al mes 3 meses + una sesión grupal semanal de 90 minutos durante	Terapia psicodinámica de apoyo expresiva  Asesoramiento sobre drogadicción: individual + grupal o solo individual (basado en el programa de los doce pasos y apoyo al grupo y desarrollo de habilidades) Sesiones como la TCC	Abandonos del tratamiento Consumo de cocaína durante el mes anterior medido al cabo de 6 meses Consumo de cocaína durante el mes anterior medido al final del estudio
Monti (1997) ACA paralelo, ciego simple	3 meses	128 pacientes en tratamiento en centros privados: uno rural residencial y otro urbano con hospitalización parcial. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-III-R). Edad: 28,4 años; 100 % hombres; 8 % afroamericanos, 86 % blancos. Escolarización: media: 12 años; 62 % trabajando. Vía de consumo: 72 % freebase (cocaína base), 20 % crack fumado, 51 % intranasal, 12 % intravenosa. 73 % dependencia o abuso de alcohol.	TCC (entrenamiento de habilidades de afrontamiento individual)	MRT (grupal) 8 sesiones de 1 hora (de 3 a 5 a la semana)	Abandono del tratamiento Consumo de cocaína al cabo de 3 meses Consumo de alcohol al cabo de 3 meses



## 4 Terapia cognitivo-conductual

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Rawson (2002) ACA paralelo	16 semanas + 2 años de seguimiento	108 pacientes en clínica de programa de mantenimiento con metadona. Diagnóstico de dependencia de la cocaína (DSM-IV), en tratamiento de mantenimiento con metadona. Edad media: 43,6 años; 55 % hombres; 39 % blancos; 32 % afroamericanos; 26 % hispanos. Escolarización: 12 años. 36 % en paro. Sin trabajo durante los 3 años anteriores.	TCC (terapia cognitiva de grupo; 3 sesiones semanales) Manejo de contingencias	TCC (terapia cognitiva + manejo de contingencias) Tratamiento estándar con metadona	Consumo de cocaína

# 1 Acupuntura

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Lipton (1994) ACA	4 semanas	N = 150 personas con dependencia de la cocaína buscando tratamiento y sin tratamientos previos de acupuntura. 70 % hombres. Edad entre 19 y 46 años.	Acupuntura auricular en 4 puntos del protocolo NADA 10 días en sesiones diarias de 45 minutos	Acupuntura simulada en puntos separados por 5 mm	Consumo de cocaína (análisis de orina) Apetencia ( <i>craving</i> ) Gravedad de la dependencia (ASI) (cocaína consumida)
Avants (1995) ACA	6 semanas	N = 40 personas con dependencia de la cocaína y opiáceos (DSM-III-R) en tratamiento de mantenimiento con metadona. 50 % hombres. Edad 35 años (DS = 7).	Acupuntura auricular en 3 puntos 5 sesiones semanales en sesiones de 45 minutos durante 6 semanas	Acupuntura simulada en puntos separados por 4 mm	Consumo de cocaína (análisis de orina) Gravedad de la dependencia (ASI) (cocaína consumida) Iniciación de abstinencia
Richard (1995) ACA	30 días	N = 228 personas con dependencia de la cocaína. 81 % hombres. Edad entre 18 y 51 años.	Acupuntura auricular siguiendo el protocolo NADA Sesiones diarias Terapia neoconductual	Terapia neoconductual	Consumo de cocaína (autodeclarado y por análisis de orina)
Otto (1998) ACA	12 semanas	N = 36 personas con dependencia de la cocaína (DSM-III-R) hospitalizados por abuso. 100 % hombres. Edad media de 39 años.	Acupuntura auricular siguiendo el protocolo NADA Sesiones de 45 minutos 5 veces por semana durante 2 semanas, seguidas de 3 sesiones semanales en dos semanas, y finalizadas en una sesión semanal durante 8 semanas en régimen ambulatorio	Acupuntura auricular en cinco puntos diferentes de los del protocolo NADA	Consumo de cocaína (análisis de orina) Depresión y ansiedad Apetencia ( <i>craving</i> )



# 1 Acupuntura

Autor/a Diseño	Duración	Pacientes	Intervención	Comparación	Variable de resultado
Bullock (1999) ACA	8 semanas	N = 236 personas con dependencia de la cocaína en tratamiento residencial. Edad media de 30 años.	Acupuntura auricular y tratamiento residencial 28 sesiones de 45 minutos en 8 semanas	Acupuntura auricular simulada y tratamiento residencial	Consumo de cocaína (análisis de orina) Apetencia ( <i>craving</i> )
Avants (2000) ACA	8 semanas	NN = 82 personas con dependencia de la cocaína y opiáceos (DSM-III-R) en tratamiento de mantenimiento con metadona. 57 % hombres. Edad media de 37 años.	Acupuntura auricular siguiendo el protocolo NADA Terapia de relajación 5 sesiones semanales de 40 minutos durante 8 semanas	Acupuntura auricular simulada y terapia de relajación	Consumo de cocaína (análisis de orina) Abandonos del tratamiento Efectos adversos
Killeen (2002) ACA	1 día	N = 30 personas con dependencia de la cocaína. 60 % hombres. Edad entre 23 y 45 años.	Acupuntura auricular siguiendo el protocolo NADA Una única sesión de 45 minutos	Acupuntura auricular simulada	Apetencia ( <i>craving</i> ) Conductividad del estímulo en la piel
Margolin (2002) ACA	8 semanas	N = 620 personas con dependencia de la cocaína según los criterios de la SCID, la mitad en tratamiento de mantenimiento con metadona. 69 % hombres. Edad media de 39 años.	Acupuntura auricular en 4 puntos del protocolo NADA Terapia de relajación 6 sesiones semanales de 40 minutos durante 8 semanas	Acupuntura auricular simulada	Consumo de cocaína (autodeclarado y por análisis de orina) Abandonos del tratamiento Apetencia ( <i>craving</i> )

## anexo 2

### Tablas de síntesis de los resultados de la literatura mediante el sistema GRADE

- **ABORDAJE FARMACOLÓGICO  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**
- **ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO Y PSICOEDUCATIVO  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**
- **PROGRAMAS RESIDENCIALES Y MANEJO DE CASOS  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**
- **OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS  
DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA**

# 1 Agonistas dopaminérgicos

La terapia con amantadina, ¿es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Amantadina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Alterman, 1992; Kolar, 1992; Kolsten, 1992; Shoptaw, 2002; Weddington, 1991)</b>											
5	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	Sí $I^2 = 39\%$	Sí Pacientes ambulatorios; mayoría hombres	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 147)	54/88 (61,36%)	93/127 (73,22%)	RR 0,93 (de 0,73 a 1,20)	—	Moderada	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Alterman, 1992; Kampman, 1996; Kampman, 2006; Shoptaw, 2002)</b>											
4	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí $I^2 = 57\%$	Sí Pacientes ambulatorios	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 152)	76/135 (56,29%)	76/135 (56,29%)	RR 1,01 (de 0,74 a 1,39)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Abandono del tratamiento a las 2 semanas (Alterman, 1992)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Hombres afroamericanos (90%) hospitalizados	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 10)	5/21 (23,80%)	5/21 (23,80%)	RR 1,00 (de 0,34 a 2,95)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Abandono del tratamiento a las 4 semanas (Kampman, 1996)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Hombres; ambulatorio	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 43)	24/30 (80%)	19/31 (61,29%)	RR 1,31 (de 0,94 a 1,82)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Abandono del tratamiento a las 16 semanas (Shoptaw, 2002)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Hombres; ambulatorio	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 54)	23/34 (67,64%)	31/35 (88,57%)	RR 0,76 (de 0,59 a 0,99)	21/100 (de 2 a 40) 210/1000	Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

# 1 Agonistas dopaminérgicos

La terapia con amantadina, ¿es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Amantadina versus placebo</b>											
Variable: Efectos secundarios (Giannini, 1989)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Hombres; ambulatorio	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = entre 2 i 5)	Diarrea 2/10 (20%)  Cefalea 2/10 (20%)  Náusea <sup>1</sup> 7/60 (11,66%)  Erupción cutánea 2/10 (20%)	Diarrea 0/10 (0%)  Cefalea 3/10 (30%)  Náusea 10/59 (16,94%)  Erupción cutánea 2/10 (20%)	Diarrea RR 5,00 (de 0,27 a 92,62)  Cefalea RR 0,67 (de 0,14 a 3,17)  Náusea RR 0,69 (de 0,28 a 1,70)  Erupción cutánea RR 1,00 (de 0,17 a 5,77)	—	Baja	Importante
<b>Comparación: Amantadina versus placebo en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Kolar, 1992; Kolsten, 1992; Weddington, 1991)											
3	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	No	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 103)	50/61 (81,96%)	53/68 (77,94%)	RR 1,02 (de 0,87 a 1,20)	—	Moderada	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Handelsman, 1995; Kolar, 1992; Kosten, 1992; Pérez de los Cobos, 1993; Weddington, 1991)											
5	ACA	Sin limitaciones importantes	No	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 86)	49/112 (43,75%)	37/109 (33,94%)	RR 1,10 (de 0,84 a 1,46)	—	Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Los datos sobre náuseas corresponden a 2 ACA (Giannini, 1989; Kampman, 2006).

# 1 Agonistas dopaminérgicos

¿La terapia con bromocriptina es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Bromocriptina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Gorelick, 2006; Moscovitz, 1993)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	Sí $I^2 = 74\%$	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 51)	27/49 (55,10%)	24/50 (48%)	RR 1,09 (de 0,54 a 2,20)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Eiler, 1995; Gorelick, 2006; Handelsman, 1997; Moscovitz, 1993)</b>											
4	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	No	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 107)	57/105 (54,28%)	50/107 (46,72%)	RR 1,14 (de 0,89 a 1,45)	—	Moderada	Importante
2 <sup>1</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	No	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 20)	11/67 (16,41%)	9/66 (13,63%)	RR 1,14 (de 0,55 a 2,37)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Efectos secundarios (Giannini, 1989; Gorelick, 2006; Kranzler, 1992)</b>											
3	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con muestra pequeña	No	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = entre 6 i 41)	Cefalea 23/55 (41,81%) Náusea 9/45 (20%)	Cefalea 18/55 (33,72%) Náusea 6/45 (13,33%)	Cefalea RR 1,28 (de 0,79 a 2,09) Náusea RR 1,48 (de 0,57 a 3,85)	—	Moderada	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Abandono del tratamiento por efectos adversos relacionados con la bromocriptina (Eiler, 1995; Gorelick, 2006).

# 1 Agonistas dopaminérgicos

¿La terapia con pergolida es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Pergolida versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína.<sup>1</sup> Presencia de metabolitos en análisis (Focchi, 2005)</b>											
1	ACA	Limitaciones importantes en el diseño <sup>2</sup> Estudios con muestra pequeña	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 15)	7/22 (31,81%)	24/50 (40%)	RR 0,80 (de 0,35 a 1,79)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Focchi, 2005; Malcolm, 1997)</b>											
2	ACA	Limitaciones en el diseño <sup>2</sup> Estudios con muestra pequeña	No Moderada I <sup>2</sup> = 34%	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 122)	68/101 (67,32%)	54/114 (47,36%)	RR 1,44 (d'1,15 a 1,85)	21/100 (de 9 a 33) 210/1000	Baja	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas

<sup>1</sup> Focchi (2005) tiene una duración de tan solo cuatro semanas.

<sup>2</sup> Malcolm (1997) no aporta información suficiente sobre la aleatorización y Focchi (2005) es un estudio abierto de solo cuatro semanas de duración que no analiza los resultados de los pacientes que no cumplen el tratamiento.

## 2 Antidepresivos

¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas sin depresión con dependencia de la cocaína? (Revisión sistemática Torrens, 2005)

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Fluoxetina (ISRS) versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Covi, 1995; Grabowski, 1995)											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 47)	28/81 (34,6%)	19/39 (48,7%)	OR 0,50 (de 0,22 a 1,13)	—	Moderada	Clave
<b>Comparación: Antidepresivos no ISRS versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína (Gawin, 1989; Giannini, 1987; Jenkins, 1992; Margolin, 1995; McElroy, 1989; Nunes, 1995; Tennant, 1994) (presencia de metabolitos en análisis)											
7	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	No Diferentes fármacos combinados, diferentes poblaciones	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 99)	62/178 (34,8%)	37/160 (23,1%)	OR 1,85 (d'1,06 a 3,22)	11/100 110/1000	Baja	Clave
<b>Comparación: Desipramina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1994)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 52)	36/71 (50,7%)	16/48 (33,3%)	OR 2,60 (d'1,06 a 6,35)	17,4/100 174/1000	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas..

## 2 Antidepresivos

¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas sin depresión con dependencia de la cocaína? (Revisión sistemática Torrens 2005)

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Imipramina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Nunes, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 2)	1/21 (4,8%)	1/23 (4,3%)	OR 1,10 (de 0,06 a 18,77)	—	Baja	Clave
<b>Comparación: Desipramina y imipramina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1994; Nunes, 1995)											
5	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 54)	37/92 (40,2%)	17/71 (23,9%)	OR 2,40 (d' 1,02 a 5,64)	16,2/100 162/1000	Moderada	Clave
<b>Comparación: Gepirona versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Gawin, 1989; Giannini, 1987; McElroy, 1989; Tennant, 1994; Nunes, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 15)	6/12 (50%)	9/14 (64,3%)	OR 0,56 (de 0,12 a 2,68)	—	Baixa	Clave
<b>Comparación: Fluoxetina (ISRS) versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Schmitz, 2001)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 18)	7/34 (20,6%)	11/34 (32,4%)	OR 0,54 (de 0,18 a 1,63)	—	Moderada	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Batki, 1996; de la revisión de Lima, 2003)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 13)	8/16 (50%)	15/16 (93,7%)	RR 0,53 (de 0,32 a 0,88)	—	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

## 2 Antidepresivos

¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas sin depresión con dependencia de la cocaína? Revisión sistemática (Torrens, 2005)

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Desipramina y amantadina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Ziedonis, 1991)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 5)	4/10 (40%)	1/4 (25%)	OR 2,00 (de 0,15 a 26,73)	—	Moderada	Clave
<b>Comparación: Imipramina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Nunes, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 14)	10/38 (26,3%)	4/31 (12,9%)	OR 2,41 (de 0,67 a 8,65)	—	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

## 2 Antidepresivos

¿La terapia con antidepresivos es eficaz en el tratamiento de personas sin depresión con dependencia de la cocaína? Revisión sistemática (Lima, 2003)

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Desipramina versus placebo</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Gawin, 1989; Hall, 1994; McElroy, 1989; Tennant, 1985; Weddington, 1991)											
5	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Inconsistencia (I <sup>2</sup> = 55%)	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 109)	53/98 (54,1%)	56/90 (62,2%)	RR 0,86 (de 0,57 a 1,31)	—	Baja	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Giannini, 1986; McElroy, 1989; Tennant, 1985; Weddington, 1991)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Inconsistencia (I <sup>2</sup> = 43%)	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 65)	39/62 (62,9%)	26/55 (47,3%)	RR 1,12 (de 0,67 a 1,86)	—	Baja	Clave
<b>Comparación: Desipramina versus placebo en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de opiáceos</b>											
Variable: Reducción del consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Kolar, 1992; Kosten, 1992)											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 57)	23/38 (60,5%)	34/40 (85%)	RR 0,44 (de 0,07 a 2,93)	—	Moderada	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Arndt, 1992; Kolar, 1992; Kosten, 1992; O'Brien, 1988)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 46)	33/123 (26,8%)	13/81 (8,2%)	RR 1,81 (de 0,64 a 5,13)	—	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

### 3 Psicoestimulantes

¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Psicoestimulantes versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Margolin, 1995; Grawoski, 1997, 2004; Dackis, 2005; Elkashef, 2007; Levin, 2007)											
7	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Precisión	260/355 (73,2%)	261/334 (78,1%)	0,99 (de 0,93 a 1,06)	—	+++ Alta	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Margolin, 1995; Grawoski, 1997, 2001, 2004; Schubiner, 2002; Dackis, 2005; Elkashef, 2007; Levin, 2007)											
11	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>3</sup>	287/547 (52,5%)	272/499 (54,5%)	0,93 (de 0,84 a 1,03)	—	+++ Moderada	Importante
Variable: Efectos adversos que provocan el abandono del estudio (Margolin, 1995; Grawoski, 1997, 2001, 2004; Schubiner, 2002; Dackis, 2005; Elkashef, 2007; Levin, 2007)											
10	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	16/397 (4,0%)	5/349 (1,4%)	2,81 (d <sup>1</sup> 1,04 a 7,60)	—	+++ Moderada	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Los estudios identificados incluyen una mayoría de consumidores por vía intrapulmonar. No se ha considerado que sea una razón suficiente para bajar un nivel la calidad de la evidencia.

<sup>2</sup> No se llega a los 300 acontecimientos.

<sup>3</sup> El intervalo de confianza en la estimación del efecto considera una RRR (15%) que podría llegar a ser clínicamente relevante.

### 3 Psicoestimulantes

¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Mazindol versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Margolin, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	2/18 (11,1%)	4/19 (21,0%)	0,53 (de 0,11 a 2,54)	—	+++ Moderada	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Margolin, 1995)											
2	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	16/40 (40,0%)	17/40 (42,5%)	0,93 (de 0,59 a 1,47)	—	+++ Moderada	Importante
<b>Comparación: Dexanfetamina versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Grawoski 2001 y 2004)											
3	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	27/58 (46,5%)	21/34 (61,7%)	0,81 (de 0,56 a 1,16)	—	+++ Moderada	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Grawoski, 2001, 2004)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	103/151 (68,2%)	75/101 (74,2%)	0,90 (de 0,71 a 1,12)	—	+++ Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

### 3 Psicoestimulantes

¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Metilfenidato versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Grawoski, 1997; Schubiner, 2002; Levin, 2007)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	17/25 (68,0%)	15/24 (62,5%)	1,09 (de 0,2 a 1,64)	—	+++ Moderada	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Grawoski, 1997; Schubiner, 2002; Levin 2007)											
3	ACA	Limitaciones en el diseño <sup>4</sup>	Sí	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	49/102 (48,0%)	46/101 (45,5%)	1,06 (de 0,79 a 1,42)	—	++ Baja	Importante
<b>Comparación: Modafinilo versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Dackis, 2005)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	17/30 (56,7%)	25/32 (78,1%)	0,73 (de 0,50 a 1,04)	—	+++ Moderada	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Dackis, 2005)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	11/30 (36,7%)	11/32 (34,3%)	1,07 (de 0,55 a 2,09)	—	+++ Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

### 3 Psicoestimulantes

¿La terapia con psicoestimulantes es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Bupropión versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Margolin, 1995)											
1	ACA	Limitaciones en el diseño <sup>4</sup>	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	63/74 (85,1%)	65/75 (86,7%)	0,98 (de 0,86 a 1,12)	—	++ Baja	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Margolin, 1995)											
1	ACA	Limitaciones en el diseño <sup>4</sup>	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	11/74 (14,8%)	13/75 (17,3%)	0,86 (de 0,41 a 1,79)	—	++ Baja	Importante
<b>Comparación: Selegilina versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Elkashaf, 2007)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	134/150 (89,3%)	131/150 (87,3%)	1,02 (de 0,94 a 1,11)	—	+++ Moderada	Clave
Variable: Continuidad en el tratamiento definida como el número de participantes que acaban el seguimiento del estudio (study retention) (Elkashaf, 2007)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí <sup>1</sup>	Imprecisión <sup>2</sup>	97/150 (64,6%)	110/150 (73,3%)	0,88 (de 0,76 a 1,03)	—	+++ Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona.

<sup>2</sup> No se llega a los 300 acontecimientos

<sup>3</sup> El intervalo de confianza en la estimación del efecto considera una RRR (15%) que podría llegar a ser clínicamente relevante; <sup>4</sup> Jadad < 3 en algún estudio.

## 4 Antipsicóticos

¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas sin diagnóstico de esquizofrenia con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Antipsicóticos versus placebo</b>											
Variable: Abandono del tratamiento (Levin, 1999; Kampman, 2003; Grabowski, a 2004; Grabowski, b 2004; Smelson, 2004; Winhusen, 2007; Loebel, 2008)											
6	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 146) <sup>1</sup>	65/182 (37,81%)	81/176 (46,02%)	RR 0,80 (de 0,64 a 1,00)	—	Moderada	Importante
<b>Comparación: Risperidona versus placebo</b>											
Variable: Abandono del tratamiento (Levin, 1999; Grabowski, a 2004; Grabowski, b 2004; Smelson, 2004; Loebel, 2008)											
5 <sup>2</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 111) <sup>1</sup>	50/107 (46,72%)	61/102 (59,80%)	RR 0,82 (de 0,65 a 1,04)	—	Moderada	Importante
4 <sup>3</sup>	Ídem	Ídem	Ídem	Ídem	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 111) <sup>1</sup>	42/91 (46,15%)	55/87 (63,20%)	RR 0,77 (de 0,61 a 0,98)	14/100 (de 2 a 26) 140/1000	Moderada	Importante
1 <sup>4</sup>	Ídem	Ídem	—	Ídem	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 14) <sup>1</sup>	8/16 (50%)	6/15 (40%)	RR 0,83 (de 0,44 a 1,58)	—	Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Resultados basados en muchos estudios pequeños que aportan pocos acontecimientos a la estimación final del efecto

<sup>2</sup> Cuatro ensayos clínicos con datos de cinco grupos de comparación.

<sup>3</sup> Correspondiente a los tres ensayos que comparan risperidona oral versus placebo (Levin, 1999; Grabowski, a 2004; Grabowski, b 2004; Smelson, 2004).

<sup>4</sup> Correspondiente a un ensayo que compara risperidona inyectada versus placebo (Loebel, 2008)

## 4 Antipsicóticos

¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas sin diagnóstico de esquizofrenia con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Olanzapina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína autodeclarado (Reid, 2005)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí 80% hombres, consumo por vía pulmonar	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 28) <sup>1</sup>	14/16 (87,5%)	14/15 (93,3%)	RR 0,94 (de 0,75 a 1,18)	—	Moderada	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Kampman, 2003)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí 80% hombres, consumo por vía pulmonar	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 3) <sup>1</sup>	2/15 (13,3%)	1/15 (6,7%)	RR 2,00 (de 0,20 a 19,78)	—	Baja <sup>2</sup>	Importante
<b>Variable: Efectos adversos (Reid, 2005)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí 80% hombres, consumo por vía pulmonar	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 30) <sup>1</sup>	15/18 (83,3%)	15/16 (93,8%)	RR 0,89 (de 0,70 a 1,13)	—	Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Resultados basados en muchos estudios pequeños que aportan pocos acontecimientos a la estimación final del efecto

## 4 Antipsicóticos

¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas sin diagnóstico de esquizofrenia con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Risperidona inyectable versus zuclopentixol de lenta absorción (dépo)</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis de orina de cualquier sustancia (Rubio, 2006)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí Pacientes con esquizofrenia y consumidores de varias sustancias (el 26% cocaína)	Imprecisión	Media de tests positivos = 8,67 <sup>1</sup>	Media de tests positivos = 10,36 <sup>1</sup>	—	1,69 (p = 0,005)	Baja <sup>2</sup>	Clave
1	ACA	Ídem	Ídem	Ídem	Ídem	Media de tests positivos = 7,48 <sup>3</sup>	Media de tests positivos = 9,03 <sup>3</sup>	—	1,55	Baja <sup>2</sup>	Clave
<b>Variable: Continuidad en el tratamiento. Asistencia a más de tres cuartos de las sesiones (Rubio, 2006)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí Pacientes con esquizofrenia y consumidores de varias sustancias (el 26% cocaína)	Imprecisión	53/57 (92,9%) <sup>1</sup>	39/58 (67,8%) <sup>1</sup>	RR 1,38 (d' 1,14 a 1,68)		Baja <sup>1</sup>	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Resultados a los 6 meses.

<sup>2</sup> Se ha considerado que la calidad es baja porque solo se dispone de información a partir de un ensayo abierto, de muestra pequeña, en el que los pacientes consumen varias sustancias (con un porcentaje moderado de consumidores de cocaína) y la medida de resultado se hace sobre tests positivos de cualquier sustancia.

<sup>3</sup> Resultados a los 12 meses.

## 4 Antipsicóticos

¿La terapia con antipsicóticos es eficaz en el tratamiento de personas sin diagnóstico de esquizofrenia con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Risperidona oral versus olanzapina</b>											
Variable: Continuidad en el estudio. Abandono del estudio (Akerle, 2007)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí Pacientes con esquizofrenia y consumidores de cocaína y marihuana	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 12) <sup>1</sup>	8/14 (57,14%)	4/14 (28,57%)	RR 2,00 (de 0,78 a 5,14)	—	Baja <sup>2</sup>	Importante
<b>Comparación: Haloperidol versus olanzapina</b>											
Variable: Continuidad en el estudio. Abandono del estudio (Smelson, 2006)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí Pacientes con esquizofrenia hospitalizados, consumidores de cocaína	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 13) <sup>1</sup>	8/16 (50%)	5/15 (33,3%)	RR 1,50 (de 0,63 a 3,57)	—	Baja <sup>2</sup>	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Resultats basats en molts estudis petits que aporten pocs esdeveniments a l'estimació final de l'efecte.

<sup>2</sup> S'ha considerat que la qualitat és baixa perquè només es disposa d'informació a partir d'un assaig, de mostra petita.

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Anticonvulsivos versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína <sup>1</sup> autodeclarado por la persona participante en el estudio o detectado por presencia de metabolitos en análisis (Cornish, 1995; Crosby, 1996; Haikas, 1997; Campbell, 2003; González, 2003; Kampman, 2004; Bisaga, 2006; González, 2007)											
8 <sup>2</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión <sup>3</sup>	197/340 (57,94%)	154/269 (57,24%)	RR 1,01 (de 0,89 a 1,15)	—	Moderada	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Montoya, 1994; Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Crosby, 1996; Haikas, 1997; Sofuoglu, 1999; Campbell, 2003; González, 2003; Kampman, 2004; Berger, 2005; Winhunsen, 2005; González, 2007)											
12 <sup>4</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Precisión	244/497 (49,09%)	208/437 (47,59%)	RR 1,03 (de 0,91 a 1,16)	—	Alta	Importante
Variable: Efectos secundarios (cualquier efecto secundario; en la revisión original se define como la 'aceptabilidad del tratamiento') (Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Crosby, 1996; Haikas, 1997; Sofuoglu, 1999; González, 2003; Reid, 2005; Bisaga, 2006)											
9 <sup>1</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No Los resultados son heterogéneos <sup>5</sup>	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 121) <sup>2</sup>	70/370 (18,91%)	51/321 (15,88%)	RR 1,40 (de 0,88 a 2,21)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Para la variable de consumo de cocaína se combinaron, en todos los análisis, resultados de metabolitos de orina con algunos estudios en los que el consumo era autodeclarado. No se ha considerado una limitación importante a la hora de combinar los resultados y evaluar su calidad (aspectos de evidencia directa o no).

<sup>2</sup> Estudios clínicos con once grupos de comparación con placebo.

<sup>3</sup> Resultados basados en muchos estudios pequeños que aportan pocos acontecimientos a la estimación final del efecto.

<sup>4</sup> Estudios clínicos con diecisiete grupos de comparación con placebo.

<sup>5</sup> I<sup>2</sup> = 51%.

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Carbamazepina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína autodeclarado por la persona participante en el estudio o detectado por la presencia de metabolitos en análisis (Cornish, 1995; Haikas, 1997; Campbell, 2003).</b>											
3 <sup>1</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos esdevenimientos (n = 92) <sup>2</sup>	57/130 (43,85%)	35/84 (41,67%)	RR 0,96 (de 0,71 a 1,31)	—	Moderada	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Cornish, 1995; Montoya, 1994; Kranzler, 1995; Haikas, 1997; Campbell, 2003)</b>											
5 <sup>3</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión <sup>4</sup>	167/253 (66%)	139/211 (65,87%)	RR 0,99 (de 0,87 a 1,13)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Efectos secundarios (cualquier efecto secundario; en la revisión original se define como la 'aceptabilidad del tratamiento) (Cornish, 1995; Kranzler, 1995; Haikas, 1997)</b>											
3 <sup>1</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 49) <sup>2</sup>	27/178 (15,17%)	22/127 (17,32%)	RR 1,24 (de 0,79 a 1,97)	—	Moderada	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Tres estudios clínicos con cuatro grupos de comparación con placebo.

<sup>2</sup> Resultados basados en estudios pequeños que aportan pocos acontecimientos a la estimación final del efecto.

<sup>3</sup> Cinco estudios clínicos con seis grupos de comparación con placebo.

<sup>4</sup> El intervalo de confianza del estimador del efecto muestra un rango muy amplio de posibles resultados.

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Tiagabina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína autodeclarado por el participante en el estudio o detectado por la presencia de metabolitos en análisis (González, 2003; González, 2007)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No Los resultados son heterogéneos <sup>1</sup>	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.; codependencia de opiáceos	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 43)	22/40 (55%)	21/40 (52,5%)	RR 1,05 (de 0,71 a 1,54)	—	Moderada	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (González, 2003; Winhunsen, 2005; González, 2007)</b>											
3 <sup>2</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.; codependencia de opiáceos	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 21)	12/72 (16,66%)	9/72 (12,5%)	RR 1,33 (de 0,59 a 2,99)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Efectos secundarios (cualquier efecto secundario; en la revisión original se define como la 'aceptabilidad del tratamiento') (González, 2003)</b>											
1 <sup>3</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Pacientes ambulatorios; codependencia de opiáceos	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 3)	1/30 (3,33%)	2/30 (6,66%)	RR 0,60 (de 0,08 a 4,28)	—	Moderada	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> I<sup>2</sup> = 46%.

<sup>2</sup> Tres estudios clínicos con cuatro grupos de comparación con placebo.

<sup>3</sup> Estudio clínico con dos grupos de comparación con placebo.

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Gabapentina versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína autodeclarado por la persona participante en el estudio o detectado por la presencia de metabolitos en análisis (Bisaga, 2006; González, 2007).</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 104)	54/74 (72,97%)	50/72 (69,44%)	RR 1,05 (de 0,85 a 1,29)	—	Moderada	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Berger, 2005; González, 2007)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 14)	11/41 (26,83%)	3/40 (7,5%)	RR 3,56 (d'1,07 a 11,82)	19 pacientes más de cada 100 con gabapentina	Baja <sup>1</sup>	Importante
<b>Variable: Efectos secundarios (cualquier efecto secundario; en la revisión original se define como la 'aceptabilidad del tratamiento') (Bisaga, 2006)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	Sí Pacientes ambulatorios; 88% hombres; estudio en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 8)	6/48 (12,5%)	2/47 (4,25%)	RR 2,94 (de 0,62 a 13,83)	—	Baja <sup>2</sup>	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Se ha bajado un nivel la calidad de la evidencia por la imprecisión de los resultados, que se basan en dos estudios que suman tan solo 80 participantes y 14 acontecimientos. La diferencia observada, por lo tanto, es muy probable que cambie con los resultados de nuevos estudios.

<sup>2</sup> Razones similares a la anterior, la confianza en esta estimación variaría probablemente con los resultados de otros estudios

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Fenitoína versus placebo</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína autodeclarado por la persona participante en el estudio o detectado por la presencia de metabolitos en análisis (Crosby, 1996).</b>											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	—1: cocaína fumada (93%) <sup>1</sup> Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 4)	1/6 (16,6%)	3/6 (50%)	RR 0,33 (de 0,05 a 2,37)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Abandono del tratamiento (Crosby, 1996; Sofuoglu, 1999)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No Els resultats són heterogenis <sup>2</sup>	Sí Pacientes ambulatorios; 80% hombres; estudios en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 35)	17/26 (65,38%)	18/31 (58,06%)	RR 3,56 (d'1,07 a 11,82)	—	Baja	Importante
<b>Variable: Efectos secundarios (cualquier efecto secundario; en la revisión original se define como la 'aceptabilidad del tratamiento') (Crosby, 1996; Sofuoglu, 1999)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	Sí	Sí Pacientes ambulatorios; 88% hombres; estudio en los EE. UU.	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 23)	15/26 (57,69%)	8/30 (26,66%)	RR 2,12 (d'1,08 a 4,17)	31 pacientes más de cada 100 con fenitoína	Baja <sup>3</sup>	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Se ha bajado un nivel la calidad de la evidencia no solo por la vía de consumo, sino por el hecho de que se trata de un solo estudio, con población diferente. (Se ha bajado un nivel la calidad de la evidencia porque los resultados se basan en un solo estudio, con una población de estudio poco representativa)

<sup>2</sup> I<sup>2</sup> = 47%.

<sup>3</sup> Se ha bajado un nivel la calidad de la evidencia hasta baja por la imprecisión de los resultados, basados en dos estudios que suman tan solo 80 participantes y 14 acontecimientos. La diferencia observada, por lo tanto, es muy probable que cambie con los resultados de nuevos estudios.

## 5 Anticonvulsivos

¿La terapia con anticonvulsivos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Topiramato versus placebo</b>											
Variable: Consumo de cocaína autodeclarado por la persona participante en el estudio o detectado por la presencia de metabolitos en análisis (Kampman, 2004).											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	-1: hombres (97%), afroamericanos (90%), cocaína fumada (87%)	Imprecisión	10/20 (50%)	5/20 (25%)	RR 2,00 (de 0,83 a 4,81)	—	Baja <sup>1</sup>	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Kampman, 2004)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	-1: hombres (97%), afroamericanos (90%), cocaína fumada (87%)	Imprecisión	2/20 (10%)	5/20 (25%)	RR 0,50 (de 0,10 a 2,43)	—	Baja <sup>1</sup>	Importante
<b>Comparación: Lamotrigina versus placebo</b>											
Variable: Abandono del tratamiento (Berger, 2005)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	-1: hombres (70%), cocaína fumada (93%)	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 4)	3/15 (20%)	1/15 (6,66%)	RR 3,00 (de 0,35 a 25,68)	—	Baja <sup>1</sup>	Importante
<b>Comparación: Valproato versus placebo</b>											
Variable: Abandono del tratamiento (Reid, 2005)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	-1: hombres (73%), cocaína fumada (76%)	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 30)	15/18 (83,33%)	15/16 (93,75%)	RR 0,89 (de 0,70 a 1,13)	—	Baja <sup>1</sup>	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Las características de los participantes del estudio y la imprecisión de los resultados han hecho disminuir la calidad de la evidencia para esta variable hasta la categoría de baja.

## 6 Disulfiram

¿La terapia con disulfiram es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Disulfiram versus control (placebo o psicoterapia)</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Personas abstinentes durante 3 semanas (Carroll, 1998; George, 2000)											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No	Sí Pacientes ambulatorios; mayoría hombres <sup>1</sup>	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 56)	40/87 (45,97%)	16/50 (30%)	RR 1,45 (de 0,91 a 2,32)	—	Moderada	Clave
Variable: Consumo de cocaína y alcohol. Personas abstinentes durante 3 semanas (Carroll, 1998)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Pacientes ambulatorios; mayoría hombres <sup>1</sup>	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 35)	29/76 (38,15%)	6/41 (14,63%)	RR 2,61 (d'1,18 a 5,76)	—	Baja	Clave
Variable: Abandono del tratamiento (Carroll, 1998; George, 2000; Petrakis, 2000; Pettinati, 2008)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí I <sup>2</sup> = 61%	Sí Pacientes ambulatorios; mayoría hombres <sup>1</sup>	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 58)	27/176 (15,74%)	31/135 (22,96%)	RR 0,80 (de 0,51 a 1,25)	—	Baja	Importante
<b>Comparación: Disulfiram versus placebo</b>											
Variable: Abandono del tratamiento (George, 2000; Petrakis, 2000; Pettinati, 2008)											
3	ACA	Sin limitaciones importantes	Sí I <sup>2</sup> = 67%	Sí Pacientes ambulatorios; mayoría hombres <sup>1</sup>	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 54)	26/100 (26%)	28/94 (29,78%)	RR 0,88 (de 0,55 a 1,41)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> En los estudios de Carroll (1998) y Pettinati (2008) los pacientes tenían una dependencia del alcohol y la cocaína. En los estudios de George (2000) y Petrakis (2000) los pacientes recibían tratamiento de mantenimiento con buprenorfina y metadona respectivamente.

# 1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias

¿Los programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias versus control</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Elk, 1998; Higgins, 1991, 1995, 2000; Kidorf, 1993; Rawson, 2002; Silverman, 1998)											
8	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No	Sí Estudios con participantes diferentes entre sí y comparaciones diferentes	No	491 participantes <sup>1</sup>		Magnitud del efecto 0,66 (de 0,44 a 0,87)	22% menos en los programas de refuerzo	Moderada	Clave
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias versus asesoramiento psicológico estándar</b>											
Variable: Abandonos (Higgins, 1993)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 25)	8/19 (42%)	17/19 (89%)	RR 0,47 (de 0,27 a 0,82)	—	Moderada	Clave
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Higgins, 1993)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 29)	11/19 (57%)	18/19 (89%)	RR 0,61 (de 0,41 a 0,91)	—	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> El metanálisis de Prendergast (2006) no aporta datos desagregados de la distribución de los participantes en los grupos, ni los acontecimientos en los grupos de estudio.

# 1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias

¿Los programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias con intercambio de vales versus control</b>											
Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Higgins, 1993, 1994, 2003; Secades Villa, 2007)											
4	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No	No Estudios con comparaciones diferentes	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 112)	39/103 (38%)	73/118 (62%)	RR 0,61 (de 0,44 a 0,84)	24% menos que en el control	Moderada	Clave
12 <sup>1</sup>	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No	Sí Estudios con participantes diferentes entre sí y comparaciones diferentes	No	820 participantes <sup>2</sup>		Grandària de l'efecte 0,35 (de 0,27 a 0,43)	35% menos en los programas de refuerzo	Moderada	Clave
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias con intercambio de vales versus manejo de contingencias</b>											
Variable: Abandonos (Higgins, 1994)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 19)	6/20 (30%)	13/20 (65%)	RR 0,46 (de 0,2 a 0,97)	—	Moderada	Importante
Variable: Mantenimiento de la abstinencia en semanas (Higgins, 1994)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión	Media (DS) = 11,7 (2,0)	Media (DS) = 6,0 (1,5)	—	DM 5,70 (de 4,60 a 6,80)	Moderada	Clave

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Resultados del metanálisis de Lussier (2006).

<sup>2</sup> El metanálisis de Lussier (2006) no aporta datos desagregados de la distribución de los participantes en los grupos, ni los acontecimientos en los grupos de estudio.

# 1 Refuerzo comunitario y manejo de contingencias

¿Los programas de refuerzo comunitario y manejo de contingencias son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias con intercambio de vales versus refuerzo comunitario en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona</b>											
<b>Variable: Mantenimiento de la abstinencia durante cinco semanas (Silverman, 1996, 1998)</b>											
2	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	No	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 54)	18/39 (46%)	36/38 (95%)	RR 0,50 (de 0,34 a 0,73)	50% menos que en el control	Moderada	Clave
<b>Comparación: Refuerzo comunitario y manejo de contingencias con intercambio de vales versus refuerzo comunitario en mujeres embarazadas</b>											
<b>Variable: Abandonos (Elk, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones importantes Estudio con muestra muy pequeña Riego de sesgo moderado	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 19)	5/6 (83%)	4/6 (66%)	RR 1,25 (de 0,64 a 2,44)	—	Baja	Importante

\* **NOTA:** Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

## 2 Intervención en prevención de recaídas

¿La intervención en prevención de recaídas es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Prevención de recaídas versus psicoterapia interpersonal</b>											
Variable: Abstinencia durante tres semanas (Carroll, 1991)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 23)	9/21 (43%)	14/21 (66%)	RR 0,64 (de 0,36 a 1,15)	—	Baja	Clave
Variable: Abandonos a las 12 semanas (Carroll, 1991)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 20)	7/21 (33%)	13/21 (65%)	RR 0,56 (de 0,27 a 1,08)	—	Baja	Importante
<b>Comparación: Prevención de recaídas versus seguimiento psicológico estándar</b>											
Variable: Días de abstinencia (Carroll, 1994)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión	Media (DS) = 0,71 (0,19)	Media (DS) = 0,73 (0,22)	—	DM -0,02 (de -0,13 a 0,09)	Baja	Clave
Variable: Abandonos a las 12 semanas (Carroll, 1994)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes Estudios con una muestra pequeña	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 21)	10/29 (34%)	11/27 (41%)	RR 0,85 (de 0,43 a 1,67)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

### 3 Entrevista motivacional

¿La entrevista motivacional es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Entrevista motivacional (2 sesiones) añadida a un programa de desintoxicación versus programa de desintoxicación</b>											
Variable: Consumo de cocaína (Stotts, 2001)											
1	ACA	<b>Limitaciones importantes</b> Abandono del estudio en el 60% de los pacientes Estudio con muestra pequeña	—	No Pacientes en desintoxicación	<b>Imprecisión</b> Pocos acontecimientos (n = 49)	23/26 (88%)	16/26 (61%)	RR 1,44 (d'1,03 a 2,01)	—	Baja	Clave
<b>Comparación: Entrevista motivacional (varios formatos) en personas que no están en un programa de tratamiento versus control</b>											
Variable: Abstinencia de consumo (Bernstein, 2005)											
1	ACA	<b>Sin limitaciones importantes</b>	—	No	<b>Imprecisión</b> Pocos acontecimientos (n = 153)	90/403 (22%)	63/375 (17%)	RR 1,33 (d'1,00 a 1,78)	—	Moderada	Clave
Variable: Abstinencia de consumo a los 6 meses (Marsden, 2001; Bernstein, 2005)											
2	ACA	<b>Sin limitaciones importantes</b>	—	Sí Formatos diferentes de entrevista motivacional	No	176/596 (29%)	141/551 (25%)	RR 1,24 (d'1,04 a 1,49)	—	Moderada	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

4

Terapia cognitivo-conductual<sup>1</sup>

¿La terapia cognitivo-conductual es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Entrenamiento en conductas de afrontamiento versus programa de relajación y meditación</b>											
Variable: Consumo de cocaína a los 3 meses (Monti, 1997)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 71)	33/60 (55%)	38/68 (55%)	RR 0,98 (de 0,72 a 1,34)	—	Moderada	Clave
Variable: Abandonos (Monti, 1997)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 20)	7/60 (11%)	13/68 (19%)	RR 0,61 (de 0,26 a 1,43)	—	Moderada	Importante
<b>Comparación: Terapia cognitivo-conductual versus programa de los 12 pasos</b>											
Variable: Consumo de cocaína (Maude Griffin, 1998)											
1	ACA	Sin limitaciones importantes	—	Sí Alto riesgo de exclusión social	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 80)	33/59 (56%)	47/69 (68%)	RR 0,82 (de 0,62 a 1,08)	—	Baja	Clave
<b>Comparación: Terapia cognitivoconductual versus programa de los 12 pasos</b>											
Variable: Consumo de cocaína (NIDA Collaborative Study, 1999)											
1	ACA	Limitaciones importantes Posible sesgo de selección de participantes	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 138)	67/119 (56%)	71/123 (58%)	RR 0,98 (de 0,78 a 1,21)	—	Baja	Clave
Variable: Consumo de cocaína (NIDA Collaborative Study, 1999)											
1	ACA	Limitaciones importantes Ídem	—	No	Imprecisión Pocos acontecimientos (n = 138)	79/119 (66%)	83/123 (67%)	RR 0,99 (de 0,83 a 1,18)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Los grupos de comparación de los diferentes estudios han servido para formular recomendaciones para otras preguntas de la guía como la terapia de enfoque dinámico o las intervenciones de autoayuda (programa de los 12 pasos).

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Tratamiento residencial versus tratamiento de día</b>											
<b>Variable: Abstinencia a los 6 meses de seguimiento (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	72/147 (48,9%)	47/114 (41,2%)	1,52 (d'1,10 a 2,10)	8/100 80/1000	Baja	Clave
<b>Variable: Abstinencia a los 12 meses de seguimiento (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	52/147 (35,4%)	48/114 (42,1%)	1,16 (de 0,82 a 1,63)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Abstinencia a los 18 meses de seguimiento (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	59/147 (40,1%)	53/114 (46,5%)	1,10 (de 0,80 a 1,53)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Abandono del estudio a las 2 semanas (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	108/255 (42,4%)	139/253 (54,9%)	0,77 (de 0,64 a 0,92)	12,5/100 125/1000	Baja	Importante
<b>Variable: Finalización del tratamiento a los 6 meses (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	43/255 (16,9%)	39/253 (15,4%)	1,09 (de 0,74 a 1,63)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Tratamiento residencial versus tratamiento de día (continuación)</b>											
<b>Variable: Puntuación final (6 meses de seguimiento) en el índice de gravedad de la adicción, ámbito de ocupación/trabajo (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	Media: 0,79 (0,25)	Media: 0,76 (0,27)	—	DM: 0,03 (de -0,04 a 0,10)	Baja	—
<b>Variable: Puntuación final (6 meses de seguimiento) en el índice de gravedad de la adicción, ámbito de aspectos legales (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	Media: 0,07 (0,14)	Media: 0,09 (0,17)	—	DM: 0,02 (de -0,06 a 0,02)	Baja	—
<b>Variable: Puntuación final (6 meses de seguimiento) en el índice de gravedad de la adicción, ámbito de alcohol (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	Media: 0,13 (0,19)	Media: 0,08 (0,14)	—	DM: 0,05 (de 0,01 a 0,09)	Baja	—
<b>Variable: Puntuación final (6 meses de seguimiento) en el índice de gravedad de la adicción, ámbito de drogas (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	Media: 0,10 (0,10)	Media: 0,10 (0,09)	—	DM: 0,00 (de -0,03 a 0,03)	Baja	—
<b>Variable: Puntuación final (6 meses de seguimiento) en el SCL-90-R (gravedad global) (Guydish, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto Muestra de estudio pequeña	—	Sí (70% hombres)	Imprecisión	Media: 0,68 (0,70)	Media: 0,75 (0,61)	—	DM: 0,07 (de -0,24 a 0,10)	Baja	—

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Comunidad terapéutica versus comunidad terapéutica abreviada</b>											
<b>Variable: Consumo de cocaína. Presencia de metabolitos en análisis (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (la mayoría consumidores de crack; casi la mitad con trastorno antisocial de la personalidad)	Imprecisión	117/218 (53,7%)	99/194 (51,0%)	1,05 (de 0,87 a 1,27)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Finalización del tratamiento (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	83/218 (38,1%)	64/194 (33,0%)	1,15 (de 0,89 a 1,50)	—	Baja	Clave
<b>Variable: Consumo de marihuana. Presencia de metabolitos en análisis (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	65/218 (29,8%)	66/194 (34,0%)	0,88 (de 0,66 a 1,16)	—	Baja	Importante
<b>Variable: Consumo de opiáceos (presencia de metabolitos en análisis) (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	76/218 (34,9%)	62/194 (32,0%)	1,09 (de 0,83 a 1,43)	—	Baja	Importante
<b>Variable: Pacientes con trabajo (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	91/218 (41,7%)	104/194 (53,6%)	0,78 (de 0,63 a 0,96)	12/100 120/1000	Baja	—
<b>Variable: Actividad delictiva durante el estudio o el seguimiento: registros de justicia penal (Nemes, 1999)</b>											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	112/218 (51,4%)	103/194 (53,1%)	0,97 (de 0,80 a 1,16)	—	Baja	—

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Los resultados son los mismos que para el consumo de alcohol.

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Comunidad terapéutica versus comunidad residencial</b>											
<b>Variable: Consumo de sustancias. Presencia de metabolitos en análisis (Nuttbrok, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Aleatorización <sup>1</sup> Estudio abierto Análisis por protocolo	—	Indirecta; pacientes sin techo con psicopatología grave (DSM III)	Imprecisión	4/98 (4,1%)	26/87 (29,9%)	0,14 (de 0,05 a 0,38)	26/100 260/1000	Baja	Clave
<b>Variable: Finalización de 2 meses de tratamiento (Nuttbrok, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Aleatorización <sup>1</sup> Estudio abierto Análisis por protocolo	—	Indirecta; pacientes sin techo con psicopatología grave (DSM III)	Imprecisión	123/373 (33,0%)	106/321 (33,0%)	1,00 (de 0,81 a 1,24)	—	Baja	Importante
<b>Variable: Finalización de 6 meses de tratamiento (Nuttbrok, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Aleatorización <sup>1</sup> Estudio abierto Análisis por protocolo	—	Indirecta; pacientes sin techo con psicopatología grave (DSM III)	Imprecisión	72/373 (19,3%)	67/321 (20,9%)	0,92 (de 0,69 a 1,25)	—	Baja	Importante
<b>Variable: Finalización de 12 meses de tratamiento (Nuttbrok, 1998)</b>											
1	ACA	Limitaciones Aleatorización <sup>1</sup> Estudio abierto Análisis por protocolo	—	Indirecta; pacientes sin techo con psicopatología grave (DSM III)	Imprecisión	43/373 (11,5%)	45/321 (14,0%)	0,82 (de 0,56 a 1,22)	—	Baja	Importante

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> El estudio no aclara que se haya llevado a cabo la aleatorización.

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Comunidad terapéutica modificada durante tres meses versus seis meses</b>											
<b>Variable: Finalización del tratamiento (McCusker, 1995)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	124/223 (55,6%)	67/221 (30,3%)	1,83 (d'1,45 a 2,31)	25/100 250/100	Moderada	Importante
<b>Variable: Continuidad en el programa durante 40 días (McCusker, 1995)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	163/223 (73,1%)	159/221 (71,9%)	1,02 (de 0,91 a 1,14)	—	Moderada	Importante
<b>Variable: Tiempo desde la entrada al programa hasta el primer consumo (McCusker, 1995)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	132 días	217 días	HR = 0,81 (de 0,65 a 1,01)	—	Moderada	—
<b>Variable: Tiempo desde la salida del programa hasta el primer consumo (McCusker, 1995)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	60 días	101 días	—	—	Moderada	—
<b>Variable: Puntuación final en el índice de gravedad de la adicción (McCusker, 1995)</b>											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	Las diferencias en las puntuaciones en la escala fueron pequeñas e indican una mejora favorable al grupo de la comunidad de 6 meses de duración en los ámbitos de drogas, alcohol, ocupación y legal.			—	Moderada	—

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

# 1 Programas residenciales y comunitarios

¿Los programas residenciales y comunitarios son eficaces en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Comunidad terapéutica tradicional durante seis meses versus doce meses</b>											
Variable: Finalización del tratamiento (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	36/97 (33,0%)	18/87 (20,7%)	1,59 (de 0,97 a 2,63)	—	Moderada	Importante
Variable: Continuidad en el programa durante 40 días (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	68/97 (70,1%)	74/87 (85,1%)	0,82 (de 0,70 a 0,96)	15/100 150/100	Moderada	Importante
Variable: Tiempo hasta el primer consumo desde la entrada al programa (McCusker, 1995)											
1	ACA	Sin limitaciones	—	Sí (88% policonsumidores)	Imprecisión	—	—	HR = 0,91 (de 0,66 a 1,27)	—	Moderada	—
<b>Comparación: Comunidad terapéutica penitenciaria versus ningún tratamiento</b>											
Variable: Presos 12 meses después de la excarcelación (Wexler, 1999)											
1	ACA	Limitaciones Aleatorización abierta Estudio abierto	—	Sí (hombres reclusos)	Imprecisión	144/425 (33,9%)	144/290 (49,7%)	0,68 (de 0,57 a 0,81)	16/100 160/1000	Baja	—
<b>Comparación: Comunidad terapéutica penitenciaria versus programa de salud mental</b>											
Variable: Presos 12 meses después de la excarcelación (Sacks, 2004)											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí hombres reclusos con enfermedad mental grave y adicciones)	Imprecisión	7/75 (9,3%)	21/64 (32,8%)	0,28 (de 0,13 a 0,63)	23/100 230/1000	Baja	—
Variable: Actividad delictiva 12 meses después de la excarcelación (Sacks, 2004)											
1	ACA	Limitaciones Estudio abierto	—	Sí (ídem)	Imprecisión	35/75 (46,7%)	43/64 (67,2%)	0,69 (de 0,52 a 0,93)	21/100 210/1000	Baja	—

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

## 2 Manejo de casos

¿El manejo de casos es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Comparación: Manejo de casos versus tratamiento estándar</b>											
Variable: Consumo de drogas (Martin, 1993; Rhodes, 1997; Rapp, 1998; Sorensen, 2003, 2005; Coviello, 2006; Morgenstern, 2006)											
7	ACA	Limitaciones importantes	Sí $I^2 = 70\%$	Sí Estudios con características muy diferentes entre sí (no en todos los estudios hay consumidores de cocaína)	No	N = 1042	N = 1349	—	DM 0,12 (de -0,06 a 0,29)	Muy baja	Clave
Variable: Puesta en contacto con servicios sociales (Braucht, 1995; Zanis, 1996; Rapp, 1998, 2006; Rhodes, 1997; Scott, 2002; Sorensen, 2005; Coviello, 2006; Morgenstern 2006; Morse, 2006)											
10	ACA	Limitaciones importantes	Sí $I^2 = 85\%$	Sí Estudios con características muy diferentes entre sí (no en todos los estudios hay consumidores de cocaína)	No	N = 1516	N = 1616	—	DM 0,42 (de 0,21 a 0,62)	Muy baja	Clave
Variable: Puesta en contacto con servicios sociales (Rapp, 1998; Morgenstern, 2006)											
2	ACA	Limitaciones importantes	Sí $I^2 = 85\%$	Sí Estudios con características muy diferentes entre sí	No	N = 408	N = 369	—	DM 0,68 (de 0,26 a 1,10)	Baja	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

# 1 Acupuntura

¿La acupuntura es eficaz en el tratamiento de personas con dependencia de la cocaína?

Evaluación de la calidad						Resumen de resultados				Calidad	Relevancia de la variable
Núm. de estudios	Diseño	Limitaciones	Consistencia	Evidencia directa	Precisión. Otros aspectos	Núm. de pacientes		Efecto			
						Tratamiento	Placebo	Relativo	Absoluto*		
<b>Acupuntura versus acupuntura simulada</b>											
Variable: Consumo de cocaína (Avants, 1995, 2000; Margolin, 2002)											
3	ACA	<b>Limitaciones importantes</b> Pérdidas importantes en el seguimiento Estudios con muestra pequeña	Sí $I^2 = 32\%$	No Estudios con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona	No	234/270 (86,7%)	215/250 (86,0%)	RR 1,01 (de 0,94 a 1,08)	—	Baja	Clave
Variable: Abandonos (Avants, 1995, 2000; Otto, 1998; Margolin, 2002)											
4	ACA	<b>Limitaciones importantes</b> Pérdidas importantes en el seguimiento Estudios con muestra pequeña	No	No Estudios con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona	No	154/295 (52,2%)	130/261 (49,8%)	RR 1,05 (de 0,89 a 1,23)	—	Moderada	Clave
<b>Acupuntura versus otros controles</b>											
Variable: Consumo de cocaína (Avants, 2000; Margolin, 2002)											
2	ACA	<b>Limitaciones importantes</b> Pérdidas importantes en el seguimiento Estudios con muestra pequeña	Sí $I^2 = 68\%$	No Estudios con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona	No	221/250 (88,4%)	199/222 (89,6%)	RR 0,99 (de 0,92 a 1,05)	—	Baja	Clave

\* NOTA: Solo se ofrecen resultados en términos absolutos cuando la estimación del efecto en términos relativos muestra diferencias significativas.

<sup>1</sup> Los resultados son los mismos que para el consumo de alcohol..

<sup>2</sup> El estudio no aclara que se haya llevado a cabo la aleatorización.

## anexo 3

Descripción y resultado del proceso  
Delphi: recomendaciones basadas  
en el consenso

## 1. JUSTIFICACIÓN

En el proceso de elaboración y revisión externa de la *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* se puso de manifiesto la necesidad de desarrollar una serie de recomendaciones que completaran las formuladas a partir de la evaluación de la literatura científica, principalmente para favorecer la aplicabilidad de este documento.

La Subdirección General de Drogodependencias decidió desarrollar una serie de recomendaciones basadas en el consenso que, a partir de un método Delphi modificado, pudiera contribuir a dar respuesta a las sugerencias mencionadas.

Este informe describe el proceso seguido para desarrollar las recomendaciones basadas en el consenso y los resultados obtenidos.

## 2. OBJETIVO

El objetivo que se persigue es elaborar una serie de recomendaciones basadas en el consenso para complementar las recomendaciones basadas en la literatura científica de la *Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína* (GPCTDC, en adelante).

## 3. METODOLOGÍA

Las recomendaciones basadas en el consenso se elaboraron mediante un método Delphi modificado, en dos fases de respuesta, recopiladas a partir de un cuestionario electrónico que respondió un grupo de trabajo formado por profesionales de la medicina, la psicología, la psiquiatría, la enfermería y el trabajo social. El método Delphi se centró en cuatro fases:

1. Selección de los expertos y exploración de temas de interés para el desarrollo del cuestionario.
2. Administración del cuestionario en la versión inicial y análisis de las primeras respuestas.
3. Administración del segundo cuestionario a partir de los ítems que no habían conseguido un consenso suficiente en el proceso inicial.
4. Análisis de los datos y formulación de las recomendaciones.

A continuación se detallan los aspectos más relevantes del diseño del procedimiento:

### Selección y reclutamiento de los participantes

Para formar el grupo de trabajo para desarrollar las recomendaciones basadas en el consenso, se decidió implicar a todos los miembros del grupo de trabajo original de la GPCTDC, además de a los expertos que participaron en el proceso de revisión externa. A sugerencia de los responsables de la Subdirección General de Drogodependencias, se incorporaron algunos expertos más en el grupo de trabajo que no habían podido participar en el proceso inicial. Este carácter inclusivo respondía a la voluntad de mejorar la multidisciplinariedad de los participantes en el proceso y la representatividad de los resultados. Los expertos participantes se encuentran en la GPCTDC.

### Elaboración del cuestionario para la formulación de recomendaciones de consenso

El objetivo de esta fase fue elaborar un cuestionario formado por afirmaciones sobre diferentes aspectos y situaciones relacionadas con la atención de las personas con dependencia de la cocaína. Los ítems del cuestionario podían ser de dos tipos: algunos ítems requerían que las personas encuestadas se pronunciaran sobre su grado de aceptación de una serie de afirmaciones (en una escala Likert de 6 puntos donde el 1 indicaba total acuerdo y el 6, total desacuerdo). En el resto, se tenía que puntuar el peso relativo de algunas afirmaciones en relación con otras, dependiendo de la relevancia según la opinión de los encuestados.

El cuestionario se elaboró a partir de las aportaciones de los responsables de la Subdirección General de Drogodependencias (véase el anexo I) y la de los mismos participantes en el proceso de consenso. En el caso de estos últimos, con la carta de invitación en el proceso de consenso se adjuntó la versión final de la GPCTDC. En la carta se animaba a los expertos a proponer las recomendaciones o directrices para complementar las recomendaciones basadas en la literatura científica, en un proceso abierto. De los veinticuatro profesionales con los que se contactó, solo tres respondieron a la convocatoria con aportaciones que se pudieron reconvertir en propuestas para formular recomendaciones.

A partir de estas aportaciones se elaboró un cuestionario formado por catorce ítems divididos en cuatro bloques temáticos:

- *Detección y tratamiento del paciente con dependencia*: incluía tres ítems relacionados con aspectos generales sobre la atención a los pacientes con dependencia de la cocaína. En dos de los ítems se tenía que clasificar la relevancia de diferentes opciones, y en el otro se tenía que puntuar el grado de aceptación de una afirmación.
- *Situaciones especiales*: incluía tres ítems dirigidos a situaciones con mujeres embarazadas (un ítem en el que se tenía que puntuar el grado de aceptación sobre dos afirmaciones) y con jóvenes y adolescentes (con un ítem en el que se tenía que puntuar el grado de aceptación sobre una afirmación y otro en el que se tenía que clasificar la relevancia de diferentes opciones).
- *Reducción de daños en pacientes consumidores*: los cuatro ítems de este apartado se dirigieron a una serie de aspectos generales sobre la reducción de daños

(en un ítem en el que se puntuaba el grado de aceptación sobre una serie de afirmaciones), aspectos relacionados con los pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos (en un ítem de las mismas características que el anterior), y aspectos sobre las salas de venopunción y de consumo libre de riesgo (en dos ítems, uno de cada tipo).

- *Información, educación y comunicación:* a partir de cuatro ítems se dirigieron aspectos relacionados con las necesidades de formación tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes con dependencia de la cocaína (dos ítems en cada caso, uno de clasificación de relevancia y el otro sobre el grado de aceptación respecto a una afirmación).

A continuación se incluyen todos los ítems que formaron parte del cuestionario en la versión final, que se consensuaron y aprobaron con los responsables de la Subdirección General de Drogodependencias:

## Cuestionario para la formulación de recomendaciones de consenso

### > Detección y tratamiento del paciente con dependencia

1. Se deberían implicar los dispositivos siguientes en la detección y el tratamiento de los pacientes con dependencia de la cocaína (clasifique del 1 al 6 las opciones siguientes dependiendo de la relevancia, otorgando las puntuaciones más altas a los dispositivos que considere más relevantes en la detección y el tratamiento):

- Centro de atención y seguimiento de las drogodependencias.
- Centro de salud mental infantil y juvenil (para menores).
- Centro de salud mental para adultos.
- Hospital de día.
- Unidades hospitalarias de desintoxicación.
- Urgencias/agudos.

2. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

2.1. Los profesionales sanitarios de los dispositivos descritos en la pregunta anterior deberían recibir una formación específica para la detección precoz y la gestión de casos de pacientes con una adicción.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

2.2. Los profesionales sanitarios de los CAS (centros de atención y seguimiento de las drogodependencias) deberían recibir una formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con

el consumo de esta sustancia.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**2.3.** Los profesionales sanitarios de los CSM (centros de salud mental) deberían recibir una formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia..

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**2.4.** Los profesionales sanitarios de los equipos de apoyo a la atención primaria en salud mental y adicciones deberían recibir una formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**2.5.** El personal médico y de enfermería de los servicios de urgencia hospitalarios deberían recibir una formación básica en la detección precoz y el asesoramiento breve.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**3.** Un programa específico ambulatorio para la atención de pacientes con dependencia de la cocaína debería incluir (clasifique del 1 al 8 las opciones siguientes otorgando las puntuaciones más altas a las opciones más relevantes; si considera irrelevante alguna de las opciones, puntúela con un 0):

– Acceso inmediato al dispositivo.

– Atención intensiva (visitas psicológicas individuales semanales y psicoterapia grupal semanal).

– Conciliación del horario asistencial en los centros ambulatorios con la vida laboral.

– Organización a partir de episodios de tratamiento (el abandono del tratamiento de los pacientes se traduce en más primeras visitas y menos segundas visitas. El recurso debería estar preparado para una renovación constante de casos; por ejemplo, cerrando los episodios cuando corresponda antes de asumir otros nuevos).

– Intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.

– Programas específicos para evaluar y atender otras dependencias.

– Incluir el abordaje familiar.

---

– Potenciar la coordinación con otros servicios en los centros ubicados en hospitales.

---

– Tener en cuenta la perspectiva de género e implantarla en sus intervenciones (por ejemplo, abordar temas específicos en la terapia grupal).

---

## > Situaciones especiales

### > Mujeres embarazadas

---

4. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

---

4.1. En el caso de mujeres embarazadas se debería coordinar la atención a la dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.

---

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

---

4.2. En el caso de mujeres embarazadas se debería ofrecer un abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.

---

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

---

### > Jóvenes y adolescentes

---

5. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

---

5.1. Los adolescentes con dependencia de la cocaína se deberían incluir en el Programa de atención a los adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.

---

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

---

6. El Programa de atención a los adolescentes debería incluir los enfoques siguientes (responda a esta pregunta solo si ha otorgado una puntuación superior a 4 en la pregunta 5; clasifique del 1 al 3 las opciones siguientes dependiendo de la relevancia, otorgando las puntuaciones más altas al enfoque que considere más relevante; si considera irrelevante alguna de las opciones, puntúela con un 0):

---

– Terapia del comportamiento con un enfoque Azrin (basada en el control de estímulos y el refuerzo contingente).

---

– Modelo Matrix.

---

– Enfoque familiar.

---

## > Reducción de daños en pacientes consumidores

### > Consideraciones generales

7. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

**7.1.** Se deberían incluir prestaciones sociales en la atención a los pacientes con dependencia de la cocaína que lo requieran, para cubrir las necesidades básicas (alimentación, alojamiento, higiene, etc.)

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.2.** Estas prestaciones deberían facilitar el acceso a recursos específicos (albergues, duchas públicas, comedores, etc.), adaptando las características y la disponibilidad a este tipo de pacientes (flexibilizar los horarios, permitir el consumo libre de riesgos, etc.).

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.3.** Se debería promover la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso para personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.4.** Se deberían establecer acuerdos con centros sociosanitarios, sobre curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o en gran deterioro.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.5.** Se deberían habilitar espacios en los CAS para que ejerzan funciones de centro de día (abordaje intensivo de asistencia diaria donde desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.6.** En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería incluir el análisis de consumo de sustancias como una medida de reducción de daños.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**7.7.** En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería ofrecer apoyo legal en aquellos casos en los que, ante de la pluralidad de causas penales pendientes, la reinserción de estas personas sea difícil.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

### > Reducción de daños en pacientes consumidores (continuación)

#### > Pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos

8. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

**8.1.** En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se debería facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico (ejemplo: programa de inclusión de la sala Baluard).

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**8.2.** En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos que hayan interrumpido, por falta de éxito, un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de tratamiento normalizados con heroína.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**8.3.** En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

#### > Salas de venopunción y de consumo libre de riesgo

9. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

**9.1.** Las salas de venopunción se deberían adecuar a las necesidades específicas de los consumidores de cocaína.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**9.2.** Las salas deberían disponer de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**10.** Estos equipamientos adaptados a las especificidades de los consumidores de cocaína deberían incluir las características siguientes (responda a esta pregunta solo si ha otorgado una puntuación superior a 4 en la pregunta 9.1; clasifique del 1 al 7 las opciones siguientes dependiendo de la relevancia, otorgando las puntuaciones más altas al enfoque que considere más relevante; si considera irrelevante alguna de las opciones, puntúela con un 0):

- 
- Espacios amplios.
- 
- Acondicionar espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.
- 
- Acondicionar el espacio para que genere tranquilidad, relajación y seguridad tanto a los usuarios como a los profesionales.
- 
- Disponer de salas y butacas para descansar durante las fases de agotamiento o bajada posteriores al consumo.
- 
- Disponer de camas accesibles las 24 horas para adaptarse a los trastornos del ciclo biológico del sueño de estos pacientes.
- 
- Aumentar las medidas de seguridad de los profesionales sanitarios.
- 
- Activar medidas para paliar el estrés.
- 

### > Información, educación y comunicación (IEC)

**11.** Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

**11.1.** Los dispositivos de reducción de daños deberían proporcionar talleres de formación específicos a los profesionales sanitarios.

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**12.** Los talleres de formación para profesionales sanitarios deberían incluir (responda a esta pregunta solo si ha otorgado una puntuación superior a 4 en la pregunta 11.1; clasifique del 1 al 4 las opciones siguientes dependiendo de la relevancia, otorgando las puntuaciones más altas al enfoque que considere más relevante; si considera irrelevante alguna de las opciones, puntúela con un 0):

- 
- Estrategias de atención a la persona fumadora de cocaína.
- 
- Efectos y riesgos del consumo de cocaína y estrategias para minimizarlos.
- 
- Abordaje de la intoxicación aguda.
- 
- Abordaje de conductas violentas.
- 

**13.** Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes:

**13.1.** Los dispositivos de reducción de daños deberían proporcionar talleres de formación específicos u ofrecer materiales informativos a los usuarios que atienden

1 (totalmente de acuerdo)

6 (en total desacuerdo)

**14.** Los talleres de formación para los usuarios de los dispositivos de reducción de daños deberían incluir (responda a esta pregunta solo si ha otorgado una puntuación superior a 4 en la pregunta 13.1; clasifique del 1 al 6 las opciones siguientes dependiendo de la relevancia, otorgando las puntuaciones más altas al enfoque que considere más relevante; si considera irrelevante alguna de las opciones, puntúela con un 0):

- 
- Información sobre el crack y los riesgos que se derivan del mismo.

---

  - Información sobre el policonsumo y los riesgos que se derivan del mismo.

---

  - Información específica para personas en tratamiento de mantenimiento con metadona.

---

  - Estrategias de autocontrol del consumo.

---

  - Medidas para un consumo sin riesgos de crack.

---

  - Información sobre recursos sociales dirigidos a los consumidores.

---

#### **Administración del cuestionario inicial para la formulación de recomendaciones de consenso y discriminación de los primeros ítems**

El cuestionario se envió a los expertos que aceptaron participar en el proceso. Se administró de manera electrónica, mediante la plataforma Survey Monkey ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)). Se contactó con los participantes por correo electrónico, comunicándoles la disponibilidad del cuestionario y las características, así como el plazo para responder. Se garantizó el anonimato de la respuesta de los participantes. En el proceso en el que el cuestionario estuvo abierto se hicieron dos recordatorios a los participantes que aún no habían respondido al mismo. Se contactó personalmente con los participantes que, fuera del plazo de participación establecido, no habían contestado al cuestionario, para animarles a hacerlo.

Cuando se hubo recopilado la información, se procedió al análisis de las respuestas para discriminar los ítems en los que se había logrado más consenso y para decidir qué ítems tenían que formar parte de la segunda parte del cuestionario.

La discriminación del consenso en esta fase se hizo analizando las alternativas de respuesta que habían logrado una tasa de respuesta más elevada por parte de los participantes en la encuesta, extrapolable a un mayor consenso:

- En cuanto a los ítems en los que se tenía que clasificar la relevancia relativa de una serie de alternativas, se escogió la alternativa o alternativas que más escogieron los participantes.
- En cuanto a los ítems en los que se tenía que expresar el grado de aceptación, se escogió el ítem o los ítems con los que la mayoría de participantes habían mostrado un mayor grado de aceptación (puntuaciones de 5 o 6 puntos en la escala Likert).

Se determinó que había consenso cuando al menos la mitad de los encuestados se pronunciaba en alguna de las dos condiciones comentadas. Los ítems en los que se determinó que había un consenso suficiente en esta fase se consideraron directamente recomendaciones de consenso que había que incluir en la GPCTDC. Aquellos ítems en los que no se pudo discriminar un consenso claro, por empate o por dispersión en las alternativas de respuesta, constituyeron la segunda versión del cuestionario. Los resultados obtenidos de la administración de la versión original del cuestionario se muestran en la sección “IV.I. Resultados de la primera administración del cuestionario”.

### **Elaboración y administración de la segunda versión del cuestionario para la formulación de recomendaciones de consenso**

El objetivo de esta fase fue elaborar un cuestionario que permitiera, como se ha comentado, discernir sobre el consenso en una serie de ítems en los que el acuerdo en la primera ronda de respuesta no había quedado claro. Así, este cuestionario excluyó, por un lado, los ítems en los que había existido un consenso claro en la fase anterior, que pasaron a considerarse recomendaciones de consenso, y, por otro lado, los ítems en los que no había existido acuerdo.

Una vez se identificaron estos ítems en la primera fase, tuvieron que reformularse para construir la nueva versión del cuestionario, con ítems de dos formatos. En los ítems del cuestionario original, en los que se tenía que clasificar la relevancia relativa de una serie de alternativas, en algunas ocasiones se observó que la tasa de respuesta era la misma o muy similar en dos alternativas. En estos casos este ítem se reconvertía en otro en el que se pedía a los participantes que escogieran la opción que les parecía más relevante. En los casos en los que se identificó una dispersión de la respuesta entre varias alternativas, se incluyó un ítem en el que se volvía a pedir a los encuestados que clasificaran estas alternativas según su importancia.

De esta manera, se elaboró un cuestionario formado por diez ítems, con la misma estructura del original, en cuatro bloques temáticos:

- *Detección y tratamiento del paciente con dependencia*: incluía tres ítems en los que se tenía que clasificar la relevancia de diferentes opciones.
- *Situaciones especiales*: incluía un ítem dirigido a situaciones con mujeres embarazadas, en el que se tenía que escoger entre dos opciones.
- *Reducción de daños en pacientes consumidores*: incluía tres ítems dirigidos a una serie de aspectos generales sobre la reducción de daños (en un ítem en el que se tenía que clasificar la relevancia de diferentes opciones), aspectos relacionados con los pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, y relativos a las salas de venopunción y de consumo libre de riesgo (en un ítem cada uno, formado por dos opciones).

- *Información, educación y comunicación*: a partir de dos ítems se dirigieron aspectos relacionados con las necesidades de formación tanto de los profesionales sanitarios (un ítem de dos opciones), como de los pacientes con dependencia de la cocaína (un ítem de clasificación de relevancia de diferentes alternativas).

A continuación se incluyen todos los ítems que formaron parte de la segunda versión del cuestionario, que se consensuaron y aprobaron con los responsables de la Subdirección General de Drogodependencias:

## Cuestionario para la formulación de recomendaciones de consenso (2.ª ronda)

### > Detección y tratamiento del paciente con dependencia

1. Se deberían implicar los dispositivos siguientes en la detección y el tratamiento de los pacientes con dependencia de la cocaína (escoja solo la opción que le parezca más relevante):

- 
- Centro de salud mental para adultos.
- 
- Unidades hospitalarias de desintoxicación.
- 
- Urgencias/agudos.
- 

2. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo:

- 
- Los profesionales sanitarios de los CAS deberían recibir una formación específica sobre la dependencia a la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia.
- 
- El personal médico y de enfermería de los servicios de urgencia hospitalarios debería recibir formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.
- 

3. Un programa específico ambulatorio para la atención de pacientes con dependencia de la cocaína debería incluir (escoja solo la opción que le parezca más relevante):

- 
- Atención intensiva (visitas psicológicas individuales semanales y psicoterapia grupal semanal).
- 
- Conciliación del horario asistencial en los centros ambulatorios con la vida laboral.
- 
- Intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.
-

- 
- Incluir el abordaje familiar.
- 

## > Situaciones especiales

### > Mujeres embarazadas

---

#### 4. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo:

---

- En el caso de mujeres embarazadas, se debería coordinar la atención a la dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.
- 
- En el caso de mujeres embarazadas se debería ofrecer un abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.
- 

## > Reducción de daños en pacientes consumidores

### > Consideraciones generales

---

#### 5. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo:

---

- Se debería promover la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso para personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social.
- 
- En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería incluir el análisis de consumo de sustancias como una medida de reducción de daños.
- 

## > Pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos

---

#### 6. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo:

---

- En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se debería facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico (ejemplo: programa de inclusión de la sala Baluard).
- 
- En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.
-

> Salas de venopunción y de consumo libre de riesgo

---

7. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo:

---

– Las salas de venopunción se deberían adecuar a las necesidades específicas de los consumidores de cocaína.

---

– Las salas deberían disponer de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.

---

8. Las salas de venopunción adaptadas a las especificidades de los consumidores de cocaína deberían incluir las características siguientes (escoja solo la opción que le parezca más relevante):

---

– Espacios amplios.

---

– Acondicionar espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.

---

– Disponer de salas y butacas para descansar durante las fases de agotamiento o bajada posteriores al consumo.

---

> Información, educación y comunicación (IEC)

---

9. Los talleres de formación para profesionales sanitarios deberían incluir (escoja solo la opción que le parezca más relevante):

---

– Estrategias de atención a la persona fumadora de cocaína.

---

– Efectos y riesgos del consumo de cocaína y estrategias para minimizarlos.

---

10. Los talleres de formación para los usuarios de los dispositivos de reducción de daños deberían incluir (escoja solo la opción que le parezca más relevante):

---

– Información específica para personas en tratamiento de mantenimiento con metadona.

---

– Estrategias de autocontrol del consumo.

---

– Medidas para un consumo sin riesgos de crack.

---

– Información sobre recursos sociales dirigidos a los consumidores.

---

En esta segunda ronda, el cuestionario se administró de la misma manera en que se hizo en la fase inicial, de manera electrónica mediante la plataforma Survey Monkey, convocando a los participantes de la primera ronda por correo electrónico, incluyendo, ahora, una breve explicación de cómo se había elaborado el cuestionario que tenían

que responder en esta ocasión. Se enviaron recordatorios de respuesta siguiendo los mismos criterios de la etapa anterior.

Para discriminar el consenso en los datos recopilados en esta ronda, se seleccionaron aquellas opciones que habían recibido una tasa de respuesta más elevada. Si en un mismo ítem había dos opciones con tasas de respuesta similares, se aceptaron ambas como recomendaciones de consenso. Como en la ronda anterior, se determinó que había consenso cuando al menos la mitad de los encuestados puntuaba una misma opción.

Los ítems en los que se determinó que había un consenso suficiente en esta fase se consideraron directamente recomendaciones de consenso que había que incluir en la GPCTDC. Los resultados obtenidos de la administración de la segunda ronda del cuestionario se muestran en la sección "IV.I. Resultados de la segunda administración del cuestionario".

## Formulación de las recomendaciones basadas en el consenso

Como se ha comentado en los dos apartados anteriores, los ítems en los que hubo un consenso en las dos rondas de administración del cuestionario se seleccionaron para convertirlos en el enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso. En la formulación de las recomendaciones basadas en el consenso, se intentó formular un enunciado que contribuyera a dar más relevancia a los aspectos que habían obtenido un mayor acuerdo en la primera administración del cuestionario.

Per este motivo, en la formulación de las recomendaciones basadas en el enunciado de los ítems sobre los que se consiguió más consenso en la primera administración del cuestionario, se siguió un formato que incluía expresiones similares a se recomienda. Los ítems que obtuvieron un mayor consenso en la segunda ronda se añadían como alternativas a los aspectos derivados de la primera fase formulando los enunciados en condicional y acompañados de expresiones similares a adicionalmente.

Todas las recomendaciones basadas en el consenso se acompañan de un símbolo (✓) en el texto de la GPCTDC, que indica que la recomendación ha sido formulada mediante este proceso. Estas recomendaciones se recogen en la sección "V. Recomendaciones basadas en el consenso para la *Guía de práctica clínica basada en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.*"

## 4. RESULTADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

### 4.1. RESULTADOS DE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO

#### Personas que han respondido a la encuesta

De los veinticuatro expertos que fueron invitados a participar en la encuesta, la contestaron diecisiete (70,8%), aunque uno de los participantes no respondió a ninguna de las preguntas (índice de respuesta del 66,6%, 16/24 participantes).

### Distribución de las respuestas en los ítems del cuestionario

A continuación se presenta la distribución de las respuestas obtenidas en la primera administración del cuestionario. Para cada ítem, se muestran en tablas con la información siguiente:

- Distribución cruda de las respuestas obtenidas en cada alternativa de los ítems.
- Media de la respuesta recibida.
- Recuento de las respuestas recibidas (número de participantes que contestaron a la pregunta y número de alternativas a las que alguno de los participantes no contestó).

En las diferentes tablas se marcan con colores las alternativas en las que se identificó más consenso:

- En verde, las alternativas en las que se identificó más consenso en la primera ronda y que, por lo tanto, pasaron directamente a ser enunciados de recomendaciones.
- En amarillo, las alternativas en las que hubo un empate o una dispersión suficiente en la respuesta para que pasaran a formar parte de la segunda versión del cuestionario.

### > Detección y tratamiento del paciente con dependencia

1. Se deberían implicar los dispositivos siguientes en la detección y el tratamiento de los pacientes con dependencia de la cocaína [ítem de clasificación de relevancia]

	Menos relevante						Más relevante	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Centro de atención y/o seguimiento de drogodependencias	0	0	0	0	2	14	5,88	16	
2. Centro de salud mental infantil y juvenil (para menores).	1	1	4	4	2	4	4,06	16	
3. Centro de salud mental para adultos.	0	0	2	1	6	7	5,13	16	
4. Hospital de día	0	1	3	3	5	3	4,40	15	
5. Unidades hospitalarias de desintoxicación.	0	0	0	3	1	11	5,53	15	
6. Urgencias/agudos	0	0	1	3	4	7	5,13	15	
Participantes que han respondido de manera válida								16	
Alternativas que no han recibido respuesta								2	

2. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [*ítem sobre grado de acuerdo*]

	En total desacuerdo						Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Los profesionales sanitarios de los dispositivos descritos en la pregunta anterior deberían recibir formación específica para la detección precoz y la gestión de casos de pacientes con una adicción.	0	1	0	0	1	14	5,69	16	
2. Los profesionales sanitarios de los CAS deberían recibir formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con su consumo.	0	1	1	0	1	12	5,47	15	
3. Los profesionales sanitarios de los centros de salud mental deberían recibir formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con su consumo.	0	1	0	1	3	11	5,44	16	
4. Los profesionales sanitarios de los equipos de apoyo a la atención primaria en salud mental y adicciones deberían recibir una formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con su consumo.	0	1	0	1	3	11	5,44	16	
5. El personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias deberían recibir una formación básica en la detección precoz y el asesoramiento breve.	0	1	0	0	3	12	5,56	16	
<b>Participantes que han respondido de manera válida</b>								<b>16</b>	
<b>Alternativas que no han recibido respuesta</b>								<b>2</b>	

3. Un programa específico ambulatorio para la atención de pacientes con dependencia de la cocaína debería incluir [ítem de clasificación de relevancia]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Acceso inmediato al dispositivo.	0	0	1	0	1	0	3	4	7	7,75	16
2. Atención intensiva (visitas psicológicas individuales semanales y psicoterapia grupal semanal).	0	1	0	0	1	2	2	5	5	7,38	16
3. Conciliación del horario asistencial en los centros ambulatorios con la vida laboral.	0	0	0	1	1	1	3	5	5	7,56	16
4. Organización a partir de episodios de tratamiento (el abandono del tratamiento de los pacientes se traduce en más primeras visitas y menos segundas visitas. El recurso debería estar preparado para una renovación constante de casos; por ejemplo, cerrando los episodios cuando corresponda antes de asumir otros nuevos).	1	1	2	2	2	0	2	3	3	5,75	16
5. Intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.	0	1	0	0	2	3	1	3	6	7,19	16
6. Programas específicos para evaluar y atender otras dependencias.	0	0	0	1	2	2	4	3	3	7,00	15
7. Incluir el abordaje familiar.	0	1	0	2	0	1	1	6	5	7,25	16
8. Potenciar la coordinación con otros servicios en los centros ubicados en hospitales.	0	0	0	2	1	3	5	1	4	6,88	16
9. Tener en cuenta la perspectiva de género e implantarla en sus intervenciones (por ejemplo, abordar temas específicos en la terapia grupal).	2	0	0	1	1	2	2	4	4	6,56	16
<b>Participantes que han respondido de manera válida</b>											<b>16</b>
<b>Alternativas que no han recibido respuesta</b>											<b>2</b>

### Comentarios del apartado “**Detección y tratamiento del paciente con dependencia**”:

En el ítem 1, casi todos los participantes (12/16) clasificaron como más relevante la alternativa 1 de respuesta. En cuanto al resto de alternativas, los participantes consideraron mayoritariamente que la relevancia recaía sobre las alternativas 3, 4 y 5, que se añadieron a la segunda versión del cuestionario.

En el ítem 2 se identificó un consenso en el alto grado de aceptación de la alternativa de respuesta 2.1 (14/16 de los participantes se mostraron muy de acuerdo con este enunciado). En cuanto al resto de alternativas, se optó por pasar a la segunda ronda las alternativas 2.2 y 2.5 para acabar de discriminar el consenso.

La tasa de respuesta en el ítem 3 se centró en las alternativas 1 y 2, que la mayoría de participantes clasificó como muy relevantes. En cuanto al resto, tres de las alternativas (3, 5 y 7) fueron llevadas a la ronda siguiente para discriminar el consenso de manera más detallada, ya que la dispersión en la respuesta había sido considerable.

## > Situaciones especiales

### > Mujeres embarazadas

4. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [*ítem sobre grado de aceptación*]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. En el caso de mujeres embarazadas se debería coordinar la atención a la dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.	0	1	0	0	3	12	5,56	16
2. En el caso de mujeres embarazadas se debería ofrecer un abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.	0	0	0	2	5	9	5,44	16
<b>Participantes que han respondido de manera válida</b>								<b>16</b>
<b>Alternativas que no han recibido respuesta</b>								<b>2</b>

**> Jóvenes y adolescentes**

5. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [*ítem sobre grado de aceptación*]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Los adolescentes con dependencia de la cocaína se deberían incluir en el Programa de atención a los adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.	0	0	1	0	3	12	5,63	16
<b>Participantes que han respondido de manera válida</b>								<b>16</b>
<b>Alternativas que no han recibido respuesta</b>								<b>2</b>

6. El Programa de atención a los adolescentes debería incluir los enfoques siguientes [*ítem de clasificación de relevancia*]

	0	1	2	3	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Terapia del comportamiento con un enfoque Azrin (basada en el control de estímulos y el refuerzo contingente).	0	4	6	5	3,07	15
2. Modelo Matrix.	1	3	6	2	2,75	12
3. Enfoque familiar.	0	2	3	10	3,53	15
<b>Participantes que han respondido de manera válida</b>						<b>15</b>
<b>Alternativas que no han recibido respuesta</b>						<b>3</b>

**Comentarios del apartado “Situaciones especiales”:**

La tasa de respuesta en el ítem 4 en un principio no mostró un consenso claro, con una media muy similar, cercano al acuerdo total en las dos alternativas planteadas. Por este motivo, se decidió que ambas alternativas pasaran a la segunda ronda del cuestionario.

La gran mayoría de participantes se mostró totalmente de acuerdo con el enunciado del ítem número 5 (12/16), y de la misma manera hubo un consenso considerable a la hora de remarcar la relevancia de una de las alternativas del ítem 6 (número 3, 10/15, tasa de respuesta que representa el doble de la alternativa siguiente más valorada). Por lo tanto, ambas alternativas se consideraron directamente enunciados para una recomendación en este apartado.

## > Reducción de daños en pacientes consumidores

### > Consideraciones generales

7. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [ítem sobre grado de aceptación]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Se deberían incluir prestaciones sociales en la atención a los pacientes con dependencia de la cocaína que lo requieran, para cubrir las necesidades básicas (alimentación, alojamiento, higiene, etc.)	1	0	1	4	5	5	4,69	16
2. Estas prestaciones deberían facilitar el acceso a recursos específicos (albergues, duchas públicas, comedores, etc.), adaptando las características y la disponibilidad a este tipo de pacientes (flexibilizar los horarios, permitir el consumo libre de riesgos, etc.).	1	3	0	1	6	5	4,44	16
3. Se debería promover la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso para personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social.	1	2	0	1	5	7	4,75	16
4. Se deberían establecer acuerdos con centros sociosanitarios, sobre curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o en gran deterioro.	1	1	1	0	3	10	5,06	16
5. Se deberían habilitar espacios en los CAS para que ejerzan funciones de centro de día (abordaje intensivo de asistencia diaria donde desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).	0	3	0	0	2	11	5,13	16

6. En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería incluir el análisis de consumo de sustancias como una medida de reducción de daños.	1	1	1	2	5	6	4,69	16
7. En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería ofrecer apoyo legal en aquellos casos en los que, ante de la pluralidad de causas penales pendientes, su reinserción sea difícil.	1	3	1	3	2	6	4,25	16
Participantes que han respondido de manera válida								16
Alternativas que no han recibido respuesta								2

### > Pacientes con dependencia de cocaína y opiáceos

8. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [*ítem sobre grado de aceptación*]

	En total desacuerdo						Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y los opiáceos, se debería facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico (ejemplo: programa de inclusión de la sala Baluard).	1	0	0	1	2	12	5,44	16	
2. En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y los opiáceos que hayan interrumpido por falta de éxito un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de tratamiento normalizados con heroína.	2	2	2	1	3	6	4,19	16	
3. En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y los opiáceos que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.	0	0	1	1	3	11	5,50	16	
Participantes que han respondido de manera válida								16	

## Alternativas que no han recibido respuesta

2

## &gt; Salas de venopunción y de consumo libre de riesgo

9. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [ítem sobre grado de aceptación]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Las salas de venopunción se deberían adecuar a las necesidades específicas de los consumidores de cocaína.	2	1	1	1	1	10	4,75	16
2. Las salas deberían disponer de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.	1	0	1	0	2	12	5,38	16
Participantes que han respondido de manera válida								16
Alternativas que no han recibido respuesta								2

10. Estos equipamientos adaptados a las especificidades de los consumidores de cocaína deberían incluir las características siguientes [ítem de clasificación de relevancia]

	0	1	2	3	4	5	6	7	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Espacios amplios.	1	0	0	0	1	1	3	8	6,93	14
2. Acondicionar espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.	0	0	0	0	1	4	2	7	7,07	14
3. Acondicionar el espacio para generar tranquilidad, relajación y seguridad tanto a los usuarios como a los profesionales.	0	0	0	0	1	1	2	10	7,50	14
4. Disponer de salas y butacas para descansar durante las fases de agotamiento o bajada posteriores al consumo.	2	0	1	0	2	0	3	6	6,00	14

5. Disponer de camas accesibles las 24 horas para adaptarse a los trastornos del ciclo biológico del sueño de estos pacientes.	3	0	2	1	2	1	2	3	4,79	14
6. Aumentar las medidas de seguridad de los profesionales sanitarios.	0	0	0	1	2	2	4	5	6,71	14
7. Activar medidas para paliar el estrés.	1	0	0	0	5	2	2	4	6,00	14
Participantes que han respondido de manera válida										14
Alternativas que no han recibido respuesta										4

#### Comentarios del apartado “Reducción de daños en pacientes consumidores”:

En el apartado de consideraciones generales (ítem 7), los participantes se mostraron de acuerdo principalmente en dos enunciados (7.4 y 7.5, en los que la mayoría de participantes mostraron un acuerdo total de 10/16 y 11/16, respectivamente) y, por lo tanto, pasaron a ser enunciados de recomendaciones. En el resto de alternativas, en dos enunciados (7.3 y 7.6) hubo una concentración de acuerdo en la parte más alta de la puntuación y se decidió incluirlos en la segunda versión del cuestionario.

La tasa de respuesta en el ítem relacionado con pacientes con dependencia de la cocaína y opiáceos (ítem 8), en un principio no mostró un consenso claro, con una media muy similar, cercano al acuerdo total en dos de las alternativas planteadas. Por este motivo, se decidió que ambas alternativas pasaran a la segunda ronda del cuestionario.

Este hecho se identificó también en el ítem 9, que en un principio no mostró un consenso claro, con una tendencia muy similar, cercana al acuerdo total en las dos alternativas planteadas. Aunque es cierto que la media de respuesta fue más elevada en una alternativa que en la otra, se decidió que ambas pasaran a la segunda ronda del cuestionario, para buscar una mayor discriminación entre ambas alternativas.

Aunque el ítem 10 fue uno de los menos contestados de todo el cuestionario, los participantes destacaron principalmente la relevancia de una de las alternativas (número 3, con 10/14 participantes puntuándola como la alternativa más relevante). En cuanto al resto de alternativas, algunas concentraron una tasa de respuesta alta en la puntuación de máxima relevancia (números 1, 2, y 4) y se decidió incluirlas en la segunda ronda del cuestionario.

### > Información, educación y comunicación (IEC)

11. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [ítem sobre grado de aceptación]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
Los dispositivos de reducción de daños deberían proporcionar talleres de formación específicos a los profesionales sanitarios.	0	0	1	1	3	11	5,50	16
Participantes que han respondido de manera válida								16
Alternativas que no han recibido respuesta								2

12. Los talleres de formación para profesionales sanitarios deberían incluir [ítem de clasificación de relevancia]

	0	1	2	3	4	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Estrategias de atención a la persona fumadora de cocaína.	0	1	0	3	10	4,57	14
2. Efectos y riesgos del consumo de cocaína y estrategias para minimizarlos.	0	0	2	2	10	4,57	14
3. Abordaje de la intoxicación aguda.	0	1	0	1	12	4,71	14
4. Abordaje de conductas violentas.	0	0	0	1	13	4,93	14
Participantes que han respondido de manera válida							14
Alternativas que no han recibido respuesta							4

13. Puntúe en la escala el grado de aceptación de las afirmaciones siguientes [ítem sobre grado de aceptación]

	En total desacuerdo					Totalmente de acuerdo	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Los dispositivos de reducción de daños deberían proporcionar talleres de formación específicos u ofrecer materiales informativos a los usuarios que atienden.	0	0	0	1	1	13	5,80	15
Participantes que han respondido de manera válida								15
Alternativas que no han recibido respuesta								3

14. Los talleres de formación para los usuarios de los dispositivos de reducción de daños deberían incluir [ítem de clasificación de relevancia]

	0	1	2	3	4	5	6	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Información sobre el crack y los riesgos derivados.	0	1	0	0	1	3	11	6,38	16
2. Información sobre el policonsumo y los riesgos derivados.	0	1	0	0	1	2	11	6,40	15
3. Información específica para personas en tratamiento de mantenimiento con metadona.	0	1	0	1	1	3	9	6,13	15
4. Estrategias de autocontrol del consumo.	1	1	0	0	2	5	7	5,75	16
5. Medidas para un consumo sin riesgos de crack.	2	0	0	2	1	2	8	5,53	15
6. Información sobre recursos sociales dirigidos a los consumidores.	1	0	0	1	1	4	9	6,06	16
Participantes que han respondido de manera válida									16
Alternativas que no han recibido respuesta									2

#### Comentarios del apartado “Información, educación y comunicación (IEC)”:

El nivel de acuerdo en los ítems 11 y 13 fue suficiente para que se formulara directamente como el enunciado de una recomendación.

La tasa de respuesta en el ítem 12 fue baja, de una manera similar a lo que se ha visto en el ítem 10, pero se identificó un consenso claro en la elección de dos alternativas de respuesta en las que los participantes coincidieron en destacar su relevancia (número 3 con 12/14 participantes clasificándola como muy relevante y número 4 con 13/14 participantes destacando su máxima relevancia). Las dos alternativas restantes (1 y 2) se pasaron a la segunda ronda del cuestionario para discernir mejor el consenso.

En el ítem 14, la tasa de respuesta se concentró en destacar la relevancia de dos alternativas (números 1 y 2), que pasaron a ser enunciados de recomendaciones. En cuanto al resto de opciones (3 a 6) la dispersión en la respuesta fue grande, por lo que se decidió volver a comprobar el consenso en la segunda fase.

## 4.2. RESULTADOS DE LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO

### Personas que han respondido a la encuesta

La segunda administración del cuestionario se dirigió exclusivamente a los expertos que habían contestado a la primera convocatoria. Se tomó esta decisión, ya que en esta ronda se pretendía discriminar situaciones en las que el consenso no había sido claro en la primera ronda y, por lo tanto, se dirigió el cuestionario a la misma población diana.

En esta fase, contestaron los diecisiete expertos, aunque uno de los participantes no respondió a ninguna de las preguntas (índice de respuesta del 94%, 16/17 participantes).

### Distribución de las respuestas en los ítems del cuestionario

A continuación se presenta la distribución de las respuestas obtenidas en la segunda administración del cuestionario. La información se presenta de la misma manera que en la sección anterior, mostrando en tablas la información siguiente:

- Distribución cruda de las respuestas obtenidas en cada alternativa de los ítems.
- Media de la respuesta recibida.
- Recuento de las respuestas recibidas (número de participantes que contestaron a la pregunta y número de alternativas a las que alguno de los participantes no contestó).

En las diferentes tablas se marcan en color verde las alternativas en las que se identificó más consenso y pasaron a ser formuladas como recomendaciones. En todos los ítems de esta versión del cuestionario se tenía que escoger una única opción de las planteadas, dependiendo de la relevancia que le dieron los participantes.

### > Detección y tratamiento del paciente con dependencia

1. Se deberían implicar los dispositivos siguientes en la detección y el tratamiento de los pacientes con dependencia de la cocaína [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Centro de salud mental para adultos.	62,5%	10
2. Unidades hospitalarias de desintoxicación.	6,3%	1
3. Urgencias/agudos.	31,3%	5
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

2. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo [ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Los profesionales sanitarios de los centros de salud mental deberían recibir formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con su consumo.	43,8%	7
2. El personal médico y de enfermería de los servicios de urgencia hospitalarios debería recibir formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.	56,3%	9
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

3. Un programa específico ambulatorio para la atención de pacientes con dependencia de cocaína debería incluir [ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Atención intensiva (visitas psicológicas individuales semanales y psicoterapia grupal semanal).	18,8%	3
2. Conciliación del horario asistencial en los centros ambulatorios con la vida laboral.	25,0%	4
3. Intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.	31,3%	5
4. Incluir el abordaje familiar.	25,0%	4
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

En los 3 ítems de este apartado se identificó una tendencia de respuesta clara en dos opciones del ítem 1 (que concentró el 90% del acuerdo) y en una del ítem 2. Aunque los resultados en el ítem 3 sugerían una dispersión en la respuesta, se escogió la opción con una media de respuesta más alta.

## > Situaciones especiales

### > Mujeres embarazadas

4. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. En el caso de mujeres embarazadas, se debería coordinar la atención a la dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.	56,3%	9
2. En el caso de mujeres embarazadas se debería ofrecer un abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.	43,8%	7
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

La respuesta obtenida por las dos alternativas de respuesta del ítem 4 fue la misma que la obtenida en la primera ronda del cuestionario, con un porcentaje más elevado de participantes que se pronunciaron sobre la relevancia de la alternativa 1, pero sin discriminar claramente la relevancia de la alternativa 2. Por este motivo, se formuló el enunciado de la alternativa 1 como una recomendación obtenida en la primera fase, y el enunciado de la alternativa 2, como una recomendación obtenida en la segunda ronda.

## > Reducción de daños en pacientes consumidores

### > Consideraciones generales

5. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Se debería promover la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso para personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social.	100,0%	16
2. En el caso de consumidores de alto riesgo y/o en situación de marginación social, se debería incluir el análisis de consumo de sustancias como una medida de reducción de daños.	0,0%	0
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

**> Pacientes con dependencia de cocaína y opiáceos**

6. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se debería facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico.	43,8%	7
2. En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y los opiáceos que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.	56,3%	9
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

**> Salas de venopunción y de consumo libre de riesgo**

7. Escoja la afirmación con la que esté más de acuerdo [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Las salas de venopunción se deberían adecuar a las necesidades específicas de los consumidores de cocaína.	40,0%	6
2. Las salas deberían disponer de un protocolo de actuación farmacológico y de comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.	60,0%	9
Participantes que han respondido de manera válida		15
Alternativas que no han recibido respuesta		2

8. Las salas de venopunción adaptadas a las especificidades de los consumidores de cocaína deberían incluir las características siguientes [*ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia*]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Espacios amplios.	26,7%	4
2. Acondicionar espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.	66,7%	10
3. Disponer de salas y butacas para descansar durante las fases de agotamiento o bajada posteriores al consumo.	6,7%	1
Participantes que han respondido de manera válida		15
Alternativas que no han recibido respuesta		2

En tres de los ítems del apartado “Reducción de daños en pacientes consumidores”, la tendencia mostró un consenso claro hacia una de las alternativas planteadas. Todos los participantes consideraron relevante la misma alternativa en el ítem 5, el 60% de los participantes escogió la segunda opción en el ítem 8 y dos tercios escogieron la segunda opción en el ítem 8. En el ítem 6 las diferencias no fueron tan claras, pero permitieron identificar una alternativa de respuesta para formularla como recomendación.

### > Información, educación y comunicación (IEC)

9. Los talleres de formación para profesionales sanitarios deberían incluir [ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Estrategias de atención a la persona fumadora de cocaína.	18,8%	3
2. Efectos y riesgos del consumo de cocaína y estrategias para minimizarlos.	81,3%	13
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

10. Los talleres de formación para los usuarios de los dispositivos de reducción de daños deberían incluir [ítem de elección de una única opción dependiendo de su relevancia]

	Media de la respuesta	Recuento de respuestas
1. Información específica para personas en tratamiento de mantenimiento con metadona.	12,5%	2
2. Estrategias de autocontrol del consumo.	31,3%	5
3. Medidas para un consumo sin riesgos de crack.	25,0%	4
4. Información sobre recursos sociales dirigidos a los consumidores.	31,3%	5
Participantes que han respondido de manera válida		16
Alternativas que no han recibido respuesta		1

En este apartado, las respuestas se distribuyeron de manera clara en ambos ítems, principalmente en el número 9, en el que la mayoría de participantes escogió como relevante la segunda alternativa de respuesta. En cuanto al ítem 10, dos tercios de los participantes escogieron como relevantes las alternativas 2 y 4.

## 5. RECOMENDACIONES BASADAS EN EL CONSENSO

### > Detección y tratamiento del paciente con dependencia

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
En la detección y el tratamiento del paciente con dependencia de la cocaína se recomienda implicar a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias.	Adicionalmente, se podría considerar implicar a los centros de salud mental de adultos y a las unidades de urgencias y agudos.
Se recomienda que los profesionales sanitarios de la red de atención de pacientes con drogodependencia reciban formación específica para la detección precoz y la gestión de casos de pacientes con una adicción.	Se puede considerar que el personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias reciba formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.
Se recomienda que los programas específicos ambulatorios para la atención de pacientes con dependencia de cocaína garanticen el acceso inmediato al dispositivo, para ofrecer a los pacientes una atención intensiva (visitas psicológicas individuales y psicoterapia grupal semanales).	Los programas ambulatorios deberían incluir, como uno de los componentes principales, una intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.

#### Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC

- En la detección y el tratamiento del paciente con dependencia de la cocaína se recomienda implicar a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias. Adicionalmente, se podría considerar implicar a los centros de salud mental de adultos y a las unidades de urgencias y agudos.
- Se recomienda que los profesionales sanitarios de los centros de salud mental reciban formación específica sobre la dependencia de la cocaína y la patología relacionada con el consumo de esta sustancia.
- Se recomienda que los programas específicos ambulatorios para la atención de pacientes con dependencia de cocaína garanticen el acceso inmediato al dispositivo, para ofrecer a los pacientes una atención intensiva (visitas psicológicas individuales y psicoterapia grupal semanales). Los programas ambulatorios deberían incluir, como uno de los componentes principales, una intervención de enfermería, en un formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, con el objetivo de reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.
- Se podría considerar que el personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias hospitalarias reciba formación básica en detección precoz y asesoramiento breve.

**> Situaciones especiales > Mujeres embarazadas**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
Se recomienda que en el caso de las mujeres embarazadas se coordine la atención de su dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción.	En el caso de las mujeres que reciban atención para el tratamiento de su adicción, se podría considerar el abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- Se recomienda que en el caso de las mujeres embarazadas se coordine la atención de su dependencia con los servicios prenatales en el tratamiento de la adicción. En el caso de las mujeres que reciban atención para el tratamiento de su adicción, se debería considerar el abordaje psicológico intensivo tanto individual como grupal, enfocándolo a la situación familiar y social que las rodea.

**> Situaciones especiales > Jóvenes y adolescentes**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
Se recomienda incluir a los adolescentes con dependencia de la cocaína en el Programa de atención a los adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.	
Se recomienda que el Programa de atención a los adolescentes incluya un enfoque familiar.	

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- Se recomienda incluir a los adolescentes con dependencia de la cocaína en el Programa de atención a los adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones.
- Se recomienda que el Programa de atención a los adolescentes incluya un enfoque familiar.

**> Reducción de daños en pacientes consumidores > Consideraciones generales**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
Se recomienda fomentar el establecimiento de acuerdos con centros sociosanitarios, sobre curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o con gran deterioro.	Para las personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social, se debería considerar la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso.
Se recomienda habilitar espacios en los CAS para que desplieguen funciones de centro de día (con un abordaje intensivo de asistencia diaria en el que se desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).	

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- Se recomienda fomentar el establecimiento de acuerdos con centros sociosanitarios, de curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o en gran deterioro.
- Se recomienda habilitar espacios en los CAS para que ejerzan funciones de centro de día (con un abordaje intensivo de asistencia diaria en el que se desarrollen actividades terapéuticas y de inserción social).
- Para las personas que necesiten espacios de convalecencia de las sustancias y de su entorno social, habría que considerar la creación de servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso.

> **Reducción de daños en pacientes consumidores**

> **Pacientes con dependencia de cocaína y opiáceos**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
<p>En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se recomienda facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico.</p>	<p>Adicionalmente, a los pacientes que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se les debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.</p>

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- En el caso de pacientes con dependencia de la cocaína y de los opiáceos, se recomienda facilitar el acceso a programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños y ofrecer posteriormente la entrada a un programa terapéutico. Adicionalmente, a los pacientes que sigan un programa de mantenimiento con metadona, se les debería facilitar el acceso a programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social.

> **Reducción de daños en pacientes consumidores**

> **Salas de venopunción y de consumo libre de riesgo**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
<p>Se recomienda que las salas de venopunción y de consumo libre de riesgos dispongan de un protocolo de actuación farmacológico y del comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.</p>	
<p>Se recomienda que estos equipamientos se acondicionen para generar un espacio tranquilo, que facilite la relajación y la seguridad, tanto para los usuarios como para los profesionales.</p>	<p>Adicionalmente, estos espacios deberían disponer de espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.</p>

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- Se recomienda que las salas de venopunción y de consumo libre de riesgos dispongan de un protocolo de actuación farmacológico y del comportamiento ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.
- Se recomienda que estos equipamientos se acondicionen para generar un espacio tranquilo, que facilite la relajación y la seguridad, tanto para los usuarios como para los profesionales. Adicionalmente, estos espacios deberían disponer de espacios de baja estimulación sensorial para evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas.

**> Información, educación y comunicación (IEC)**

Recomendaciones consensuadas en la primera fase	Recomendaciones consensuadas en la segunda fase
Se recomienda que los dispositivos de reducción de daños proporcionen talleres de formación específicos tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios que se atienden a ellos.	
Se recomienda que los talleres para los profesionales sanitarios incluyan, al menos, indicaciones para el abordaje correcto de la intoxicación aguda y de las conductas violentas.	Estos talleres también deberían profundizar en los efectos y los riesgos del consumo de cocaína y de las estrategias para minimizarlos.
Se recomienda que los talleres para los usuarios proporcionen información sobre el crack y el policonsumo, y sobre los riesgos que se derivan de los mismos.	Adicionalmente, se debería profundizar en fomentar estrategias de autocontrol del consumo y en ofrecer información sobre los dispositivos asociados dirigidos a los usuarios.

**Enunciado de las recomendaciones basadas en el consenso en la GPCTDC**

- Se recomienda que los dispositivos de reducción de daños proporcionen talleres de formación específicos tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios que se atienden a ellos.
- Se recomienda que los talleres para los profesionales sanitarios incluyan al menos indicaciones para el abordaje correcto de la intoxicación aguda y de las conductas violentas. Estos talleres también deberían profundizar en los efectos y los riesgos del consumo de cocaína y de las estrategias para minimizarlos.
- Se recomienda que los talleres para los usuarios proporcionen información sobre el crack y el policonsumo, y sobre los riesgos que se derivan de los mismos. Adicionalmente, se debería profundizar en fomentar estrategias de autocontrol del consumo y en ofrecer información sobre los dispositivos asociados dirigidos a los usuarios.

## ANEXO I PROPUESTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO ELECTRÓNICO INICIAL

### GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. II PARTE. PROTOCOLO ASISTENCIAL

1. Implicación de diferentes dispositivos sanitarios en la detección y el tratamiento:
  - a) Centro de atención y seguimiento de las drogodependencias.
  - b) Unidades hospitalarias de desintoxicación.
  - c) Centro de salud mental infantil y juvenil (para menores).
  - d) Centro de salud mental para adultos.
  - e) Hospital de día.
  - f) Urgencias/agudos.
  
2. Formación en adicciones al personal médico y de enfermería de urgencias hospitalarias (detección precoz y asesoramiento breve).
  
3. Creación de un programa específico ambulatorio para atender a los pacientes con dependencia de cocaína que incluya:
  - a) Acceso inmediato.
  - b) Atención intensiva para estos pacientes en los centros de tratamiento ambulatorio (visitas semanales psicológicas y terapias grupales).
  - c) Ampliación y adecuación de los horarios de oferta asistencial a la vida laboral (la mayoría trabajan) en los centros ambulatorios. Ejemplo: grupos al mediodía, a primera hora de la mañana.
  - d) Funcionamiento por episodios de tratamiento. Muchos pacientes asisten al tratamiento durante las 12-24 primeras semanas y después lo abandonan. Esta pérdida de pacientes se traduce en más primeras visitas y menos segundas visitas. El recurso debe estar preparado para esta renovación constante; por ejemplo, cerrando los episodios cuando corresponda para tener constancia de que se pueden asumir otros nuevos.
  - e) Intervención de enfermería. El formato de intervención breve, de una a tres veces por semana, permite reforzar la intervención psicológica, supervisar la administración de fármacos y monitorizar el mantenimiento de la abstinencia mediante análisis de orina.
  - f) Evaluación y abordaje de otras dependencias (sobre todo alcohol y adicciones comportamentales). Ejemplo: programas específicos de alcohol y cocaína que incluyan terapias grupales con pacientes con las dos problemáticas.
  - g) Incluir el abordaje familiar. Ejemplo: incluir en las visitas, de forma puntual, a las familias, grupos de apoyo para familiares.

- h) En centros ubicados en hospitales, potenciar la coordinación con otros servicios: medicina interna, urgencias, traumatología
4. Se recomienda una formación específica sobre la dependencia de cocaína y la patología relacionada con el consumo para los profesionales de la red de salud mental y adicciones de los dispositivos siguientes:
- CAS
  - CSM
  - Equipos de apoyo a la atención primaria en salud mental y adicciones
5. Acondicionar espacios de los CAS como centros de día (ejemplo: hospital de día de Sant Pau) en función de las necesidades del territorio.
6. En mujeres embarazadas se debería coordinar la atención con los servicios prenatales.
7. Incluir un programa de tratamiento dirigido a adolescentes (incluirlo en el Programa de atención a los adolescentes del Plan director de salud mental y adicciones):
- a) Terapia conductual modelo Azrin, N.H<sup>1</sup>. Aprendizaje de nuevos comportamientos mediante el refuerzo contingente. Las técnicas son juegos de rol, ejercicios entre sesiones, etc.
  - b) Terapia familiar multidimensional. Se centra en las relaciones familiares.
  - c) Modelo Matrix<sup>2</sup>. Combina estrategias de prevención de recaídas, terapia de familia, psicoeducación y experiencias de los doce pasos. Intervenciones individuales y grupales con la participación de familiares en las sesiones.
  - d) Implicación de las familias, terapia de contingencias.
8. En pacientes embarazadas, abordaje psicológico intensivo individual y grupal teniendo en cuenta su situación familiar y social.
9. Consumidores en activo (reducción de daños):
- a) Incluir prestaciones sociales para cubrir necesidades básicas (alimentación, alojamiento, higiene...).
  - b) Despliegue de servicios de reducción de daños de manera equilibrada en todo el territorio.

---

1 Azrin NH et al. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research & Therapy* 34 (1): 41-46, 1996.

Azrin NH et al. Behavioral therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behavioral Research & Therapy* 32 (8): 857-899, 1994.

Azrin NH et al. Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 3 (3):1-16, 1994.

2 Rawson R et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (2): 11-127, 1995.

- c) Establecer acuerdos con centros sociosanitarios, de curas paliativas, para que haya camas especiales para los consumidores de drogas ilegales en situación terminal o en gran deterioro, con estancias superiores, de acuerdo con las indicaciones que prohíban que ingresen en hospitales de agudos.
- d) Facilitar el acceso a los programas de mantenimiento con metadona con una óptica inicial de reducción de daños —posteriormente se puede valorar qué personas quieren entrar en un programa más terapéutico. (Ejemplos: programa de inclusión de la sala Baluard o el pleno de Cruz Roja).
- e) Promover la puesta en marcha de programas de tratamiento normalizados con heroína para pacientes que fracasan con la metadona.
- f) Incluir el análisis de sustancias como medida de reducción del daño.
- g) Ofrecer servicios y programas para cuidar a los profesionales, por ejemplo, de prevención del síndrome de desgaste profesional (burnout).
- h) Crear servicios de emergencia social (centros de crisis) y espacios educativos (comunidades terapéuticas) de fácil acceso para personas que necesiten espacios de convalecencia y épocas de alejamiento de las sustancias y de su entorno social.
- i) Mejorar el acceso a material limpio de venopunción (programas de intercambio de jeringuillas o PIJ).
  - Abrir programas de intercambio de jeringuillas en las ciudades donde aún no los hay e incrementar el número de puntos de intercambio de jeringuillas en poblaciones donde la cobertura no sea suficiente (por ejemplo, Barcelona).
  - Acabar de desarrollar los PIJ en todas las cárceles y mejorar la efectividad de los existentes.
  - Implantar PIJ en los centros de atención primaria. Esto, además del beneficio directo de evitar la transmisión de infecciones, acercaría al usuario a la red normalizada.
  - Aumentar la oferta de material de venopunción estéril (a día de hoy se garantiza la esterilización de las jeringuillas y el agua, pero los filtros y las cazoletas continúan sin ser estériles).
- j) Destinar más recursos de reducción de daños con espacios de venopunción higiénica situados en zonas de consumo.
- k) Llevar a cabo actuaciones en el ámbito social. Crear recursos específicos (techos, duchas públicas, comedores, etc.), mejorar el acceso y adaptar los recursos inespecíficos a este tipo de población: flexibilizar los horarios, permitir consumo en ellos, etc.
- l) Proporcionar apoyo legal a los usuarios y usuarias.
- m) Facilitar el acceso a la asistencia sanitaria pública (por ejemplo, tarjeta sanitaria individual).

- n) Aumentar los programas de formación prelaborales, ocupacionales y de inserción social en general (los pacientes incluidos en tratamientos de mantenimiento con metadona —TMM— han reducido el tiempo del consumo de heroína, por lo que tienen mucho tiempo libre y ninguna ocupación).
- o) Los recursos de reducción de daños deberían ofrecer salas y butacas para descansar durante las fases de agotamiento/bajada después de las fases de consumo compulsivo, ya que son momentos que facilitan el contacto y la intervención de apoyo. También la posibilidad de disponer de camas accesibles las 24 horas para adaptarse a los trastornos del ciclo biológico del sueño de estos pacientes.
- p) Adecuación de las salas de venopunción. Hay que constatar brevemente los grandes beneficios que suponen este tipo de servicios tanto para entrar en contacto con consumidores como para mejorar su situación de salud y social, y disminuir la morbimortalidad. Sin embargo, estas salas se han concebido para consumidores de heroína y tienen deficiencias para los de cocaína. Entre otros aspectos, estas salas deberían prever las siguientes mejoras.
- Más espacio.
  - Aumentar las medidas de seguridad para los profesionales.
  - Evitar elementos que favorezcan alucinaciones visuales y auditivas: baja estimulación sensorial.
  - Intentar que el ambiente de la sala genere tranquilidad, relajación y seguridad tanto para los usuarios como para los profesionales.
  - Zonas de relajación posconsumo.
  - Actuaciones para paliar el estrés de los profesionales.
- q) Diseñar estrategias para acceder a la población oculta en el caso de los consumidores de crack (fumadores) que no están en contacto con ningún recurso: actuaciones entre iguales, bola de nieve, talleres pagados, etc.
- r) Diseñar un protocolo de actuación farmacológico y conductual ante el trastorno psiquiátrico y de agitación psicomotriz en los minutos siguientes al consumo de cocaína.
- s) Información, educación y comunicación (IEC) para usuarios. Elaborar materiales y proponer talleres sobre:
- Información sobre el crack y los riesgos que se derivan del mismo. Esta información, junto con los riesgos del policonsumo de drogas, se debería dar especialmente a los pacientes en tratamiento con metadona.
  - Estrategias de autocontrol del consumo.
  - Medidas de reducción de los daños del consumo de crack.
  - Edición de una guía sobre recursos sociales dirigida a la población consumidora.
- t) Información, educación y comunicación (IEC) para los profesionales de los servicios de reducción de daños, como seminarios y talleres de formación sobre:

- Estrategias de atención a la persona fumadora de cocaína.
  - Efectos y riesgos del consumo de cocaína y estrategias para minimizarlos.
  - Manejo de la intoxicación aguda.
  - Manejo de conductas violentas.
- u) En cuanto a la investigación, hay que establecer una colaboración entre los equipos asistenciales y los de salud pública para mejorar el conocimiento de la realidad con proyectos al servicio de las necesidades de los profesionales de asistencia, los usuarios, los gestores y los planificadores.
- Establecer un sistema que monitorice la evolución del consumo de crack en Cataluña.
  - Describir la situación social y sanitaria de los consumidores y de la percepción de sus necesidades.
  - Diseñar estudios de observación de los minutos posteriores a la inyección.

# anexo 4

## Propuestas para la reducción de daños

Se presentan a continuación las propuestas para la reducción de daños presentadas por el Royal College of General Practitioners británico (Ford 2004).

### 1. Consideraciones generales

Aunque no hay una manera completamente segura de consumir cocaína, se pueden dar algunas indicaciones sobre como usarla exponiéndose a menos riesgos. Cuando se discuten con el paciente las diferentes estrategias, hay que tener en cuenta algunos factores individuales que determinan los riesgos que corre cuando consume cocaína (por ejemplo, los consumidores crónicos están expuestos a una serie de riesgos mayores).

Además, no hay que olvidar que algunos daños están presentes independientemente de la vía de consumo, como los causados en el corazón y el hígado, la exposición a infecciones derivadas del uso compartido de instrumental o las prácticas sexuales de riesgo.

### 2. Daños asociados a las diferentes vías de consumo

- *Aplicación en las encías (dabbing)*: afectación de la dentición y el tejido periodontal, infecciones.
- *Esnifada*: afectación y perforación del tabique nasal o el paladar, sangrados, rinitis.
- *Inhalada/fumada*: quemaduras y heridas en labios, dedos y cara; herpes; complicaciones cardiovasculares; afectación de los pulmones por la inhalación de tóxicos.
- *Intravenosa*: la cocaína actúa como anestésico local y eso supone un riesgo para los tejidos; riesgo para la piel, los tejidos y las venas (lesiones, cicatrices y hematomas); infecciones locales o sistémicas (abscesos, flebitis); trombosis venosa profunda; VIH y hepatitis.

### 3. Promoción de la salud para reducir daños en las diferentes vías de consumo

#### - *Esnifada*:

- No compartir el instrumental para esnifar a fin de evitar la transmisión de la hepatitis C.
- Asegurarse de preparar una dosis con el polvo tan fino como sea posible.
- Colocar el instrumental para esnifar tan arriba como sea posible de la nariz.
- Alternar las narinas para reducir el peligro que implicaría esnifar con una sola nariz.
- Parar de consumir si el tabique sangra.
- Promover la higiene con duchas nasales.

- *Inhalada/fumada:*

- No compartir el instrumental; es importante hacer entender que infecciones como la hepatitis C se pueden extender fácilmente a raíz de compartir el instrumental.
- Usar instrumental de calidad, como encendedores en condiciones para evitar quemaduras; aconsejar el uso de pipas de cristal para evitar inhalar ceniza, polvo o pintura presentes en el plástico; usar gasas metálicas en lugar de estropajos en las boquillas.
- En los casos en que se hagan cigarrillos, advertir del uso de filtros que no contengan sustancias que puedan pasar directamente a los pulmones.
- En los casos en que se inhale, aconsejar quemar siempre pequeñas dosis en el papel de aluminio e inhalar el vapor por un pequeño tubo.
- Promover la cura de pequeñas quemaduras y de los labios para evitar sangrados o llagas.
- Beber agua en abundancia para evitar la deshidratación.

- *Inyectada:*

- Es fundamental educar sobre la utilización de instrumental nuevo y estéril cada vez que se consume.
- Hacer conocer al paciente el efecto anestésico de la cocaína y el riesgo que ello comporta para los tejidos.
- Revisar las zonas donde se hacen los pinchazos y aconsejar zonas seguras para inyectarse (brazo y antebrazo).
- Promover otras vías de consumo.
- Hacer reconocer al paciente que el riesgo de sobredosis es más probable por esta vía y por lo tanto recomendar que durante la inyección esté acompañado por si hay que pedir ayuda.

#### **4. Información y consejos sobre pequeñas reacciones adversas al consumo**

- Hacer conocer al paciente que la sobredosis es más probable cuando la cocaína se inyecta y que los signos comienzan entre las dos y tres horas posteriores a la administración.

- Ayudar a reconocer las reacciones adversas al consumo de cocaína más frecuentes:

- Midriasis, verborrea y cambios de humor, sudoración abundante, búsqueda de objetos, sialorrea (salivación), agitación motriz, alucinaciones táctiles, auditivas y visuales, taquipnea, estados de confusión, movimientos repetitivos, taquicardia, paranoia persecutoria, dolor torácico, inhibición motriz transitoria, crisis convulsivas e ideas delirantes.

- Recomendar llamar al 061 (urgencias médicas) y pedir una ambulancia sin esperar a que la sintomatología empeore.

## anexo 5

Otras guías de práctica clínica  
y recursos basados en la literatura  
científica

Se recogen a continuación documentos de interés sobre el abordaje de la dependencia de la cocaína.

American Psychiatric Association. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, second edition.** Bethesda: APA, 2006.

Becoña E, Cortés M. **Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica.** Barcelona: SOCIDROGALCOHOL, 2008.

Caballero L. **Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.** Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **3. Cocaína. Informes de la comisión clínica.** Plan Nacional sobre Drogas, 2007.

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes.** Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, 2008.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. **Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA Literature reviews.** Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.

Ford C, Royal College of General Practitioners. **Guidance for working with cocaine and crack users in primary care.** RCGP, 2004.

Gowing L, Proudfoot H, Henry-Edwards S, Teeson M. **Evidence supporting treatment: the effectiveness of interventions for illicit drug use.** ANCD research paper 3. Woden: Australian National Council on Drugs, 2001.

Kraus L, Semmler C, Kunz-Ebrecht S, Orth B, Hüffer I, Hose A, Welsch K, Sonntag D, Augustin R. **Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und Kokainbezogene Störungen: Eine Literaturübersicht.** Munich: Institut für Therapieforschung, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence. **Drug Misuse. Psychosocial interventions.** NICE National Clinical Practice Guideline number 51, 2008.

Rigter H, van Gageldonk A, Ketelaars T, van Laar M. **Treatment of Problematic Use of Drugs. State of the art for evidence based treatments and other interventions.** Países Bajos, 2004.

Terán A, Casete L, Climent B. **Cocaína. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica.** Barcelona: SOCIDROGALCOHOL, 2008.

# anexo 6

## Declaración de intereses

### **Grupo de trabajo**

Marta Coronado Piqueras, Pilar Duro Herrero, Enrique Ilundain Ayala, Antoni Gual Soler, Fàtima Larger Brancolini, Eva López García de la Plaza, Miquel del Río Meyer, Joserra Rueda Martínez de Santos, Mari Sesmilo Martínez, Ivan Solà Arnau, Antoni Tejero Pociello, Marta Torrens Mèlich declaran que no tienen conflictos de interés.

Carlos Roncero Alonso ha recibido honorarios por impartir cursos por parte de Laboratorios Esteve. Marta Torrens Mèlich ha recibido financiación para asistir a reuniones y congresos científicos y honorarios por participar como ponente en congresos o cursos por parte de diferentes laboratorios

### **Revisores externos**

Leslie Barrionuevo Rosas, Ferran Cruz Roperó, Olga Díaz Grau, Magí Farré Albaladejo, Josep Guàrdia Serecigni, Santiago Nogué Xarau, Núria Paladio Duran, M.<sup>a</sup> Carme Rodríguez Chaves, Antonio Teran Prieto, Joan Trujols i Albet declaran que no tienen conflictos de interés.

Begoña Gonzalvo Cirac ha recibido financiación para asistir a reuniones y congresos científicos y honorarios por participar como ponente en congresos o cursos por parte de diferentes laboratorios. José Pérez de los Cobos Peris ha recibido financiación para asistir a reuniones y congresos científicos y honorarios por participar como ponente en congresos o cursos por parte de Janssen Cylag y ha recibido financiación para estudios por parte de Janssen Cylag.

# anexo 7

## Glosario de términos

<b>AARS</b>	<i>Adolescent Anger Rating Scale</i> . Escala de evaluación del TDAH.
<b>Abandono</b>	Término usado en los estudios epidemiológicos para indicar el número de pacientes que dejan de participar en un estudio antes de lo que se prevé en su diseño. El número de abandonos contribuye a aumentar el sesgo de desgaste si no se intenta controlar el impacto.
<b>Acupuntura</b>	Técnica de medicina tradicional china en la que se insertan y se manipulan agujas en puntos concretos del cuerpo que canalizan energía con propósitos terapéuticos.
<b>Adjective Rating Scale</b>	Escala de evaluación subjetiva a partir de la puntuación de adjetivos que representan varios dominios de la personalidad.
<b>Agonista</b>	Sustancia o fármaco que imita la acción de un neurotransmisor u hormona para reproducir una respuesta cuando actúa con otros receptores específicos en el cerebro.
<b>Agonista dopaminérgico</b>	Sustancia o fármaco que interactúa con los receptores dopaminérgicos en ausencia del neurotransmisor natural, la dopamina.
<b>AIMS</b>	<i>Abnormal Involuntary Movement Scale</i> . Escala para la evaluación de las distonías.
<b>Antagonista</b>	Sustancia o fármaco que impide o revierte el efecto de una sustancia natural del organismo o de otro fármaco.
<b>Anticonvulsivo</b>	Fármaco destinado a prevenir o reducir la intensidad de las convulsiones epilépticas u otros fenómenos convulsivos.
<b>Antidepresivo</b>	Fármaco estimulante del estado de ánimo usado principalmente en el tratamiento de los trastornos afectivos. Fundamentalmente se dispone de: a) IMAO; b) ISRS, y c) antidepresivos tricíclicos.
<b>Antipsicótico</b>	Fármaco que controla varios síntomas relacionados con los trastornos psicóticos que se usa en el tratamiento de la esquizofrenia, la demencia y otros estados psicóticos agudos. A veces se les llama neurolépticos por la tendencia que tienen a producir efectos neurológicos adversos.
<b>ASI</b>	<i>Addiction Severity Index</i> . Índice de gravedad de la adicción.
<b>Ensayo clínico aleatorizado (ECA)</b>	Diseño de estudio experimental en el que los investigadores asignan al azar participantes que cumplen unas determinadas características a un grupo en el que reciben o no una o más intervenciones que se están evaluando en términos de su efecto en una serie de variables de resultado de interés. La asignación aleatoria a los grupos asegura en la práctica que los grupos serán similares en todos los factores relevantes, excepto en el tratamiento que recibirán durante el estudio.
<b>BAI (Beck Anxiety Inventory)</b>	Prueba para la detección de la ansiedad.

<b>b.i.d.</b>	<i>bid in die</i> , voz latina referida a una toma de un fármaco dos veces al día
<b>BDI</b>	<i>Beck Depression Inventory</i> . Prueba para la detección de la depresión.
<b>BSCS</b>	<i>Brief Substance Craving Scale</i> . Escala breve de evaluación de la apetencia de consumo de sustancias.
<b>BSI</b>	<i>Brief Symptom Inventory</i> . Escala breve de síntomas psiquiátricos.
<b>Buprenorfina</b>	Fármaco analgésico del grupo de los opiáceos con propiedades tan agonistas como antagonistas usado en el tratamiento de mantenimiento en pacientes con dependencia de opiáceos.
<b>CAS</b>	Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias
<b>CT</b>	Comunidad terapéutica
<b>CCQ</b>	<i>Cocaine Craving Questionary</i> . Cuestionario de evaluación de la apetencia de consumo de cocaína.
<b>Doble ciego</b>	Variante del enmascaramiento en el diseño de un ensayo clínico en el que se intenta que ni los participantes ni los investigadores del estudio tengan conocimiento de la intervención que están recibiendo los participantes, y de esta manera evitar los sesgos de realización y detección.
<b>CGI</b>	<i>Clinical Global Impression</i> . Escala de evaluación psiquiátrica con diferentes variantes según si mide la gravedad de la sintomatología psiquiátrica ( <i>CGI-Severity</i> ), la respuesta al tratamiento ( <i>CGI-Improvement</i> ), o si la aplica un profesional ( <i>CGI-Observer Severity</i> ) o el paciente mismo ( <i>CGI-Self Severity</i> ).
<b>Cocaína</b>	Alcaloide procedente de la planta de la coca ( <i>Erythroxylum coca</i> ) que actúa como estimulante del sistema nervioso central. La cocaína bloquea la recaptación en la presinapsis de la dopamina y produce una activación generalizada de las neuronas postsinápticas que tiene como resultado la excitación fisiológica. La cocaína también actúa en la recaptación de la noradrenalina (norepinefrina) y la serotonina. (véanse los apartados 1.1 y 1.2).
<b>Craving</b>	Apetencia, deseo compulsivo de experimentar los efectos de una sustancia que experimentan muchas personas con dependencia.
<b>CREST</b>	<i>Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial</i> . Diseño de estudio desarrollado por la NIDA con el objetivo de evaluar en estudios piloto la eficacia de nuevos medicamentos que se comparan con fármacos aceptados por la dependencia de la cocaína, a partir de un diseño de ensayo clínico aleatorizado con enmascaramiento.
<b>CSSA</b>	<i>Cocaine Selective Severity Assessment</i> . Escala de evaluación de los signos y síntomas de la abstinencia a la cocaína.
<b>DE</b>	Corresponde a <i>dimensión del efecto</i> . Estimación de la magnitud del efecto de una intervención en concreto al compararla con un control, o de la asociación de un factor de riesgo.

<b>Dependencia</b>	Deseo intenso o sensación de compulsión hacia el consumo de una sustancia, a la que se añaden otros factores como la dificultad de controlar el uso, la presencia de un síndrome psicológico de abstinencia, la tolerancia hacia el uso de la sustancia, el abandono y el desinterés hacia otras fuentes de satisfacción, o el uso persistente de la sustancia a pesar del daño causado en uno mismo y los demás.
<b>Disulfiram</b>	Fármaco usado en el tratamiento del alcoholismo que produce una reacción aguda al consumo de etanol. Previene la metabolización de la dopamina que se libera en grandes cantidades cuando se consume cocaína.
<b>DSM-IV</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i> . Manual diagnóstico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.
<b>ESRS</b>	<i>Extrapramidal Symptom Rating Scale</i> . Escala de evaluación de síntomas extrapiramidales relacionados con el sistema que regula los movimientos automáticos y que permite la coherencia en los movimientos voluntarios.
<b>Estimulantes del sistema nervioso central</b>	Término relacionado con un efecto farmacológico en lugar de con un grupo farmacológico en concreto, que engloba un grupo de sustancias que aumenta el estado de alerta, agitación o excitación.
<b>Fuerza de la recomendación</b>	Grado de confianza de que, al implantar una recomendación, los efectos beneficiosos superarán a los daños en el paciente. El sistema GRADE propone que este grado de confianza se clasifique según una serie de factores que incluyen la calidad de la evidencia científica disponible, el balance entre beneficios y riesgos de una intervención, sus costes y los valores y las preferencias de los pacientes.
<b>HARS (o HAM-A)</b>	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> . Cuestionario para medir la gravedad de la ansiedad.
<b>Hazard Ratio (HR)</b>	Medida de la dimensión del efecto en el que se comparan dos curvas de supervivencia. Expresa la relación de los acontecimientos entre los grupos que se comparan a través de los diferentes intervalos de seguimiento en el estudio.
<b>HRSD (o HDRS)</b>	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> . Cuestionario para medir la gravedad de la sintomatología depresiva.
<b>IMAO</b>	Inhibidores de la monoaminoxidasa.
<b>Intervalo de confianza (IC)</b>	Rango en el que se estima el valor real de la dimensión del efecto de una intervención dentro de un valor establecido de certeza (normalmente del 95%). La repetición de un estudio ofrecería en el 95% de los casos un valor incluido en el intervalo que expresa el IC.
<b>ISRS</b>	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
<b>Manejo de casos</b>	Método de coordinación en el manejo de las curas de personas con dependencia de sustancias. Un trabajador social se hace responsable de la coordinación y el manejo de diferentes aspectos de la vida diaria del paciente, en visitas regulares y programadas.

<b>Manejo de contingencias</b>	Programa en el que se establece un sistema de incentivos para fomentar y reforzar una conducta libre de consumo de drogas. Una de las variaciones más comunes es la que incluye un intercambio de vales según el cual se entregan los incentivos en forma de vales canjeables cada vez que se entrega un análisis de orina negativo.
<b>Metadona</b>	Opiáceo sintético con propiedades agonistas y psicoactivas usado en tratamientos de mantenimiento, particularmente en la dependencia de la heroína.
<b>Metanálisis</b>	Uso de técnicas estadísticas para integrar los resultados de varios estudios originales con características similares para obtener un estimador global de la dimensión del efecto.
<b>MRT</b>	<i>Meditation-Relaxation Training</i> . Entrenamiento en meditación y relajación.
<b>NADA</b>	<i>National Acupuncture Detoxification Association</i>
<b>Naltrexona</b>	Antagonista opioide utilizado en el tratamiento del alcoholismo y la dependencia de opiáceos.
<b>NIDA</b>	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
<b>OTI</b>	<i>Opiate Treatment Index</i> . Instrumento para evaluar el resultado del tratamiento en los pacientes con dependencia de opiáceos.
<b>PANSS</b>	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> . Escala para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva y negativa en la esquizofrenia.
<b>Placebo</b>	Sustancia inactiva que se administra a los participantes en uno de los grupos en algunos ensayos clínicos que sirve para comparar los resultados de los pacientes que reciben la intervención de interés, normalmente un fármaco.
<b>POMS</b>	<i>Profile of Mood States</i> . Escala para definir un perfil de estados de ánimo.
<b>QCI</b>	<i>Quantitative Cocaine Inventory</i> . Instrumento para evaluar varios aspectos relacionados con el consumo de la cocaína.
<b>Calidad de la evidencia</b>	Grado de confianza que se puede tener en la estimación del efecto que reflejan los resultados de la investigación científica. El sistema GRADE propone que este grado de confianza clasifique según una serie de factores que incluyen las limitaciones metodológicas de los estudios, la disponibilidad de estudios aplicables directamente al entorno en el que se formula la recomendación, y la consistencia y precisión de los resultados disponibles.
<b>Reducción de daños</b>	Conjunto de estrategias de promoción de la salud que tienen el objetivo de reducir o minimizar las consecuencias negativas y los riesgos asociados al consumo de drogas, y que no necesariamente persiguen reducir o eliminar el consumo.

<b>Revisión sistemática</b>	Investigación secundaria que sintetiza de manera crítica los resultados de la investigación sobre una pregunta clínica claramente definida, a partir de métodos sistemáticos y explícitos. Las revisiones sistemáticas identifican, seleccionan y evalúan críticamente los estudios relevantes que permiten contestar a la pregunta formulada, y extraen y resumen sus resultados. En algunas ocasiones los resultados de los estudios que se incluyen se analizan utilizando métodos estadísticos de metanálisis.
<b>Riesgo relativo (RR)</b>	Medida de la dimensión del efecto de una intervención, que se presenta como la razón entre el riesgo de un acontecimiento en el grupo de intervención en relación con el riesgo del mismo hecho en el grupo de control. Los RR igual a 1 indican que no hay ninguna diferencia entre los grupos que se comparan. Para variables de resultado no deseables (por ejemplo, sobredosis) un RR menor que 1 indica que la intervención es efectiva para reducir el riesgo de esta variable.
<b>SAS</b>	<i>Simpson-Angus Scale</i> . Escala de Simpson-Angus. Escala para evaluar efectos secundarios extrapiramidales.
<b>SCID</b>	<i>Structured Clinical Interview for DSM disorders</i> . Entrevista semiestructurada para diagnosticar los principales trastornos descritos en los ejes I y II del DSM.
<b>SCL-90</b>	<i>The Symptom Check List</i> . Cuestionario de detección y síntomas psicopatológicos.
<b>SDS</b>	<i>Severity Dependence Scale</i> . Escala de gravedad de la dependencia de opiáceos.
<b>Sistema GRADE</b>	Diretrizes metodológicas para la formulación de recomendaciones en guías de práctica clínica desarrolladas por el grupo internacional de trabajo <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> . (véase apartado 3.5)
<b>SNC</b>	Sistema nervioso central
<b>Speedball</b>	Combinación de heroína y cocaína por vía intravenosa
<b>SSARS</b>	<i>Stimulant Sensitive Adjectives Scale</i> . Escala de valoración subjetiva de adjetivos sensibles al consumo de cocaína.
<b>TCC</b>	Terapia cognitivo-conductual. Aproximación psicoterapéutica que combina varias técnicas cognitivas y conductuales en las que el paciente trabaja en colaboración con el terapeuta para lograr objetivos establecidos. Algunos aspectos incluyen el reconocimiento del impacto de patrones de pensamiento sobre las emociones y el estado de ánimo, o la modificación de los pensamientos disfuncionales y el trabajo en habilidades sociales.
<b>t. i. d</b>	<i>(ter in die)</i> tres veces al día.
<b>TAADDS</b>	<i>Targeted Adult Attention Deficit Disorder Scale</i> . Entrevista semiestructurada de evaluación de los síntomas del trastorno por déficit de atención en adultos.
<b>TDAH</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
<b>TMM</b>	Tratamiento de mantenimiento con metadona.

<b>UHD</b>	Unidad hospitalaria de desintoxicación.
<b>UKU Side Effect Rating Scale</b>	<i>Udvalg for Kliniske Undersøgelser Side Effect Rating Scale</i> . Escala para evaluar los efectos secundarios de psicofármacos.
<b>VAS</b>	<i>Visual analogue scale</i> . Escala analógica visual.
<b>VCCQ</b>	<i>Voris Cocaine Craving Questionnaire</i> . Cuestionario de evaluación de la apetencia para el consumo de cocaína.
<b>WSRS</b>	<i>Within Session Rating Scale</i> . Cuestionario de evaluación de la apetencia para el consumo de cocaína.
<b>WURS</b>	<i>Wender-Utah Rating Scale</i> . Escala de evaluación retrospectiva del TDAH (trastorno por déficit de atención) en población adulta.

## Referencias bibliográficas

Addis A, Moretti ME, Ahmed Syed F, Einarson TR, Koren G.. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 2001 Jul-Aug;15(4):341-69.

Akerele E, Levin FR. Comparison of olanzapine to risperidone in substance-abusing individuals with schizophrenia. *Am J Addict* 2007 Jul-Aug; 16 (4): 260-8.

Álvarez Y, Farré M, Fonseca F, Torrens M. Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis *J Subs Abuse Treat* 2010;38:66-73

Alterman AI, Droba M, Antelo RE, Cornish JW, Sweeney KK, Parikh GA, O'Brien CP. Amantadine may facilitate detoxification of cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence* 1992; 31: 19-29.

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006306. DOI: 10.1002/14651858.CD006306a.pub2.

Arndt IO, Dorozynsky L, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP. Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (11): 888-93.

Avants SK, Margolin A, Chang P, Kosten TR, Birch S: Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. Investigation of a needle puncture control. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 195-205.

Avants SK, Margolin A, Holford TR, Kosten TR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2305-2312.

Batki SL, Washburn AM, Delucchi K, Jones RT. A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 1996; 41 (2): 137-42.

Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford Press, 1993.

Beresford TP, Clapp L, Martin B, Wiberg JL, Alfors J, Beresford HF. Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: a pilot study. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Aug;25(4):363-6.

Berger SP, Hall S, Mickalian JD, Reid MS, Crawford CA, Delucchi K, Carr K, Hall S. Haloperidol antagonism of cue-elicited cocaine craving. *Lancet* 1996; 347 (9000): 504-8.

Berger PS, Winhusen TM, Somoza EC, Harrer JM, Mezinskas JP, Leiderman DB et al. A medication screening trial evaluation of reserpine, gabapentin and lamotrigine pharmacotherapy of cocaine dependence. *Addiction* 2005; 100 (supl. 1): 58-67.

- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77 (1): 49-59.
- Bisaga A, Aharonovich E, Garawi F, Levin FR, Rubin E, Raby WN et al. A randomized placebo-controlled trial of gabapentin for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2006; 81 (3): 267-74.
- Blanco C, Olfson M, Okuda M, Nunes EV, Liu SM, Hasin DS. Generalizability of clinical trials for alcohol dependence to community samples. *Drug Alcohol Depend* 2008; 98 (1-2): 123-8.
- Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30 (3): 290-303.
- Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW Jr. Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases* 1995;14(4):87-109.
- Brown ES, Nejtcek VA, Perantie DC, Rajan Thomas N, Rush AJ. Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 2003 Aug; 23 (4): 384-8.
- Budney A, Higgins S. *Manual 2: A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction therapy manuals for drug addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.
- Bullock ML, Kiresuk TJ, Pheley AM, Culliton PD, Lenz SK: Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16: 31-38.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (5): 843-61.
- Butlletí epidemiològic de Catalunya. Atenció a les drogodependències a Catalunya l'any 2006. BEC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya 2007; 27 (8): 117-21.
- Caballero L. *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.
- Campbell JL, Thomas HM, Gabrielli W, Liskow BI, Powell BJ. Impact of desipramine or carbamazepine on patient retention in outpatient cocaine treatment: preliminary findings. *J Addict Dis*. 1994;13(4):191-9.
- Campbell J, Nickel EJ, Penick EC, Wallace D, Gabrrelli WF, Rowe C et al. Comparison of desipramine or carbamazepine to placebo for crack cocaine dependent patients. *Am J Addict* 2003; 12: 122-36.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17 (3): 229-47.
- Carroll KM, Ziedonis D, O'Malley S, et al. Pharmacological interventions for alcohol and cocaine-abusing individuals: a pilot study of disulfiram vs naltrexone. *Am J Addictions* 1993; 2 (1): 77-9.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (3): 177-87.
- Carroll KM. *Manual 1: A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1998.
- Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 1998; 93 (5): 713-27.

- Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, et al. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psych* 1994; 51 (12): 989-97.
- Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Shi J, Rounsaville BJ. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (3): 264-72.
- Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE; National Institute on Drug Abuse Treatment Research Network. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (2): 179-87.
- Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE. Drug Abuse Clinical Trials Network. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81 (3): 301-12.
- Castells X, Casas M, Vidal X, Bosch R, Roncero C, Ramos-Quiroga JA, Capellà D. Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Addiction* 2007; 102 (12): 1871-87.
- Castells X, Kosten T, Capellà D, Colom J, Casas M. Efficacy of Opiate Maintenance Therapy and Adjunctive Interventions for Opioid Dependence with Comorbid Cocaine Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009; 35:339-49
- Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of Psychostimulant Drugs for Cocaine Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2. Art. No.:CD007380. DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pub3.
- Ciraulo DA, Sarid-Segal O, Knapp CM, Ciraulo AM, LoCastro J, Bloch DA, Montgomery MA, Leiderman DB, Elkashef A. Efficacy screening trials of paroxetine, pentoxifylline, riluzole, pramipexole and venlafaxine in cocaine dependence. *Addiction* 2005; 100 (supl. 1): 12-22.
- Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction* 2002; 97 (2): 155-67.
- Collins CL, Kerr T, Tyndall MW, Marsh DC, Kretz PS, Montaner JS, Wood E. Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. *Can J Public Health* 2005 Sep-Oct; 96 (5): 344-7.
- Cornelius JR, Salloum IM, Thase ME, Haskett RF, Daley DC, Jones-Barlock A, Upsher C, Perel JM. Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34 (1): 117-21.
- Cornish JW, Manny I, Fudala PJ, Neal S, Poole SA, Volpicelli P, et al. Carbamazepine treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 1995; 38 (3): 221-7.
- Cornish JW, Maany I, Fudala PJ, Ehrman RN, Robbins SJ, O'Brien CP. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of ritanserin pharmacotherapy for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2001 Jan 1;61(2):183-9.
- Covi L, Hess JM, Kreiter NA, Haertzen CA. Effects of combined fluoxetine and counseling in the outpatient treatment of cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21 (3): 327-44.
- Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA, Alterman AI. The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence* 2006;85(1):56-65.

- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L.R, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56 (6): 493–502.
- Crosby RD, Pearson VL, Eller C, Winegarten T, Graves NL. Phentoin in the treatment of cocaine abuse: a double blind study. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 1996; 59 (4): 458-68.
- Dackis CA, Kampman KM, Lynch KG, Pettinati HM, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30(1) :205-11.
- Decorte T. Quality control by cocaine users: underdeveloped harm reduction strategies. *Eur Addict Res* 2001; 7 (4): 161-75.
- Di Marino ME, Haberny KA, Felch LJ, Walsh SL, Preston KL, Bigelow GE. Development of a subjective rating scale sensitive to acute administration. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series. *Problems of Drug Dependence; Proceedings of 59th Annual Scientific Meeting; 1998-1997. P. 139*
- Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (2): 179-87.
- EDADES. Informe dels Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues. 2007. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Ehrman RN, Robbins SJ, Cornish JW, Childress AR, O'Brien CP. Failure of ritanserin to block cocaine cue reactivity in humans. *Drug Alcohol Depend* 1996; 42 (3): 167-74.
- Eiler K, Schaefer MR, Salstrom D, Lowery R. Double-blind comparison of bromocriptine and placebo in cocaine withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 65-79.
- Elk R, Mangus L, Rhoades H, Andres R, Grabowski J. Cessation of cocaine use during pregnancy: effects of contingency management interventions on maintaining abstinence and complying with prenatal care. *Addictive Behaviors* 1998;23(1):57–64.
- Elkashef A, Fudala PJ, Gorgon L, Li SH, Kahn R, Chiang N, Vocci F, Collins J, Jones K, Boardman K, Sather M. Double-blind, placebo-controlled trial of selegiline transdermal system (STS) for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2006;85(3):191-7.
- Erickson PG, Cheung YW. Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital. *Int J Drug Policy* 1999; 10 (3): 235-46.
- ESTUDES. Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària. 2008. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2005, the state of the drugs problem in Europe Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. EMCDDA Literature reviews. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD002208. DOI: 10.1002/14651858.CD002208.
- Feingold A, Oliveto A, Schottenfeld R, Kosten TR. Utility of crossover designs in clinical trials: efficacy of desipramine vs. placebo in opioid-dependent cocaine abusers. *Am J Addict*. 2002 Spring;11(2):111-23.

- Focchi GR, Leite MC, Andrade AG, Scivoletto S. Use of dopamine agonist pergolide in outpatient treatment of cocaine dependence. *Subst Use Misuse* 2005; 40 (8): 1169-77.
- Foltin RW, Ward AS, Collins ED, Haney M, Hart CL, Fischman MW. The effects of venlafaxine on the subjective, reinforcing, and cardiovascular effects of cocaine in opioid-dependent and non-opioid-dependent humans. *Exp Clin Psychopharmacol* 2003 May; 11 (2): 123-30.
- Ford C, Royal College of General Practitioners. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. RCGP: 2004.
- Frank DA, Augustyn M, Knight WG, Pell T, Zuckerman B. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. *JAMA*. 2001 Mar 28;285(12):1613-25.
- Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2001-2007. *Emergencias* 2008; 20: 385-90.
- Gates S, Smith LA, Foxcroft DR. Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005192. DOI: 10.1002/14651858.CD005192.pub2.
- Gawin FH, Kleber HD, Byck R, Rounsaville BJ, Kosten TR, Jatlow PI, Morgan C. Desipramine Facilitation of Initial Cocaine Abstinence. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 117-121.
- George TP, Chawarski MC, Pakes J, Carroll KM, Kosten TR, Schottenfeld RS. Disulfiram versus placebo for cocaine dependence in buprenorphine-maintained subjects: a preliminary trial. *Biol Psychiatry* 2000; 47 (12): 1080-6.
- Giannini AJ, Malone DA, Giannini MC, Price WA, Loiseau RH. Treatment of depression in chronic cocaine and phencyclidine abuse with desipramine. *J Clin Pharmacol* 1986; 26 (3): 211-4.
- Giannini J, Loiseau RH, Giannini MC. Space-Based Abstinence: Alleviation of Withdrawal Symptoms in Combinative Cocaine-Phencyclidine Abuse. *Clin Toxicol* 1987; 25 (6): 493-500.
- Giannini JA, Folts JD, Feather NJ, Sullivan SB. Bromocriptine and Amantadine in Cocaine Detoxification. *Psychiatry Research* 1989; 29: 11-16.
- Gonzalez G, Feingold A, Oliveto A, Gonsai K, Kosten TR. Comorbid major depressive disorder as a prognostic factor in cocaine-abusing buprenorphine-maintained patients treated with desipramine and contingency management. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003; 29 (3): 497-514.
- Gonzalez G, Sevarino K, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K et al. Tiagabine increases cocaine-free urines in cocaine-dependent methadone-treated patients: results of a randomized pilot study. *Addiction* 2003; 98 (11): 1625-32.
- Gonzalez G, Desai R, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K et al. Clinical efficacy of gabapentin versus tiagabine for reducing cocaine use among cocaine dependent methadone-treated patients. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 87 (1): 1-9.
- Gorelick DA, Wilkins JN. Bromocriptine treatment for cocaine addiction: association with plasma prolactin levels. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81 (2): 189-95.
- Gowing L, Proudfoot H, Henry-Edwards S, Teeson M. Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use. ANCD research paper 3. Woden: Australian National Council on Drugs, 2001.
- Grabowski J, Rhoades H, Elk R, Schmitz J, Davis C, Creson D, Kirby K. Fluoxetine is ineffective for treatment of cocaine dependence or concurrent opiate and cocaine dependence: two placebo-controlled double-blind trials. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15 (3): 163-74.
- Grabowski J, Roache JD, Schmitz JM, Rhoades H, Creson D, Korszun A. Replacement medication for cocaine dependence: methylphenidate. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17 (6): 485-8.

- Grabowski J, Rhoades H, Schmitz J, Stotts A, Daruzska LA, Creson D, Moeller FG. Dextroamphetamine for cocaine-dependence treatment: a double-blind randomized clinical trial. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21 (5): 522-6.
- Grabowski J, Rhoades H, Stotts A, Cowan K, Kopecky C, Dougherty A, et al. Agonist-like or antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29 (7): 969-81.
- Grassi MC, Cioce AM, Giudici FD, Antonilli L, Nencini P. Short-term efficacy of Disulfiram or Naltrexone in reducing positive urinalysis for both cocaine and cocaethylene in cocaine abusers: a pilot study. *Pharmacol Res.* 2007 Feb;55(2):117-21. Epub 2006 Nov 21.
- Green AI, Salomon MS, Brenner MJ, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2002; 1 (2): 129-39.
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336 (7650): 924-6.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008; 336 (7651): 995-8.
- Guydish J, Sorenson J, Chan M. A randomised trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *J Consult Clin Psych* 1999; 67 (3): 428-34.
- Halikas JA, Crosby RD, Pearson VL, Graves NM. A randomized double-blind study of carbamazepine in the treatment of cocaine abuse. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1997; 62 (1): 89-105.
- Hall SM, Tunis S, Triffleman E, Banys P, Clark HW, Tusel D, Stewart P, Presti D. Continuity of care and desipramine in primary cocaine abusers. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182 (10): 570-5.
- Handelsman L, Limpitlaw L, Williams D, Schmeidler J, Paris P, Stimmel B. Amantadine does not reduce cocaine-dependent methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence. Drug and Alcohol Dependence* 1995; 39: 173-180.
- Handelsman L, Rosenblum A, Palij M, Magura S, Foote J, Lovejoy M, Stimmel B. Bromocriptine for Cocaine Dependence - A Controlled Clinical Trial. *The American Journal on Addictions* 1997; 6: 54-64.
- Hart CL, Haney M, Vosburg SK, Rubin E, Foltin RW. Smoked cocaine self-administration is decreased by modafinil. *Neuropsychopharmacology* 2008 Mar; 33 (4): 761-8.
- Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Can J Public Health* 2005; 96 (3): 185-8.
- Hersh D, Van Kirk JR, Kranzler HR. Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. *Psychopharmacology (Berl)* 1998; 139 (1-2): 44-52.
- Hesse M, Vanderplassen W, Rapp RC, Broekaert E, Fridell M. Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006265. DOI: 10.1002/14651858.CD006265.pub2.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, Badger G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (5): 763-9.

- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (7): 568-76.
- Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantona RL. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (1): 64-72.
- Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, Dantona RL, Anthony S. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(10):1043-52.
- Higgins ST, Heil SH, Dantona R, Donham R, Matthews M, Badger GJ. Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction* 2007; 102 (2): 271-81.
- Higgins JPT, Green S (ed.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.0 [updated February 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008. Disponible a [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs, 2003. Disponible a: [www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html](http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html)
- Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999 Aug; 67 (4): 563-70.
- Jarvis T, Tebbutt J, Mattick R, Shand F. *Treatment approaches for alcohol and drug dependence*. Chichester: John Wiley & Sons, 2005.
- Jenkins SW, Warfield NA, Blaine JD, Cornish J, Ling W, Rosen MI, Urschel H 3rd, Wesson D, Ziedonis D. A pilot trial of gepirone vs. placebo in the treatment of cocaine dependency. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28 (1): 21-6.
- Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med* 2000; 343 (18): 1290-1297.
- Kampman K, Volpicelli, Alterman A, Cornish J, Weinrieb R, Epperson L, Sparkman T, O'Brien CP. Amantadine in the early treatment of cocaine dependence: a double-blind, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence* 1996; 41: 25-33.
- Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Sparkman T, O'Brien CP. A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 70 (3): 265-73.
- Kampman K, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 75 (3): 233-40.
- Kampman KM, Dackis C, Lynch KG, Pettinati H, Tirado C, Gariti P, Sparkman T, Atzram M, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of amantadine, propranolol, and their combination for the treatment of cocaine dependence in patients with severe cocaine withdrawal symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2006; 85 (2):129-37.
- Kampman KM. The search for medications to treat stimulant dependence. *Addict Sci Clin Pract* 2008; 4 (2): 28-35.
- Karila L, Gorelick D, Weinstein A, Noble F, Benyamina A, Coscas S, Blecha L, Lowenstein W, Martinot JL, Reynaud M, L epine JP. New treatments for cocaine dependence: a focused review. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11 (3): 425-38.
- Karila L, Weinstein A, Benyamina A, Coscas S, Leroy C, Noble F, Lowenstein W, Aubin HJ, L epine JP, Reynaud M. Pharmacotherapies actuelles et immunotherapie dans l'addiction a la cocaine. *Presse Med* 2008; 37 (4 Pt 2): 689-98.

Killeen TK, Haight B, Brady K, Herman J, Michel Y, Stuart G, Young S. The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. *Issues in Mental Health Nursing* 2002; 23: 445-459.

Knapp WP, Soares B, Farrell M, Silva de Lima M. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003023. DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2.

Kolar AF, Brown BS, Weddington WW, Haertzen CC, Michaelson BS, Jaffe JH. Treatment of Cocaine Dependence in Methadone Maintenance Clients: A Pilot Study Comparing the Efficacy of Desipramine and Amantadine. *The International Journal of the Addictions. The International Journal of the Addictions* 1992; 27 (7): 849-868.

Kosten TR, Morgan CM, Falcione J, Schottenfeld RS. Pharmacotherapy for Cocaine-Abusing Methadone-Maintained Patients Using Amantadine or Desipramine. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 894-898.

Kosten TR, Schottenfeld R, Ziedonis D, Falcioni J. Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. *J Nervous Mental Disease* 1993; 181 (6): 358-364.

Kosten TR, Rosen M, Bond J, Settles M, Roberts JS, Shields J, Jack L, Fox B. Human therapeutic cocaine vaccine: safety and immunogenicity. *Vaccine* 2002; 20 (7-8): 1196-204.

Kosten T, Sofuoglu M, Poling J, Gonsai K, Oliveto A. Desipramine treatment for cocaine dependence in buprenorphine- or methadone-treated patients: baseline urine results as predictor of response. *Am J Addict* 2005; 14 (1): 8-17.

Kranzler HR, Bauer LO. Bromocriptine and cocaine reactivity in cocaine-dependent patients. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 1537-1548.

Kranzler HR, Bauer LO, Hersh D, Klinghoffer V. Carbamazepine treatment of cocaine dependence: a placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence* 1995; 38 (3): 203-11.

Leal J, Ziedonis D, Kosten T. Antisocial personality as a prognostic for pharmacotherapy of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 35: 31-35.

Levin FR, McDowell D, Evans SM, Brooks D, Spano C, Nunes EV. Pergolide mesylate for cocaine abuse: a controlled preliminary trial. *The American Journal on Addiction* 1999; 8 (2): 120-7.

Levin FR, Bisaga A, Raby W, Aharonovich E, Rubin E, Mariani J, Brooks DJ, Garawi F, Nunes EV. Effects of major depressive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder on the outcome of treatment for cocaine dependence. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34 (1): 80-9.

Lima MS, de Oliveira Soares BG, Reisser AA, Farrell M. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction* 2002; 97 (8): 931-49.

Lima AR, Silva de Lima M, Soares BGDO, Farrell M. Carbamazepine for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002023. DOI: 10.1002/14651858.CD002023.pub2.

Lima MS, Farrell M, Lima Reisser AARL, Soares B. Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002950. DOI: 10.1002/14651858.CD002950.

Lipton DS, Brewington V, Smith M: Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation of efficacy. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11: 205-15.

Loebel T, Angarita GA, Pachas GN, Huang KL, Lee SH, Nino J, Logvinenko T, Culhane MA, Evins AE. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of long-acting risperidone in cocaine-dependent men. *J Clin Psychiatry* 2008 Mar; 69 (3): 480-6.

- López-Criado A, Cordon-Fernández S, Pascual-Durán T, de Paula-Ruiz M, Berlanga-Panadero B, Miravalles-González E. Drogas de abuso en un servicio de urgencias de Madrid, España. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2007; 24 (3): 317-8
- Luborsky L, Woody G, Hole A, Velleco A. Manual for supportive-expressive psychotherapy: a special version for drug dependence. University of Pennsylvania, 1977.
- Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006; 101 (2): 192-203.
- Maisonneuve IM, Glick SD. Anti-addictive actions of an iboga alkaloid congener: a novel mechanism for a novel treatment. *Pharmacol Biochem Behav* 2003; 75 (3): 607-18.
- Malcolm R, Phillips JD, Brady KT, Roberts JR. A comparison of pergolide and bromocriptine in the initial rehabilitation of cocaine dependence. *The American Journal on Addictions* 1994; 3 (2): 144-150.
- Malcolm R, Kajdasz DK, Herron J, Anton RF, Brady KT. Double-blind, placebo-controlled outpatient trial of pergolide for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 60: 161-168.
- Malcolm R, Moore JW, Kajdasz DK, Cochrane CE. PergolydeMesylate adverse events occurring in the treatment of cocaine dependence. *The American Journal on Addictions* 1997;6:117-123.
- Malcolm R, Olive MF, Lechner W. The safety of disulfiram for the treatment of alcohol and cocaine dependence in randomized clinical trials: guidance for clinical practice. *Expert Opin Drug Saf* 2008; 7 (4): 459-72.
- Margolin A, Avants SK, Kosten TR. Mazindol for relapse prevention to cocaine abuse in methadone-maintained patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21 (4): 469-81.
- Margolin A, Kosten TR, Avants SK, Wilkins J, Ling W, Beckson M, Arndt IO, Cornish J, Ascher JA, Li SH. A multicenter trial of bupropion for cocaine dependence in methadone-maintained patients. *Drug Alcohol Depend* 1995; 40 (2): 125-31.
- Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E, Sorensen J, Midkiff E, Wells E, Jackson TR, Bullock M, Culliton PD, Boles S, Vaughan R: Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 287: 55-63.
- Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1985.
- Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, Farrell M. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 2006; 101 (7): 1014-26.
- Martell BA, Mitchell E, Poling J, Gonsai K, Kosten TR. Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. *Biol Psychiatry* 2005; 58 (2): 158-64.
- Martin S, Scarpatti S, Frank R. An intensive case management approach for paroled IV drug users. *Journal of Drug Issues* 1993;23 (1):43-59.
- Mash DC, Kovera CA, Pablo J, Tyndale RF, Ervin FD, Williams IC, Singleton EG, Mayor M. Ibogaine: complex pharmacokinetics, concerns for safety, and preliminary efficacy measures. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 914: 394-401.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.
- Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL, Reilly PM, Tusel DJ, Hall SM. Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abusers: Main and Matching Effects. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66 (5): 832-7

- McCusker J, Bigelow C, Frost R, Garfield F, Hindin R, Vickers-Lahti M. The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *Am J Public Health* 1987; 87 (10): 1637-44.
- McCusker J, Vickers-Lahti M, Stoddard A, Hindin R, Bigelow C, Zorn M. The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *Am J Public Health* 1995; 85 (10): 1426-9.
- McDowell DM, Levin FR, Seracini AM, Nunes EV. Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000 Feb; 26 (1): 25-31.
- McDowell D, Nunes EV, Seracini AM, Rothenberg J, Vosburg SK, Ma GJ, Petkova E. Desipramine treatment of cocaine-dependent patients with depression: a placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2005 Nov 1; 80 (2): 209-21.
- McElroy SL, Weiss RD, Mendelson JH, Teoh SK, McAfee B, Mello NK. Desipramine treatment for relapse prevention in cocaine dependence. *NIDA Res Monogr* 1989; 95: 57-63.
- McKee SA, Carroll KM, Sinha R, Robinson JE, Nich C, Cavallo D, O'Malley S. Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug Alcohol Depend* 2007; 91 (1): 97-101.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (4): 754-63.
- Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review & meta-analysis. *Harm Reduct J* 2005; 2 (1): 4.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AARL, Pani PP, Silva de Lima M, Soares B, Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2
- Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Using cue reactivity to evaluate medications for treatment of cocaine dependence: a critical review. *Addiction* 1999; 94 (11): 1639-51.
- Moeller FG, Schmitz JM, Steinberg JL, Green CM, Reist C, Lai LY, Swann AC, Grabowski J. Citalopram combined with behavioral therapy reduces cocaine use: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(3):367-78.
- Monti PM, Rohsenow DJ, Michalec E, Martin RA, Abrams DB. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*. 1997;92(12):1717-28.
- Montoya ID, Levin FR, Fudala PJ, Gorelick DA. Double-blind comparison of carbamazepine and placebo for treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 1995; 38 (3): 213-9.
- Morgenstern J, Blanchard KA, McCrady BS, McVeigh KH, Morgan TJ, Pandina RJ. Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *Am J Public Health* 2006; 96 (11): 2016-23.
- Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML, et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services* 1997;48(4): 497-503.
- Moscovitz H, Brookof D, Nelson L. A Randomized Trial of Bromocriptine for Cocaine Users Presenting to the Emergency Department. *Journal of General Internal Medicine* 1993; 8: 1-4.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (abril de 2008) *The guidelines manual*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible a: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *J Subst Abuse Treatment* 1999; 17 (4): 339-47.

Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM, Ocepek-Welikson K, Stewart JW, Koenig T, Wager S, Klein DF. Imipramine treatment of cocaine abuse: possible boundaries of efficacy. *Drug Alcohol Depend* 1995; 39 (3): 185-95.

Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services* 1998; 49 (1): 68-76.

O'Brien CP, Childress AR, Arndt IO, McLellan AT, Woody GE, Maany I. Pharmacological and behavioral treatments of cocaine dependence: controlled studies. *J Clin Psychiatry* 1988; 49 suppl.: 17-22.

O'Brien CP, Childress AR, McLellan T, Ehrman R. Integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addict Behav* 1990; 15 (4): 355-65.

Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009.

Oliveto A, Kosten TR, Schottenfeld R, Falcioni J, Ziedonis D. Desipramine, amantadine, or fluoxetine in buprenorphine-maintained cocaine users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995 Nov-Dec; 12 (6): 423-428.

Oliveto AH, Feingold A, Schottenfeld R, Jatlow P, Kosten TR. Desipramine in opioid-dependent cocaine abusers maintained on buprenorphine vs methadone. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Sep; 56 (9): 812-20.

Òrgan Tècnic de Drogodependències. Tractament de manteniment amb metadona. Manual de pràctica clínica Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2005.

Otto KC, Quinn C, Sung YF. Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. *Am J Addict* 1998; 7: 164-70.

Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007024. DOI: 10.1002/14651858.CD007024.pub2.

Pérez de los Cobos J, Duro P, Trujols J, Tejero A, Batlle F, Ribalta E, Casas M. Methadone tapering plus amantadine to detoxify heroin-dependent inpatients with or without an active cocaine use disorder: two randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 63: 187-195.

Peterson LM, Burns WJ, Widmayer SM Developmental risk for infants of maternal cocaine abusers: evaluation and critique. *Clin Psychol Rev.* 1995;15:739-776.

Petrakis IL, Carroll KM, Nich C, Gordon LT, McCance-Katz EF, Frankforter T, Rounsaville BJ. Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. *Addiction* 2000 Feb; 95 (2): 219-28.

Petry NM, Peirce JM, Stitzer ML, Blaine J, Roll JM, Cohen A, Obert J, Killeen T, Saladin ME, Cowell M, Kirby KC, Sterling R, Royer-Malvestuto C, Hamilton J, Booth RE, Macdonald M, Liebert M, Rader L, Burns R, DiMaria J, Copersino M, Stabile PQ, Kolodner K, Li R. Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (10): 1148-56.

Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Xie H, Dackis C, Rabinowitz AR, O'Brien CP. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. *Addict Behav* 2008; 33 (5): 651-67. Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Suh JJ, Dackis CA, Oslin DW, O'Brien CP. Gender differences with high-dose naltrexone

in patients with co-occurring cocaine and alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34 (4): 378-90.

Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction* 2006; 101 (11): 1546-60.

Poling J, Oliveto A, Petry N, Sofuoglu M, Gonsai K, Gonzalez G, Martell B, Kosten TR. Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (2): 219-28.

Rapp RC, Siegal HA, Li L, Saha P. Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24 (4): 603-15.

Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 (9): 817-24.

Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction* 2006; 101 (2): 267-74.

Reid MS, Casadonte P, Baker S, Sanfilippo M, Braunstein D, Hitzemann R, et al. A placebo-controlled screening trial of olanzapine, valproate and coenzyme Q10/L-carnitine for the treatment of cocaine dependence. *Addiction* 2005; 100 (supl. 1): 43-57.

Rhodes W, Gross M. Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: An experimental evaluation of and HIV prevention intervention. Washington DC: National Institute of Justice, 1997.

Richard AJ, Montoya ID, Nelson R, Spence RT: Effectiveness of adjunct therapies in crack cocaine treatment. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 401-13.

Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25 (6): 611-24.

Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB, Brown RA, Mueller TI, Gordon A, Abrams DB. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction* 2004; 99 (7): 862-74.

Roncero C, Casas M. Problemas relacionados con el abuso de sustancias A: Vázquez-Barquero J.L. *Psiquiatría y atención primaria*. Aula Médica. Madrid, 2007: 441-53.

Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend* 2004; 74 (1): 1-13.

Rubio G, Martínez I, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, López-Muñoz F, Alamo C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Psychiatry* 2006 Jul; 51 (8): 531-9.

Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Banks S, Stommel J. Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Sciences and the Law* 2004;22(4):477-501.

San L, Arranz B, Martinez-Raga J. Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders. *Eur Addict Res* 2007; 13 (4): 230-43.

Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Melis GG, Brugal MT, Scalia-Tomba G. Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona. *Gac Sanit* 2007; 21 (5): 397-403.

- Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (16): 616-9.
- Sayers SL, Campbell EC, Kondrich J, Mann SC, Cornish J, O'Brien C, Caroff SN. Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *J Nerv Ment Dis* 2005 Jun; 193 (6): 379-86.
- Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Alvarez Rodríguez H, Río Rodríguez A, Fernández-Hermida JR, Luis Carballo J. El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones* 2007; 19 (1): 51-7.
- Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34 (2): 202-7.
- Scott CK, Sherman RE, Foss MA, Godley L. Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 2002;34(1):31-7
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Enero de 2008). SIGN 50. A guideline developer's handbook. Edimburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponible a: [www.sign.sc.uk](http://www.sign.sc.uk).
- Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addict Behav* 2001; 26 (2): 167-80.
- Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA, Grabowski J. Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *Am J Addict* 2004; 13 (4): 333-41.
- Schottenfeld RS, Pakes JR, Oliveto A, Ziedonis D, Kosten TR. Buprenorphine vsMethadonemaintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Arch Gen Psych* 1997; 54: 713-720.
- Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002; 10 (3): 286-94.
- Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Solh AA, Ernst A, et al. ATS Documents Development and Implementation Committee. An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174 (5): 605-14.
- Shannon K, Ishida T, Morgan R, Bear A, Oleson M, Kerr T, Tyndall MW. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduct J* 2006; 3: 1.
- Shearer J, Wodak A, van Beek I, Mattick RP, Lewis J. Pilot randomized double blind placebo-controlled study of dexamphetamine for cocaine dependence. *Addiction* 2003; 98 (8): 1137-41.
- Shearer J. Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32 (1): 41-52.
- Shekelle P, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001; 286 (12): 1461-7.
- Shoptaw S, Kintaudi PC, Charuvastra C, Ling W. A screening trial of amantadine as a medication for cocaine dependence. *Alcohol and Drug Dependence* 2002; 66: 217-224.
- Shoptaw S, Heinzerling KG, Rotheram-Fuller E, Kao UH, Wang PC, Bholat MA, Ling W. Bupropion hydrochloride versus placebo, in combination with cognitive behavioral therapy, for the treatment of cocaine abuse/dependence. *J Addict Dis* 2008; 27 (1): 13-23.

Silverman K, Higgins ST, Brooner RK, Montoya ID, Cone EJ, Schuster CR, Preston KL. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (5): 409-15.

Silverman K, Wong CJ, Umbricht-Schneiter A, Montoya ID, Schuster CR, Preston KL. Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66 (5): 811-24.

Silverman K, Svikis D, Robles E, Stitzer ML, Bigelow GE. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9(1):14-23.

Singer LT, Minnes S, Short E, Arendt R, Farkas K, Lewis B, Klein N, Russ S, Min MO, Kirchner HL. Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure. *JAMA*. 2004 May 26;291(20):2448-56.

Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona (SIDB). Actualització dels indicadors de drogues corresponents al 3r i 4t trimestre de 2007. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. 2008.

Smelson DA, Williams J, Ziedonis D, Sussner BD, Losonczy MF, Engelhart C, et al. A double-blind placebo controlled pilot study of risperidone for decreasing cue-elicited craving in recently withdrawn cocaine dependent patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27 (1): 45-9.

Smelson DA, Ziedonis D, Williams J, Losonczy MF, Williams J, Steinberg ML, et al. The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006; 26 (1): 9-12.

Smelson DA, Ziedonis D, Williams J, Losonczy MF, Williams J, Steinberg ML, et al. The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006; 26 (1): 9-12.

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.

Schmitz JM, Averill P, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM, Grabowski J. Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63 (3): 207-14.

Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addict Behav* 2001; 26 (2): 167-80.

Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA, Grabowski J. Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *Am J Addict* 2004; 13 (4): 333-41.

Scott CK, Sherman RE, Foss MA, Godley L. Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 2002;34(1):31-7.

Soares B, Lima Reisser AARL, Farrell M, Silva de Lima M. Dopamine agonists for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003352. DOI: 10.1002/14651858.CD003352.

Sofuoglu M, Pentel PR, Bliss RL, Goldman AI, Hatsukami DK. Effects of phenytoin on cocaine self-administration in humans. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 53 (3): 273-5.

Sopeña B, Rivera A, Rodríguez-Domínguez M, Rodríguez-Rodríguez M, Argibay A, Maure B, Gimena B, Martínez-Vázquez C. Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaína que precisaron ingreso hospitalario. *Rev Clin Esp* 2008; 208 (1): 12-7.

- Sorensen JL, Dilley J, London J, Okin RL, Delucchi KL, Phibbs CS. Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2003;29(1):133-50
- Sorensen JL, Masson CL, Delucchi K, Sporer K, Barnett PG, Mitsuishi F, et al. Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(6): 1026-35.
- Stine SM, Krystal JH, Kosten TR, Charney DS. Maudsley treatment for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 1995; 39 (3): 245-52.
- Stitzer M, Petry N. Contingency management for treatment of substance abuse. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 411-34.
- Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (5): 858-62.
- Stoops WW, Lile JA, Lofwall MR, Rush CR. The safety, tolerability, and subject-rated effects of acute intranasal cocaine administration during aripiprazole maintenance. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33 (6): 769-76.
- Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.0. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2008.
- Tennant F Jr, Tarver AL. Double-blind comparison of desipramine and placebo in withdrawal from cocaine dependence. *NIDA Res Monogr* 1984; 55: 159-63.
- Tennant FS, Sagherian AA. Double-blind comparison of amantadine and bromocriptine for ambulatory withdrawal from cocaine dependence. *Archives of Internal Medicine* 1987; 147: 109-112.
- Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006037. DOI: 10.1002/14651858.CD006037.pub2.
- Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78 (1): 1-22.
- Triffleman E, Deluchi K, Tunis S, Banyas P, Hall S. Desipramine in the treatment of "crack" cocaine dependence Preliminary results. *NIDA Monograph Series* 1992; 132: 317.
- Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batlle F, Perez de los Cobos J. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (3): 190-8.
- Tsuang JW, Eckman T, Marder S, Tucker D. Can risperidone reduce cocaine use in substance abusing schizophrenic patients? *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22 (6): 629-30.
- Tucker JA, Roth DL. Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders. *Addiction* 2006; 101 (7): 918-32.
- Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA, Hess JM, Mahaffey JR, Kolar AF, Jaffe JH. Comparison of Amantadine Combined with Psychotherapy for Treatment of Cocaine Dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 137-52.
- Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF. Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20 (1): 1-17.
- Werneke U, Turner T, Priebe S. Complementary medicines in psychiatry: review of effectiveness and safety. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 109-21.

- Wexler HK, Magura S, Beardsley MM, Joseph H. ARRIVE: an AIDS education/relapse prevention model for high-risk parolees. *Int J Addict*. 1994;29(3):361-86.
- Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The association between cocaine use and short-term outcomes for the treatment of heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Rev* 2006; 25 (2): 141-8.
- Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The effect of persistence of cocaine use on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81 (3): 293-300.
- Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M. The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: findings from the Australian Treatment Outcome Study. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33 (3): 287-93.
- Winhusen TM, Somoza EC, Harrer JM, Mezinskas JP, Montgomery MA, Goldsmith RJ et al. A placebo-controlled screening trial of tiagabine, sertraline and donepezil as cocaine dependence treatments. *Addiction* 2005; 100 (supl. 1): 68-77.
- Winhusen T, Somoza E, Ciraulo DA, Harrer JM, Goldsmith RJ, Grabowski J, Coleman FS, Mindrum G, Kahn R, Osman S, Mezinskas J, Li SH, Lewis D, Horn P, Montgomery MA, Elkashef A. A double-blind, placebo-controlled trial of tiagabine for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 91 (2-3): 141-8.
- Winhusen T, Somoza E, Sarid-Segal O, Goldsmith RJ, Harrer JM, Coleman FS, Kahn R, Osman S, Mezinskas J, Li SH, Lewis D, Afshar M, Ciraulo DA, Horn P, Montgomery MA, Elkashef A. A double-blind, placebo-controlled trial of reserpine for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 91 (2-3): 205-12.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am J Psychiatry*. 1995 Sep;152(9):1302-8
- Zanis DA, McLellan TA, Alterman AI, Cnaan RA. Efficacy of enhanced outreach counseling to re-enroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment. *American Journal of Psychiatry* 1996;153(8):1095-6.
- Ziedonis DM, Kosten TR. Depression as a prognostic factor for pharmacological treatment of cocaine dependence. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27 (3): 337-43.



DROGAS

