

Efectividad de un tratamiento psicológico para dependientes a cocaína en atención primaria

Emilio Sánchez-Hervás¹, Francisco Zacarés Romaguera², Roberto Secades-Villa³ Olaya García-Rodríguez⁴, Francisco José Santonja Gómez⁵ y José Ramón Fernández-Hermida³

¹UCA Catarroja. Dpt. 10. Consellería de Sanitat. Valencia

²Universidad de Valencia

³Universidad de Oviedo

⁴Universidad de Barcelona

⁵Centro Universitario Estema. Universidad Miguel Hernández. Alicante

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la viabilidad y la efectividad del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) en un grupo de adictos a la cocaína y comprobar qué variables pronosticaban mejor la retención en tratamiento. Se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia).

Participaron 26 pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína, a los que se les aplicó el CRA, con las adaptaciones necesarias para poder ser aplicado en una UCA de atención primaria. Se realizaron mediciones pre-post (seis meses) con EuropASI, MAST, SCL-90-R y BDI, utilizando contraste de Wilcoxon. La abstinencia se evaluó con el test Multidrogo-cocaína. Para pronosticar la retención en el tratamiento se realizó un análisis chaid y un análisis de regresión logística.

La retención a los seis meses fue del 61,5% y la abstinencia continuada del 26,9%. Hubo mejoras en todas las áreas de funcionamiento, con significación estadística en los indicadores de alcohol, drogas, familiar/social y psiquiátrico del EuropASI; en el Índice de Severidad Global del SCL-90-R, y en el MAST. La variable que mejor pronosticaba la retención fue el número de controles analíticos negativos, con una estimación de riesgo de 0,079. Los datos de retención y abstinencia son similares a los obtenidos por este tipo de programa en otros ensayos previos. Se sugiere que el CRA es, con algunas adaptaciones, un programa viable para utilizar en un contexto de tratamiento público, y ofrece resultados positivos con una buena relación coste-beneficio.

— Correspondencia a: —

Emilio Sánchez Hervás
Unidad de Conductas Adictivas. Centro de Salud
Avd. Rambleta s/n. 46470. Catarroja – Valencia
E-mail: esh455k@gmail.com



Palabras Clave

Adicción a la cocaína, Enfoque de Reforzamiento Comunitario, asistencia pública

Summary

The objective of this study was to analyze the viability and effectiveness of a Community Reinforcement Approach (CRA) program in a group of cocaine addicts, and to identify which variables best predict treatment retention. Twenty-six patients diagnosed as cocaine dependent participated in Catarroja Addictive Behaviours Unit (Department 10 of the Valencia Health Service), application of the CRA program, with the necessary adaptation for use in a primary care Addictive Behaviours Unit. Principal pre-post measures (six months) with the EuropASI, MAST, SCL-90-R and BDI, applying the Wilcoxon test. Abstinence was assessed with the Multidrog-cocaine test. For predicting treatment retention a chaid analysis and a logistical regression analysis were carried out.

The figure for retention at six months was 61.5%, and for continuous abstinence, 26.9%. There were improvements in all areas of functioning, with statistical significance in the alcohol, drugs, family/social and psychiatric indicators of the EuropASI; in the Global Severity Index of the SCL-90-R; and in the MAST. The variable that best predicted retention was number of negative tests, with a risk estimation of 0.079. Retention and abstinence data are similar to those obtained with this type of program in previous trials. They suggest that CRA is, with some adaptations, a viable program for use in a public healthcare treatment context, and obtains positive results with a good cost-benefit relationship.

Key Words

Cocaine addiction, Community Reinforcement Approach, Public healthcare

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una de las sustancias psicoactivas más adictivas que existen. Es la segunda droga ilegal más consumida en nuestro entorno, sólo por detrás del cannabis (PNSD, 2007). Su consumo ha aumentado en los últimos años y en muchos casos los consumidores de cocaína son politoxicómanos, ya que con frecuencia se consume junto con otras sustancias, como el alcohol, el cannabis, la heroína u otros estimulantes (OEDT, 2007).

En la actualidad, no existe ningún fármaco eficaz para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Lima et al, 2007; Soares et al, 2007; Amato et al, 2007) aunque algunos fármacos experimentales (como la tiagabina o el topiramato) han demostrado cierto potencial en ensayos clínicos para reducir los síntomas de abstinencia y el deseo de tomar la sustancia (EMCDDA, 2007). Por otro lado, en recientes revisiones de la literatura se ha constatado que las intervenciones conductuales pueden ser



eficaces para reducir y prevenir el consumo de cocaína (Carroll et al, 2005; Knapp et al, 2007; Dutra et al, 2008).

Entre estos procedimientos psicológicos se encuentra el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA), una de las intervenciones más evaluadas en los últimos años (Higgins et al, 2003; Higgins et al, 2007). La mayoría de estos estudios proceden de un entorno cultural distinto al nuestro (EEUU), y además se han realizado en contextos de investigación muy controlados. En nuestro país existe una experiencia previa de aplicación de este programa en un contexto de tratamiento no público, con buenos resultados (Secades et al, 2007; 2008).

El estudio que se presenta a continuación tiene como objetivos: a) analizar la retención en tratamiento de un grupo de pacientes dependientes a la cocaína, b) comprobar la tasa de abstinencia de los pacientes; c) valorar los cambios producidos en diferentes áreas de funcionamiento tras seis meses de tratamiento; d) analizar que variables pronostican mejor la retención y e) comprobar la viabilidad y aplicabilidad del programa CRA en nuestro medio. El estudio se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (UCA). La UCA es un recurso de tratamiento ambulatorio perteneciente a atención primaria, y dependiente del Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi-experimental pre-post con seguimiento a seis meses, cuya muestra estuvo compuesta por pacientes que iniciaban tratamiento por sus problemas relacionados con la cocaína, durante los años 2007-2008. Los criterios de inclusión fueron

ser mayor de edad y cumplir criterios para la dependencia a la cocaína según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Se excluyeron a pacientes con cuadros psicopatológicos graves que estuvieran inestables. Veintiséis pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se asignaron a un grupo tratamiento CRA en formato individual.

Instrumentos

Durante la admisión se administró a los participantes los siguientes instrumentos de evaluación: EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Seltzer, 1971), Symptom Chek List (SCL-90-R) (Derogatis et al, 1973), Beck Depresión Inventory (Beck et al, 1961), y Criterios de Dependencia a la Cocaína (DSM-IV-TR) (APA, 2002). Todos los pacientes realizaban dos controles analíticos por semana para disponer de datos objetivos sobre la abstinencia. Para ello se utilizó el test Multidrog-cocaína (un inmunoensayo por cromatografía para la determinación de benzoilecgonina, metabolito de la cocaína en orina).

Procedimiento

Los pacientes siguieron el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) basado en el manual de Budney y Higgins, (1998). El CRA fue desarrollado inicialmente para el tratamiento del alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973), y posteriormente se adaptó para ser aplicado a problemas relacionados con el consumo de cocaína. Se trata de un tratamiento ambulatorio intensivo para la adicción a la cocaína, con una duración de seis meses. Los objetivos del tratamiento son lograr abstinencia a la cocaína mientras los pacientes aprenden estrategias y habilidades



que les ayuden a mantener la abstinencia, y por otra, reducir el consumo del alcohol en aquellos pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína. La intensidad es de una o dos sesiones semanales de terapia individual e incluye cinco componentes: habilidades para el rechazo de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida (que incluye: mejora de las relaciones sociales, actividades de ocio incompatibles con el consumo y asesoramiento vocacional) terapia de pareja, tratamiento del abuso de otras drogas y abordaje de psicopatología asociada. Dos o tres veces por semana, los pacientes se someten muestras de orina para comprobar la abstinencia. Además, la terapia suele asociarse con procedimientos de manejo de contingencias, en los cuales los terapeutas y los pacientes seleccionan conjuntamente elementos y actividades para reforzar la abstinencia. El objetivo final es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes en diferentes áreas de funcionamiento. En nuestro ensayo, se han modificado algunos parámetros del programa original con el fin de adaptarlo a nuestro contexto de tratamiento. Por un lado, se ha aplicado el programa sin el subcomponente de incentivos, y ello es una consecuencia directa del objetivo de buscar la aplicabilidad en nuestro contexto real de trabajo: la búsqueda y utilización de incentivos tal y cómo se contempla en el programa original, excede en estos momentos la posibilidad de aplicación en un servicio sanitario público como el nuestro. Por otra parte, la presión asistencial no permite la asistencia de dos sesiones por semana de una manera estándar, por lo que se redujo la frecuencia a una vez por semana y a dos controles analíticos semanales.

Mediciones

Las medidas empleadas fueron:

- a) La retención en el tratamiento: entendida como el porcentaje de pacientes que permanecían realizando el programa a los seis meses.
- b) La abstinencia a la cocaína: entendida cómo el porcentaje de pacientes que conseguían abstinencia cada mes (punto de prevalencia), y porcentaje de pacientes que conseguían abstinencia de manera continuada desde el inicio del tratamiento (abstinencia continuada).
- c) Los cambios en los indicadores de psicopatología (EuropASI psiquiátrico, Beck y SCL-90-R) a los seis meses de tratamiento.
- d) Los cambios en las diferentes áreas de funcionamiento evaluadas con el EuropASI a los seis meses.
- e) Los cambios en el patrón de uso de alcohol evaluados mediante el MAST.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los pacientes que componían la muestra del estudio. Se realizó un contraste no paramétrico con la prueba *W* de Wilcoxon para muestras apareadas, para establecer comparaciones entre las medidas en la línea base y a los seis meses de tratamiento. Para el análisis de las variables que pronosticaban mejor la retención en el tratamiento a los seis meses, se realizó un análisis chi-square automatic interaction detection (CHAID). El cálculo de la probabilidad de la retención se concretó con un análisis de regresión logística. El nivel de confianza utilizado fue del 95%. Los



análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS-15.

RESULTADOS

La muestra de pacientes estuvo formada mayoritariamente por hombres (95%) con una media de edad de 30,7 años (rango 19-40), se encontraban activos laboralmente (80%), y utilizaban en todos los casos la vía de administración esnifada para el consumo de cocaína (promedio 10,4 años de consumo). El promedio de criterios de dependencia se situó en 5,7 años. Las características principales de la muestra se muestran en la Tabla 1.

La tasa de retención a los tres meses de tratamiento fue del 73,1%, y del 61,5% a los seis meses de iniciado el mismo. La mayor parte de los abandonos se dieron entre el primer y el segundo mes de tratamiento (ver Figura 1).

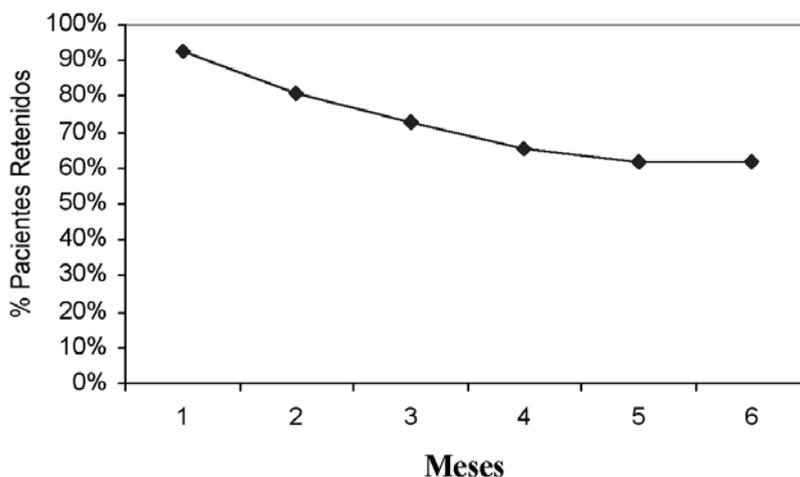
El punto de prevalencia (porcentaje de pacientes abstinentes cada mes a los largo del tratamiento) fue del 61,5% a los tres meses y del 65,4% a los seis. La abstinencia continuada (porcentaje de pacientes abstinentes de manera continuada desde el inicio del tratamiento) se situó en el 34,6% a los tres meses y en el 26,9% a los seis (ver Figura 2).

Tabla 1. Características de la muestra (N=26)

	Media	Rango
Edad	30,7	19-40
Años estudiados	10,1	8-17
Años de consumo cocaína	10,4	2-28
Criterios dependencia DSM-IV	5,7	0-7
	n	%
Sexo		
<i>Hombres</i>	24	92,3
<i>Mujeres</i>	2	7,7
Estado civil		
<i>Solteros</i>	14	53,8
<i>Casados</i>	12	46,2
Situación laboral		
<i>Activos</i>	21	80
<i>Inactivos</i>	5	20
Uso cocaína intranasal	26	100
Dependencia a cannabis	10	40



Figura 1. Retención en Tratamiento



Al valorar los cambios producidos en los indicadores de psicopatología y funcionamiento psicosocial a los seis meses de iniciado el tratamiento, se encontraron mejoras en todas las áreas evaluadas mediante el EuropASI, en todos los indicadores de psicopatología y en las puntuaciones del MAST. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las áreas alcohol ($Z=-2,55$; $p=0,04$); drogas ($Z=-2,93$; $p=0,001$); familiar/social ($Z=-2,80$; $p=0,01$), y estado psiquiátrico ($Z=-2,80$; $p=0,01$) del EuropASI, así como en el Índice General de Malestar del SCL-90-R ($Z=-1,82$; $p=0,05$), y en el MAST ($Z=2,05$; $p=0,04$). Los resultados pueden observarse en la Tabla 2.

Con el fin de comprobar qué variables podrían pronosticar mejor la retención en el tratamiento, se realizó un análisis chaid con las variables sociodemográficas, psicopatológicas,

de funcionamiento psicosocial y las tasas de abstinencia a lo largo del tratamiento. El número de controles analíticos negativos fue la variable que mejor predecía retención en el tratamiento al sexto mes ($\chi^2=18,2366$; $g=1$; $p=0,0002$). La estimación del riesgo fue de 0,0769; es decir sólo nos llevaría a error el 7,69% de las ocasiones en que intentaríamos predecir la retención a partir de esta variable. Un análisis de regresión logística completa el estudio. El modelo estimado nos permite asignar a un paciente la probabilidad de seguir en el tratamiento a partir del número de controles analíticos negativos que obtiene. La validación del modelo estimado se concreta con los siguientes estadísticos: χ^2 sobre los coeficientes del modelo=19,816; $p=0,00$ y χ^2 de Hosner y Lemeshow=3,828; $p=0,70$. En la Figura 3 se presenta la caracterización del mismo.



Figura 2. Abstinencia a cocaína

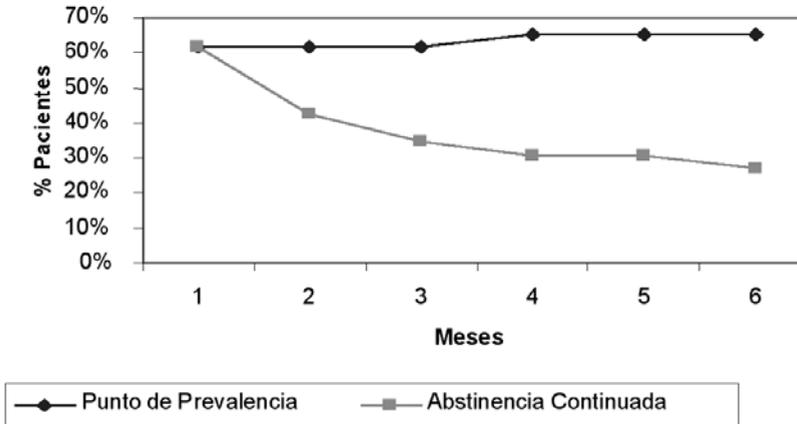


Tabla 2 . Medidas pre-post a los seis meses y prueba de homogeneidad

Variables contrastas	Media inicio tratamiento	DT inicio tratamiento	Media 6 meses de tratamiento	DT 6 meses de tratamiento	Contraste de Wilcoxon	p ¹
MAST	5,85	5,92	1,42	1,50	-2,05	0,04
BDI	13,55	9,93	9,92	12,14	-0,80	0,42
SCL-90-R						
Centil severidad	70,40	33,84	41,83	35,63	-1,82	0,05
Centil malestar	69,00	33,72	42,67	35,75	-1,58	0,11
Centil síntomas	73,65	25,93	52,17	34,63	-1,56	0,11
ASI-Composite Scores						
Situación médica	0,10	0,19	0,23	0,35	-0,56	0,57
Empleo/Soportes	0,20	0,23	0,09	0,09	-0,65	0,51
Uso de alcohol	0,25	0,27	0,03	0,71	-2,55	0,01
Uso de drogas	0,20	0,08	0,02	0,03	-2,93	0,00
Situación legal	0,10	0,19	0,03	0,11	-1,84	0,06
Situación familiar	0,20	0,15	0,03	0,06	-2,80	0,00
Estado Psiquiátrico	0,37	0,17	0,10	0,16	-2,80	0,00

¹Significación (p<0.05)

**Figura 3. Regresión Logística**

	B	Estadístico de Wald	p-valor	Exp(B)
Analíticas (-)	0,250	7,517	0,006	1,285
Constante	-4,287	6,467	0,011	,014

$$P(\text{retención}) = \frac{e^{-4,287+0,25*N^{\circ}\text{analíticas}}}{1 + e^{-4,287+0,25*N^{\circ}\text{analíticas}}}$$

Nº analíticas negativas	Probabilidad de retención
1	0,017344
2	0,022161
5	0,045782
10	0,143441
15	0,368886
20	0,671064
25	0,876857
30	0,961321

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era comprobar la capacidad del programa CRA para retener en tratamiento y mantener abstinentes a un grupo de pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína, en un contexto asistencial público. También se quiso averiguar si se producían cambios en distintas áreas de funcionamiento, y qué variables podrían predecir mejor la retención. Además, se pretendía analizar la viabilidad del dicho programa en una unidad de asistencia ambulatoria de la red sanitaria pública. Este programa de intervención se está ensayando

por primera vez en red asistencial pública en nuestro país.

Los datos mostraron que el grupo de tratamiento obtuvo buenos resultados en las diferentes medidas de resultado utilizadas. Las tasas de retención a los tres y seis meses de iniciado el tratamiento alcanzaron cifras del 73,1% y del 61,5% respectivamente. El porcentaje de analíticas negativas alcanzó cifras de 94,5%. Cuando se evaluó la abstinencia continuada desde el inicio del tratamiento a los tres y seis meses se obtuvieron tasas del 34,6% y del 26,9%. Por otra parte las evaluaciones realizadas a los seis meses para diferentes áreas de funcionamiento mostraron que los



pacientes habían mejorado en las diferentes áreas evaluadas con el EuropASI, y en los indicadores de psicopatología evaluados con el Inventario de Beck y con el SCL-90-R (en especial en el indicador de severidad).

Al comparar estos resultados con otras investigaciones previas, se encuentran ciertas similitudes en los resultados. Por ejemplo, utilizando el programa CRA + *vouchers* (incentivos) se han alcanzado tasas de retención a los seis meses del 56% (Higgins et al, 2000); del 65% (Higgins et al, 2003) y del 73% (Higgins et al, 2007) frente al 61,5% obtenido en nuestra muestra. Se ha informado en trabajos recientes (Secades et al, 2008) con seguimiento a seis meses del 40% de abstinencia continuada utilizando el programa CRA + incentivos y del 21% con un tratamiento estándar de orientación cognitivo-conductual. Utilizando el mismo procedimiento, en dos estudios de Higgins et al (2000; 2007), se obtuvieron el 19% y 26% respectivamente de abstinencia continuada; frente al 26,9% obtenido en nuestra muestra. Conviene recordar que en nuestro caso, al no incluir el componente de incentivos y realizar menos sesiones de terapia y de controles analíticos, los costes del tratamiento son menores que la aplicación del programa original, por lo que puede considerarse que los resultados son satisfactorios.

Al analizar los resultados sobre las variables que mejor predicen la retención, se confirman las impresiones clínicas que la intervención con pacientes cocainómanos ofrece, en el sentido de que la mejor forma de incrementar la retención es reducir las tasas de consumo durante el tratamiento.

Los resultados de este trabajo deben valorarse en el contexto de algunos factores limitantes inherentes a la naturaleza del estu-

dio. En posteriores estudios sería necesario disponer de un grupo de control que utilice otro tipo de procedimiento de intervención, para poder contrastar resultados y poder establecer adecuadamente relaciones de causalidad. Además, sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra, y extender el período de seguimiento a doce meses, para facilitar la generalización de los resultados a otros contextos, y comprobar los posibles efectos duraderos de la intervención a largo plazo.

Las tasas de éxito de los programas de tratamiento para adictos a cocaína son moderadas, por lo que a pesar de las limitaciones de un estudio cuasiexperimental como este, los datos preliminares sugieren que el CRA puede ser un tratamiento efectivo y que con algunas modificaciones en su aplicación, puede ser un programa viable para ser aplicado en servicios ambulatorios de la red sanitaria pública. No obstante, se sugiere la utilización en futuros estudios del subcomponente incentivos junto con el programa CRA, para comprobar si los buenos resultados obtenidos en otros contextos culturales son generalizables a nuestro entorno más inmediato.

AGRADECIMIENTOS

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

BIBLIOGRAFÍA

Amato L, Minozzi S, Pani P, Davoli M. Fármacos antipsicóticos para la dependencia de cocaína. (2007) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número



4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

American Psychiatric Association. (APA). (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Budney, A.J., Higgins, S.T. (1998). National Institute on Drug Abuse Therapy Manuals for Addiction: Manual nº 2: Treating Cocaine Dependence: A community reinforcement approach. Rockville MD. NIDA. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html> [9 de junio del 2006].

Carroll, K. Onken, L. (2005). Behaviour therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*, 162: 1452-60.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

Dutra, L. Stathopoulou, G. Basden, S. Leyro, T. Powers, M. Otto, M. A meta-analitic review of psychosocial intervenciones for substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 2008; 165: 179-187

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA. (2007). Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. Lisboa.

Higgins ST, Heil SH, Dantona R, Donham R, Matthews M, Badger GJ. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients; 102(2):271-81.

Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*; 60(10):1043-52.

Higgins, S.T., Badger, G.J. y Budney, A.J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.

Hunt, G. Azrin, A. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research Therapy*, 1973, 11: 91-104.

Knapp W, Soares B, Farrel M, Lima M. Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes. (2007). (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Kokkevi, A., y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Lima A, Lima M, Soares B, Farrell M. Carbamazepina para la dependencia de la cocaína. (2007) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. OEDT (2007). El problema de las drogodependencias en Europa. Lisboa.

Plan Nacional sobre Drogas. PNSD. (2007). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Ministerio del Interior.

Secades Villa, R. Garcia Rodríguez, O. Fernandez Hermida, J. Carballo, J. (2007). El Programa de Refuerzo Comunitario más Terapia de Incentivos.



tivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, vol 19 (1): 51-57.

Secades-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernández-Hermida JR, Carballo JL (2008) Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *J Subst Abuse Treatment*, 34: 202-207.

Seltzer, M.L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.

Soares B, Lima M, Reisser A, Farrell M. Agonistas dopaminérgicos para la dependencia de cocaína. (2007). (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.