

Mejores Prácticas

Alcoholismo y toxicomania
Tratamiento y rehabilitación

Nuestra misión consiste en ayudar a la población canadiense a conservar y mejorar su salud.

Ministerio de Salud de Canadá

Para obtener copias adicionales, póngase en contacto con:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel: (613) 954-5995
Fax: (613) 941-5366

También puede obtener esta publicación en la siguiente dirección Internet:
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/best_pract.pdf.

O bien, puede solicitar que se la entreguen en disquete, en letra más grande, audio cassette o braille.

Las opiniones expresadas en el presente documento son exclusivas de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista del Ministerio de Salud.

Ce document est aussi disponible en français sous le titre:
Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitements et réadaptation

Mejores Prácticas Alcoholismo y toxicomanía Tratamiento y rehabilitación

Preparado por Gary Roberts y Alan Ogborne
en colaboración con Gillian Leigh y Lorraine Adam
para la
Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues
Health Canada

 **canada's drug strategy**

Reconocimientos

El Ministerio de Salud de Canadá agradece el apoyo recibido para este proyecto a la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), la Addictions Foundation of Manitoba (AFM) y la Addiction Research Foundation (ARF) Division of the Centre for Addiction and Mental Health, lo mismo que a Lorraine Adam y Roberta Coulter (AFM), Bob Hunter (AADAC) y Alan Ogborne (ARF) por sus trascendentales esfuerzos como miembros del comité de trabajo del proyecto. Hacemos extensivo nuestro agradecimiento a Gillian Leigh, Marconi Campus, Nova Scotia Community College, por la preparación de la bibliografía anotada y a Cam Wild y Garth Martin de ARF, autores de las secciones sobre el tratamiento obligatorio y sobre las diferencias entre el tratamiento en entornos residenciales y el tratamiento ambulatorio. Finalmente, merece nuestro agradecimiento Margo Hawley del Centro Canadiense de lucha contra el Alcoholismo y la Toxicomanía (CCSA) por haber supervisado la investigación de los documentos y a Gary Roberts del CCSA por la coordinación del proyecto.

Índice de materias

Introducción y metodología	1
1. Eficacia de modalidades de tratamiento específicas	4
a) Farmacoterapias	10
b) Terapias conductuales	15
c) Psicoterapias	20
d) Otras modalidades de tratamiento.....	21
2. Apareamiento de sujetos con tratamientos y terapeutas.....	24
3. Influencia de otros factores en la eficacia del tratamiento.....	27
a) Tratamiento individual en contraste con el tratamiento en grupo.....	27
b) Influencia del entorno	27
c) Efecto de la duración del tratamiento	29
d) Influencia del post-tratamiento	31
e) Sujetos.....	32
f) Terapeutas y otros factores del programa	32
g) Tratamiento obligatorio	34
4. Poblaciones especiales.....	36
a) Observaciones generales	36
b) Mujeres	37
c) Jóvenes.....	39
d) Personas de la tercera edad	42
e) Toxicómanos y alcohólicos con trastornos psíquicos.....	44
f) Toxicómanos seropositivos o que padecen de SIDA.....	48
5. Perspectivas relativas a los sistemas de prestación de servicios	51
a) Elementos de un sistema de tratamiento en materia de alcoholismo y toxicomanía.....	52
b) ¿Quién acude a solicitar ayuda por problemas de alcohol y de otras drogas?.....	55
c) Cuestiones de coordinación propias de los sistemas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía.....	59
d) Gestión de casos.....	61
e) Grupos de autoayuda y de apoyo mutuo.....	62
6. Ventajas económicas asociadas al tratamiento	63
7. Problemas y limitaciones de las investigaciones actuales.....	65
8. Conclusiones generales y resumen de las mejores prácticas.....	67
9. Glosario de términos relativos al tratamiento.....	72
10. Bibliografía	75

Introducción y metodología

Según cálculos del Centro canadiense de lucha contra el Alcoholismo y la Toxicomanía, el alcoholismo y la toxicomanía representaron para los canadienses un costo de \$18,45 mil millones de dólares en 1992, por concepto de atención a la salud, seguridad social, justicia penal y pérdida de productividad. Más de \$290 millones de dólares se han destinado a los esfuerzos por reducir los costos socioeconómicos asociados al alcoholismo y a la toxicomanía mediante los servicios de tratamiento y rehabilitación (Single et al., 1996). Asimismo, la coyuntura actual obliga al sector del alcoholismo y de la toxicomanía, al igual que a todos los otros componentes del sector salud, a rendir cuentas detalladas de sus actividades, gastos y resultados obtenidos. Este llamado a la eficacia se da en el contexto de una rigurosa reestructuración de los sistemas de prestación de servicios en una gran parte del país. El Ministerio de Salud de Canadá ha iniciado este proyecto en colaboración con las provincias y territorios, a fin de analizar el estado del tratamiento y rehabilitación en materia de alcoholismo y toxicomanía en el país y para brindar asesoría, fundamentada en la experiencia, sobre el desarrollo de programas y sistemas.

El presente informe es uno de los dos que fueron preparados por el Ministerio de Salud de Canadá en colaboración con las provincias y territorios a fin de contar con información actualizada de referencia relativa al tratamiento del alcoholismo y la toxicomanía y a la rehabilitación. El objetivo de este informe es brindar orientación sobre la dirección que debemos seguir respecto al tratamiento en materia de alcoholismo y toxicomanía y de rehabilitación en Canadá. El otro informe, que complementa a éste, se titula *Profile – Substance Abuse – Treatment and Rehabilitation in Canada*, (Perfil: Alcoholismo y toxicomanía - Tratamiento y rehabilitación en Canadá), y proporciona información actual en el alcance y la naturaleza de los servicios de tratamiento de alcoholismo y toxicomanía a nivel federal, provincial, territorial y local.

La mayoría de los canadienses apoya un aumento en los esfuerzos consagrados al tratamiento de personas que sufren de problemas de alcohol o de otras drogas (Single, 1997). Aunque un gran número de personas con problemas de alcoholismo o de otras drogas superan estos problemas sin recibir un tratamiento especializado, la realidad tiende a demostrar que los expuestos a algunos tipos de tratamiento especializado reducen a la larga el consumo de sustancias psicotrópicas y mejoran otros aspectos de su vida. La primera parte de este informe resume las pruebas de la eficacia de distintas *modalidades de tratamiento* de empleo común y permite observar la influencia particularmente prometedora de algunas modalidades en materia de alcoholismo, toxicomanía y problemas afines. En los casos donde los críticos señalados estén generalmente de acuerdo sobre la eficacia de un método, nosotros proponemos algunos principios de "mejores prácticas" que reflejan tal consenso.

Dado que en los últimos 10 años se ha emprendido un número de análisis exhaustivos de la documentación sobre el tratamiento, lo que nosotros hemos realizado es un examen de estos análisis. Los principales que se realizaron sobre el tratamiento de los problemas de alcohol (Holder et al., 1991; Finney y Monahan, 1996; y Miller et al., 1995) incluían exclusivamente estudios con grupos de control o de comparación y el procedimiento adecuado para equiparar el tratamiento y los grupos de control. Si bien es más limitado el número de documentos sobre el tratamiento de drogas, excluyendo al alcohol, los estudios serios realizados por Eliany y

Rush (1992), Landry (1995) y el servicio correccional de Canadá (1996), constituyen la base de la información que se proporciona sobre otro tratamiento de drogas en este informe. Hemos circunscrito nuestro análisis a los métodos de tratamiento considerados en estos estudios. En los sectores donde se cuenta con documentación más reciente, hemos tomado en cuenta dicha investigación.

La segunda parte hace un análisis de los conocimientos actuales en lo que respecta al apareamiento de los clientes con su tratamiento y su terapeuta. Asimismo, presenta los resultados del reciente estudio del proyecto MATCH.

Aparte de las modalidades de tratamiento, existe un número de factores que influye en la eficacia del tratamiento y los cuales se analizan en la tercera parte de este informe. Estos factores reflejan la amplitud y complejidad del estudio de la eficacia del tratamiento y van de las *características del cliente y del terapeuta a la duración y el marco del tratamiento*. La cuestión del tratamiento obligatorio no es nueva en Canadá; sin embargo, ha vuelto a surgir a raíz de la adopción del proyecto de ley C-41 en 1996, y de una decisión de la Corte suprema de Manitoba en relación con el derecho de un organismo gubernamental de exigir el tratamiento de una mujer embarazada. En esta sección se analiza la documentación sobre el *tratamiento obligatorio* y su impacto en la eficacia del tratamiento.

En general se reconoce que ciertos sectores o subgrupos de la población merecen atención particular debido a sus características únicas o porque los programas generales no satisfacen sus necesidades de manera adecuada. Desde hace varios años, los programas de tratamiento han estado diseñados para diversas "*poblaciones especiales*", tomando como base las características comunes que se conocen y que se cree que se pueden aprovechar para atraer, motivar y retener a los clientes. La cuarta parte incluye un análisis de los conocimientos acerca del tratamiento eficaz que se proporciona a *mujeres, adolescentes, personas de la tercera edad, personas que además sufren de problemas de salud mental y clientes seropositivos o que padecen de SIDA*. Durante la redacción de este informe, el Ministerio de Salud de Canadá llevaba a cabo un estudio de la documentación relativa a las cuestiones de tratamiento específico de los indígenas; por ello, no se trata este tema en el análisis sobre poblaciones especiales.

Es difícil diferenciar claramente las cuestiones en materia de programas y de las de los sistemas; de hecho, la documentación relativa a los sistemas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía es muy esparcida. No obstante, nos pareció sumamente importante, en el contexto de las reformas al actual sistema de salud, poner de relieve las mejores ideas relativas a la *configuración de sistemas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía*. En la quinta parte, hemos planteado algunos análisis sobre *la coordinación, la gestión de casos y los grupos de autoayuda y apoyo mutuo*.

En vista de la actual situación económica, existe la necesidad de justificar las actividades de tratamiento desde una perspectiva financiera. En la sexta sección hemos realizado un breve análisis de algunos estudios de los Estados Unidos que investigan las *ventajas económicas* asociadas al tratamiento.

Los desafíos que presenta la realización de estudios de resultados obtenidos en medios comunitarios plantean diversas cuestiones y limitaciones referentes a la investigación a la fecha, cuestiones que conviene sopesar al momento de brindar asesoría.

Al final del informe presentamos una lista de las "mejores prácticas" en la sección titulada, *Conclusiones generales y resumen de las mejores prácticas*.

Realizamos una búsqueda de fuentes en francés y en inglés utilizando diversas palabras clave asociadas a "eficacia del tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía" en las siguientes bases de datos:

- *CCSADOCS* (Base de datos del Centro nacional de documentación sobre el alcoholismo y las toxicomanías).
- *CANBASE* (Base de datos de la Red canadiense de información sobre el abuso de drogas).
- *DrugInfo* (Base de datos de información sobre drogas elaborada por la universidad de Minnesota).
- *IDA* (Información sobre las drogas y el alcohol producida por la US National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information–NCADI).
- *ETOH* (Base de datos sobre el alcohol elaborada por NIAAA).
- *Project Cork Database* (Información sobre el alcoholismo y la toxicomanía dirigida a los médicos clínicos y educadores, Dartmouth Medical School, NH).
- *Toxibase* (Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances, Lyon, France).

Estas labores fueron suplementadas por una búsqueda en Internet (la cual encontró el estudio del Servicio correccional de Canadá sobre los métodos de tratamiento en la siguiente dirección: <http://www.198.103.138/crd/litrev.htm>), y sugerencias de parte de los miembros del comité, de los cuales provienen las fuentes consultadas para este proyecto. Estas fuentes aparecen en la sección *Bibliografía*.

Al final de este informe se encuentra un *Glosario* de muchos de los términos técnicos usados en este estudio.

1. Eficacia de modalidades de tratamiento específicas

La mayoría de las personas que sufren de problemas de alcohol y de drogas no reciben ayuda alguna, sin embargo, las pruebas demuestran claramente que las que reciben ciertas formas de tratamiento reducen su consumo de sustancias psicotrópicas y mejoran otros aspectos de su vida. En general, los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan de manera simultánea los principales problemas de la vida (comunicación, falta de seguridad en sí mismo, desempleo). En esta sección se analizarán con cierto detalle los resultados de las investigaciones sobre la eficacia de un número de modalidades de tratamiento más frecuentes y las que más se estudian.

Los estudios sobre el tratamiento de personas que sufren de problemas de alcohol y de otras drogas son tan numerosos que es imposible analizarlos todos en este informe. Sin embargo, tal análisis no es necesario dada la calidad y la amplitud de los estudios de reciente publicación. La mayoría de los enunciados que siguen se apoyan en varios de estos estudios, sobre todo en dos estudios complementarios sobre el tratamiento de los problemas de alcohol realizados por Holder et al. (1991), Miller et al. (1995) y un análisis de muchos de los mismos estudios efectuados por Finney y Monahan (1996). Asimismo, el presente documento se fundamenta en los análisis de los estudios sobre el tratamiento de la dependencia en otras drogas, excluyendo al alcohol, del *National Institute of Drug Abuse* (1996) y sobre un análisis, efectuado por Smart (1993), de los estudios de tratamiento para adolescentes.

Los excelentes análisis de estudios de tratamiento de personas que sufren de problemas de alcohol o de otras drogas efectuados por Eliany y Rush (1992), Landry (1995) y el Servicio correccional de Canadá (CSC)¹ (1996) también proporcionaron un cúmulo de ideas y ciertos resúmenes interesantes. En ciertos casos, hemos juzgado útil citar, bajo los temas apropiados, los recientes análisis de modalidades y problemas específicos.

Los análisis elaborados por Holder et al. (1991) y Miller et al. (1995) abarcan los mismos 291 estudios. Al final del presente proyecto, hemos conservado los que comparan al menos una forma de tratamiento con otras soluciones posibles. Se ha excluido todo estudio que no seguía un procedimiento apropiado de relación cliente-tratamiento, que no utilizó grupos de control (aleatorización o comparación con los de control), o si no utilizaron por lo menos un indicador de medición de los resultados del consumo de alcohol o problemas afines. Se decidió descartar los estudios que no contaban con grupos de control o de comparación, ya que no pueden demostrar la manera en que se comportarían los sujetos en tratamiento sin haber recibido el tratamiento o al recibir alguna otra forma de tratamiento. Sin embargo, muchos estudios que analizamos presentan algunas deficiencias que restringen su interpretación y las cuales se señalarán en su oportunidad en la siguiente sección y en el capítulo 7.

¹ Disponible en Internet en: <http://www.csc-scc.gc.ca>

Los análisis efectuados por Holder et al. y Miller et al., incluyen tablas que resumen los resultados acumulados de los métodos de tratamiento específicos y utilizan el mismo índice de eficacia. El índice de eficacia ponderado se ha calculado al contar el número de estudios controlados para intervenciones específicas y restando el número que no muestra efectos del número que presenta efectos positivos en por lo menos un indicador relacionado con el alcohol. A continuación se agregó un punto extra por cada resultado positivo mayor de dos. De esta manera, una modalidad para la que había cuatro estudios que mostraban resultados positivos y tres con resultados negativos recibían el siguiente resultado final: $4-3+2=3$. Esta manera de evaluar el "estado de la situación" tiene la ventaja de ser sencilla, pero tiene el inconveniente de no tomar en cuenta la magnitud de los efectos ni del número de las pruebas estadísticas que se efectuaron.² El enfoque tampoco tiene en cuenta la calidad de los estudios considerados, los tipos de comparaciones realizadas o las características de los sujetos en los diversos estudios.

En la Tabla 1 se reproducen parcialmente dos tablas sumarias del análisis efectuado por Holder et al. Los resultados difieren ligeramente de los obtenidos por Miller et al. debido a diferencias en la clasificación de las intervenciones. Más adelante se examinarán estos resultados con más detalle y bajo diversos apartados, al igual que las notas de estudios más recientes sobre el tratamiento del alcoholismo.

Finney y Monahan (1996) examinaron un buen número de los mismos estudios analizados por Holder et al (1991) y elaboraron un índice suplementario para evaluar la eficacia del tratamiento. A diferencia del índice "estado de la situación", que es relativamente sencillo y utilizado por Holder et al., el de Finney y Monahan tiene en cuenta el porcentaje de estudios con resultados positivos, el número de pruebas estadísticas realizadas y el tipo de comparaciones. En este informe se resaltarán las áreas en las que coinciden y difieren las conclusiones de los dos análisis. En la Tabla 2 se comparan las clasificaciones obtenidas en los dos análisis.

Son muy escasos los estudios controlados sobre el tratamiento por drogodependencias no alcohólicas, y no sería de gran provecho la elaboración de tablas comparativas semejantes a las de Holder et al y Miller en su análisis de los problemas de alcohol. Para ciertos tipos específicos de intervención, se tendrán en cuenta las conclusiones de los estudios realizados por NIDA (1996), Smart (1993), Landry (1995) y CSC (1996).

La estructura del resto de esta sección sigue el esquema de clasificación de las modalidades de tratamiento propuesto por Holder et al., al cual se han agregado algunas modalidades (Tabla 3).

² Las comparaciones de los grupos de sujetos en tratamiento y de los grupos de control producirán, de manera totalmente fortuita, resultados donde la diferencia será significativa. La probabilidad de obtener tales diferencias aumenta con el número de comparaciones efectuadas.

Tabla 1. Modalidades de tratamiento analizadas por Holder et al., (1991); número de estudios; estudios con resultados positivos; índice de eficacia ponderado

	n^a	+^b	IEP^c
Evidencia satisfactoria de eficacia (+6 o superior)			
Entrenamiento en habilidades sociales	10	10	+18
Entrenamiento en autocontrol	17	12	+17
Terapia motivacional breve	9	8	+13
Terapia conyugal, conductual	7	7	+12
Apoyo comunitario	4	4	+6
Entrenamiento en gestión del estrés	10	6	+6
Evidencia aceptable de eficacia (+2 a +5)			
Terapia aversiva, sensibilización encubierta	7	4	+3
Contratos conductuales	4	3	+3
Disulfiram, oral	10	5	+3
Fármacos psicotrópicos, antidepresivos	4	3	+3
Disulfiram, implantes	5	3	+2
Evidencia indeterminada de eficacia (-1 a +1)			
Terapia conyugal, otra (no conductual)	3	1	+1
Fármacos psicotrópicos, litio	6	3	+1
Terapia cognitiva	7	3	0
Hipnosis	4	2	0
Evidencia insuficiente (menos de 3 estudios)			
Acupuntura	1	1	+1
Carbimida cálcica	1	1	+1
Tratamiento en entorno residencial, modelo Minnesota	1	1	+1
Tratamiento en entorno residencial, centro de transición	1	0	-1
Alcohólicos Anónimos	2	0	-2
Terapia aversiva, apnea	2	0	-2
Fármacos psicotrópicos, antipsicóticos	2	0	-2
Evidencia inexistente de eficacia (-2 o inferior)			
Terapia aversiva, electrochoque	15	5	-2
Terapia aversiva, química (náuseas)	5	1	-3
Situaciones de confrontación	4	0	-4
Psicoterapia (individual)	8	2	-4
Fármacos psicotrópicos, psicodélicos	8	2	-4
Autoconfrontación por video	4	0	-4
Conferencias y películas educativas	9	2	-5
Fármacos psicotrópicos, ansiolíticos,	10	2	-6
Terapia general	9	1	-7
Metronidazole	10	1	-8
Psicoterapia de grupo	13	2	-9
Tratamiento en entorno residencial	14	1	-12

^a Número total de estudios controlados

^b Número con resultados positivos

^c Índice de eficacia ponderado (véase el texto)

Tabla 2. Clasificación por índice de eficacia de las 24 modalidades de tratamiento examinadas por Holder et al. (1991) y por Finney y Monahan (1996)

Holder et al. Índice ^a	Modalidad	Modalidad	Finney y Monahan Índice ^b
18	Entrenamiento en habilidades sociales	Apoyo comunitario	59
17	Entrenamiento en autocontrol	Entrenamiento en habilidades sociales	37
13	Terapia motivacional de corta duración	Terapia conyugal, conductual	36
12	Terapia conyugal, conductual	Disulfiram, implantes	34
6	Apoyo comunitario	Terapia conyugal, no conductual	21
6	Entrenamiento en gestión del estrés	Entrenamiento en gestión del estrés u otro entrenamiento en relajación	12
3	Disulfiram, oral	Terapia aversiva, química (náuseas)	3
3	Terapia aversiva, sensibilización encubierta	Fármacos psicotrópicos, antidepresivos	2
3	Fármacos psicotrópicos, antidepresivos	Fármacos psicotrópicos, litio	-2
2	Disulfiram, implantes	Terapia motivacional de corta duración	-4
1	Terapia conyugal, no conductual	Terapia aversiva, sensibilización encubierta	-5
0	Terapia cognitiva	Terapia aversiva, electrochoque	-5
0	Hipnosis	Entrenamiento en autocontrol	-7
1	Fármacos psicotrópicos, litio	Terapia cognitiva	-8
-2	Terapia aversiva, electrochoque	Conferencias y películas educativas	-11
-3	Terapia aversiva, química (náuseas)	Terapia de grupo	-13
-4	Situaciones de confrontación	Fármacos psicotrópicos, LSD	-15
-4	Fármacos psicotrópicos, psicodélicos	Fármacos psicotrópicos, ansiolíticos	-17
-5	Conferencias y películas educativas	Metronidazole	-21
-6	Fármacos psicotrópicos, ansiolíticos	Disulfiram, oral	-27
-7	Terapia, general	Tratamiento en entorno residencial	-27
-8	Metronidazole	Situaciones de confrontación	-31
-9	Psicoterapia de grupo	Terapia, general	-32
-12	Tratamiento en entorno residencial	Hipnosis	-37

^a Según el índice de eficacia ponderada (véase el texto)

^b Según una apreciación de la eficacia relativa (véase el texto)

Es importante notar que en la mayoría de los estudios considerados, los autores no tuvieron en cuenta la abstinencia total como el único o principal indicador de éxito. Por el contrario, han utilizado una serie de medidas y de resultados normalmente continuos (p. ej., el porcentaje de días de consumo de alcohol, la cantidad ingerida en cada ocasión). Este elemento permite apreciar la cronicidad del abuso y de establecer, según el caso, los objetivos de mejoría o de “cura”. Al igual que en otros estados crónicos (p. ej., asma, obesidad o la aparición tardía de la diabetes), puede ser poco realista esperar eliminar total o definitivamente el alcoholismo o la toxicomanía con una sola intervención. Sin embargo, una serie de intervenciones podría derivar en una mejoría importante, las cuales serán detectadas empleando las medidas apropiadas.

La creciente utilización de medidas múltiples y de resultados continuos refleja, asimismo, un nuevo consenso sobre lo que se puede esperar del tratamiento. McLellan et al. (1996), han propuesto algunos objetivos razonables que comprenden la expectativa de que el tratamiento debe beneficiar no sólo a la persona que lo recibe, sino también a los que son afectados por dicha persona, como los familiares, prestadores de servicios de salud y de seguros, los empleadores y los que laboran en el sistema correccional. Por tanto, los resultados de interés deberán relacionarse al uso de alcohol y drogas, el estado de salud y el funcionamiento social, la utilización de servicios de salud y las amenazas a la seguridad pública. Para ser considerado un éxito, el tratamiento deberá producir ciertas reducciones en por lo menos uno de estos ámbitos, de preferencia sin un alza correspondiente en otros ámbitos. En ciertos casos, las modificaciones en las conductas de riesgo y en los daños asociados al uso de drogas (p. ej., infecciones debido al intercambio de jeringas o accidentes ocasionados por conducir con sus facultades físicas afectadas) podría ser una meta más realista que la abstinencia total, o incluso una reducción en el consumo de sustancias psicotrópicas. En otros casos, el uso reducido o “controlado” de estas sustancias puede representar una expectativa realista, sobre todo para aquellos cuyo grado de dependencia no es demasiado grave.

Las medidas de resultados utilizadas en los estudios que se examinan a continuación varían considerablemente. Esta es una característica lamentable de la investigación de los resultados del tratamiento del alcoholismo y de las toxicomanías que limita seriamente la comparación de los resultados de diversos estudios.

Tabla 3. Clasificación de las distintas modalidades de tratamiento de acuerdo a la categoría utilizada al final del análisis

Tipo de modalidad	Modalidades específicas
Farmacoterapias	<p>Terapia con fármacos antidipsotrópicos para el alcoholismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disulfiram, implantes, oral - metronidazole - carbimida cálcica <p>Terapia con fármacos que disminuyen la necesidad de tomar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluoxetina, zimelidina, citalopram - buspirona, ritanserina - naltrexona* <p>Terapia con fármacos psicotrópicos para el alcoholismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fármacos ansiolíticos - litio - fármacos antipsicóticos - antidepresivos - psicodélicos <p>Tratamiento para otras drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - buprenorfina, naloxona - bupropion - heroína - metadona - clonidina, naltrexona, LAAM, codeína
Terapias conductuales	<p>Terapias aversivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilización encubierta - electrochoque - náuseas <p>Otras terapias conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contratos conductuales - prevención conductual de recaídas - entrenamiento conductual en autocontrol - terapia cognitiva - apoyo comunitario - exposición a estímulos - terapia conductual conyugal - entrenamiento en habilidades sociales - gestión del estrés - autoconfrontación por video
Psicoterapias	<p>Terapia general</p> <p>Situaciones de confrontación</p> <p>Psicoterapia de grupo</p> <p>Psicoterapia orientada hacia la introspección individual</p>
Otras modalidades	<p>Terapia motivacional de corta duración</p> <p>Educación</p> <p>Hipnosis</p> <p>Terapia en entorno residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo "Minnesota" - comunidad terapéutica* <p>Alcohólicos Anónimos</p>

* Ningún estudio pertinente figura en el análisis de Holder et al.

a) Farmacoterapias

Forma parte de este apartado todo tratamiento que involucre la administración de fármacos. Son cuatro las clases de fármacos que se consideran: fármacos antidipsotrópicos que provocan una reacción desagradable al ingerirse con alcohol; fármacos que disminuyen la necesidad de tomar alcohol; fármacos psicotrópicos recetados para mejorar el estado psicológico del usuario, con la suposición de que le ayudará a disminuir su consumo de alcohol y las farmacoterapias para las drogas en las que no se incluye el alcohol. Sin embargo, en los análisis de Holder et al. (1991) y Finney y Monahan (1996) sólo se estudiaron los fármacos antidipsotrópicos y psicotrópicos.

Como se indica en la Tabla 1, Holder et al. indentificaron 10 estudios controlados de disulfiram oral, cinco estudios de disulfiram en implantes, un estudio de carbimida cálcica oral, 10 estudios de metronidazole, cuatro estudios de antidepresivos, seis estudios de litio, dos estudios de fármacos antipsicóticos y ocho estudios de psicodélicos (LSD) y cuatro estudios de antidepresivos.

Finney y Monahan (1996) no utilizan las categorías de Holder et al. para clasificar estos tipos de tratamiento según su grado de eficacia. Sin embargo, la clasificación que Holder et al. y Finney y Monahan otorgan a drogas específicas muestran algunas semejanzas y algunas diferencias (véase la Tabla 2).

Estas diferencias reflejan las particularidades de los estudios seleccionados para su examen, las comparaciones realizadas y los métodos de análisis. Según Landry (1995), las diferencias de resultados obtenidos por los diversos estudios se pueden atribuir a las características y a las motivaciones de los sujetos estudiados en cada uno.

Terapia con fármacos antidipsotrópicos para el alcoholismo: Holder et al. clasifican los *implantes de disulfiram* en décimo lugar y los consideran moderadamente eficaces. Finney and Monahan clasifican estos implantes en cuarto lugar y les atribuyen un índice de eficacia similar al acordado al aprendizaje de aptitudes sociales y a la terapia conductual conyugal. Las clasificaciones atribuidas al disulfiram oral por los dos grupos también son muy diferentes. Holder et al. clasifican el *disulfiram oral* en séptimo lugar con una clasificación de eficacia moderada, mientras que Finney y Monahan colocan el disulfiram oral en el lugar 20 con un alto índice de eficacia negativa.

Landry también sugiere que la terapia de disulfiram puede ser un complemento útil en el contexto de un programa de tratamiento global que incluya métodos que ayuden al paciente a respetar la posología prescrita, incrementen su motivación a someterse al tratamiento, y lo alienten a evitar recaídas.

Un reciente análisis de estudios de disulfiram (Hughes y Cook, 1997) examinó 24 estudios de resultados de disulfiram oral y 14 estudios de implantes de disulfiram. En general, se estimó que estos estudios utilizaron una metodología poco rigurosa y su interpretación se vio obstaculizada por la diversidad de métodos y sujetos. En el caso del disulfiram oral, a menudo se coaccionaba a los sujetos a que siguieran un tratamiento. Los examinadores concluyen que estos estudios no confirman la eficacia de los implantes de disulfiram y sólo conceden un

apoyo muy ambivalente a la administración de disulfiram oral. De hecho, éste último parece ser el más eficaz al utilizarse de manera selectiva con pacientes que participan en programas globales. A pesar de ser limitadas, las pruebas indican que los pacientes que se puedan beneficiar más son los que se encuentran en una situación social estable.

Un análisis de fármacos antialcohol realizado por el Servicio correccional de Canadá (1996), llegó a una conclusión semejante. Este mismo análisis señaló que los pacientes con un alto grado de motivación y que se apegaban al tratamiento también obtienen mayor provecho de los fármacos antialcohol.

Ni Holder et al. ni Finney y Monahan estimaron que era eficaz el *metronidazole*, un medicamento antidipsotrópico usado en las décadas de los años 60 y 70, era eficaz. Del mismo modo, las pruebas de utilización de *carbimida cálcica* fueron muy limitadas para merecer conclusiones definitivas.

Terapia con fármacos que disminuyen la necesidad de tomar: Los fármacos que se utilizan para este fin son la *fluoxetina*, *zimelidina* y *citalopram*. Los ensayos controlados contra placebo a doble ciego, que utilizan estas drogas se realizaron con alcohólicos no deprimidos, ligera o moderadamente dependientes, han disminuido regularmente la ingesta de alcohol a corto plazo en un promedio de 10% a 20% (Anton, 1994). Otros productos, por ejemplo el *agonista 5-HT buspirona* y el *antagonista 5-HT ritanserina*, pueden disminuir el deseo de beber, pero los resultados de los ensayos controlados son irregulares. Los estudios más recientes de ensayos clínicos controlados no han encontrado ninguna diferencia en los resultados de alcohólicos con depresión y sin depresión al cotejarlos con el uso de placebos (Naranjo y Bremner, 1994).

Otro de los fármacos que se ha empleado recientemente en estudios realizados con bebedores mundanos y bebedores empedernidos, es la naltrexona. Se trata de un antagonista opiáceo que también parece reducir el deseo de beber alcohol. En algunos estudios, incluyendo los realizados con sujetos dependientes del alcohol, los que recibieron naltrexona bebieron durante menos días y eran menos susceptibles que los que recibieron un placebo de volver a beber mucho (Volpicelli et al., 1994). Recientemente se aprobó la naltrexona para su empleo en tratamientos del alcoholismo en los Estados Unidos y en Canadá, y cada vez más es reconocida como un importante elemento del tratamiento global.

Terapia con fármacos psicotrópicos para el alcoholismo: Esta clase de medicamentos incluye los que se utilizan para tratar la ansiedad, el litio, los fármacos antipsicóticos, los antidepresivos y los psicodélicos. Holder et al. (1991) concluyeron que aunque existían elementos de apoyo para la utilización de antidepresivos en el tratamiento de los problemas ocasionados por el alcohol, las pruebas para el uso de otros fármacos eran indeterminadas (litio), muy limitadas para meritar conclusiones precisas (fármacos antipsicóticos) o no justificaban su empleo (drogas psicodélicas, ansiolíticos). Finney y Monahan (1996) también concedieron a los antidepresivos una clasificación similar a la de Holder et al., y la clasificación otorgada a otras drogas psicotrópicas muestran que no existe suficiente apoyo para su empleo.

Tratamiento para otras drogas: Se ha utilizado una diversidad de otros productos en el tratamiento de personas dependientes de otras drogas, excluyendo el alcohol, pero son pocos los ensayos controlados que se han realizado. El NIDA Review (1996) describe las investigaciones en curso para establecer la eficacia de varios productos en el tratamiento de la heroínomanía. Uno de estos productos es la *buprenorfina*, la cual es un opiáceo parcialmente agonista que parece disminuir el deseo de consumir heroína. Sin embargo, para reducir un eventual uso abusivo de este producto, en la actualidad se combina la naloxona, opiáceo antagonista, con la buprenorfina en forma de comprimido. En Canadá aún no se ha autorizado el uso de la buprenorfina.

El *NIDA Review* también señala otros fármacos sobre los cuales se están haciendo investigaciones en la actualidad para disminuir el deseo de consumir cocaína. Asimismo, se ha emprendido una serie de ensayos con el propósito de desarrollar un compuesto análogo a la cocaína a fin de inmunizarse contra la cocaína misma. De la misma manera, el estudio indica que los datos tienden a demostrar que el *bupropion*, un antidepresivo, podría reducir el consumo de cocaína en sujetos con depresión moderada que utilizan cocaína y crack.

En el Reino Unido, donde se utiliza la *heroína* como “droga de mantenimiento”, se han observado efectos beneficiosos a corto plazo, la prescripción de esta sustancia ha permitido estabilizar a ciertos individuos durante muchos años. (Mitcheson y Hartnoll, 1978; Stimson y Oppenheimer, 1982). Sin embargo, en la actualidad es muy raro que en el Reino Unido se prescriba la heroína como tratamiento de la dependencia. En Suiza, un estudio en curso ha indicado que la prescripción de heroína para uso por vía intravenosa, o la prescripción de metadona intravenosa, se ha asociado a una importante mejoría del estado de salud y del modo de vida de los narcómanos fuertemente dependientes y marginalizados por la sociedad. En ciertos casos, estos resultados positivos se han mantenido por más de dos años (Uchtenhagen et al., 1996).

La *metadona* es una droga sintética del tipo de los opiáceos y de efecto de larga duración que se ha estado empleando ampliamente para apoyar a los toxicómanos que se están desintoxicando de los opiáceos o como droga de mantenimiento durante el tratamiento. La metadona reemplaza los otros opiáceos, de modo que previene los síntomas de desintoxicación y bloquea los efectos eufóricos de la heroína. La ingesta oral de la metadona elimina los riesgos asociados al uso de drogas intravenosas.

Se han realizado numerosos estudios sobre el uso de la metadona como droga de mantenimiento durante el tratamiento (Hall, 1996) y estos han demostrado claramente que, al administrarse en dosis adecuadas y en conjunto con una terapia de apoyo, la metadona disminuye el uso ilícito de opiáceos y la actividad criminal, contribuye a un mejor estado social del individuo, aumenta su productividad, mejora su salud física, reduce la transmisión del VIH y mejora los resultados del tratamiento de mujeres toxicómanas embarazadas. También es seguro el empleo de la metadona a largo plazo y los resultados se asocian positivamente a la retención en el tratamiento (Landry, 1995).

Un estudio sobre tratamientos con metadona realizado por el *Institute of Medicine* (1990) de los Estados Unidos, concluyó que la dosis se debería establecer según el sujeto a tratar. Sin embargo, el estudio también señaló que los pacientes que recibían una dosis más elevada (80 mg), por lo común obtenían mejores resultados que los que recibían dosis menores.

Las investigaciones también han demostrado que el mantenimiento con metadona es económicamente rentable. Según estudios efectuados por el *National Institute on Drug Abuse* de los Estados Unidos, los costos estimados para la sociedad, en 1991, se han establecido en US\$ 43.000 para un toxicómano de la calle sin tratamiento, y en US\$ 34.000 y US\$ 11.000 respectivamente para mantener a una persona en la cárcel o en un programa de tratamiento contra las drogas; mientras que el costo del mantenimiento con metadona por un año fue de sólo US\$ 2.400.

Otras drogas que se pueden utilizar en el tratamiento por heroínomanía son la *donidina* (para el tratamiento de desintoxicación), la *naltrexona* (bloquea el efecto de opiáceos), el *LAAM* (levo-alfa-acetilmetadol) y la *codeína*. El LAAM es semejante a la metadona, pero sus efectos son de mayor duración y se puede administrar sólo cada 72 horas (la metadona por lo general se toma cada 24 horas). Ninguna de estas drogas se utiliza a gran escala y en Canadá no se ha autorizado el uso del LAAM.



Principio
de mejor
práctica

(No. 1)

No cabe duda de que la farmacoterapia desempeña una función como auxiliar de otras formas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía si se utiliza en un entorno controlado. Los fármacos que puedan causar dependencia ellos mismos se deben utilizar con prudencia y su uso se debe controlar con regularidad.

La documentación apoya, como complemento de una terapia global, el uso selectivo de *disulfiram* por los clientes socialmente estables y motivados.

La *naltrexona* puede ser un complemento eficaz de otras formas de tratamiento al reducir el deseo de beber alcohol.

La *metadona*, administrada en dosis adecuadas y acompañada de una terapia de apoyo, permite reducir el uso de opiáceos ilícitos, la actividad delictiva y la transmisión del VIH; asimismo, puede mejorar las condiciones sociales y la salud física del sujeto, aumentar su productividad y, en ciertos casos, conducir al abandono total de la heroína. Cuanto mayor sea la duración del tratamiento mejores serán los resultados.

b) Terapias conductuales

Este apartado general reúne una amplia gama de estrategias específicas de tratamiento, las cuales se caracterizan por fundamentarse en los principios de aprendizaje. En la Tabla 3 se puede apreciar que son 13 los tipos específicos de tratamiento conductual que pertenecen a esta categoría, agrupados en dos grandes apartados: terapias aversivas y las otras terapias conductuales.

Las **terapias aversivas**, cuando se utilizan en el tratamiento de problemas de alcohol, están diseñadas de manera que condicionan al sujeto a evitar el alcohol. El tratamiento consiste principalmente en asociar el consumo de alcohol o las imágenes de tal consumo, con experiencias desagradables reales o imaginarias. Se han utilizado diversas experiencias desagradables, entre ellas, los electrochoques, las náuseas y el vómito, la parálisis respiratoria (apnea) y las consecuencias adversas imaginarias (sensibilización encubierta).

La **sensibilización encubierta**. Los siete estudios pertinentes analizados por Holder et al. proporcionan un grado bastante favorable de respaldo para este tipo de tratamiento. Sin embargo, los estudios consagrados a la sensibilización encubierta recibieron una calificación negativa (-5) según el índice elaborado por Finney y Monahan. Las diferencias reflejan el hecho de que Finney y Monahan obtuvieron diferentes conclusiones de dos estudios que Holder et al. juzgaron ser positivos e incluyeron dos estudios que se omitieron en el análisis de Holder et al. (ninguno de los dos le atribuía ventajas a la sensibilización encubierta).

El **electrochoque**. Holder et al. encontraron 15 estudios controlados sobre la terapia de electrochoque y concluyeron que, en general, los resultados no demostraron que era eficaz.

Inducción de náuseas. A la luz de cinco estudios controlados, también se juzgó ser ineficaz la inducción de náuseas.

Finney y Monahan también le atribuyeron a la eficacia de estos dos tipos de tratamiento un calificación muy baja (electrochoque e inducción de náuseas), aunque la inducción de náuseas ocupa un lugar más alto en su índice de eficacia que en el índice utilizado por Holder et al. Sin embargo, no parece ser que estas diferencias sean suficientes para modificar las conclusiones generales de Holder et al.

Fue imposible encontrar evaluaciones de tratamientos aversivos para otras drogas aparte del alcohol.

Las **otras terapias conductuales** incluyen las que pretenden identificar y modificar los pensamientos, las creencias, conductas o, en algunos casos, los estados emotivos desadaptados que contribuyen al problema del alcohol y de las drogas.

El **contrato conductual** comprende el uso de contingencias ambientales específicas tales como las medidas de estímulos de conducta y el reforzamiento de conductas que son incompatibles con el consumo de alcohol o de otras drogas. Tal como lo explica Landry (1995), el contrato conductual puede suponer un acuerdo para participar en un programa de control de urina y de aceptar las consecuencias desagradables que resulten al no participar. Tales consecuencias podrían incluir un tratamiento adicional, la expulsión del hogar o el inicio, por parte del cónyuge, de trámites para el divorcio. Según el examen efectuado por Holder et al. los cuatro estudios identificados sobre el tema demostraron que existían bastantes pruebas sobre la

eficacia del tratamiento. Finney y Monahan concluyeron que sólo dos de los cuatro estudios identificados por Holder et al. se pueden admitir como estudios controlados de contrato conductual y que ambos estudios demostraron la eficacia de este tipo de tratamiento. No se atribuyó ningún índice porque el número de estudios pertinentes era inferior a tres. Según Landry, los contratos conductuales pueden ser eficaces como parte de un programa de tratamiento global.

La *prevención conductual de recaídas* se centra en los procesos de mediación cognitiva, tales como las expectativas y la autoeficacia y a menudo forma parte de un programa global. Conforme al esquema de clasificación de Holder et al., en otras secciones se estudian otras estrategias típicas de los programas de “prevención de recaídas” tales como el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, se reconoce que en la práctica, dichos programas comprenden una variedad de elementos específicos (p. ej., identificación de situación de alto riesgo, instrucción y estrategias de repetición sobre la manera de afrontar tales situaciones, aprendizaje de técnicas de relajamiento, gestión del estrés y visualización para incrementar la eficacia, aprendizaje de aptitudes y ensayos para prevenir las recaídas, contratos restrictivos del uso del consumo y la reestructuración cognitiva para superar las recaídas). La prevención de recaídas se podría presentar como una estrategia distinta o integrarse a una modalidad de tratamiento.

El lector encontrará una presentación completa sobre la prevención de recaídas en Marlatt y George (1984) y Carroll (1966), quienes han analizado estudios controlados sobre los programas de prevención de recaídas en fumadores y personas con problemas de alcohol y drogas. Carroll descubrió que 9 de 12 estudios sobre prevención de recaídas en fumadores que desean dejar de fumar confirman la eficacia de estos programas. Tres de los seis estudios con bebedores excesivos obtuvieron resultados positivos, pero sólo 1 de 5 estudios con participación de usuarios de otras drogas mostraron efectos positivos.

No parece haberse realizado ningún estudio científico examinado por pares respecto al método de prevención de recaídas propugnado por el célebre conferencista Gorski (1989). Aunque el enfoque de Gorski presenta ciertas características en común con el expuesto por Marlatt y Gordon (1984), el del primero difiere por su profundo arraigo en el método de 12 etapas de AA.

El *entrenamiento conductual en autocontrol (AAC)* supone el aprendizaje de aptitudes específicas para reducir o evitar el consumo de alcohol. De los 17 estudios de entrenamiento conductual en autocontrol, 12 mostraron efectos positivos mientras que cinco no mostraron ningún efecto; Holder et al. concluyeron que, en general, estos estudios proporcionaron pruebas satisfactorias de los beneficios de este tipo de tratamiento. Sin embargo, Finney y Monahan le atribuyeron una puntuación de eficacia negativa (-7) al entrenamiento conductual en autocontrol. La explicación más probable por esta diferencia es que algunos estudios incluidos en el análisis de Holder et al., no fueron incluidos por Finney y Monahan y a la inversa. Este hecho también refleja las diferencias en la manera en que estos grupos de examinadores evaluaron la calidad y pertinencia de ciertos estudios.

Hester (1995) también analizó 30 estudios sobre el entrenamiento en autocontrol como parte del tratamiento de la dependencia de alcohol y llegó a la conclusión de que las intervenciones breves y el autoaprendizaje del autocontrol a menudo son tan eficaces como las terapias dirigidas por profesionales. Por otra parte, el aprendizaje del autocontrol dirigido por sí mismo es menos eficaz cuando se centra en la moderación más que en la abstinencia en el caso de bebedores cuya dependencia está muy arraigada.



Principio de mejor práctica

(No. 2)

La documentación otorga cierto apoyo a los programas conductuales de prevención de recaídas para fumadores y personas con problemas de alcohol. La documentación también apoya la eficacia de la terapia de entrenamiento conductual en autocontrol para aquellas personas cuyos problemas de alcohol son menos graves y la considera como una alternativa rentable a las terapias de mayor dimensión dirigidas por profesionales. Asimismo, el contrato conductual será más eficaz como parte de un programa de tratamiento global.

Las *terapias cognitivas* incluyen métodos que pretenden identificar y modificar pensamientos o creencias desadaptados y que contribuyen al problema de alcohol. Halder et al. analizaron siete estudios de terapias cognitivas y concluyeron que, en su conjunto, las pruebas de su eficacia no se podían determinar. Esta conclusión es coherente con la de Finney y Monahan que obtuvieron un resultado negativo (-8) en lo que respecta a la terapia cognitiva.

El *apoyo comunitario* combina varios métodos que se centran en la conducta social del cliente. Su aplicación se ha evaluado sólo para personas que sufren de problemas de alcohol. El método se propone modificar el ambiente del bebedor de modo que la abstinencia sea un mayor aliciente que la bebida. Para ello, se recurre al apoyo social, recreativo, familiar y profesional que ayude al cliente en el proceso de rehabilitación. Se prevé la realización de un análisis funcional para determinar los antecedentes del consumo y las consecuencias asociadas, los objetivos para mantenerse sobrio, la posibilidad de recurrir al uso de disulfiram y el desarrollo de un plan de tratamiento que comprenda la capacidad de expresarse, resolver problemas y negarse a consumir alcohol. En algunos estudios, los clientes también podían integrarse a un club de colocación, recibir orientación social y de actividades recreativas, terapia conyugal y entrenamiento en la prevención de recaídas. El éxito de este método se deriva, seguramente, del hecho de que combina los mejores elementos de una diversidad de terapias. Holder et al. encontraron cuatro estudios que utilizan este método y concluyeron que proporcionan pruebas satisfactorias de su eficacia. Asimismo, este método fue analizado recientemente por Smith y Myers (1995), los cuales informaron que se ha aplicado a consumidores de otras drogas. El apoyo comunitario ha recibido la más alta puntuación de eficacia de acuerdo al índice establecido por Finney y Monahan (+59)

Un componente del apoyo comunitario, la búsqueda de empleo, figuraba entre las principales características de un reciente estudio consagrado a delincuentes violentos con problemas de alcohol (Funderburk et al. 1993). El estudio consistía en la movilización de recursos comunitarios con el objeto de darles a los delincuentes una mejor preparación para la búsqueda de empleo. Un seguimiento de un año ha permitido comprobar una importante mejora en las tasas de empleo en comparación con las existentes al momento de integrarse al programa.

Exposición a estímulos. El análisis de Holder et al. no incluyó ningún estudio del método de tratamiento por exposición a estímulos ya que en ese tiempo no se disponía de estudios controlados sobre el tema. Este método parte de la premisa de que el deseo de beber y los síntomas de la desintoxicación son respuestas condicionadas que se pueden hacer desaparecer al exponer a los bebedores y usuarios de drogas a estímulos de consumo, sin proporcionarles el alcohol o las drogas. Estos estímulos comprenden la vista, el sabor y olor

del alcohol, jeringas o fotografías de bares o de lugares de consumo de drogas. En ciertos casos a los bebedores se les había dado una pequeña cantidad de alcohol y luego se les prohibía consumir más. Son variados los resultados de los trabajos de investigación que se han obtenido sobre bebedores empedernidos, pero algunos peritos creen en el potencial de la intervención por exposición a los estímulos (p. ej., Drummond, 1990; Rohsenow et al., 1990-91). Sin embargo, parece ser que la desaparición de los estímulos relacionados con las drogas y la habituación a estos estímulos son inestables y dependen del contexto (Tobena et al., 1993). Un reciente estudio controlado en el que participaron usuarios de opiáceos no reveló ninguna diferencia entre los que recibieron tratamiento por exposición a estímulos y los del grupo de control tras la aplicación de una serie de medidas seis semanas y seis meses después del tratamiento (Dawe et al., 1993).



Principio de mejor práctica

Se ha demostrado, una y otra vez, que el método de apoyo comunitario es muy eficaz, sobre todo en los bebedores que cuentan con muy poco apoyo social y sufren de problemas de bebida más graves.

(No. 3)

La *terapia conductual conyugal* pretende mejorar la capacidad de comunicación y resolución de problemas, lo mismo que de incrementar la reciprocidad de refuerzo positivo entre los cónyuges. Los componentes de esta terapia podrían comprender la enseñanza de técnicas de comunicación que se apliquen específicamente al contexto del alcoholismo al igual que las cualidades para el buen desarrollo de las relaciones conyugales en general. Los siete estudios pertinentes que identificó Holder et. al., proporcionan, en su conjunto, pruebas suficientes de la eficacia de la terapia conductual conyugal. Finney y Monahan también otorgaron una puntuación alta y positiva a este tipo de intervención. Asimismo, se ha comprobado que la terapia conyugal es igualmente eficaz tanto en los programas de corta como de larga duración (Zweben, Pearlman y Li, 1988). Según el NIDA *Review* (1996), las ventajas de la terapia conyugal no siempre se perciben de inmediato, sino sólo a largo plazo a medida que el sujeto asimila las nuevas cualidades adquiridas.



Principio de mejor práctica

(No. 4)

Las investigaciones confirman en gran medida la eficacia de la terapia conyugal, en particular la terapia conductual conyugal, tanto en la modalidad abreviada como prolongada.

El *entrenamiento en habilidades sociales* consiste en enseñarle al sujeto la manera de establecer y conservar relaciones personales satisfactorias. A menudo se pone énfasis en la reafirmación personal. Holder et al. identificaron diez estudios pertinentes y concluyeron que proporcionan pruebas satisfactorias de la eficacia de este método. De hecho, estos estudios han recibido el más alto valor de ponderación en el índice de Holder et al. y han sido clasificados en segundo lugar en el índice de Finney y Monahan. La evaluación realizada por Heather (1995) también consideró este método como uno de los más eficaces.

Monti et al. (1995), proporcionan una buena descripción de las estrategias utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales. Estas estrategias se centran en las habilidades de adaptación tanto interpersonales como intrapersonales. Las primeras comprenden la habilidad de negarse a consumir una bebida, a reaccionar de manera positiva, a expresar y recibir críticas, a saber escuchar y comunicarse, a expresar sentimientos y seguridad en sí mismo. Por su parte, las habilidades intrapersonales tienen como fin estabilizar el humor, controlar los pensamientos sobre el consumo de alcohol, afrontar el deseo de beber y los pensamientos negativos, resistir los impulsos de beber y aprender a tomar decisiones. Este método se ha utilizado con éxito en el tratamiento de diversos trastornos de toxicomanía y psiquiátricos, en particular en bebedores que tiene problemas de alcohol de la primera etapa. También se incluyó como una de las modalidades de tratamiento estudiadas en el proyecto MATCH (véase la sección 2).



Principio de mejor práctica

(No. 5)

La investigación respalda sustancialmente el entrenamiento en habilidades sociales, en particular en el caso de los bebedores para los que el alcohol representa un problema.

La *gestión del estrés* consiste en enseñarle a los clientes cómo reducir las tensiones y el estrés personales. Entre otras técnicas específicas se encuentran el aprendizaje de técnicas de relajación, la desensibilización sistemática y las estrategias cognitivas. El objetivo es permitirles a los sujetos aprender a mejor controlar sus reacciones al estrés mediante: modificación de la percepción de amenaza provocada por el agente estresor; modificación de su modo de vida de manera que disminuya la gravedad de los agentes estresores externos; el desarrollo de estrategias de adaptación que permitan inhibir o reemplazar las reacciones destructivas ante los estresores. (Stockwell, 1995). Este método con frecuencia forma parte de los programas de tratamiento, lo cual hace difícil evaluar su eficacia por separado.

Holder et al. identificaron diez estudios controlados en materia de gestión del estrés y concluyeron que proporcionan pruebas satisfactorias de la eficacia de este tipo de tratamiento para personas con problemas de alcohol. Finney y Monahan otorgaron una puntuación positiva relativamente baja a la gestión del estrés, pero lo clasificaron en el mismo lugar que le acordaron Holder et al. (6º de 24 modalidades). Según Stockwell (1995), existe la necesidad de realizar más estudios, bien diseñados, sobre este tipo de tratamiento.



Principio de mejor práctica

(No. 6)

La investigación confirma el valor de la gestión del estrés en el tratamiento de problemas de alcohol.

Autoconfrontación por video. Esta estrategia consiste en filmar al bebedor en estado de ebriedad y posteriormente mostrarle el video cuando esté sobrio. Según Holder et al. los estudios no revelaron ninguna prueba de la eficacia de este tipo de tratamiento, mientras que Finney y Monahan no lo incluyeron en su análisis.

c) Psicoterapias

El término “psicoterapia” designa hoy en día una amplia variedad de terapias que se proponen, mediante diversos procedimientos, permitirle a los pacientes analizar su conducta y ayudarlos a resolver conflictos que provienen de las experiencias de su niñez. Un número considerable de los otros métodos que en la actualidad se aplican al tratamiento del abuso de sustancias psicotrópicas tienen su origen en la psicoterapia (p.ej., Otto Rank utilizó el análisis funcional). A menudo las diferentes psicoterapias son complejas y la evolución de la terapia es imprevisible; de ahí la enorme dificultad de evaluarlas mediante métodos experimentales.

Siguiendo el modelo elaborado por Holder et al., en este apartado se incluirán los cuatro tipos de tratamiento siguientes: terapia general; confrontación; psicoterapia de grupo; psicoterapia orientada hacia la introspección individual.

La **terapia general** se refiere al tratamiento de apoyo, directivo, fundamentado en la realidad, y el cual no es específicamente conductual ni confrontacional. Holder et al. identificaron nueve estudios controlados relativos a la terapia general y concluyeron que, en su conjunto, no existían pruebas de la eficacia de este método. La terapia general también recibió una de las puntuaciones negativas más altas de acuerdo al índice de Finney-Monahan (-32).

De acuerdo a la definición establecida por Holder et al., el objetivo de las **intervenciones de confrontación** es romper los mecanismos de defensa, en particular el de la negación de la realidad. La confrontación con frecuencia suscita reacciones enérgicas para contrarrestar la “resistencia” al cambio. Holder et al. encontraron cuatro estudios sobre el tema de la confrontación pero ninguno confirmó la utilidad de este método. También se ha sugerido que la confrontación podría ejercer un efecto negativo al incrementar la resistencia o al influir en la pérdida de autoestima (Eliany y Rush, 1992). Finney y Monahan colocaron la eficacia de la confrontación casi hasta el final de todas las intervenciones (22 de 24).

La **psicoterapia de grupo** actualmente se utiliza ampliamente en el tratamiento del alcoholismo y de las toxicomanías, pero varía considerablemente en cuanto a la presentación y al tema de análisis. Ciertos tratamientos emplean la terapia de confrontación mientras que otros brindan apoyo y se centran en el cliente. Según la definición adoptada por Holder et al., las terapias conductuales conyugales no pertenecen a la gama de intervenciones que se examinan en este apartado. Holder et al. identificaron 13 estudios de terapia de grupo y establecieron que sólo dos obtuvieron resultados positivos. Cabe señalar que estos análisis se refieren a estudios de psicoterapia de grupo y no a la eficacia relativa de algún tratamiento individual o de grupo.

Holder et al. concluyeron que, en general, no existen pruebas que confirmen la eficacia de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de alcohólicos. Finney y Monahan otorgaron una puntuación muy negativa a la eficacia de este método (-13), aunque su clasificación fue mayor que la otorgada por Holder et al. (lugar 16 en comparación con el 23). Esto no parece impugnar seriamente las conclusiones de Holder et al. respecto a la falta de pruebas de la eficacia de la terapia de grupo

La **psicoterapia orientada hacia la introspección individual** se propone descubrir conflictos y la dinámica del inconsciente que se cree que son el origen del consumo excesivo. Algunos de los principales objetivos son hacer que los clientes tomen consciencia de las causas profundas de sus problemas y ayudarles a resolver conflictos que se remontan a la etapa de su niñez. Holder et al. identificaron ocho estudios de este tipo de terapia y concluyeron que no existían pruebas de su eficacia en el tratamiento de personas con problemas de alcohol. Finney y Monahan reclasificaron o excluyeron siete de estos estudios pero señalaron que el octavo confirmaba ciertas ventajas de esta psicoterapia.

d) Otras modalidades de tratamiento

La **terapia motivacional** de corta duración se apoya en los trabajos de Carl Rogers (Miller, 1983) y, normalmente comprende de una a tres sesiones de reacciones motivacionales y de consejos fundamentados en una evaluación personalizada. Este método se ha evaluado de manera sistemática sólo con bebedores y Holder et al. identificaron nueve estudios pertinentes; concluyeron que existen pruebas suficientes de su eficacia y, de 23 modalidades clasificadas, ésta quedó en tercer lugar. Sin embargo, Finney y Monahan le otorgaron una puntuación negativa a este tipo de tratamiento (-4) y, según su índice, queda clasificada en el décimo lugar de 24. Una de las razones que explican estas diferencias es que el análisis de Finney y Monahan tomó en cuenta el hecho de que la mayoría de los ensayos de terapia motivacional de corta duración comparaban esta intervención con alternativas mal fundamentadas, como la ausencia de tratamiento o los controles con listas de espera o con tratamientos sobre los que no existían pruebas de eficacia. Este método pareció ser menos eficaz al compararse con intervenciones más potentes. Sin embargo, en el contexto del importante estudio del proyecto MATCH, la terapia motivacional de corta duración reveló tener un nivel de eficacia similar al de dos tratamientos más intensivos, pero los resultados del proyecto no se encontraban disponibles al momento de la publicación del análisis de Finney y Monahan (véase la sección 2).

La **educación** sobre los efectos del alcohol y de otras drogas con frecuencia constituye un componente de los tratamientos de la toxicomanía y del alcoholismo. Sin embargo, como lo indica Holder et al., no existen pruebas de que la educación por sí sola influya en la conducta después del tratamiento. La puntuación otorgada a esta modalidad siguiendo el índice de Finney y Monahan fue también muy negativa (-11). Sin embargo, la educación puede aumentar los conocimientos y modificar las actitudes, lo cual podría favorecer el cambio de conducta en ciertas categorías de consumidores de sustancias psicotrópicas.

La **hipnosis**, según Holder et al. y Finney y Monahan, es un método cuya eficacia no ha sido comprobada.

La **terapia en un entorno residencial** se ha definido como una exposición intensiva a un ambiente terapéutico. En esta categoría, Holder et al. y Finney y Monahan colocan a los centros de transición social, tratamiento en centros que utilizan el modelo "Minnesota" y las comunidades terapéuticas. Según Holder et al., un entorno de vida comunitaria ya es en sí un medio de terapia, ya sea que vaya acompañado o no de un programa de tratamiento estructurado. Holder et al. y Finney y Monahan concluyeron que la terapia en entorno residencial es una modalidad cuya eficacia no ha sido comprobada.

El **modelo "Minnesota"**. Tal como lo señala Landry (1995), la terapia en un entorno residencial constituye un componente de lo que se ha dado en llamar el modelo "tradicional" o "Minnesota" del tratamiento del alcoholismo en los Estados Unidos. Otros componentes de este modelo comprenden la promoción de un "modelo mórbido" del alcoholismo y la necesidad de practicar la abstinencia total, las 12 etapas de AA, el uso de la terapia de grupo y la participación intensa de consejeros de rehabilitación. Algunos estudios controlados demuestran que la participación en estos programas de tratamiento permite disminuir el consumo de alcohol y de otras drogas y obtener otros resultados positivos. Un estudio controlado realizado en Finlandia también reveló resultados positivos (Keso y Salaspuro, 1990). Sin embargo, no se ha demostrado de manera contundente, que los beneficios de este método estén vinculados al componente del entorno residencial. Más bien parece ser que la etapa residencial es menos importante que la prestación ininterrumpida de servicios, sobre todo la atención continua y la participación, después del tratamiento, en el movimiento de AA.

La **comunidad terapéutica**. Una de las formas de terapia en entorno residencial utilizada en el tratamiento de los consumidores de opiáceos y otros toxicómanos es la comunidad terapéutica. Estas comunidades abundaban en Canadá en los años de los 70, pero la mayoría de ellas ya no existe en la actualidad. Sin embargo, aún existen algunos programas bien establecidos en Quebec (Portage y Patriache) y en Ontario (Stonehenge). Un buen número de estas comunidades siguen un modo de administración bastante rígido y una cultura "militarista", que se centra, en gran medida, en la confrontación, pero tiene diferentes grados (Landry, 1995). De acuerdo con Smart (1993), no se ha confirmado la eficacia de estas comunidades. Aunque a los sujetos que concluyen el período de residencia requerido (un año o más) por lo general les va bien después de salir, las tasas de abandono del programa tienden a ser muy altas (hasta el 90%). Es común que los que abandonan el programa pronto, vuelvan a consumir de drogas, pero existen pruebas de que los que cumplen por lo menos una tercera parte del tiempo requerido obtiene buenos resultados (Landry, 1995).

Los ***alcohólicos anónimos*** no es realmente un tratamiento del alcoholismo sino un recurso comunitario para los que deseen dejar de beber. Un número de estudios no controlados han revelado que las personas que se unen al movimiento de AA tienden a dejar de beber y mejoran muchos aspectos de su vida (Emrick et al. 1993). Sin embargo, no se puede ni se debería evaluar AA en el mismo contexto de las intervenciones profesionales. El movimiento de AA no constituye un modo de tratamiento preciso y sus miembros son libres de participar de diferentes maneras. Algunos asisten varias veces y luego dejan de ir. Otros asisten con más frecuencia pero no participan activamente en las reuniones o no ejecutan el programa. Es posible que tanto los que abandonan el programa como los participantes pasivos obtengan algunos beneficios de su experiencia en AA, pero esto no se ha investigado adecuadamente. Sólo una fracción de los expuestos al movimiento de AA parece que llegan a ser miembros con participación plena y activa a través de un largo período de tiempo y que ejecutan regularmente todas las etapas. Existen pruebas de que ciertos tipos de personas son más susceptibles de afiliarse plenamente a AA que otros (Ogborne y Glaser, 1981; Emrick et al., 1993), pero es necesario realizar más investigaciones y es posible que algunos estudios ya no sean pertinentes dada la actual gama y diversidad de los grupos de AA. Sin embargo, parece ser lógico que el movimiento de AA atraería a aquellas personas que han sufrido graves problemas relacionados con el alcohol y que están dispuestos a reconocer la necesidad de practicar la abstinencia y a aceptar la etiqueta de "alcohólico".

Cuando los profesionales dirigen a los pacientes a los AA basados en la suposición de que se beneficiarán de los mismos, es razonable solicitar los resultados a fin de compararlos con los que se obtengan por otros medios. Holder et al. identificaron dos estudios en los que los tribunales ordenaron a alcohólicos participar en AA (Ditman et al., 1967 y Brandsma, Maultsby y Walsh, 1980). También se ha identificado un estudio en el que los participantes de un programa de asistencia a los empleados (EAP) habían sido obligados a asistir al programa de AA o de lo contrario perderían su empleo (Walsh et al., 1991). En ninguno de los casos se obtuvieron resultados favorables para los AA, algo que debería de disuadir a los tribunales y a los empleadores de imponer la asistencia obligatoria a los AA. Sin embargo, el proyecto MATCH (1997) incluyó un programa de 12 etapas en su tratamiento y los resultados demostraron que los que asistieron al programa de AA obtuvieron el mismo provecho que los que siguieron otras terapias. Finney y Monahan no otorgaron puntuación a los estudios sobre el programa de AA.

Parece que no se ha realizado ningún estudio de investigación importante sobre el programa Narcómanos Anónimos ni de ningún otro grupo de autoayuda mutua para las personas que sufren de problemas de alcoholismo y toxicomanía.

2. Apareamiento de sujetos con tratamientos y terapeutas

El concepto de que ciertos sujetos responden mejor a ciertos tratamientos y a ciertos terapeutas que a otros ha suscitado interés desde hace ya mucho tiempo. El informe del *Institute of Medicine* (1990) y un cierto número de estudios han tendido a confirmar su exactitud.

Un estudio pertinente al tema ha sido realizado en el Donwood Institute de Toronto por el Dr. John McLachlan (McLachlan, 1972). El estudio reunía a alcohólicos que habían sido tratados por terapeutas de actitud más o menos “dirigista”. Los terapeutas más dirigistas tenían la tendencia de seguir reglas muy precisas, a ser muy coherentes y a presentar sesiones terapéuticas muy estructuradas. Los terapeutas menos dirigistas mantenían una atmósfera más relajada y alentaban la expresión personal y la autonomía en los sujetos. Algunos sujetos asignados a los diferentes tipos de terapeutas diferían, por casualidad, en lo que McLachlan denominó “nivel conceptual”. Esencialmente, se refería a las diferencias de personalidad y modos de pensar de los sujetos, los cuales producían como consecuencia, las diferentes necesidades de estructuración y dirección.

McLachlan hizo un seguimiento de los pacientes tratados por diferentes terapeutas y comprobó que aquellos cuyo nivel conceptual correspondía al estilo del terapeuta obtenían mejores resultados que los otros. Por lo tanto, los pacientes que preferían un entorno más estructurado reaccionaron mejor bajo la guía de terapeutas directivos y a la inversa. Por otro lado, los resultados de los pacientes mal apareados fueron menos favorables con cualquiera de los dos tipos de terapeutas.

Se ha encontrado una diversidad de apareamientos positivos con diferentes terapias y las siguientes características de los pacientes: sexo, la aptitud para reconocer las situaciones problemáticas en el consumo de alcohol, la concepción del alcoholismo, los antecedentes familiares en materia de alcoholismo, la sociopatía, la fuente de determinación y la imagen de sí mismo (para un análisis, véase Mattson, 1994). Sin embargo, la mayoría de estos apareamientos no se han reproducido de manera regular.

El único estudio de gran magnitud que se ha realizado sobre el apareamiento de pacientes y tratamientos es el proyecto MATCH (1997). Este estudio, efectuado en los Estados Unidos a partir de diversos sitios, tenía como objetivo verificar si los diferentes tipos de alcohólicos respondían de manera distinta a diversos tipos de tratamiento. Los tipos de tratamiento seleccionados para el estudio fueron los siguientes: 12 etapas de facilitación en las que se alentaba a los clientes a participar en el programa de AA; terapia cognitiva conductual, fundamentada en la teoría del aprendizaje social; y terapia del incremento motivacional, basada en la psicología de la motivación. Los pacientes se habían asignado de manera aleatoria a los diferentes tratamientos y se efectuaron diversos análisis “ex-post” para verificar una variedad de hipótesis sobre la interacción entre los tipos de tratamiento y la gravedad del consumo de alcohol, la deficiencia cognitiva, la gravedad de los problemas psíquicos, el nivel conceptual, sexo del paciente, la búsqueda de explicaciones, la disposición motivacional para cambiar, la aceptación social del consumo de alcohol por oposición a la abstinencia, la sociopatía y el tipo de alcoholismo.

Según el *Project MATCH Research Group* (1997) sólo una hipótesis de apareamiento ha sido respaldada claramente por los datos. Esta proponía que los pacientes que no presentaban problemas síquicos graves obtendrían los mejores resultados al seguir un programa de facilitación de 12 etapas. Los resultados han demostrado que estos pacientes tuvieron un mayor número de días de abstinencia durante un periodo de seguimiento de seis y de doce meses que los que habían recibido terapia cognitiva conductual. Sin embargo, el informe del grupo no indica en qué medida participaron los pacientes en las actividades del programa de AA durante el período de seguimiento.

Una de las causas que explican la imposibilidad del proyecto MATCH de descubrir más interacciones es el efecto “tope” producido por la selección de los clientes y por el empleo de tres intervenciones relativamente potentes. Pero los resultados generales del estudio han sido bastante impresionantes y la mayoría de los pacientes de cada una de las dos condiciones, mostraron reducciones importantes y sostenidas en el consumo de alcohol durante el período de seguimiento. La selección de sujetos socialmente estables y que cumplen con la investigación, junto con la alta calidad de las tres terapias utilizadas, contribuyó sin duda alguna a la obtención de tales resultados y posiblemente hayan disminuido las posibilidades de que se presentaran los efectos de apareamiento.

Ciertas personas estiman que el proyecto MATCH ha enterrado la hipótesis del apareamiento, pero existen otras que no están convencidas (p. ej., Glaser, 1997). Una de las críticas que ha recibido el estudio, entre otras, es la de no haber apareado verdaderamente a los clientes con el tratamiento porque los pacientes no aportaron su opinión en cuanto al tratamiento que recibieron. Asimismo, no se probaron apareamientos importantes en los que se trataran las características de terapeutas o el tratamiento farmacológico. Desde luego, el estudio se centró exclusivamente en las personas con problemas de alcohol y no de otras drogas.

En los años 70 Sells y Simpson (Sells, 1974; Sells y Simpson, 1976) y en los 80, Hubbard et al. (1984) llevaron a cabo estudios de amplias dimensiones donde también plantean el tema. En general, estos estudios no proporcionan ninguna prueba convincente de las ventajas que podría presentar el apareamiento de alcohólicos y toxicómanos con los diferentes tipos de tratamiento, pero sugiere que si se controlan las características de los clientes, todos los tipos de tratamiento de uso común en los Estados Unidos (metadona, comunidad terapéutica, pacientes externos libre de toda droga) podrían tener la misma eficacia.

En general, son poco convincentes las actuales pruebas en favor del apareamiento de clientes con el método de tratamiento. Sin embargo, esto no significa que un tratamiento servirá para todos. Las diversas necesidades de los clientes exigen un método flexible y personalizado. Algunos clientes necesitan servicios para sus problemas de salud mental, otros necesitan ayuda con problemas de empleo y otros problemas sociales, mientras que otros precisarán de albergues por un período de tiempo corto o largo. Es esencial que se preste atención a estos problemas si el objetivo es que los pacientes modifiquen de manera permanente su consumo de sustancias psicotrópicas.

Por tanto, se deben establecer y evaluar directrices para la selección de tipos y niveles de tratamiento. Tal como se indica en el documento Profile – Substance Abuse – Treatment and Rehabilitation in Canada (Perfil – Alcoholismo y toxicomanía – Tratamiento y rehabilitación en Canadá), ciertas provincias ya se encuentran elaborando dichas directrices.



Principio
de mejor
práctica
(No. 7)

Si bien la documentación aún no puede probar qué tipo de tratamiento le conviene a un sujeto en particular, ello no significa que a todos los clientes les convenga el mismo tipo de servicios. Es necesario ofrecer servicios flexibles y personalizados y establecer directrices que permitan seleccionar los servicios apropiados.

3. Influencia de otros factores en la eficacia del tratamiento

a) Tratamiento individual en contraste con el tratamiento en grupo

Si bien la **terapia de grupo** ha recibido muy poco apoyo de los estudios empíricos, un sinnúmero de terapeutas coinciden en que otros tratamientos pueden ser eficaces al administrarse en grupo. Los grupos tienen la ventaja de ser económicos, ya que el tratamiento se puede proporcionar a un gran número de personas a la vez. Asimismo, favorecen el contacto con otras personas que sufren los mismos problemas y permiten superar el sentimiento de aislamiento. En grupos, los pacientes pueden beneficiarse de las experiencias de los otros y brindarse apoyo mutuamente. Pueden infundir esperanza, alentar el intercambio de información y proporcionar modelos de conducta. El grupo le permite a los participantes encontrar nuevas formas de expresarse o de examinar viejos conflictos en un ambiente favorable.

Son dos los estudios canadienses que consideran directamente la cuestión del tratamiento de grupo en contraste con el tratamiento individual en el contexto de un programa orientado a la conducta. El primer estudio reveló que un tratamiento estructurado para la prevención de recaídas producía el mismo nivel de eficacia al administrarse individualmente que en grupos (Graham, Annis, Brett y Venesoen, 1996). El segundo estudio (Sobell et al., 1995) también llegó a la misma conclusión. Sin embargo, el costo del tratamiento grupal fue 40% inferior.



Principio
de mejor
práctica

(No. 8)

A menos que exista una contraindicación, se deberá favorecer la terapia de grupo.

b) Influencia del entorno³

Los prestadores de servicios de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía difieren en sus apreciaciones sobre las ventajas del tratamiento en un entorno residencial en comparación con el tratamiento ambulatorio, y sobre los beneficios de los tratamientos de corta duración en contraste con los de larga duración. Respecto a los problemas de alcohol, existen pocas pruebas de que el tratamiento en un entorno residencial es superior al ambulatorio o al que se proporciona por día (Annis, 1986). Si bien Finney, Hahn y Moos (1996) propusieron que algunos estudios han demostrado que el tratamiento de pacientes ingresados es superior al ambulatorio, dichas conclusiones no obtuvieron un apoyo claro al realizarse un nuevo análisis de los estudios pertinentes con métodos más apropiados (Finney y Moos, 1996).

³ Esta sección fue redactada por el Dr. Garth Martin de la Addiction Research Foundation Division del Centre for Addiction and Mental Health.

Son pocos los estudios controlados que comparan la eficacia del tratamiento que se brinda en entornos residenciales con otras alternativas menos intensivas para los consumidores excesivos de drogas, excluyendo el alcohol. Alterman et al. (1994) asignaron al azar a 111 hombres cocainómanos provenientes de áreas del centro de la ciudad (principalmente Afro-americanos) a diferentes programas de tratamiento ya sea por día o ingresado. Los criterios de exclusión del estudio eran los siguientes: "psicosis, demencia e inestabilidad psiquiátrica general"; satisfacer los criterios "DSM-III-R" respecto al abuso de toda droga que no sea el alcohol, marihuana, cocaína y nicotina; y tener un domicilio fijo. La edad media de los sujetos era de 34 años, habían consumido cocaína durante tres años, habían usado cocaína durante 13 de los últimos 30 días y habían gastado \$700 en drogas durante este período. Casi todos los sujetos consumían la cocaína fumándola. No existían diferencias significativas entre los grupos antes del tratamiento, aunque era más probable que los del grupo internado ya hubieran recibido algún tratamiento antidrogas y tenido más días de conflictos familiares en los 30 días precedentes. La comparación realizada entre la muestra de estudio con otra muestra de no estudio del mismo programa y seleccionada al azar reveló pocas diferencias de referencia. Los pacientes ingresados tenían significativamente mayores posibilidades de cumplir con el tratamiento, pero el seguimiento efectuado a los siete meses de finalizado el tratamiento no reveló ninguna diferencia significativa en el mejoramiento de los dos grupos. Se observaron tasas de abstinencia de cocaína más altas en los pacientes de tratamiento por día, mientras que los pacientes internados tendían a abstenerse más del alcohol. Los primeros declararon tener menos conflictos mayores con la familia y otras personas y era más probable que estuvieran recibiendo asistencia social.

Wilkinson y Martin (1983) asignaron aleatoriamente a jóvenes consumidores de drogas múltiples (edad 16-30, M=22) a un programa de tratamiento por régimen de internado de una duración de cuatro a seis semanas y a un programa corto de tratamiento ambulatorio de tres sesiones distribuidas en un espacio de cuatro semanas. Cada tratamiento incluía seis semanas de seguimiento durante un período de 70 semanas. Todos los jóvenes podían participar en el estudio siempre y cuando no fueran psicóticos, tuvieran necesidad de fármacos psicotrópicos o sufrieran de problemas cognitivos graves y estuvieran dispuestos a aceptar el tratamiento en residencia o ambulatorio. Al principio se realizó una verificación de la disposición de los candidatos al estudio de aceptar el tratamiento ambulatorio, por día y en régimen de internado. A raíz de ello quedaron fuera dos terceras partes de los sujetos, de los cuales el 90% no estaba dispuesto a aceptar el tratamiento en residencia. Durante la evaluación, los sujetos indicaron que en promedio consumían seis clases de drogas y dos eran las causantes de problemas (Wilkinson et al., 1987 proporcionan una descripción detallada de la magnitud y el perfil del uso de drogas). El indicador compuesto del uso de drogas después del seguimiento de uno y dos años no reveló ninguna diferencia.

Sin embargo, los resultados de este último estudio fueron bastante complejos. Los sujetos fueron asignados, de manera aleatoria, al tratamiento en residencia o al tratamiento ambulatorio en dos comparaciones consecutivas. El tratamiento ambulatorio produjo resultados idénticos en las dos comparaciones. Por su parte, el contenido y la duración de los dos programas de tratamiento en residencia fueron idénticos a los del primer estudio, pero diferían en cuanto a la aplicación del sistema de créditos utilizado para alentar a los sujetos a avanzar en su terapia y a cumplir las reglas y los objetivos del programa. En un caso, los sujetos podían cambiar créditos por "agentes de reforzamiento" en función de la media de créditos obtenidos por el grupo, mientras que en otro caso, los sujetos podían cambiar todos

los créditos que habían obtenido de forma individual, independientemente de lo que hubieran obtenido los otros. Después de un seguimiento de uno y dos años, el indicador compuesto del uso de drogas permitió comprobar que los sujetos que siguieron la media del grupo obtuvieron mejores resultados que los otros. Por lo tanto, uno de los tratamientos en residencia parecía ser más eficaz que el otro o que el tratamiento ambulatorio. Sin embargo, al combinar los dos grupos tratados en residencia y compararlos con los del tratamiento ambulatorio, todos parecían tener el mismo grado de eficacia. Dado que no había ninguna diferencia en las actividades terapéuticas ni en la duración de los dos programas de tratamiento en residencia (sistemas de créditos de grupo e individual), el tratamiento en sí mismo no parecía ser una ventaja; la ventaja más bien parecía ser la influencia de la estrategia de reforzamiento de grupo utilizada en una de las condiciones del tratamiento en residencia.

Los resultados de dos estudios sobre el uso abusivo de drogas múltiples son coherentes con los de los estudios sobre el alcoholismo. Además, no se ha llegado a establecer que el uso de drogas múltiples sea un predictor fiable de resultados (Pekarik y Zimmer, 1992; McLellan et al., 1983; McLellan, Luborsky y O'Brien, 1986). En general, los resultados de estos estudios no apoyan la tesis de que los politoxicómanos son más susceptibles que los otros de requerir un tratamiento en residencia de mayor duración.

La falta de pruebas en favor del tratamiento en residencia no soslayan, de ninguna manera, la necesidad de prestarles ese tipo de atención a las personas sin estabilidad social o que padezcan de un estado de crisis profunda. Tampoco oculta los sentimientos de alivio que algunas familias podrían experimentar cuando uno de sus miembros con problemas graves de alcoholismo o toxicomanía se interna para recibir tratamiento. Sin embargo, en estos casos, ya sea de "crisis" o de "estabilización social", no se deben confundir los objetivos de tratamiento en residencia con los objetivos a largo plazo de la terapia "curativa". Normalmente, estos objetivos se pueden alcanzar de manera más rentable con la prestación de servicios de tratamiento ambulatorio, aun para los pacientes que puedan necesitar un lugar de apoyo para vivir durante un período corto o a largo de tiempo.



Principio
de mejor
práctica

(No. 9)

La investigación sigue confirmando la rentabilidad relativa del tratamiento ambulatorio en comparación con el tratamiento en un entorno residencial, sin excluir por ello, la necesidad de ciertos toxicómanos y alcohólicos de internarse en un medio de apoyo a corto o largo plazo. Sin embargo, aun estos pacientes se pueden beneficiar simultáneamente del tratamiento ambulatorio que se ofrece para la toxicomanía, alcoholismo y otros problemas.

c) Efecto de la duración del tratamiento

En lo que respecta a ciertos tratamientos, como el de la metadona, los resultados positivos claramente se asocian a la retención en el tratamiento. Sin embargo, es cierto que las intervenciones breves, como la terapia motivacional y un gran número de las intervenciones conductuales descritas anteriormente, pueden ser de provecho para ciertas personas con problemas de alcohol, sobre todo para las que llevan una vida estable y que acusan sólo una ligera dependencia. Por lo general, estas intervenciones constan de ocho sesiones individuales.

Las intervenciones cuestan poco y se pueden llevar a cabo en diferentes situaciones por profesionales no especializados en el tratamiento del alcoholismo y toxicomanías (p. ej., generalistas, agentes y vigilantes de libertad condicional, consejeros en orientación). Estas medidas permitirán un mayor acceso a estas intervenciones y podrían también aumentar las posibilidades de realizarlas en las primeras etapas del problema.

Sin embargo, sería una equivocación concluir que de las investigaciones se deriva que la mayoría de los alcohólicos y toxicómanos se beneficiarían de las intervenciones relativamente breves. Según Denis et al. (1996), las investigaciones demuestran que un tratamiento mínimo no puede ser eficaz. Además, junto con Drummond (1997), ambos impugnan la idea de que se pueden hacer generalizaciones y afirmar que los resultados de los estudios sobre las intervenciones de corta duración prueban que estas últimas son de provecho para todos los que tienen problemas de alcoholismo o toxicomanía. Asimismo, a Dennis et al. les preocupa que una mala interpretación de los resultados de las intervenciones de corta duración provoque la restricción injustificada de los servicios que se ofrecen a algunos pacientes y sostienen que lo que representaría un ahorro a corto plazo sería contrarrestado por importantes aumentos en otros costos a largo plazo. A Dennis et al. y Drummond les preocupa, en particular, la suerte de los pacientes que tienen múltiples problemas y cuyas necesidades son mayores que las que se tratan en la mayoría de las intervenciones de corta duración. Asimismo, Landry (1995), expresó su inquietud sobre la eficacia de las intervenciones para los alcohólicos y toxicómanos que padecen de problemas de salud mental.

Varios estudios controlados, en los que se comparan los tratamientos a corto y a largo plazo de los pacientes internados o no, han demostrado que son de una eficacia comparable (Page y Schaub, 1979; McCusker et al., 1995; Smart y Gray, 1978; Walker et al., 1983). Sin embargo, estos estudios no han establecido con claridad la duración máxima que deberían tener las intervenciones en alcoholismo y toxicomanía para ser eficaces; tampoco han determinado la duración mínima necesaria para producir resultados positivos.

En la práctica, claro está, son los pacientes quienes determinan la duración y la intensidad del tratamiento ya que, por lo común, pueden abandonarlo en cualquier momento o dejar de cumplir con las expectativas del terapeuta (p. ej., no faltar a las citas, tomar el medicamento, desarrollar las aptitudes). Por lo general, los índices de abandono e incumplimiento son bastante altos pero varían según los servicios y los pacientes (Baekeland y Lundwall, 1975). Los que abandonan el programa o no cumplen los objetivos establecidos por los terapeutas, no obtienen los mismos beneficios que los que sí los cumplen. Sin embargo, esto no se debe interpretar como prueba de que es mejor recibir más y no menos tratamiento, ya que es posible que los que completan el tratamiento de manera satisfactoria tengan mayor motivación que los otros. Esta explicación se apoya en parte en los resultados de los estudios no controlados que demuestran la existencia de una relación positiva entre la duración del tratamiento y los resultados obtenidos con alcohólicos y toxicómanos (Moos, Finney y Cronkite, 1990; De Leon y Jainchill, 1986; Simpson y Savage, 1980; Hubbard et al., 1989).



Principio
de mejor
práctica

(No. 10)

Las intervenciones de corta duración (de hasta ocho sesiones) parecen beneficiar a las personas socialmente estables y cuya dependencia del alcohol no sea muy aguda. Ciertos alcohólicos necesitan tratamiento a largo plazo, pero aún no se ha establecido la duración del tipo de tratamiento que sea rentable y eficaz. Un número de estudios ha demostrado que un tratamiento de corta duración puede ser tan eficaz como un tratamiento a largo plazo.

d) Influencia del post-tratamiento

El post-tratamiento es la etapa que sigue a la conclusión de un programa bien definido, con frecuencia en entorno residencial. El objetivo del post-tratamiento es la prevención de recaídas y puede consistir desde llamadas telefónicas hasta la intervención de un terapeuta o administrador de casos, o la celebración con regularidad de reuniones individuales o de grupo. En un número de programas de orientación en 12 etapas, los grupos del movimiento de AA son considerados como grupos de post-tratamiento.

Un número de estudios correlacionales, cuasiexperimentales y controlados han demostrado las relaciones positivas que existen entre la participación de los sujetos en el post-tratamiento y sus posibilidades de éxito tras el mismo (Costello, 1980; Ito y Donavan, 1986; Ahles et al, 1983; Bullock et al., 1987). Sin embargo, otros estudios no demostraron la existencia de ningún beneficio (Gilbert, 1988; Fitzgerald y Mulford, 1985; Braunstein et al., 1983; Ito, Donovan y Hall, 1988). La diferencia de los enfoques metodológicos adoptados por cada uno de estos estudios complica la comparación de sus resultados. Es posible que la eficacia de las diferentes estrategias de post-tratamiento varíe de acuerdo a las características de los sujetos tratados, pero no hay nada que confirme tal hipótesis. También cabe señalar que un aspecto del proyecto MATCH consistía esencialmente en proporcionar post-tratamiento ambulatorio a los pacientes después del tratamiento en entorno residencial (aunque con una población determinada) y demostró tener buenos resultados (Proyecto MATCH, 1997).

e) Sujetos

Un conjunto de estudios ha revelado diferencias en las características del consumo de sujetos que han obtenido buenos o malos resultados después de varios tipos de tratamiento (Ogborne, 1978; Ogborne, 1995b; Moos, Finney y Cronkite, 1990, Gerstein y Harwood, 1990; Institute of Medicine, 1990). Los mejores resultados se han asociado a los sujetos con un nivel de formación y clase social superiores, una mayor estabilidad y apoyo sociales, problemas de alcoholismo y de toxicomanía menos graves, que manifiestan una mayor motivación, demuestran un mejor funcionamiento psicopatológico y presentan múltiples características psicológicas específicas. Ciertos estudios han asociado el sexo y la edad a la superioridad o a la inferioridad de los resultados, en tanto que otros no les han encontrado ninguna relación.

Landry (1995) considera que de todas las características del sujeto, la gravedad de sus problemas psiquiátricos, su situación laboral y sus problemas jurídicos son los factores que ejercen la mayor influencia en los resultados del tratamiento, mientras que la gravedad y duración del consumo de sustancias psicotrópicas constituyen los factores menos importantes.



Principio
de mejor
práctica

(No. 11)

Se han obtenido mejores resultados con sujetos que tenían menos problemas y más recursos. Esto confirma la necesidad de identificar y desarrollar las intervenciones más eficaces para los pacientes que, en un momento dado, presentan un pronóstico muy desalentador.

f) Terapeutas y otros factores del programa

Los perfiles y las consecuencias del uso del alcohol y de otras drogas son influidas por factores personales y ambientales. Estos factores también influyen en el cambio de conducta, respecto al consumo de alcohol y otras drogas, entre los usuarios que desarrollan problemas asociados a tal consumo. Por tanto, es probable que estos factores también influyan en los resultados de los tratamientos. Los factores ambientales no específicos del tratamiento, como las características del terapeuta, podrían influir de la misma manera en el progreso de los sujetos y en los resultados de su tratamiento. Se puede en fin suponer que los sujetos podrían reaccionar mejor con ciertos tipos de tratamiento y de terapeutas que con otros y que se obtendrán mejores resultados cuando se logre establecer una mejor correspondencia entre el sujeto, el terapeuta y el tratamiento.

Un cúmulo de datos indica que el terapeuta ocupa un lugar significativo en los resultados obtenidos. Un análisis de la documentación realizado por Najavits y Weiss (1994) reveló que un factor constante es que los mejores resultados coinciden con la presencia de terapeutas que poseen sólidas cualidades interpersonales tales como la empatía y que son capaces de establecer una "alianza terapéutica" con los clientes. Esta observación corresponde a las conclusiones de Hester (1995) derivadas de los resultados de estudios consagrados al tratamiento para el autocontrol conductual. Hester llegó a la conclusión de que los sujetos atendidos por terapeutas que demostraban tener poca empatía obtenían resultados inferiores a los de los sujetos de los grupos autónomos, mientras que los sujetos atendidos por terapeutas con altos

niveles de empatía obtenían mejores reacciones que los de los grupos autónomos. No se ha demostrado que la experiencia y la formación del terapeuta sean elementos que influyan, de manera constante, en el progreso de los sujetos (cf. Miller, Taylor y West, 1980; Sanchez-Craig et al., 1991). A la luz de lo anterior, es interesante señalar que los estudios sobre la psicoterapia suscitan dudas en cuanto a la relación entre la formación del terapeuta y la eficacia del tratamiento (Rocheleau, 1995; Christensen y Jacobson, 1994).



Principio
de mejor
práctica
(No. 12)

La administración de un tratamiento apropiado por terapeutas competentes, con sólidas cualidades de comunicación interpersonal, como la empatía y la capacidad de forjar una alianza terapéutica con sus pacientes, aumenta las posibilidades de obtener resultados positivos en el tratamiento.

En la práctica, los programas de tratamiento con objetivos similares podrían presentar importantes diferencias en otras áreas. Sus diferencias podrían radicar en la experiencia y competencia de su personal lo mismo que en la gama y calidad de los servicios que ofrecen. Las diferencias en las características de organización, la moral del personal y el ambiente en general son comunes en los servicios de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía.

El informe del *Institute of Medicine* (1990) subraya que los siguientes elementos contribuyen al éxito del tratamiento de corta duración: retroalimentación motivacional, consejos o directrices precisos para la realización del cambio, un enfoque empático que favorezca la eficacia personal y la percepción de contar con opciones.

Más recientemente, Landry (1995) examinó trabajos de investigación pertinentes a la influencia de las diferentes características de los programas en el éxito de los pacientes y concluyó que los programas más fructuosos comparten ciertas características: flexibilidad, gestión individual de casos relativos a las necesidades del individuo, financiamiento adecuado, medidas integradas del rendimiento de los programas, así como la rápida aplicación de medidas correctivas. Por otro lado, los programas con resultados mediocres tienden a ser impersonales y rígidos.

Según Waltman (1995), el tratamiento eficaz se distingue sobre todo por: la facilidad de acceso a los servicios de atención, la flexibilidad del tratamiento, la participación de la familia, un buen nivel de competencia de los terapeutas, la toma en cuenta de las particularidades de los pacientes, la responsabilidad del paciente de mantenerse sobrio, la precisión de los métodos terapéuticos y el seguimiento después del tratamiento. Waltman también atribuye la eficacia del tratamiento a la motivación de los pacientes

g) Tratamiento obligatorio⁴

Como resultado de la aprobación de un reciente proyecto de ley federal (C-41) y de la inquietud general en cuanto a la eficacia de encarcelar a los infractores con problemas de alcohol y de otras drogas, la cuestión del tratamiento obligatorio ha vuelto a suscitar interés en el país al igual que en los Estados Unidos. Los promotores del tratamiento obligatorio invocan como defensa de su postura la reincidencia, los costos, la salud pública y la reducción de daños. Gostin (1991), por ejemplo, sugiere que el tratamiento constituye un medio más rentable y más eficaz que la encarcelación para reducir los daños asociados al uso abusivo de drogas y del alcohol, tanto para el individuo como para la sociedad.

La gran mayoría de las investigaciones consagradas al tratamiento obligatorio de la toxicomanía y del alcoholismo es de naturaleza no empírica. El mejor apoyo de la eficacia del tratamiento obligatorio que se encuentra en la documentación empírica actual proviene de una serie de evaluaciones realizadas para los heroínómanos por el *California Civil Addict Program*. Estos estudios indican que las órdenes de encarcelación (p. ej., tratamiento obligatorio), paralelas al tratamiento de mantenimiento con metadona, pueden contribuir a reducir el uso de drogas y los índices de delincuencia reincidente (Anglin, 1988; Anglin, Brecht y Maddanian, 1989). Sin embargo, parece que estos efectos se limitan a la duración del control de la conducta de los sujetos. Un número de análisis de estudios empíricos sobre el tema (Miller, 1985; Rotgers, 1992; Weisner, 1990; Wild et al., 1995) subrayan que no existe ninguna relación claramente definida entre el hecho de que un tratamiento sea obligatorio y su resultado.

Una parte significativa de la documentación en esta área supone que la coacción y el origen de las referencias a otros servicios son conceptos intercambiables, o bien, que el origen de la referencia implica directamente coacción. Esto corresponde a la definición institucional o administrativa de coacción. Desde ese punto de vista, los clientes coaccionados tendrán como fuente de referencia los tribunales, la familia, las agencias y otras fuentes por el estilo, mientras que los clientes que no han sido coaccionados se "presentan" ellos mismos. De hecho, casi todos los estudios empíricos que analizan la eficacia del tratamiento obligatorio del alcoholismo y de la toxicomanía han adoptado esta definición. En consecuencia, para inferir la eficacia del tratamiento obligatorio, todo lo que han hecho los estudios efectuados sobre el tema ha sido comparar los casos de "referencia judicial" con los casos "autodirigidos". Desafortunadamente, el origen de la referencia no corresponde precisamente con los procesos psíquicos pertinentes al tratamiento obligatorio, como la motivación, el interés, el cumplimiento del programa, etc. Por ello, Wild, Newton-Taylor y Alletto (1998) sostienen que para tener una verdadera evaluación del impacto del tratamiento obligatorio del alcoholismo y de la toxicomanía, es necesario evaluar por separado el origen de la referencia y las percepciones de coacción de los sujetos. Asimismo, en un estudio de demostración, Wild et al. (1998) demostraron que el 37% de los sujetos que se inscribieron en un programa antidrogas como "autodirigidos" informaron haber sido coaccionados a hacerlo y que el 35% de los casos de "referencia judicial" no declararon sentirse obligados al respecto.

⁴ Esta sección fue redactada por el Dr. Cameron Wild de la Addiction Research Foundation Division of the Centre for Addiction and Mental Health.

Estos datos indican que el origen de la referencia no demuestra ninguna correspondencia precisa o única con la impresión del cliente en el sentido de que el tratamiento es una imposición coactiva. Además, estos resultados ponen de manifiesto otras dos limitaciones importantes de la investigación actual. En primer lugar, los estudios que intentan deducir la preponderancia del tratamiento obligatorio calculando el número de sujetos enviados desde diversas fuentes (véase el análisis de Weisner, 1990), probablemente han obtenido cálculos inexactos ya que no existe ninguna garantía, por ejemplo, de que las personas que fueron objeto de una referencia judicial hayan percibido el tratamiento como una imposición coactiva. En segundo lugar, el valor de los estudios sobre la eficacia del tratamiento obligatorio (examinados por Miller, 1985; Rotgers, 1992; Weisner, 1990) corrió el riesgo de ser seriamente desacreditado. Específicamente, por que la mayor parte de estos estudios ha comparado los resultados entre los clientes agrupados según el origen de la referencia y no midieron directamente las impresiones de coacción de los clientes; es posible que estas no hayan sido evaluadas correctamente. Si así fue, es posible que también se haya comprometido el valor de las pruebas de la eficacia del tratamiento obligatorio y que los enunciados formulados en cuanto a la legitimidad del tratamiento obligatorio tengan un fundamento empírico inestable.

Sin embargo, también vale la pena señalar que respecto a la cuestión de conducir en estado de ebriedad, la documentación demuestra un número reducido, pero significativo, de efectos positivos producidos por el modelo mixto educación-tratamiento (Wells-Parker et al (1995).



Principio
de mejor
práctica

(No. 13)

Ciertas pruebas confirman la eficacia del tratamiento obligatorio prescrito por los tribunales en el caso de heroinómanos y de la gente que conduce en estado de ebriedad. Sin embargo, es ambigua la documentación general sobre la eficacia de este tipo de tratamiento. Por tanto, sería inexacto concluir que los clientes sometidos a tratamiento obligatorio no reúnen la idoneidad de otros para las terapias.

4. Poblaciones especiales

a) Observaciones generales

Si bien quedan por confirmarse las pruebas que respalden el apareamiento sujeto-terapia, es posible que ciertas poblaciones o subgrupos de la población se beneficien proporcionándoles atención especial en razón de sus características o porque los programas generales no satisfagan sus necesidades de forma adecuada. De ahí que, durante muchos años, se han concebido programas de tratamiento destinados específicamente a responder a las necesidades de las "poblaciones especiales", y los cuales se fundamentan en un conjunto de características comunes que se estima son aptas para atraer y motivar a los clientes y para que estos cumplan con el tratamiento. Sin embargo, existen muy pocos trabajos científicos que permitan demostrar que estos programas de tratamiento especiales contribuyen a mejorar los resultados que obtienen los sujetos de las poblaciones especiales.

El *Institute of Medicine* (1990) define las poblaciones especiales haciendo una distinción entre las características estructurales y funcionales. Las primeras definen una población dada desde el punto de vista demográfico, ya sea por una característica fija (sexo, raza, etnia) o por una característica variable (edad). Las características funcionales agrupan los elementos sociales, clínicos o jurídicos comunes en un grupo de personas, aunque ellas mismas no se perciban como parte de un grupo (p. ej., las personas sin vivienda, las que sufren de alcoholismo o de toxicomanía de manera paralela a un trastorno psíquico, los reclusos, los que conducen en estado de ebriedad, o las personas que comparten un mismo diagnóstico como el SIDA). Una de las dificultades para definir las poblaciones especiales se deriva del hecho de que los individuos poseen muchas características estructurales y funcionales que deben tomarse en cuenta al momento de planificar el tratamiento (p. ej., una adolescente que también tenga un diagnóstico de trastornos psíquicos).

Según Landry (1995), son pocos los estudios que demuestran una incidencia significativa del tratamiento fundamentado en las características estructurales o funcionales. No obstante, en Canadá, a menudo se establecen disposiciones particulares para los tratamientos o los servicios auxiliares dirigidos a mujeres, adolescentes, personas de la tercera edad, personas seropositivas y las que padecen de trastornos psíquicos.

Las medidas propuestas para estas poblaciones normalmente contribuyen a incrementar sus oportunidades de obtener ayuda mediante una combinación de los siguientes factores: una mayor sensibilización de la gente respecto a los servicios de ayuda informal, como los programas de autoayuda o los grupos de apoyo mutuo y el material de autoaprendizaje y facilitarles el acceso a los mismos, favorecer una mayor participación en los servicios comunitarios en general, en la identificación y apoyo de los clientes que padecen de problemas de abuso de drogas, facilitar el acceso a los servicios especiales, mediante esfuerzos de extensión. La gestión eficaz de casos es particularmente importante para asegurar la satisfacción de las necesidades únicas y, con frecuencia múltiples, de estas poblaciones.

b) Mujeres

En su informe sobre estudios realizados a lo largo del decenio anterior, el *Institute of Medicine* (1990), ha corroborado las conclusiones de los análisis anteriores consagrados a los resultados de tratamientos. Estos análisis han señalado que existe relativamente poca información sobre la cual fundamentar intervenciones específicas que les proporcionen a las mujeres alcohólicas mejores oportunidades de obtener resultados positivos en su tratamiento. Landry (1995) señala que los pocos estudios disponibles sobre el tema han concluido, de manera general, que los hombres y las mujeres adultas que sufren de alcoholismo, tratados en grupo en el contexto de un mismo programa, obtienen resultados análogos. Sin embargo, las conclusiones son menos claras en lo que respecta a otras drogas, excluyendo el alcohol. Parece que han sido muy pocos los trabajos de investigación acerca de la eficacia de diferentes tipos de tratamiento concebidos específicamente para mujeres.

Lightfoot et al. (1996) efectuaron un análisis de estudios consagrados al tratamiento del alcohol y de la toxicomanía en las mujeres, centrándose especialmente en los cinco años precedentes. La mayoría de los 211 estudios examinados eran descriptivos, siete (2%) examinan específicamente los efectos del tratamiento en las mujeres a partir de ensayos aleatorios y 7 con asignación no aleatoria o tratamientos comparativos. Tres de los ensayos aleatorios tratan sobre el abandono del tabaco y produjeron resultados mixtos. Dos estudios establecieron comparaciones entre los hombres y las mujeres en tres tratamientos cognitivos conductuales de corta duración. Estos estudios han demostrado que las mujeres reaccionaron mejor que los hombres con la utilización de un manual o directrices breves, pero no encontró ninguna diferencia en el contexto del tratamiento con terapeuta (Sanchez-Craig et al., 1989; Sanchez-Craig, Spivak y Davila, 1991). En los otros dos estudios participaron exclusivamente mujeres; el primero verificó los diferentes métodos de prevención de recaídas en alcohólicos crónicos y sólo reveló pocas diferencias (Watzl et al., 1988). Por su parte, el segundo estudio consistió en comparar 100 mujeres, que asistían a una clínica especializada para mujeres, con 100 mujeres participando en un programa estándar. Este estudio reveló, en el seguimiento, menos problemas sociales y de alcohol en el grupo que participaba en la clínica, (Dahlgren y Willander, 1989).

El objetivo de los estudios no aleatorios o comparativos era resolver las cuestiones en torno a las necesidades de las mujeres en tratamiento. Cuatro de estos estudios se ocupaban de otras drogas, excluyendo el alcohol. Los dos más importantes consideraron el costo del consumo abusivo de múltiples drogas (Anderson, 1986) y las consecuencias de abandonar el tratamiento de mantenimiento con metadona (Anglin et al., 1989). El primer estudio ha demostrado que las mujeres ingresadas a la sala de urgencias del hospital y que recibieron atención personalizada y visitas de familiares, consumían menos drogas y suponían costos socioeconómicos menores que las que no recibieron ninguna visita familiar. En el segundo estudio, Anglin, Brecht y Maddanian (1989) confirmaron que las mujeres enfrentaban menos dificultades que los hombres tras concluir el tratamiento con metadona.

La documentación sobre el tratamiento de las mujeres se compone principalmente de estudios clínicos y descriptivos que se centran en lo siguiente: terapia familiar; terapia de grupo; de preferencia que el tratamiento no incluya hombres; de preferencia terapeutas de género femenino y no masculino (Institute of Medicine, 1990). Estas opciones aún no han sido

verificadas por ensayos clínicos controlados, de modo que no existe ninguna indicación en cuanto a su eficacia. Sin embargo, los médicos clínicos siguen afirmando que las necesidades de las mujeres en materia de tratamiento difieren de las de los hombres y las siguientes observaciones están bien documentadas (Lightfoot et al., 1996):

- El alcoholismo y la toxicomanía en las mujeres son objeto de un mayor estigma que el alcoholismo y la toxicomanía en los hombres, suscitan una mayor resistencia por parte de los miembros de la familia y de los amigos, es mayor el número de consecuencias negativas en cuanto a su tratamiento (responsabilidades familiares, falta de guarderías, pérdida de empleo, la cólera del cónyuge, pérdida de amistades, etc.).
- Una pequeña proporción tanto de hombres como de mujeres, consultan los servicios especializados, pero parece ser que las mujeres acuden en menor número. Sin embargo, tal como ya lo hemos observado, la probabilidad de atribuir sus síntomas a la ansiedad o a la depresión y de recurrir, por tanto, a los profesionales de salud mental, es mayor en las mujeres alcohólicas que en los hombres. Este es el caso de las que sufren simultáneamente de trastornos psíquicos.
- Cuando los problemas son múltiples, las mujeres también prefieren utilizar redes informales de apoyo.
- Los programas de ayuda para los empleados son menos susceptibles de identificarlas y de dirigir las a los servicios pertinentes.
- Las mujeres prefieren los servicios de tratamiento que proporcionan una gama de programas y servicios complementarios, tales como el tratamiento para niños y el post-tratamiento.
- Las mujeres prefieren los servicios ambulatorios a los servicios en régimen de internado.
- Las mujeres prefieren los tratamientos que proporcionan servicios de guardería.
- Es mayor el número de mujeres que utiliza los servicios especializados cuando ofrecen ayuda paralela, como atención durante el embarazo y después del parto, orientación sobre el consumo de medicamentos recetados y orientación en materia jurídica y profesional, lo mismo que sobre el maltrato a menores y la agresión sexual.
- Las mujeres prefieren tratamientos que les permitan al mismo tiempo adquirir una formación profesional, tomar cursos sobre reafirmación personal y desarrollo de competencias parentales.
- Las mujeres aprecian los servicios de apoyo, tales como los de transporte y los de extensión.
- Los obstáculos al tratamiento de las mujeres son los mismos que los que con frecuencia conducen al abandono del programa antes de concluir el tratamiento.

Es necesario realizar más investigaciones acerca de la relación entre las experiencias de la vida y el abuso de sustancias psicotrópicas en la mujer a fin de proporcionarles el tratamiento apropiado. Existe una enorme cantidad de información que demuestra que la victimización, en particular la agresión sexual, puede ser un factor causal en el desarrollo de la toxicomanía o del alcoholismo en la mujer. Los investigadores canadienses Groeneveld y Shain (1989) concluyeron que las mujeres que habían sido agredidas sexualmente durante su infancia o en su vida de adultas, eran por lo menos dos veces más numerosas, en cuanto a la ingesta de fármacos para tranquilizarlas o ayudarlas a dormir, que las que no habían sido agredidas.



Principio
de mejor
práctica
(No. 14)

Si bien no existen suficientes investigaciones que demuestren la superioridad de un tipo de tratamiento sobre otro en lo que respecta a las mujeres, es sumamente urgente eliminar los obstáculos que obstruyen el tratamiento y proporcionar una gama de modificaciones y servicios de apoyo (p. ej., armonización del calendario de tratamiento con el calendario escolar de los niños, utilización de material autodidáctico, prestación de servicios de guardería, transporte) y proporcionar servicios auxiliares específicos (p. ej., atención durante el embarazo y servicios afines, orientación en materia de agresión sexual, aprendizaje de competencias parentales y ayuda profesional).

c) Jóvenes

La adolescencia es una etapa marcada, a menudo, por la ansiedad y la confusión. Durante esta etapa, en la que los jóvenes se esfuerzan por encontrar su identidad personal y establecer sus propios valores, ocurren rápidas transformaciones en su desarrollo físico e intelectual. Los adolescentes consumen, tal vez menos tabaco y alcohol que los adultos, pero es mayor su consumo de drogas como el cannabis, la cocaína y el crack (Smart, 1993). Según las investigaciones, los adolescentes que padecen problemas de alcoholismo y toxicomanía, con frecuencia también tienen problemas en otras áreas de su vida (Harvey-Jansen, 1995). Estos problemas afectan importantes aspectos de su vida, especialmente la familia, los estudios o el trabajo, la salud física y psíquica, las relaciones sociales y las actividades de esparcimiento. Es probable que ya tengan problemas antes de empezar a consumir drogas o que surjan a partir del consumo de éstas. Además, puede ser que los problemas de alcohol y de drogas y los que existan en otras áreas de la vida, se refuercen mutuamente.

Las investigaciones indican, sistemáticamente, que la asociación con sus pares y los factores familiares influyen considerablemente en el consumo de sustancias psicotrópicas por parte del adolescente. Es cada vez más convincente el punto de vista de que las malas condiciones sociales, los sucesos estresantes de la vida, las presiones sociales y la violencia física o sexual son algunos de los principales factores en el desarrollo del uso abusivo de sustancias psicotrópicas, particularmente en las mujeres jóvenes (Lundy, Carver y Pederson, 1996).

A pesar de existir importante documentación sobre esta población, es poca la información sólida que indique la mejor manera de tratar a los adolescentes con problemas de alcohol y de drogas. En general, las investigaciones sugieren que es mejor recibir tratamiento que no recibirlo (Landry, 1997).

Existen pocos estudios controlados sobre evaluación de resultados que comparan las diferentes modalidades de tratamiento para los jóvenes. En el contexto de un análisis que realizó Wilkinson y Martin (1991), sólo se identificaron tres estudios canadienses sobre la eficacia de los tratamientos. Estos investigadores han concluido que el contenido del tratamiento era más importante que la duración y el lugar donde se obtenía. En uno de los estudios que compararon el tratamiento en régimen de internado con el tratamiento ambulatorio y que utilizaban las mismas medidas de evaluación de resultados antes y después del tratamiento, Wilkinson y LeBreton (1986) confirmaron que la presión de los pares constituyó un importante factor en el éxito del tratamiento, pero no encontraron ninguna diferencia entre los tratamientos ambulatorios y los tratamientos en un entorno residencial.

De acuerdo con un análisis de la documentación entre 1980 y 1993, efectuado por Harvey-Jansen (1995), alrededor del 30% de los pacientes tratados (incluyendo los que no habían terminado su tratamiento) se encontraban en un estado de abstinencia en la etapa de seguimiento. Los resultados a largo plazo son menos seguros, registrándose normalmente altos índices de recaídas. Cuando se determina que el resultado que se persigue es lograr una disminución en el uso de sustancias psicotrópicas, en vez de un estado de abstinencia, el índice de mejoría en un período más largo de seguimiento se sitúa comunmente alrededor del 65%. Los estudios han descubierto que los sujetos que reaccionan mejor, generalmente: son mujeres, declaran tener menos años consumiendo drogas o alcohol; ellos mismos deciden obtener tratamiento, están realizando estudios.

La experiencia clínica propone que los programas de mayor beneficio para los jóvenes son los que ofrecen: métodos flexibles que se adaptan a las necesidades del adolescente, las terapias familiares y conductuales, la disponibilidad de escuelas para los que la han abandonado, orientación profesional, servicios de esparcimiento, orientación en materia de sexualidad, colaboración de la familia o el apoyo de una persona de confianza, atención continua.

En 1988 se desarrolló en Alberta un sistema de tratamiento de adolescentes para jóvenes de 12 a 17 años. El servicio brinda tratamiento a aproximadamente 1500 adolescentes al año, en 25 centros repartidos por toda la provincia. Los objetivos que se persiguen es ayudar a los adolescentes a alcanzar un estado de abstinencia, proporcionar información sobre el uso de drogas e inculcarles las cualidades necesarias para la toma de decisiones, mejorar la calidad de sus relaciones familiares y sociales y apoyar a las familias a lo largo del proceso del tratamiento y seguimiento. De acuerdo a una reciente evaluación de este programa, parece ser que los adolescentes que participaron en el tratamiento padecían problemas de politoxicomanía desde hacía bastante tiempo, sufrían consecuencias perjudiciales y atravesaban por una serie de dificultades en muchos aspectos de su vida personal. Sus tasas de éxito al finalizar el tratamiento eran similares a las de otras evaluaciones, 69% se abstenían o habían reducido su consumo después de tres meses y 56% habían mejorado su vida personal (Harvey-Jansen, 1995).

Los resultados son menos favorables cuando los jóvenes siguen tratamientos concebidos para adultos. Dado que la mayor parte de los programas de tratamiento general se dirigen esencialmente a los hombres adultos con problemas relativamente graves, es necesario realizar un número considerable de modificaciones para que respondan a las necesidades de los jóvenes. Upfold (1997) advierte que las estrategias de evaluación, los métodos y los objetivos de tratamiento deben corresponder a la edad y al estado de desarrollo del sujeto (p. ej., al

principio, a mediados o al final de la adolescencia) y fundamentarse en sólidos conocimientos de las transformaciones físicas, afectivas y cognitivas del adolescente.

Los jóvenes de la calle constituyen un subgrupo de la población adolescente. Es difícil realizar una evaluación cuantitativa de esta población en Canadá ya que sus dimensiones cambian constantemente. No se cuenta con evaluaciones fiables en cuanto al número de jóvenes de la calle debido a la naturaleza transitoria de este grupo (Zdanowicz, Adlaf, Smart, 1993).

A los jóvenes de la calle se les considera un grupo de alto riesgo por diversas razones, incluyendo su modo de vida. Aunque no conformen un grupo homogéneo, su común denominador es su gran consumo de sustancias psicotrópicas y los riesgos serios de infección de VIH y hepatitis C. Según varios estudios, la mayoría de los jóvenes de la calle han consumido cannabis en algún momento dado, y sus índices de consumo de otras drogas, como la cocaína, el crack y el LSD, son de 5 a 15 veces mayores que los índices establecidos para todos los jóvenes (Smart, 1993). El tratamiento eficaz de los jóvenes de la calle, con frecuencia no es estructurado, se encuentra coordinado por los servicios de gestión de casos, y comprende servicios de extensión, con intervenciones ligeramente estructuradas y de apoyo. La gestión de casos es crucial debido a la renuencia de los jóvenes a utilizar los servicios y a la multiplicidad de sus problemas (Martin, 1990). Sin embargo, la adopción de un nuevo modo de vida (p. ej., la obtención de vivienda adecuada a largo plazo) a menudo marca el fin de su consumo excesivo de drogas y alcohol.

Smart (1993) describe los diversos cambios que habían ocurrido en los tipos de tratamiento que existían para los jóvenes toxicómanos en los 10 años anteriores:

- Es mayor el número de jóvenes alcohólicos y toxicómanos que participan en todo tipo de tratamiento.
- Los datos indican que está aumentando el porcentaje de mujeres en tratamiento y disminuyendo la edad promedio.
- Ha aumentado el número de casos de uso abusivo de cocaína y de narcóticos que requieren de tratamiento, mientras que han disminuido los casos de alcohol, cannabis⁵ y tranquilizantes. No se observa ningún cambio significativo en el número de casos relativos a los alucinógenos o solventes.
- Las comunidades terapéuticas se están transformando con el fin de incluir a clientes con otros problemas y no exclusivamente a los de dependencia de drogas o alcohol.
- Actualmente se prefieren los programas ambulatorios de carácter comunitario, en vez de los que se ofrecen en régimen de internado.

⁵ Desde la realización de este análisis, diversos estudios canadienses han demostrado que en este país se ha registrado un incremento en el consumo de cannabis y de los problemas que conlleva su uso (Adlaf et al. 1995; Poulin, 1996), salvo en Ontario, donde el nivel de consumo se ha estabilizado (Adlaf et al. 1997).

Tras realizar un análisis de la documentación existente, el *Institute of Medicine* (1990) ha concluido que para mejorar el tratamiento de los jóvenes es preciso considerar un número de cuestiones:

- La falta de precisión y de consenso en cuanto a la definición del uso abusivo del alcohol en los jóvenes;
- La concepción de estudios clínicos que comparen los distintos métodos de tratamiento recomendados como resultado de las experiencias clínicas;
- Las inquietudes por la sobreexplotación de programas de tratamiento en regimen de internado;
- El desacuerdo en cuanto a la necesidad de prestar tratamiento para el alcoholismo y la toxicomanía o tratamiento centrado en el alcohol;
- La controversia en cuanto a la necesidad de prestar servicios e instalaciones de acuerdo a la edad.



Principio
de mejor
práctica
(No. 15)

La modalidad de tratamiento que parece convenir a los adolescentes es la que se adapta a las necesidades individuales. Los principales elementos de los programas comprenden la terapia familiar, "counselling" en habilidades conductuales, el apoyo de la familia, de los pares y el post-tratamiento. También se consideran importantes los servicios auxiliares, como la disponibilidad de escuelas para los que dejan de asistir, la orientación profesional, los servicios de esparcimiento, el desarrollo psicológico, el "counselling" en caso de crisis y la orientación en materia de sexualidad.

d) Personas de la tercera edad

El alcohol es el psicotrópico de mayor consumo entre las personas de 65 años de edad o mayores. Aunque su consumo de alcohol y de tabaco es menor que el de grupos de menor edad, el uso de fármacos prescritos es mayor, sobre todo entre las mujeres. Según la Encuesta sobre el alcohol y otras drogas en Canadá (1994), el uso de sedantes, somníferos y antidepresivos que se obtienen con receta aumenta con la edad, 27,4% de las personas de 65 años de edad o mayores toman por lo menos un medicamento. Esto tal vez se deba al hecho de que el uso de estas drogas por lo general se considera normal, mientras que el consumo de alcohol por la mujer sigue siendo mal percibido por la sociedad (Graham, Carver and Brett, 1996).

Otro de los problemas del alcoholismo y de la toxicomanía, es que las personas de la tercera edad a veces enfrentan una serie de dificultades en la vida cotidiana, como las tareas del hogar, la atención personal, el transporte y el ir de compras. Un considerable número de ellas ha sufrido pérdidas de familiares y por lo tanto viven aisladas, con dificultades financieras o han sido maltratadas por miembros de su familia. Con frecuencia les duele reconocer que tienen problemas de alcoholismo o toxicomanía y muy rara vez solicitan ayuda. Por lo tanto, de las personas que necesitan ayuda, son pocas las que se registran en programas de tratamiento, ya que son los servicios de salud o los servicios sociales los que las identifican.

Se ha señalado que las personas de la tercera edad con problemas de alcohol, a diferencia de los adultos menores de 65 años, tienen índices de deficiencia cognitiva superiores, un consumo máximo de alcohol menor, una mayor necesidad de beber antes del desayuno, una mayor dificultad para dejar de beber y problemas médicos más graves (Graham et al., 1989). Debido a los efectos del proceso de envejecimiento, las personas de edad avanzada son más sensibles a los efectos del alcohol y de las drogas a niveles menores de consumo y, por lo tanto, corren el riesgo de sufrir efectos más adversos que las poblaciones de menor edad. Los problemas de alcohol y de drogas por lo general vienen acompañados de múltiples o graves complicaciones médicas, las cuales son ocasionadas o agravadas por su consumo.

Se han establecido dos subgrupos de personas de la tercera edad con problemas de alcohol, con etiologías y pronósticos diferentes. Aproximadamente dos terceras partes comienzan a beber en su juventud. Por lo común cuentan con extensos antecedentes de alcoholismo, a veces sufren de trastornos físicos graves y con frecuencia presentan un pronóstico poco alentador. Los que tienen un consumo tardío, por lo general lo hacen después de un acontecimiento trágico y su pronóstico es mejor (Institute of Medicine, 1990). Graham et al. (1989) consideran que el término “consumo tardío” es demasiado ambiguo, sobre todo porque dichas persona podrían empezar a beber a la edad de los cuarenta. El segundo subgrupo reúne a los bebedores en los que el alcoholismo representa ciertos peligros en razón de la interacción de las diferentes drogas que consumen. Además, Baron y Carver (1997) han dividido el alcoholismo entre las personas de la tercera edad en cuatro etapas. La etapa preliminar: el individuo bebe moderadamente en actividades sociales, pasando después al consumo que realiza para afrontar el estrés. La etapa aguda: el individuo muestra síntomas asociados al consumo actual de alcohol o a la retirada del mismo o de otras drogas. La etapa crónica: el individuo presenta trastornos físicos, psíquicos o sociales permanentes asociados al alcohol. La etapa de recuperación: el individuo reduce su consumo a niveles inocuos.

Generalmente se reconoce que los programas de tratamiento convencionales no son los adecuados para las personas de la tercera edad. Estas personas pueden tener dificultades para salir de casa y acceder a los programas de tratamiento y tal vez no estén preparados para proponerse como objetivo el lograr un estado de abstinencia o de uso reducido. Es posible que el ritmo y el contenido del programa no sean convenientes para ellos. Por lo tanto, la mejor manera de intervenir en sus casos es proporcionando el tratamiento en un medio comunitario y planteando los problemas en el contexto más amplio de los servicios de salud y de las actividades cotidianas (Martin, 1990; Baron y Carver, 1997). Las características de los pronósticos más desalentadores comprenden los trastornos físicos crónicos, la comorbilidad psíquica, las costumbres familiares en cuanto al consumo de alcohol y el aislamiento (Institute of Medicine, 1990).

Apoyando la tesis de que las modalidades de tratamiento no convencionales son más prometedoras que las otras, el proyecto de ayuda comunitaria para las personas de la tercera edad COPA (Graham et al., 1995) ha concluido que el tratamiento eficaz de este grupo se caracterizaba por los siguientes elementos:

- Servicios de extensión – los consejeros asisten al domicilio del cliente;
- La ausencia de confrontación: no es un elemento esencial del tratamiento que la persona tratada reconozca que tiene un problema.

- Tratamiento holístico: el objetivo general de COPA se centraba en la calidad de vida y en el mantenimiento de la autonomía.

El enfoque de COPA, era flexible y se centraba en el cliente, y comprendía algunos o todos los siguientes elementos: “counselling” e intervención en casos de crisis del alcohólico de edad avanzada, orientación y counselling para la familia, en nombre del cliente defender y coordinar sus intereses con otros organismos.

La evaluación ha demostrado que este enfoque es muy eficaz para atraer a las personas de la tercera edad a solicitar tratamiento. Alrededor de las tres cuartas partes de los participantes registraron por lo menos cierta mejoría, situación que tendía a estabilizarse con el transcurso del tiempo.



Principio
de mejor
práctica
(No. 16)

Con frecuencia las personas de la tercera edad se muestran reacias a reconocer que tienen problemas de alcoholismo o de toxicomanía y se resisten a acudir a los servicios especializados en busca de ayuda. Son más eficaces las intervenciones comunitarias que se proporcionan integradas en el contexto general de la atención a la salud y de las actividades cotidianas, utilizando un método flexible, holístico y centrado en el cliente.

e) Toxicómanos y alcohólicos con trastornos psíquicos

Los clientes en tratamiento por trastornos psíquicos sistemáticamente presentan mayores índices de consumo de alcohol y otras drogas y problemas afines que la población en general. Las personas con trastornos psíquicos graves corren el riesgo, en particular, de tener problemas por abuso de sustancias psicotrópicas. Según el *Epidemiological Catchment Area Study* efectuado en los Estados Unidos (Regier et al., 1990) y el cual evaluó los trastornos psíquicos y de toxicomanía de más de 20.000 personas de la comunidad y de diversos centros institucionales, las personas con esquizofrenia y una afección bipolar eran, respectivamente, cuatro y más de cinco veces más susceptibles que las personas de la población en general, de que hubieran padecido un trastorno por alcoholismo y toxicomanía.

En un estudio sobre el tratamiento de personas que sufren a la vez de alcoholismo o de toxicomanía y de enfermedades mentales, Meuser, Drake y Miles (1996) observaron que las que padecen simultáneamente de trastornos psíquicos y toxicomanías graves generalmente muestran:

- Un aumento en la incidencia de recaídas y de rehospitalización;
- Un aumento en la incidencia de casos de depresión, suicidio y violencia;
- Mayor inestabilidad en su vivienda y la falta de ésta;
- Incumplimiento de los regímenes de fármacos y otros tratamientos;
- Mayor riesgo de infección de VIH;

- Una mayor carga para la familia;
- Un mayor uso de los servicios al igual que mayores costos.

Los problemas de alcoholismo y de toxicomanía entre las personas que padecen de enfermedades mentales con mayor frecuencia se asocian a cuestiones tales como la administración presupuestal y vivienda estable y son menos susceptibles de aparecer en las evaluaciones estándar de toxicomanía y de alcoholismo. Aun cuando estén en una etapa avanzada en el tratamiento de sus trastornos psíquicos, los clientes que también presentan problemas de alcoholismo y de toxicomanía por lo general se encuentran en la etapa preparatoria de motivación en cuanto al tratamiento de estos últimos (Meuser, Drake y Miles, 1996).

Los estudios de seguimiento de clientes tratados por toxicomanía o por enfermedad mental muestran resultados desiguales. Parece ser común la remisión de trastornos concomitantes no tratados, pero se dan casos en que los índices de problemas concomitantes permanecen inalterables a pesar de haber obtenido efectos positivos en el trastorno tratado. Actualmente existen pocos datos empíricos que permitan predecir uno u otro resultado (ARF, 1997).

Al mismo tiempo, el abuso de sustancias psicotrópicas puede influir el curso del tratamiento de trastornos psíquicos y lo mismo puede ocurrir a la inversa. En algunos estudios, los sujetos tratados por alcoholismo y toxicomanía y que presentan trastornos psíquicos menos graves manifestaron una mejoría superior a la de los que tienen trastornos más graves. Los sujetos en los que no se han tratado los trastornos psíquicos también tienen una mayor tendencia a abandonar el tratamiento (ARF, 1997).

Debido a que los clientes con trastornos concomitantes presentan una gama de otros problemas sociales y físicos, los que sí reciben atención tienden a utilizar diversos servicios (Wooghe, 1990). De acuerdo con los datos epidemiológicos existentes sobre la utilización de servicios, los sujetos que han declarado padecer de trastornos concomitantes son más susceptibles de aprovechar los sistemas generales de servicios de salud, de atención social y de servicios judiciales que los servicios especializados en alcoholismo y toxicomanía o en salud mental. Por ello, toda estrategia que se proponga abordar de manera eficaz esta cuestión deberá tener en cuenta el papel de estos sistemas (ARF, 1997).

En los caso de trastornos concomitantes con frecuencia se mencionan las siguientes inquietudes a nivel de sistema: la fragmentación de servicios, las referencias inoportunas o inadecuadas a otros servicios, y la falta de coordinación en los servicios. Los problemas de alcoholismo y toxicomanía por una parte, y de salud mental por otra, siempre se han tratado en instalaciones distintas, lo cual ha dado lugar a que algunos sujetos que padecían trastornos concomitantes se “perdieran en el laberinto” o los enviaran de un establecimiento a otro sin satisfacerles de manera adecuada sus complejas y numerosas necesidades. Por ello, una parte importante de la documentación consagrada a los diagnósticos duales se ocupa de la importancia de coordinar los servicios de identificación, de evaluación y de tratamiento a fin de asegurar la mejor gestión posible de los problemas tanto psíquicos como de toxicomanía. Los aspectos clínicos que se deben considerar consisten en determinar el problema principal, el papel de la psicoterapia, el trastorno que se debe tratar primero, la pertinencia de tratar los dos problemas simultáneamente, la función de los fármacos y si uno de los trastornos ha sido el origen de los síntomas del otro (ARF, 1997; el-Guebaly, 1993).

Al tener en cuenta los puntos anteriores, los prestadores de servicios han recomendado una diversidad de fórmulas de tratamiento, desde programas especializados hasta la coordinación o fusión de los servicios existentes. La documentación menciona tres modelos de base para el tratamiento del alcoholismo y la toxicomanía acompañados de enfermedades mentales: el tratamiento secuencial, el tratamiento paralelo y el tratamiento integrado (Ries, 1993). Si bien es escasa la documentación sobre el tema, han sido pésimos los resultados que obtuvieron los sujetos tratados de manera secuencial o paralela. Las recientes medidas tomadas con el fin de tratar los trastornos concomitantes se han centrado principalmente en la integración de servicios y su prestación simultánea. Los modelos de servicios integrados comparten por lo general las siguientes características:

- Servicios de extensión dinámicos que atraigan a las personas a solicitar tratamiento y resolver las inquietudes apremiantes de orden social y clínico;
- Gestión de casos;
- Intervenciones de grupo (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales);
- Énfasis en el reforzamiento de la motivación para someterse a tratamiento;
- Alentar la adopción de una perspectiva a largo plazo reconociendo la naturaleza crónica de los problemas;
- Aplicación frecuente de estrategias conductuales, intervenciones familiares y oportunas de acuerdo a la disposición a cambiar del individuo.

Sin bien falta profundizar aún más en los estudios sobre el tratamiento integrado, la mayoría de los estudios preliminares sobre un abanico de diversos modelos de tratamiento integrado indican que es posible obtener mejores resultados positivos que con el tratamiento paralelo. El *Dual Disorders Study* de New Hampshire comparó las incidencias de dos modalidades de gestión de casos sobre el tratamiento de 240 sujetos. Los análisis preliminares indican que ambos métodos permitieron reducir eficazmente la toxicomanía a la vez que mejoraron otros resultados (Meuser, Drake y Miles, 1996).

La Fundación para la investigación sobre la toxicomanía (1997) ha propuesto, entre otras recomendaciones, las siguientes medidas encaminadas a mejorar los servicios para las personas que presentan trastornos concomitantes:

- Mejorar las referencias a otros servicios y la coordinación entre los servicios especializados y verificar la eficacia y la rentabilidad de los dos procesos. Estos deben incluir modelos de gestión de casos entre los actuales organismos de tratamiento de la toxicomanía y del alcoholismo y problemas de salud mental.
- Prohibir de manera general los criterios de exclusión de los organismos (p. ej., la exclusión de sujetos con problemas de salud mental del tratamiento destinado al alcoholismo y a la toxicomanía, y a la inversa), salvo los que se justifiquen por hechos o razones prácticas.

- Asegurarse que los profesionales de los servicios especializados tanto en alcoholismo y toxicomanía como en salud mental, reciban la formación pertinente respecto a los métodos probados de evaluación, referencia a otros servicios y tratamiento de casos que presenten trastornos concomitantes.
- Asegurarse, asimismo, que los proveedores de servicios de salud primarios así como el personal de los servicios para discapacitados, servicios sociales y servicios de justicia penal, reciban la formación pertinente en materia de evaluación, referencias a otros servicios y de tratamiento tanto del alcoholismo y la toxicomanía como de la salud mental.

Los dos estudios citados anteriormente señalan que este enfoque no se debería utilizar para disminuir la importancia de los servicios especializados; estos últimos son esenciales, sobre todo para el tratamiento de problemas más graves y complejos. El propósito es más bien combinar los servicios de tratamiento especializados con los de carácter general para constituir un medio de “atención continua” .



Principio
de mejor
práctica
(No. 17)

Si bien siguen siendo escasas las investigaciones sobre el tema, el tratamiento integrado de problemas de alcoholismo y toxicomanía y los de salud mental parece ser más halagüeño que el tratamiento secuencial o paralelo. Es importante mejorar el proceso de referencias a otros servicios y de gestión de casos para asegurar un enlace y una sólida coordinación entre los servicios especializados competentes y los servicios de carácter informal establecidos por la comunidad. La capacitación es crucial, no solamente para el personal de servicios especializados sino también para el de los servicios sociales y correccionales que reciben a los toxicómanos y alcohólicos. Conviene, en general, desalentar la exclusión de sujetos con trastornos psíquicos de los servicios de tratamiento de alcoholismo y toxicomanía, y a la inversa.

f) Toxicómanos seropositivos o que padecen de SIDA

La utilización de drogas inyectadas (UDI) se ha convertido en una vía cada vez más importante de la transmisión del VIH en Canadá. En 1997, se atribuyeron 19,9 % de los casos de adultos diagnosticados con el sida a la transmisión por UDI (Ministerio de Salud de Canadá, 1998). Al momento de publicar esta información, Vancouver poseía la prevalencia más alta de infección por VIH en los usuarios de drogas inyectables de América del Norte. Las poblaciones en riesgo particular de ser infectadas por el virus del SIDA entre los usuarios de drogas inyectadas son los indígenas y las mujeres. La población autóctona está sobrerrepresentada entre los usuarios de drogas por inyección de las áreas urbanas y de centros correccionales, los cuales son reconocidos como los lugares de alto riesgo respecto al uso de drogas por inyección y la propagación del virus del SIDA.

Aunque se han publicado varios informes sobre el tema en Canadá, existen pocos trabajos de investigación sobre tratamientos de la toxicomanía destinados a los seropositivos y a los que padecen de SIDA.

Los resultados de un estudio se dieron a conocer en abril de 1996 por el grupo “*The Point Project*” (Archibald et al., 1996), un proyecto establecido para examinar los riesgos de infección del VIH entre los usuarios de drogas inyectadas que vivían en Vancouver. La muestra de este estudio comprendió 89 sujetos seropositivos y 192 sujetos seronegativos. Los resultados han demostrado una creciente gravedad de los problemas de drogas (cocaína y heroína) en los sujetos seropositivos, atribuidos a una pérdida de control de su entorno de vida y a una cierta inaptitud para tomar decisiones positivas respecto a su salud. En conclusión, los autores han recomendado: la implantación de un programa de tratamiento de la toxicomanía accesible a los usuarios de drogas por inyección; la realización de trabajos de investigación sobre la eficacia del tratamiento con metadona en los usuarios de drogas inyectadas que viven en Vancouver; la prestación de un mayor número de tratamientos centrados en la disminución de riesgos.

El hecho de que los servicios ignoren cómo proceder al tratamiento y a la readaptación de los sujetos que son a la vez toxicómanos y seropositivos o que padecen de SIDA, bloquea considerablemente el éxito de su tratamiento y readaptación. Es posible que el enfoque de estos servicios no convenga a los toxicómanos de la calle que utilizan drogas por inyección. Los especialistas en tratamientos de toxicomanía no disponen, en general, de los conocimientos necesarios para tratar a los toxicómanos seropositivos o con SIDA; asimismo, los profesionales que proporcionan “counselling” a seropositivos y a los que padecen de SIDA por lo general no reúnen los conocimientos suficientes sobre toxicomanía.

El médico higienista en jefe de la provincia de Colombia Británica ha formulado en un informe titulado *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver* (Whynot, 1996), un mayor número de recomendaciones con el propósito de mejorar el tratamiento de la toxicomanía en los seropositivos y en las personas con SIDA. El informe recomienda la adopción de las siguientes medidas:

- La implantación de programas regionales antidrogas para los UDI del sector de Vancouver, poniendo énfasis tanto en la gestión de la toxicomanía como en las diversas alternativas para la abstinencia;

- El establecimiento, por el colegio de médicos y cirujanos, de sociedades que favorezcan la puesta en marcha en Vancouver de un sistema de tratamiento con metadona más eficaz y la aplicación de otras modalidades que permitan gestionar los síntomas de la toxicomanía;
- El desarrollo de servicios de salud mental y de “counselling” dirigidos a los usuarios de drogas inyectadas;
- La formación de un grupo de trabajo provincial encargado de estudiar los métodos de gestión de síntomas de la toxicomanía en los cocainómanos y de desarrollar alternativas de tratamiento de mantenimiento con metadona;
- El desarrollo, por los centros hospitalarios universitarios de la región de Vancouver, de una estrategia de gestión de la toxicomanía.

En 1991, la Fundación para investigaciones sobre toxicomanía (ARF) publicó un documento titulado *Best Advice: Prevention Strategies – Injection Drug Users and AIDS* (ARF, 1991). Este documento subraya la importancia de incrementar el acceso de los toxicómanos seropositivos o con SIDA a los servicios de tratamiento antidrogas y de multiplicar el número de programas de tratamiento con metadona que existen en Canadá.

Asimismo, el Ministerio de Salud de Canadá ha recomendado la publicación, por medio de la Estrategia canadiense sobre el VIH/SIDA, de una obra titulada, *“Care, Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS (1977) – (Atención, tratamiento y apoyo otorgado a los usuarios de drogas inyectadas que padecen de VIH o SIDA)”*. Entre otros servicios de apoyo recomendados por el informe para los UDI seropositivos o con SIDA, se incluyen los siguientes: instaurar programas de intercambio de jeringas; encomendar a las clínicas locales y a las enfermeras la prestación de atención primaria, “counselling” y ayuda social necesarios; proporcionar sistemas de apoyo social que permitan complementar las necesidades vitales tales como alimentos y ropa; ampliar el acceso de toxicómanos a los programas de tratamiento y de rehabilitación y a los servicios de vivienda con apoyo.

Un sinnúmero de usuarios de drogas inyectadas, en alguna ocasión u otra, son enviados a centros de detención. El uso de drogas por inyección en las cárceles canadienses, donde la prevalencia de infección por VIH ha registrado un incremento alarmante estos últimos años, ha agravado seriamente la situación. Lamentablemente, las medidas tomadas por los servicios correccionales federales, provinciales y territoriales encaminadas a detener la propagación del VIH dentro de esta población han sido sólo esporádicas. En ciertas cárceles se distribuye lejía para desinfectar las jeringas, pero la aplicación de esta medida preventiva es muy irregular en las cárceles canadienses. Del mismo modo, parecen ser muy pocos los servicios que permiten que los toxicómanos seropositivos o que padecen SIDA tengan acceso a tratamientos antidrogas apropiados.

Un grupo de trabajo sobre el VIH, el SIDA y el uso de drogas inyectadas ha publicado un plan de acción nacional; este plan comprende 15 importantes recomendaciones encaminadas a resolver las múltiples dificultades que deben superar los toxicómanos seropositivos o que padecen de SIDA para recibir tratamiento apropiado o para tener acceso al tratamiento (Centro canadiense de lucha contra el Alcoholismo y la Toxicomanía y la Asociación Canadiense de Salud Pública, 1997). El grupo de trabajo insiste en la urgencia de ampliar el

acceso a las diferentes posibilidades de atención y de tratamiento con el objetivo de reducir el estigma de esta población de toxicómanos. Desde este punto de vista convendría, por ejemplo, no exigirle al toxicómano seropositivo que mantenga una abstinencia absoluta antes de recibir la atención que necesita, tanto respecto a su toxicomanía como a su seropositividad y de asegurar que cada individuo reciba un medicamento antiviral, aunque en la actualidad esté consumiendo drogas ilícitas. Respecto a la urgencia de reducir los daños, el grupo de trabajo recomendó incrementar de manera significativa el acceso al tratamiento de mantenimiento con metadona y que en este país se lleven a cabo ensayos clínicos de morfina, heroína y cocaína prescrita.



Principio
de mejor
práctica

(No. 18)

Los usuarios de drogas inyectadas, seropositivos o que padezcan de SIDA, tienden a ser objeto de una profunda marginalización en sus comunidades y tienen dificultades para acceder a los servicios de atención y tratamiento apropiados a sus necesidades. Los riesgos considerables a la salud que enfrenta esta población, exigen una mejor coordinación de servicios y la adopción de medidas de tratamiento más innovadoras con el fin de frenar la propagación del virus del SIDA, en particular entre la población indígena, las mujeres y los reclusos.



Principio
de mejor
práctica

(No. 19)

Es preciso proporcionarles a las poblaciones especiales un mayor acceso a los servicios de tratamiento mediante uno o varios de los siguientes elementos: a) una mayor sensibilización y un mejor acceso a los recursos de ayuda informal, como los programas de autoayuda o de apoyo mutuo y los métodos autodidácticos; b) una mayor contribución de parte de los servicios comunitarios generales a la identificación y apoyo de personas que padecen problemas de toxicomanía; c) la prestación de servicios especializados a través de medidas de extensión. Es imperativo asegurar una buena gestión de casos si se desea satisfacer de manera eficaz las necesidades únicas, y con frecuencia múltiples, de cada población.

5. Perspectivas relativas a los sistemas de prestación de servicios

El análisis de la documentación sobre la prestación de servicios de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía no proporciona ningún informe de gran importancia en cuanto a cuestiones relativas a los sistemas. Más bien encontramos un mosaico de datos obtenidos de documentos inéditos relativos a la planificación de políticas provenientes de varias jurisdicciones, ensayos cortos que forman parte de estudios más importantes sobre la eficacia del tratamiento y algunos artículos publicados. Esto refleja el estado actual de los “sistemas” de tratamiento antidrogas y antialcohol que abarcan toda una gama de servicios, de naturaleza, alcance y objetivos diferentes y por lo general carentes de coordinación. La investigación y el desarrollo de sistemas de tratamiento presenta un número de desafíos, entre los cuales se encuentra la falta continua de precisión y de uniformidad en los términos empleados para describir los componentes del tratamiento.

Una parte importante del trabajo de investigación efectuado se puede subsumir en estudios sistémicos de disciplinas tan variadas como la ecología social, la teoría general de sistemas y el estudio de procesos de formulación de políticas públicas (Rush, 1996). El presente análisis será necesariamente selectivo y se centrará en las cuestiones generales que presentan una aplicación particular en el contexto del tratamiento en Canadá.

En Canadá, el tratamiento formal del alcoholismo y de la toxicomanía normalmente lo proporcionan los servicios que se especializan para tal fin. Sin embargo, durante el último decenio, se ha observado un creciente interés respecto al papel que los servicios “no especializados” de los sectores salud, social y correccional pueden desempeñar en la reducción de los problemas de alcohol y de otras drogas. Este interés se originó de la tesis que propone que el alcoholismo, la toxicomanía y otros problemas de la existencia están interrelacionados y se influyen mutuamente y que bajo los síntomas de la toxicomanía y del alcoholismo subyace un problema muy fundamental. Una importante proporción de estos problemas es menos grave y se puede resolver fácilmente gracias a la intervención de personas que no sean especialistas. Estos profesionales también desempeñan una función esencial en la identificación y en la referencia a otros servicios de casos con problemas más graves.

Sin embargo, son pocos los alcohólicos y toxicómanos que acuden a solicitar ayuda para resolver sus problemas y es mucho menor el número que acude a los servicios especializados en el tratamiento del alcoholismo y toxicomanía.

De modo que uno de los temas que con frecuencia aparece en el debate sobre sistemas se relaciona con la necesidad de incorporar plenamente la identificación y el tratamiento de alcohólicos y toxicómanos a los servicios humanos más generales. El comité consultivo sobre el tratamiento de la toxicomanía de Ontario (Martin et al., 1990) prevé la adopción de un sistema en el que se encomendará a los profesionales dentro del contexto de servicios generales la misión, los fondos y la formación necesaria para identificar y tratar los nuevos casos de alcoholismo y de toxicomanía en sus pacientes. De manera análoga, el *Institute of Medicine* de los Estados Unidos (1990) propuso un sistema mediante el cual los servicios no especializados contribuirían a ampliar la base de tratamiento al brindar servicios a las personas que de lo contrario no tendrían contacto con los servicios antidrogas. Las posibles funciones del sector

no especializado, esquematizadas en el informe, comprenden: identificar individuos que presenten problemas de alcohol, en el sector en cuestión; brindar una corta intervención en el caso de individuos que presenten problemas ligeros o moderados; y referir a un tratamiento especializado a las personas que sufran problemas de alcohol graves o a aquellas cuyas intervenciones de corta duración no tuvieron éxito.

a) Elementos de un sistema de tratamiento en materia de alcoholismo y toxicomanía

Para facilitar la identificación de las eventuales funciones de los diversos organismos, especializados y no especializados, Martin y sus colegas han establecido un conjunto de funciones bien definidas, esenciales en un plan de respuesta global para el tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía:

- | | |
|--|--|
| ▪ información y referencia a otros servicios | gestión de casos |
| servicio de extensión | tratamiento ambulatorio |
| identificación de casos | tratamiento de día y de noche |
| intervención de corta duración | tratamiento en entorno residencial de corta duración |
| servicio sin citas y para casos de crisis | tratamiento en entorno residencial de larga duración |
| desintoxicación | atención post-tratamiento y atención continua |
| evaluación exhaustiva | |

Estas funciones se pueden ejercer al interior de diferentes servicios especializados y no especializados, comprenden la atención a la salud, los servicios sociales y la justicia penal, pero también pueden incluir las escuelas, el ambiente laboral y las organizaciones religiosas.

El núcleo de los sistemas propuestos lo constituye una evaluación profunda que permita el apareamiento del cliente con el servicio que mejor le corresponda. Eliany y Rush (1992) han reconocido que aunque el apareamiento parece ser un enfoque razonable, la investigación en esta área es demasiado compleja en el plano conceptual y metodológico. Sería conveniente establecer una distinción entre el apareamiento del cliente con la intervención que corresponde a sus necesidades (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales o la psicoterapia) y el apareamiento del cliente – que a menudo presenta múltiples problemas – con los diferentes servicios afines (p. ej., orientación en materia de finanzas o formación profesional). Si bien el apareamiento de los clientes con otros servicios parece ser relativamente sencilla, las pruebas sobre las cuales se pueda fundamentar el apareamiento con la intervención ideal siguen siendo difíciles de obtener. El reciente estudio a gran escala sobre el apareamiento cliente-tratamiento realizado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) de los Estados Unidos no logró identificar criterios de apareamiento entre tres tratamientos y una muestra de numerosos clientes (véase Project MATCH en la sección 2).

Es posible que la Organización Mundial de la Salud haya previsto esta situación, ya que en un informe de 1991 sugiere que tal vez sea necesario elaborar las directrices de apareamiento a nivel local, con base en los resultados de tratamiento locales. Esto reconoce que los prestadores de servicios ofrecerán diferentes tratamientos de acuerdo al contexto, las

directrices de apareamiento podrán variar según la región. Otro de los imperativos, subraya el informe, es que los programas y sistemas elaboren un “circuito de reacción” entre los resultados y la evaluación global, a fin de que los servicios cuenten con mejores conocimientos que les permitan seleccionar las intervenciones locales más apropiadas para sus clientes.

Una de las teorías que ha contribuido a nutrir el estudio del tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía es el modelo transteorético de cambio de Prochaska y DiClemente (1983). Propuesto primero como un modelo teórico para abandonar el uso del tabaco, este enfoque organiza el tratamiento de problemas de alcohol y de toxicomanía en un marco bio-psico-social (Marlatt et al., 1988). Este modelo de “etapas de cambio” describe un perfil actual del cambio de conducta fundamentado en la motivación y la disposición del individuo a cambiar:

- Preintención: no se piensa en dejar la bebida
- Intención: se piensa seriamente en dejar la bebida
- Preparación: se piensa dejar de beber en los próximos 30 días
- Acción: se ha dejado de beber por menos de seis meses
- Mantenimiento: la etapa que comienza seis meses después del tratamiento
- Recaída: se ha vuelto a adoptar la conducta previa al tratamiento

A la vez que proporciona orientación clínica precisa, este modelo apoya la configuración del sistema sugerido por Abrams et al., (1993), el cual incorpora la atención por niveles y el apareamiento de características. Este modelo propone que los servicios de atención se organicen según un grado de intensidad: mínima, moderada o elevada.

En este modelo, los individuos son evaluados de acuerdo a su grado de motivación, de autoeficacia, nivel de dependencia, comorbilidad y factores socioculturales y son asignados a uno de tres niveles de tratamiento. Uno de los principios rectores de este modelo es que se debe comenzar por el primer nivel de menor intensidad (y el menos caro), de ahí subir al siguiente nivel cuando no haya surtido efecto un tratamiento de nivel menos intensivo. Se aplicaría también, abarcando todo el proceso clínico, un enfoque de salud pública que se centraría en incrementar los niveles de motivación a través de medidas comunitarias y el apoyo de políticas públicas.

El esquema propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1991) presenta seis “niveles de cobertura” que forman una secuencia de aplicación lógica y que, en su conjunto, constituyen un sistema completo de servicios de tratamiento de alcohólicos y toxicómanos:

- *Primer nivel:* un intento sistemático de proporcionar a los individuos que sufren de problemas de alcohol u otras drogas y a las personas en etapa de desintoxicación, los servicios de tratamiento que mejor convengan a sus necesidades.
- *Segundo nivel:* asegurar que los alcohólicos y toxicómanos reciban atención general y especializada de rehabilitación (p. ej., ayuda alimentaria, médica, psíquica) tras el período de intoxicación o de desintoxicación.
- *Tercer nivel:* proceder a la evaluación sistemática de todas las personas que busquen servicios humanos básicos en diversos sectores (p. ej., salud, justicia penal, bienestar social, educación y trabajo), a fin de establecer si estas presentan problemas de alcohol y de otras drogas y, en caso positivo, proporcionar una intervención pertinente de corta duración.
- *Cuarto nivel:* establecer una función de gestión de casos, encargada de asegurar la continuidad de la atención para todos los individuos que presentan problemas de toxicomanía o de alcoholismo.
- *Quinto nivel:* proporcionar una o más terapias de corta duración que permitan responder a las necesidades de casos excepcionales en los que se aplique el post-tratamiento de acuerdo al cuarto nivel.
- *Sexto nivel:* proporcionar intervenciones complejas y múltiples, supeditadas a una evaluación exhaustiva previa al tratamiento y que permita reunir y evaluar los datos necesarios para el apareamiento de alcohólicos/toxicómanos con el tratamiento más idóneo.

Más recientemente, con la intención de promover la importancia de las investigaciones y el desarrollo de sistemas, Rush (1996) identificó los elementos de un sistema de tratamiento de alcohólicos y toxicómanos en dos niveles: nivel clínico y nivel comunitario.

A nivel clínico, estos elementos serían orquestados de acuerdo a un continuo análogo al propuesto por Martin et al. (1990) y el *Institute of Medicine* (1990):

miembro de la comunidad→*definición del problema y solicitud de ayuda*→*ingreso y retención en el sistema*→*evaluación, asignación y gestión de casos*→*desintoxicación, estabilización e intervención en casos de crisis*→*planificación del tratamiento y selección de objetivos*→*tratamiento, rehabilitación y prevención de recaídas*→*atención continua y seguimiento de evaluación.*

A nivel comunitario, se propone una serie de etapas en el desarrollo de un sistema de tratamiento comunitario, cada uno de los cuales podría ser objeto de un estudio:

análisis histórico y contextual→*descripción del sistema*→*evaluación de necesidades*→*desarrollo comunitario*→*coordinación de servicios*→*control de sistemas*→*evaluación de sistemas.*

Rush además propone varias características que podrían ser propias de un sistema:

- la medida en que los componentes cubren el “continuo de servicios de atención”;
- si las evaluaciones son centralizadas o descentralizadas por todo el sistema;
- la medida y la manera en que se efectúe la gestión de casos;
- papel y contribución de los programas de autoayuda;
- la mano de obra y los otros recursos consagrados al sistema;
- el nivel de formación de los profesionales prácticos que intervienen en el sistema;
- costo del sistema y mecanismos de financiamiento;
- función de las medidas coactivas y obligatorias dentro del sistema;
- la cobertura relativa de diversos planes de seguro.

b) ¿Quién acude a solicitar ayuda por problemas de alcohol y de otras drogas?

¿En qué medida es factible que una persona con problemas de alcohol o de otras drogas decida ir a solicitar ayuda *específicamente* para sus problemas de consumo o dirigirse a un servicio de tratamiento especializado? La frecuencia de tal solicitud varía según la definición de los términos “ayuda” y “problema”. Sin embargo, aplicando el sentido más amplio de estos dos términos, parece que en América del Norte la mayoría de las personas no acuden a solicitar ayuda específicamente para sus problemas de alcoholismo o de toxicomanía, ya sea de servicios generales o especializados. De acuerdo a estudios recientes efectuados en Canadá y en Estados Unidos, de 5% a 28% de los adultos que reconocieron que en algún momento tuvieron problemas de alcohol, mencionaron que habían acudido a solicitar ayuda de parte de fuentes informales (amigos, familiares, grupos de autoayuda) o de profesionales, y sólo 1,2% a 9% de parte de servicios especializados en alcoholismo y toxicomanía (Weisner, Greenfield y Room, 1995; Rush y Tyas, 1994). De los que solicitaron ayuda por problemas de alcohol, la mayor parte (70%) declaró haber acudido a Alcohólicos Anónimos u otros grupos de ayuda mutua. Tal vez esto se deba a que los organismos de lucha contra el alcoholismo y la toxicomanía son poco conocidos de la población en general, mientras que sucede todo lo contrario con el movimiento de AA.

Los estudios efectuados en los Estados Unidos indican que se registró un incremento de 3% a 6% en el número de consumidores de alcohol con problemas y que solicitaron ayuda durante el decenio de los ochenta, pero se desconoce si en Canadá también aumentó el porcentaje de este tipo de consumidores durante el mismo período.

En Canadá, sólo el 3% de consumidores de drogas ilícitas, identificados por una encuesta, declararon haber solicitado algún tipo de ayuda para sus problemas de toxicomanía (Rush y Tyas, 1994). En los Estados Unidos ningún estudio ha establecido el porcentaje correspondiente para la misma categoría de consumidores.

En 1980, Hingson et al. (1980) llevó a cabo la primera encuesta a gran escala en la población, con el fin de comparar los bebedores con problemas que habían consultado un servicio de tratamiento o un profesional con los que no lo habían hecho. El estudio se efectuó en la región de Boston. Entre los que declararon tener problemas al momento de realizarse la encuesta, los que habían solicitado ayuda recientemente tendían a beber más, a ser de edades mayores, a contar con menos educación escolar y a estar afiliados a una religión. Sin embargo, no existían diferencias en cuanto al sexo, situación de empleo, nivel de ingreso, raza y varias otras características sociodemográficas. Entre las personas que declararon haber tenido problemas de alcohol en algún momento de su vida, los que solicitaron ayuda no eran diferentes de los que no la habían solicitado, en cuanto a la mayoría de las características sociodemográficas que se tomaron en cuenta. Al momento de la encuesta, sin embargo, entre los que sí habían solicitado ayuda eran menos numerosos los que eran separados o divorciados pero había más desempleados, jubilados o discapacitados. Puesto que se trata de un estudio transversal, no es posible determinar la influencia de estas diferencias en la búsqueda de ayuda en el transcurso de la vida de un sujeto. Un estudio de seguimiento (Hingson et al., 1982) demostró que la decisión de solicitar ayuda se relacionaba más al incremento de consecuencias negativas sociales y personales para el individuo que a las características demográficas o a los niveles de consumo.

Weisner, Greenfield y Room (1995) utilizaron los resultados de tres encuestas nacionales efectuadas en los Estados Unidos a fin de comparar los individuos que: habían solicitado ayuda de un organismo o profesional para problemas de alcohol; habían acudido a AA; habían participado en un programa de rehabilitación para alcohólicos, con los que no habían solicitado ayuda. También se consideraron las tendencias de la forma en que se solicita ayuda y en las características de las personas que la solicitan. Se pudo confirmar que en la población en general, y en todas las tres encuestas eran los hombres, pero sobre todo los de las edades entre 18 y 49 años, los que buscaban ayuda, participaban en AA y en programas de tratamiento para alcohólicos. La búsqueda de ayuda en el transcurso de la vida de un sujeto se relacionaba a sus niveles de dependencia del alcohol y a las consecuencias sociales adversas. En efecto, el mejor factor de predicción de búsqueda de ayuda lo constituye un indicador de las repercusiones sociales del alcoholismo. Sin embargo, al controlarse las consecuencias sociales y la dependencia del alcohol, la búsqueda de ayuda para los problemas de alcohol en el transcurso de la vida entera de un sujeto parece ser más frecuente en los hombres, los solteros y de mediana edad.

Rush y Tyas (1994) por su parte, utilizaron los datos de la Encuesta nacional sobre el alcohol y otras drogas realizada por el Ministerio de Salud de Canadá en 1989, con el objeto de comparar con otros a las personas que solicitan ayuda por problemas de alcohol o de otras drogas. De esta manera se observó que, de los bebedores en general son más los hombres que solicitan ayuda, que en la población en general, principalmente los de 35 a 54 años, que no terminaron la secundaria, ganan menos de \$ 20.000 al año, están separados o divorciados, viven en la región de las Praderas (Alberta, Saskatchewan, Manitoba) y están desempleados. Entre los consumidores de drogas ilícitas, era más probable que los que solicitaban ayuda, a diferencia de los miembros de la población en general, ganaran menos de \$20.000 al año, no hubieran terminado la secundaria y fueran divorciados o separados.

De acuerdo a los análisis inéditos efectuados a partir del suplemento sobre salud mental de la Encuesta sobre la salud de la población de Ontario, de 1990, las personas que padecen a la vez de trastornos por abuso de drogas y otros trastornos psíquicos (comorbilidad) solicitan ayuda con mayor frecuencia que los que sólo sufren problemas de abuso de drogas. Entre los hombres con trastornos por abuso de drogas y alcohol, el 10% había solicitado ayuda profesional el año anterior, mientras que el 3,7% lo había hecho a través de las líneas de urgencia, grupos de autoayuda o programas de orientación profesional durante el mismo período. Las cifras correspondientes a los hombres que presentan trastornos psíquicos se establece en 29,2% y 15%. El mismo patrón de diferencias se observó en el caso de las mujeres. Sin embargo, el número de mujeres que acudieron a un servicio profesional, ya sea que presentaran trastornos psíquicos o no, fue casi el doble del de los hombres.

En 1988, Bardsley y Beckman (1988) compararon los alcohólicos que seguían un tratamiento con los que no seguían ninguno. Las muestras habían sido reunidas por el grupo tratado y mediante la publicidad. Los resultados demostraron que la decisión de aceptar tratamiento dependía de la percepción que el sujeto tenía de su problema de alcoholismo y del número de situaciones “poco comunes” ocurridas el mes anterior (p.ej., conflictos con el cónyuge, nuevos síntomas físicos, accidentes automovilísticos).

Un solo estudio comparativo se efectuó en lo que respecta a los consumidores de opiáceos en tratamiento y los que se encontraban sin tratamiento. El estudio abarcó sujetos de la unidad de tratamiento de toxicomanías de Yale University en New Haven, Connecticut, y de una muestra complementaria compuesta “al correrse la voz”, comenzando con toxicómanos no tratados pero conocidos de los que ya estaban en tratamiento, y terapeutas ex-toxicómanos (Rounsaville y Kleber, 1985). Los sujetos de dos muestras, en tratamiento y no tratados, presentaron las mismas características en lo que respecta a edad, educación y estado civil. Sin embargo, el primer grupo contaba con más personas de grupos étnicos y más mujeres que el segundo. Con controles de sexo y raza, Rounsaville y Kleber constataron al mismo tiempo que los usuarios de opiáceos tenían las mismas características que los de la comunidad con respecto a la longitud y gravedad del consumo de opiáceos y de sus actuales conductas de intoxicación. Sin embargo, los que no siguieron ningún tratamiento declararon tener un mejor funcionamiento social, menos problemas relacionados con las drogas y tasas inferiores de depresión. Los que no solicitaron ninguna ayuda parecieron subestimar la gravedad de su toxicomanía y las ventajas del tratamiento.

¿Quién decide acudir a solicitar servicios de ayuda especializada?

Según Room (1977) los alcohólicos que solicitan ayuda de los servicios de rehabilitación subvencionados por el estado y los que se encuentran en el seno de la sociedad en general, viven en dos mundos diferentes. Los primeros tienen entre 35 y 60 años, están desempleados y viven fuera del núcleo familiar. Los segundos tienen normalmente entre 18 y 25 años, trabajan y viven con familias (Armour, Polich and Stanbul, 1978).

Un sinnúmero de estudios ha demostrado que una vez controladas las diferencias en el nivel de consumo de alcohol entre los sexos, el número de mujeres que acude a los servicios especializados era inferior al de los hombres a (Weisner y Schmidt, 1993). Esta situación se atribuye a la falta de servicios que respondan específicamente a sus necesidades y a ciertos obstáculos que las desalientan a solicitar tratamiento (p. ej., situación financiera, falta de guarderías). Sin embargo, existen diferencias en las formas en que los hombres y las mujeres

interpretan los síntomas de la enfermedad, lo cual puede influir en su decisión de solicitar ayuda. A diferencia de los hombres, las mujeres alcohólicas consideran su toxicomanía más como un problema de depresión o de ansiedad que de dependencia (Fillmore, 1984; Beckman y Amaro, 1986; Blume, 1982). Esto bien puede deberse al hecho de que las mujeres alcohólicas siempre han sido objeto de un mayor estigma que los hombres y de que también tienden más a consultar los servicios generales que los especializados en alcoholismo.

Este hecho fue confirmado por un estudio de Weisner y Schmidt (1993), el cual demostró que el número de mujeres con dependencia de alcohol, que acudía a los servicios de salud no especializados en alcoholismo, en particular los servicios de salud mental, era mayor que el de sus homólogos masculinos. También era mayor el número que mostraba una sintomatología más grave. Este último resultado indica que las mujeres pospondrían el momento de solicitar ayuda hasta que sus problemas fueran demasiado graves. Asimismo, Weisner, Greenfield y Room (1995) confirmaron que a diferencia de los hombres, las mujeres que sufren dependencia alcohólica, en la población en general declararon hacer un mayor uso de los servicios de salud general y de salud mental que de los servicios de tratamiento para alcohólicos.

Además del amplio número de estudios descriptivos de las personas que solicitan ayuda de fuentes específicas, algunos estudios han hecho la comparación de las que acuden a fuentes diferentes. Pattison, Coe y Rhodes (1969) compararon los clientes de un hospital que recibían terapia aversiva con los de un centro de transición y de una clínica de psicoterapia ambulatoria. Comparados con los del centro de transición, los clientes en los otros programas presentaban al momento de su ingreso, índices de problemas de alcohol significativamente bajos e índices de salud interpersonal muy elevados. Los clientes del programa de tratamiento aversivo presentan también índices mayores que los de los otros dos programas en materia de salud profesional.

Un estudio de Beckman y Kocel (1982) sobre las características estructurales de 53 centros de tratamiento de alcoholismo en California, reveló que las mujeres tendían a asistir a los centros que contaban con más profesionales o donde también se brindaba atención a los niños y se prestaban servicios de post-tratamiento.

Ogborne (1995a) por su parte observó, que en una muestra de jóvenes (de 12 a 25 años) que solicitaban ayuda por abuso de sustancias psicotrópicas, los que preferían ser tratados en régimen de internado presentaban un mayor número de trastornos psíquicos y de problemas relacionados a la dependencia que los que elegían un servicio de tratamiento ambulatorio. Asimismo, era mayor el número de los que ya habían recibido tratamiento previamente. Esto supone que los clientes que solicitan recibir tratamiento en régimen de internado no lo hacen por un simple capricho o por desconocer otras posibilidades, además refuerza la necesidad de tener en cuenta las preferencias del cliente en la planificación de su tratamiento.

Estudios realizados anteriormente indicaron que los alcohólicos que se integraban al movimiento AA eran en su mayoría hombres que se diferenciaban de los otros en cuanto a sus antecedentes de consumo, sus características sociodemográficas, su personalidad y su sistema de valores (Ogborne y Glaser, 1981). Sin embargo, en la actualidad, el movimiento es demasiado diversificado y parece atraer a una población más eterogénea (Montgomery, Miller y Tonigan, 1993). El grupo de AA también se ha convertido en un importante servicio para las mujeres (Weisner, Greenfield y Room, 1995).



Principio
de mejor
práctica
(No. 20)

La mayoría de las personas que sufren de problemas de alcohol o de otras drogas no solicita ayuda, sobre todo de los servicios especializados. Por ello, es necesario realizar mayores esfuerzos para divulgar la existencia de los servicios especializados entre la población en general y entre los prestadores de servicios sociales y de salud.

c) Cuestiones de coordinación propias de los sistemas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía

La coordinación, elemento que forma parte de todos los servicios humanos, se ha definido como el grado de colaboración y de intercambio existente en un grupo de prestadores de servicios (Baker, 1991). Se ha considerado que la coordinación reduce la fragmentación, la interrupción, la inaccesibilidad y la falta de responsabilidad de los servicios especializados con el fin de disminuir las posibilidades de que los clientes se pierdan en el laberinto de los servicios (Anderson, Frieden y Murphy, 1977).

En el contexto canadiense del tratamiento de alcohólicos y toxicómanos, se ha identificado un número de desafíos específicos respecto a la coordinación (Ogborne y Rush, 1983):

- La manera poco sistemática en que se han planificado y financiado los servicios.
- La oposición de ideologías y perspectivas en cuanto a la naturaleza de los problemas de alcoholismo y de toxicomanía y los métodos óptimos de evaluación y tratamiento.
- La falta de un marco o lenguaje común para describir a los clientes y sus problemas, agravada por la diversidad de requisitos de formación en alcoholismo y toxicomanía no normalizados, tanto para el personal de servicios especializados como para el de los servicios generales de atención a la salud y de servicios sociales.
- La inmensidad de la red que comprende los servicios de salud, sociales y correccionales, en los que pueden participar las personas y la posibilidad de que sea pésima la comunicación debido a los diversos componentes de la red.
- La complejidad y la naturaleza multidimensional del alcoholismo y de la toxicomanía, y la dificultad de ofrecer a los sujetos los servicios que necesitan al no existir un medio continuo de servicios y la aplicación de criterios de apareamiento de recursos carece de una base empírica sólida.
- El proceso mismo de referencia a otros servicios, cuando se limita a una simple recomendación “pasiva” de buscar ayuda en vez de brindar tal ayuda de manera activa y hacerse cargo de la situación del individuo para dirigirlo directamente a los servicios apropiados
- La conservación de expedientes y otros aspectos de garantía de calidad que no son estandarizados o que son de pésima calidad y que, por consecuencia, impiden asumir responsabilidades y la evaluación de cuestiones relativas a los sistemas de tratamiento a través de toda la comunidad.

Las reformas actuales en los sistemas de servicios sociales y de atención a la salud complican estas cuestiones, al exigir que los proveedores mantengan y, tal vez redefinan, sus actuales relaciones, a la vez que forjan otras nuevas en la comunidad. Aunque no se han desarrollado medidas uniformes de coordinación entre los servicios, Ogborne et al. (1997), en un estudio de la documentación han propuesto que la coordinación entre los prestadores de servicios se podría caracterizar por los siguientes elementos:

- *Conocimiento mutuo:* ¿Conocen los miembros del personal las competencias de cada uno y sus programas respectivos?
- *Frecuencia de interacción:* ¿Se reúne el personal clave para analizar las cuestiones relativas a sus labores?
- *Frecuencia y dirección de las referencias a otros servicios:* ¿Con qué frecuencia se refieren clientes (o cuántos de ellos) a y entre los diferentes servicios de la red?
- *Frecuencia y dirección del intercambio de información:* ¿Intercambian los servicios información sobre programas, servicios y clientes?
- *Frecuencia y dirección con la que comparten o intercambian personal:* ¿Los servicios comparten o piden en préstamo personal de manera permanente o temporal?
- *Frecuencia y dirección de otros intercambios de recursos:* ¿Comparten fondos, salas de reuniones, materiales u otros recursos?
- *Actividades conjuntas:* ¿Sostienen los servicios consultas conjuntas, estudios de casos, actividades de formación de personal, ingreso y evaluación de pacientes, recopilación de datos, diseño y operación de programas, evaluación o fusión de programas?
- *Consejos de administración con miembros en común:* ¿Cuentan los consejos de administración con miembros en común de los diferentes servicios?
- *Formalización de acuerdos:* ¿Se han entablado acuerdos formales para coordinar sus actividades?

Según Martin et al. (1990), sería útil considerar métodos formales y bien planificados en el establecimiento de una red de conexiones para realzar los niveles de las actividades informales. Si bien señalan como mecanismos para el establecimiento de redes de conexiones los talleres habituales, los boletines o las asociaciones oficiales de prestadores de servicios, los autores recomiendan que los organismos de financiamiento incorporen de manera oficial, en la descripción de tareas de un administrador de programas, la dedicación de un porcentaje de su tiempo a participar en los trabajos de comités de planificación o de coordinación local.

d) Gestión de casos

Teniendo en cuenta la dimensión y la complejidad de los actuales servicios de tratamiento, la planificación de la gestión de casos se considera como un elemento crucial de los sistemas de tratamiento. Mientras que los otros elementos de un sistema, como la evaluación, el apareamiento y el tratamiento se dan en un orden más o menos secuencial, es esencial que la gestión de casos se desarrolle de manera transversal a estos otros elementos a fin de proporcionar al individuo una experiencia coherente (Institute of Medicine, 1990). Martin et al., (1990) definen la gestión de casos como un proceso que comprende los siguientes elementos:

Evaluación permanente de puntos fuertes y débiles y de necesidades.

Planificación permanente a fin de determinar los servicios que mejor respondan a las necesidades particulares del cliente.

El apareamiento de clientes con los servicios que necesitan y la verificación continua de la pertinencia del apareamiento.

Control y evaluación permanente del progreso del cliente.

Defensa de los intereses del cliente para asegurar que el sistema de tratamiento responda de manera equitativa y eficaz a sus necesidades.

Existen diversos procesos de gestión de casos. Algunos consisten en la creación de relaciones sumamente estructuradas entre los componentes del sistema, o en confiar al cliente la responsabilidad de la continuidad de su tratamiento, o con mayor frecuencia, asignar la función a una persona de un organismo de servicio (Institute of Medicine, 1990). Martin et al., (1990) observa que independientemente de la persona responsable o de la manera en que se maneja, todos los organismos necesitan considerar la gestión de casos como una función distinta fundamentada en políticas y procedimientos. El *Institute of Medicine* (1990) indica que la sociedad podrá desempeñar un papel, porque la documentación sobre gestión de casos resalta la importancia del carácter del individuo como la perseverancia, versatilidad y meticulosidad.



Principio
de mejor
práctica

(No. 21)

Es limitado el número de estudios relativos a las configuraciones eficaces de sistemas. Sin embargo, la documentación es unánime en el sentido de que el cliente obtiene un mayor provecho cuando tiene acceso a una gama de servicios flexibles y personalizados que abarquen todos los sectores especializados y los no especializados; que dichos servicios estén ligados mediante un tipo de coordinación y gestión de casos y que tengan en cuenta las particularidades de las poblaciones especiales.

e) Grupos de autoayuda y de apoyo mutuo

Aunque los programas de autoayuda y de apoyo mutuo tales como el de Alcohólicos Anónimos y el de Narcóticos Anónimos (NA) no se consideran como programas formales de tratamiento, desempeñan una función vital al interior de numerosos sistemas de tratamiento de alcoholismo y toxicomanías. En las grandes zonas urbanas se encuentra una amplia gama de grupos de AA; estos grupos con frecuencia atienden a clientes específicos: grupos para mujeres solamente, para no fumadores, para homosexuales y para lesbianas. Además, en la actualidad existe un amplio abanico de grupos de autoayuda y apoyo mutuo de diferentes concepciones filosóficas y que responden a otras necesidades específicas. Estos incluyen, *Women for Sobriety*, *Moderation Management*, *Rational Recovery*, *Secular Organizations for Sobriety*, *Self Management* y *Recovery Training*. Sin embargo, los grupos de AA y NA siguen siendo los más numerosos, sobre todo en Canadá (Youngson, 1997).

A través de los años, la filosofía de AA y de NA ha inspirado la concepción de programas de tratamiento, y sus grupos constituyen la atención del post-tratamiento previsto por los programas. Asimismo, un gran número de programas exigen que la participación en las reuniones de NA y AA sea obligatoria. Los miembros, al respaldar el ingreso de nuevos participantes, desempeñan con frecuencia un papel crucial en el apoyo y la defensa del individuo a través de todo el proceso de desintoxicación, tratamiento y el mantenimiento de su recuperación. Son muchos los alcohólicos y toxicómanos que se integran a este movimiento pero no participan en un programa de tratamiento formal.

Si bien son numerosas las personas que se benefician de estos grupos de autoayuda, existen otros que no se benefician. Por tanto, no se trata de si da o no da resultado la autoayuda, sino más bien qué personas, y bajo qué condiciones, sacarían más provecho de los grupos de autoayuda. Aunque hace falta realizar más investigaciones para contestar estas preguntas, en algunos casos si es apropiado realizar esfuerzos para que los alcohólicos y toxicómanos participen en estos grupos de autoayuda, a menos que la persona se oponga totalmente a ello o que las condiciones no sean favorables. Los grupos de autoayuda, y sobre todo AA, no son onerosos y están al alcance de todos a corto y a largo plazo.

Es necesario que los profesionales conozcan los grupos de autoayuda que se encuentran en su región y proporcionarles información pertinente a los clientes que deseen participar, pero también deben reconocer que estos grupos no les convienen a todos. La participación obligatoria en las reuniones de AA o de otros grupos semejantes, parece contraria a la naturaleza misma de la autoayuda y, de hecho, no tiene apoyo de las investigaciones.



Principio
de mejor
práctica

(No. 22)

Por su propia naturaleza, es difícil evaluar la eficacia de la participación en los AA o en otros grupos de apoyo mutuo, no obstante estos grupos proporcionan beneficios a muchas personas y los médicos clínicos deben familiarizarse con tales grupos para poder informarles a sus clientes sobre los mismos y alentarlos a que aprovechen estos recursos.

6. Ventajas económicas asociadas al tratamiento

Existen suficientes pruebas claras de que los toxicómanos y los alcohólicos sometidos a ciertas formas de tratamiento reducen ulteriormente su consumo de productos psicotrópicos y mejoran otros aspectos de su vida. Aparte de las ventajas que obtienen los individuos y sus familias, existen igualmente ventajas económicas para la sociedad en su conjunto, o al menos para ciertos sectores de la sociedad, como lo ha demostrado un gran número de estudios efectuados en los Estados Unidos. Los estudios que se analizan a continuación se basan en el sistema de financiamiento de atención a la salud de los Estados Unidos; por ello, es difícil hacer generalizaciones en cuanto a sus aplicaciones al sistema canadiense de servicios sociales y de atención a la salud ya que éste es muy diferente.

Respecto al tratamiento del alcoholismo, la mejor prueba de las ventajas económicas en el sistema de salud proviene de los estudios fundamentados en la vinculación de expedientes de reclamaciones de seguros de salud presentados por alcohólicos tratados y no tratados. Holder y Blose (1992) presentaron el más importante estudio de este género. Este estudio se centra principalmente en los costos del régimen de seguros de salud de una importante compañía industrial del Medio Oeste de los Estados Unidos, los reclamos presentados por 3.068 alcohólicos tratados y 661 no tratados, durante un período de 14 años (1974 a 1987). Los alcohólicos fueron identificados a partir de los diagnósticos presentados en los formularios de reclamo. El análisis de series cronológicas reveló que el costo total de las reclamaciones después del tratamiento del alcoholismo, incluyendo el costo del tratamiento mismo, disminuyó en 23% a 55% de sus niveles más altos registrados antes del tratamiento. El costo de los reclamos de las personas no tratadas aumentó tras haber sido identificados como alcohólicos. El análisis de la varianza, con control del estado de salud y de la edad antes del tratamiento, también indicó que los costos después del tratamiento disminuyeron en 24%. Los autores del informe estiman que estos resultados "constituyen pruebas tangibles de que el tratamiento del alcoholismo puede reducir los costos médicos generales en una población alcohólica heterogénea".

Las mismas conclusiones se obtuvieron en otros estudios de menor envergadura efectuados por Holder y sus colaboradores (Holder y Blose, 1986; Holder y Hallan, 1986) al igual que en ciertos estudios anteriores (analizados por Holder, 1987). Se pueden derivar conclusiones similares de los estudios consagrados a la utilización de los servicios de salud por parte de los clientes de los servicios de salud mental, antes y después del tratamiento (Holder y Blose, 1987; Mumford et al., 1984).

Aunque los estudios sugieren que los efectos positivos del tratamiento del alcoholismo en la utilización de los servicios de atención a la salud se aplican a todas las poblaciones en tratamiento, los hechos demuestran de la misma manera que estos efectos son mayores en los casos de ciertos grupos. Holder y Blose (1986) confirmaron que la edad contribuye a las diferencias en la utilización de servicios de salud antes y después del tratamiento entre los alcohólicos tratados. La disminución más significativa de costos globales tras el comienzo del tratamiento se registró en el grupo más joven (menores de 45 años), y los costos de este grupo después del tratamiento llegaron a los niveles más bajos que existían antes del tratamiento. Sin embargo, en los casos de los sujetos mayores de 65 años, los costos de atención a la salud

permanecieron relativamente estables después del tratamiento y no descendieron a los niveles que existían antes del tratamiento. Blose y Holder (1991) al reproducir y ampliar el estudio obtuvieron los mismos resultados. Por su parte, Booth et al., 1990, observaron que en una muestra de sujetos tratados por alcoholismo en un centro médico para veteranos, las admisiones relacionadas al alcohol se sucedían con más frecuencia y por mayores periodos de tiempo después del tratamiento que antes del mismo. Los autores creen que el bajo nivel socioeconómico de la mayoría de los sujetos estudiados podría tal vez explicar las diferencias obtenidas entre sus resultados y los de Holder y otros investigadores.

La prueba de las ventajas económicas del tratamiento de problemas de drogas, excluyendo el alcohol, provienen de un amplio estudio sobre el tratamiento de drogas realizado en los Estados Unidos (Hubbard et al., 1989). Este estudio recopiló los datos provenientes de más de 10.000 usuarios de drogas y 37 programas de tratamiento centrados en tres grandes modalidades de tratamiento: tratamiento de mantenimiento con metadona, “counselling” ambulatorio de toxicómanos abstinentes y la comunidad terapéutica. Se recopiló un cúmulo considerable de datos provenientes de admisiones, tratamiento y seguimiento. El componente económico del estudio se centró en las actividades delictivas vinculadas a las drogas. Se desarrollaron dos medidas de síntesis de costos: los costos para los ciudadanos respetuosos de la ley, y los costos para la sociedad. Los primeros incluían los costos por daños o pérdidas materiales ocasionados por delitos relacionados con las drogas, la pérdida de productividad por lesiones o inconvenientes producidos por delitos relacionados con las drogas y el costo de los procesos de la justicia penal. Los costos para la sociedad comprendían los de las víctimas de delitos relacionados con las drogas, los costos de la justicia penal y los costos en que incurren los usuarios de drogas al no devengar ingresos de una manera legítima y entre los cuales se encuentran los costos de actividades delictivas, costos de su desarrollo profesional y de productividad. Los resultados demostraron que, en la población estudiada, las dos categorías de costos eran inferiores después del tratamiento y que las diferencias entre los períodos antes y después del tratamiento excedían los costos de éste. Las diferencias, antes y después del tratamiento, a favor de los ciudadanos respetuosos de la ley alcanzaron su máximo nivel en el caso de tratamiento con metadona, mientras que las que correspondían al conjunto de la sociedad alcanzaron su máximo nivel en el caso del “counselling” ambulatorio para toxicómanos abstinentes.



Principio
de mejor
práctica

(No. 23)

Las pruebas demuestran claramente que el tratamiento de alcohólicos y toxicómanos es económicamente rentable para la sociedad en general o al menos para ciertos sectores. Varios estudios indican que las ventajas económicas derivadas de ciertos tratamientos son superiores a sus costos.

7. Problemas y limitaciones de las investigaciones actuales

En varias ocasiones, a lo largo del análisis expuesto anteriormente, se dirigió la atención del lector a las razones por las que es conveniente interpretar con prudencia los resultados de ciertos estudios o series de estudios. En general, conviene ser prudentes al hacer generalizaciones de los resultados antes de aplicarlos a situaciones de tratamiento típicas, ya que un buen número de estudios se han realizado en el marco de clínicas universitarias con la participación de terapeutas muy competentes y con sujetos seleccionados. Por lo general, los individuos con problemas múltiples y socialmente inestables son excluidos de estudios controlados y los que son seleccionados deben aceptar las condiciones que imponga la investigación. Esto incluye la aceptación de ser asignados de manera aleatoria al tratamiento, de modo que quedarían excluidos los que quisieran recibir un tratamiento en particular y los que desearan participar en la planificación de su tratamiento.

De hecho, el objetivo de mejorar la eficacia del tratamiento presenta un dilema para los investigadores, los profesionales prácticos y los encargados de formular las políticas. Existe el peligro de que, por alcanzar tal objetivo, los servicios fijen criterios de admisión más estrictos que contribuirían a aumentar las tasas de éxito pero a la vez les negarían los servicios a los que más los necesitan. Los servicios que favorecen a los que más los necesitan, estarían trabajando con candidatos poco favorables para la obtención de buenos resultados en los estudios.

Aparte del tratamiento de mantenimiento con metadona, se han realizado muy pocas investigaciones en torno a otras soluciones para los heroínómanos y, de manera más general, para usuarios de drogas inyectadas. Esto parece ser una prioridad dada la alta prevalencia de drogas inyectadas que existen en Vancouver y en otros centros urbanos canadienses y la proliferación del VIH, de la hepatitis C y el alto índice de decesos en los usuarios.

Ciertos informes de investigaciones proporcionan detalles suficientes sobre la selección de candidatos y sobre las características esenciales de los sujetos que participaron, mientras que otros no lo hacen. Esta situación impide comparar plenamente los estudios (Finney y Monahan, 1996).

Otras lagunas observadas en los informes de investigación publicados se relacionan con la falta de homogeneidad en las medidas de los resultados y a estadísticas poco convincentes por utilizar muestras pequeñas. Por ello, es posible que se llegue a concluir que un tratamiento no es eficaz cuando en realidad sí lo es.

La actual metodología de evaluación de tratamientos no siempre permite explicar plenamente los efectos de diversas terapias, las cuales son en ciertos casos muy complejas. Se reconoce, por ejemplo, que algunos tratamientos tales como los que se centran en la conducta y cuyos resultados se calculan en términos de objetivos obtenidos, son más fáciles de estudiar que otras terapias, en las que el objetivo es responder a las necesidades.

Miller (1995) intentó determinar en qué medida los resultados de los estudios controlados varían en función de la calidad de la investigación. Se desarrolló toda una serie de medidas de la calidad de la investigación. Contrario a las expectativas de que las investigaciones de pésima calidad tenderían más a demostrar la eficacia de los estudios de tratamiento, Miller y Hester no encontraron ninguna relación entre la calidad de las investigaciones y los resultados de los tratamientos.

A Dennis et al. (1996) les inquieta, en particular, el hecho de que son numerosos los estudios de investigación con informes publicados, incluyendo los que siguieron un protocolo experimental, que tienen poco valor estadístico, utilizan muestras no representativas y no evalúan las propiedades psicométricas de sus instrumentos de medida. Asimismo, señalan que la documentación incluye muchos estudios que simplemente no controlaron la variabilidad interna de las muestras tratadas y no utilizaron análisis multidimensionales para neutralizar los efectos contextuales de toda una gama de resultados. Dennis et al. estiman que conviene realizar nuevas investigaciones sobre los servicios de salud con el fin corregir estas deficiencias. Esto supone el desarrollo de sistemas de control que permitan comprender y evaluar mejor a los clientes, intervenciones y problemas organizacionales y financieros tal como se presentan en la realidad. Este planteamiento difiere de la investigación experimental, en el sentido de que se aborda la eficacia del tratamiento en un contexto real y no en un contexto predeterminado.

8. Conclusiones generales y resumen de las mejores prácticas

A pesar de las limitaciones de las investigaciones realizadas a la fecha, existe un número de conclusiones que merecen plantearse y que en el presente informe se han denominado como mejores prácticas.

Los resultados de las investigaciones son suficientemente claros en cuanto a la capacidad de ciertas modalidades de tratamiento de lograr que los sujetos tratados reduzcan subsecuentemente su uso de productos psicotrópicos y mejoren otros aspectos de su vida. Si bien las mejoras de la conducta, respecto al uso de sustancias psicotrópicas, se asocian por lo general a las mejoras que se dan en otros aspectos de la vida del sujeto, no siempre sucede de esa manera. Lo mismo que tampoco se puede decir que las mejoras en otras áreas (p.ej., salud, funcionamiento social y delincuencia) están supeditadas a la abstinencia. Ciertos resultados presentarán un mayor valor que otros, según los intereses, y es necesario que la decisión sobre el éxito del tratamiento se tome a la luz de múltiples criterios que se inscriben en un medio continuo. Las medidas dicótomas de resultados (p. ej., abstinencia vs recaídas) encubren las ventajas progresivas del tratamiento y no tienen en cuenta el funcionamiento del sujeto tratado en otros aspectos de su vida.

Ciertas modalidades de tratamiento parecen ser particularmente prometedoras respecto a su influencia en el consumo de productos psicotrópicos y sus problemas afines (ver a continuación) y, en general, los resultados mejoran cuando también se proporcionan tratamientos apropiados para los problemas importantes de la vida (problemas de comunicación, falta de confianza en sí mismo, desempleo). Sin embargo, las características de los clientes, antes y después del tratamiento, lo mismo que su entorno social, influyen en el éxito del tratamiento. Los individuos que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyos sociales para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros.

A continuación presentamos la lista de mejores prácticas derivadas del presente análisis:

Principio de mejor práctica (No. 1, p. 14)

No cabe duda de que la farmacoterapia desempeña una función como auxiliar de otras formas de tratamiento del alcoholismo y de la toxicomanía si se utiliza en un entorno controlado. Los fármacos que puedan causar dependencia ellos mismos se deben utilizar con prudencia y su uso se debe controlar con regularidad.

La documentación apoya, como complemento de una terapia global, el uso selectivo de **disulfiram** por los clientes socialmente estables y motivados.

La **naltrexona** puede ser un complemento eficaz de otras formas de tratamiento al reducir el deseo de beber alcohol.

La **metadona**, administrada en dosis adecuadas y acompañada de una terapia de apoyo, permite reducir el uso de opiáceos ilícitos, la actividad delictiva y la transmisión del VIH; asimismo, puede mejorar las condiciones sociales y la salud física del sujeto, aumentar su productividad y, en ciertos casos, conducir al abandono total de la heroína. Cuanto mayor sea la duración del tratamiento mejores serán los resultados.

Principio de mejor práctica (No. 2, p. 17)

La documentación otorga cierto apoyo a los programas conductuales de prevención de recaídas para fumadores y personas con problemas de alcohol. La documentación también apoya la eficacia de la terapia de entrenamiento en autocontrol conductual para aquellas personas cuyos problemas de alcohol son menos graves y la considera como una alternativa rentable a las terapias de mayor dimensión dirigidas por profesionales. Asimismo, el contrato conductual será más eficaz como parte de un programa de tratamiento global.

Principio de mejor práctica (No. 3, p. 18)

Se ha demostrado, una y otra vez, que el método de apoyo comunitario es muy eficaz, sobre todo en los bebedores que cuentan con muy poco apoyo social y sufren de problemas de bebida más graves.

Principio de mejor práctica (No. 4, p. 19)

Las investigaciones confirman en gran medida la eficacia de la terapia conyugal, en particular la terapia conductual conyugal, tanto en la modalidad abreviada como prolongada.

Principio de mejor práctica (No. 5, p. 19)

La investigación respalda sustancialmente el entrenamiento en habilidades sociales, en particular en el caso de los bebedores para los que el alcohol representa un problema.

Principio de mejor práctica (No. 6, p. 20)

La investigación confirma el valor de la gestión del estrés en el tratamiento de problemas de alcohol.

Principio de mejor práctica (No. 7, p. 26)

Si bien la documentación aún no puede probar qué tipo de tratamiento le conviene a un sujeto en particular, ello no significa que a todos los clientes les convenga el mismo tipo de servicios. Es necesario ofrecer servicios flexibles y personalizados y establecer directrices que permitan seleccionar los servicios apropiados.

Principio de mejor práctica (No. 8, p. 27)

A menos que exista una contraindicación, se deberá favorecer la terapia de grupo.

Principio de mejor práctica (No. 9, p. 29)

La investigación sigue confirmando la rentabilidad relativa del tratamiento ambulatorio en comparación con el tratamiento en régimen de internado, sin excluir por ello, la necesidad de ciertos toxicómanos y alcohólicos de internarse en un medio de apoyo a corto o largo plazo. Sin embargo, aun estos pacientes se pueden beneficiar simultáneamente del tratamiento ambulatorio que se ofrece para la toxicomanía, alcoholismo y otros problemas.

Principio de mejor práctica (No. 10, p. 31)

Las intervenciones de corta duración (de hasta ocho sesiones) parecen beneficiar a las personas socialmente estables y cuya dependencia del alcohol no sea muy aguda. Ciertos alcohólicos necesitan tratamiento a largo plazo, pero aún no se ha establecido la duración del tipo de tratamiento que sea rentable y eficaz. Un número de estudios ha demostrado

que un tratamiento de corta duración puede ser tan eficaz como un tratamiento a largo plazo.

Principio de mejor práctica (No. 11, p. 32)

Se han obtenido mejores resultados con sujetos que tenían menos problemas y más recursos. Esto confirma la necesidad de identificar y desarrollar las intervenciones más eficaces para los pacientes que, en un momento dado, presentan un pronóstico muy desalentador.

Principio de mejor práctica (No. 12, p. 33)

La administración de un tratamiento apropiado por terapeutas competentes, con sólidas cualidades de comunicación interpersonal, como la empatía y la capacidad de forjar una alianza terapéutica con sus pacientes, aumenta las posibilidades de obtener resultados positivos en el tratamiento.

Principio de mejor práctica (No. 13, p. 35)

Ciertas pruebas confirman la eficacia del tratamiento obligatorio prescrito por los tribunales en el caso de heroinómanos y de la gente que conduce en estado de ebriedad. Sin embargo, es ambigua la documentación general sobre la eficacia de este tipo de tratamiento. Por tanto, sería inexacto concluir que los clientes sometidos a tratamiento obligatorio no reúnen la idoneidad de otros para las terapias.

Principio de mejor práctica (No. 14, p. 39)

Si bien no existen suficientes investigaciones que demuestren la superioridad de un tipo de tratamiento sobre otro en lo que respecta a las mujeres, es sumamente urgente eliminar los obstáculos que obstruyen el tratamiento y proporcionar una gama de modificaciones y servicios de apoyo (p. ej., armonización del calendario de tratamiento con el calendario escolar de los niños, utilización de material autodidáctico, prestación de servicios de guardería, transporte) y proporcionar servicios auxiliares específicos (p. ej., atención durante el embarazo y servicios afines, orientación en materia de agresión sexual, aprendizaje de competencias parentales y ayuda profesional).

Principio de mejor práctica (No. 15, p. 42)

La modalidad de tratamiento que parece convenir a los adolescentes es la que se adapta a las necesidades individuales. Los principales elementos de los programas comprenden la terapia familiar, “counselling” en habilidades conductuales, el apoyo de la familia, de los pares y el post-tratamiento. También se consideran importantes los servicios auxiliares, como la disponibilidad de escuelas para los que dejan de asistir, la orientación profesional, los servicios de esparcimiento, el desarrollo psicológico, el “counselling” en caso de crisis y la orientación en materia de sexualidad.

Principio de mejor práctica (No. 16, p. 44)

Con frecuencia las personas de la tercera edad se muestran reacias a reconocer que tienen problemas de alcoholismo o de toxicomanía y se resisten a acudir a los servicios especializados en busca de ayuda. Son más eficaces las intervenciones comunitarias que se proporcionan integradas en el contexto general de la atención a la salud y de las actividades cotidianas, utilizando un método flexible, holístico y centrado en el cliente.

Principio de mejor práctica (No. 17, p. 47)

Si bien siguen siendo escasas las investigaciones sobre el tema, el tratamiento integrado de problemas de alcoholismo y toxicomanía y los de salud mental parece ser más halagüeño que el tratamiento secuencial o paralelo. Es importante mejorar el proceso de referencias a otros servicios y de gestión de casos para asegurar un enlace y una sólida coordinación entre los servicios especializados competentes y los servicios de carácter informal establecidos por la comunidad. La capacitación es crucial, no solamente para el personal de servicios especializados sino también para el de los servicios sociales y correccionales que reciben a los toxicómanos y alcohólicos. Conviene, en general, desalentar la exclusión de sujetos con trastornos psíquicos de los servicios de tratamiento de alcoholismo y toxicomanía, y a la inversa.

Principio de mejor práctica (No. 18, p. 50)

Los usuarios de drogas inyectadas, seropositivos o que padezcan de SIDA tienden a ser objeto de una profunda marginalización en sus comunidades y tienen dificultades para acceder a los servicios de atención y tratamiento apropiados a sus necesidades. Los riesgos considerables a la salud que enfrenta esta población, exigen una mejor coordinación de servicios y la adopción de medidas de tratamiento más innovadoras con el fin de frenar la propagación del virus del SIDA, en particular entre la población indígena, las mujeres y los reclusos.

Principio de mejor práctica (No. 19, p. 50)

Es preciso proporcionarles a las poblaciones especiales un mayor acceso a los servicios de tratamiento mediante uno o varios de los siguientes elementos: a) una mayor sensibilización y un mejor acceso a los recursos de ayuda informal, como los programas de autoayuda o de apoyo mutuo y los métodos autodidácticos; b) una mayor contribución de parte de los servicios comunitarios generales a la identificación y apoyo de personas que padecen problemas de toxicomanía; c) la prestación de servicios especializados a través de medidas de extensión. Es imperativo asegurar una buena gestión de casos si se desea satisfacer de manera eficaz las necesidades únicas, y con frecuencia múltiples, de cada población.

Principio de mejor práctica (No. 20, p. 59)

La mayoría de las personas que sufren de problemas de alcohol o de otras drogas no solicita ayuda, sobre todo de los servicios especializados. Por ello, es necesario realizar mayores esfuerzos para divulgar la existencia de los servicios especializados entre la población en general y entre los prestadores de servicios sociales y de salud.

Principio de mejor práctica (No. 21, p. 61)

Es limitado el número de estudios relativos a las configuraciones eficaces de sistemas. Sin embargo, la documentación es unánime en el sentido de que el cliente obtiene un mayor provecho cuando tiene acceso a una gama de servicios flexibles y personalizados que abarquen todos los sectores especializados y los no especializados; que dichos servicios estén ligados mediante un tipo de coordinación y gestión de casos y que tengan en cuenta las particularidades de las poblaciones especiales.

Principio de mejor práctica (No. 22, p. 62)

Por su propia naturaleza, es difícil evaluar la eficacia de la participación en los AA o en otros grupos de apoyo mutuo, no obstante estos grupos proporcionan beneficios a muchas personas y los médicos clínicos deben familiarizarse con tales grupos para poder informarles a sus clientes sobre los mismos y alentarlos a que aprovechen estos recursos.

Principio de mejor práctica (No. 23, p. 64)

Las pruebas demuestran claramente que el tratamiento de alcohólicos y toxicómanos es económicamente rentable para la sociedad en general o al menos para ciertos sectores. Varios estudios indican que las ventajas económicas derivadas de ciertos tratamientos son superiores a sus costos.

9. Glosario de términos relativos al tratamiento

Autoconfrontación por video: Consiste en grabar a un bebedor cuando está intoxicado y después, al estar sobrio, presentarle el video para que encare la conducta que adopta al estar bebiendo.

Autoterapia en doce etapas: Actividades de tratamiento fundamentadas en la perspectiva etiológica del alcoholismo y otras dependencias a sustancias químicas, al igual que en el enfoque de doce etapas de los AA o de otros grupos de autoayuda afines.

Comunidad terapéutica: Programa de terapia a largo plazo, sumamente estructurado e intensivo. Se lleva a cabo en un entorno residencial y está dirigido a personas con problemas muy graves; con frecuencia incluye la participación del sistema de justicia penal. Se ha modelado en base a los programas que existen en los Estados Unidos como Synanon.

Confrontación: Una técnica muy intensiva y muy delicada que se emplea en actividades individuales y de grupo encaminadas a cuestionar la conducta actual de los clientes y motivarlos para que la modifiquen.

Contratos conductuales: El uso de eventualidades ambientales específicas tales como estímulos de la conducta y el reforzamiento de conductas que son incompatibles con el consumo de alcohol o de drogas.

Educación antialcohol/ antidrogas: Aportación y análisis de datos concretos sobre el alcohol (alcoholismo, abuso de alcohol) y otras drogas (toxicomanía, abuso de drogas) mediante, por ejemplo, conferencias, documentales o lecturas, con el objeto de provocar un cambio de actitud o de conducta.

Entrenamiento conductual en autocontrol: Actividades encaminadas a enseñarle al cliente métodos para modificar sus hábitos de consumo de alcohol, normalmente con el objeto de que logre moderar su consumo. Les enseña las maneras de reaccionar en situaciones de alto riesgo. En este método, al que también se le conoce como entrenamiento en autogestión, a veces se utilizan guías de autoterapia.

Entrenamiento en habilidades sociales: Se refiere al entrenamiento en habilidades conductuales que permitan el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales.

Exposición a estímulos: Exposición de los bebedores o usuarios de drogas al estímulo (p. ej., vista, gusto, olfato) del uso de alcohol o de drogas sin proporcionarles la sustancia con la suposición de que tal estímulo eliminará el deseo o la necesidad.

Gestión del estrés: Actividades encaminadas a incrementar la capacidad del cliente de relajarse y afrontar el estrés. Las actividades pueden abarcar ejercicios de relajamiento progresivo, retroalimentación biológica, meditación, desensibilización sistemática y otras técnicas.

Hipnosis: Hacer que la persona entre en trance hipnótico y enseñada darle instrucciones precisas para que modifique su futuro consumo de sustancias.

Prevención de recaídas: Actividades cuyo objetivo primordial es enseñarles a los clientes técnicas para manejar situaciones de alto riesgo de recaídas y para incrementar la confianza en sí mismos (p. ej., el grado de autoeficacia).

Psicoterapia orientada hacia la introspección: Actividades individuales o de grupo que consideran que los problemas de alcohol o de drogas son los síntomas de una psicopatología subyacente y que buscan resolver los conflictos subyacentes a través del uso de interpretaciones y el desarrollo de la comprensión de sí mismo. A veces se le denomina terapia orientada hacia la introspección, para diferenciarla del “counselling” el cual se centra más en el presente y en la resolución de problemas.

Reforzamiento comunitario: Un enfoque de gran amplitud que pretende cambiar el entorno del consumo de alcohol o del uso de drogas de un individuo proporcionándole a éste intervenciones como las farmacoterapias, ayuda para encontrar empleo, orientación en materia de relaciones y esparcimiento, etc.

Seguimiento (post-tratamiento): Recursos o servicios que se ofrecen a los clientes que necesitan apoyo continuo y otros servicios después de su tratamiento.

Terapia aversiva: Terapia diseñada de tal manera que condicione al sujeto a evitar el alcohol al combinar las imágenes o el consumo de éste con experiencias desagradables como los electrochoques, las náuseas, el vómito o consecuencias nefastas imaginadas.

Terapia cognitiva: La identificación y modificación de pensamientos y creencias desadaptados que contribuyen al problema del uso de sustancias.

Terapia con fármacos antidipsotrópicos: El uso de drogas como el disulfiram (Antabuse) o carbimida cálcica (Temposil) para producir una reacción de aversión al consumir alcohol.

Terapia de deshabitación: El uso de drogas con el propósito de disminuir el deseo de beber alcohol.

Terapia de grupo: Se ofrece a un grupo de personas. Puede incluir la psicoterapia de grupo al igual que otros tipos de grupos como los de apoyo y los de orientación.

Terapia familiar y conyugal: Proceso terapéutico en el que participan el cónyuge, miembros de la familia y toda otra persona clave con el fin de mejorar la comunicación, la resolución de problemas y otros aspectos de la vida de la familia. Este método permite modificar los hábitos de consumo de alcohol y de drogas del cliente, siempre apoyando a la familia.

Tratamiento ambulatorio: Tratamiento que se administra a clientes no ingresados, por lo general, en sesiones programadas con regularidad (p. ej., 1-2 horas a la semana).

Tratamiento breve: Se trata de terapia motivacional breve que generalmente se centra en personas con problemas leves o moderados y puede constar de hasta ocho sesiones de tratamiento conductual.

Tratamiento de día y de noche: Tratamiento intensivo y estructurado que se ofrece en un entorno no residencial, generalmente cinco días a la semana (p.ej., 3 a 4 horas al día). También se puede administrar en un entorno institucional (p.ej., un centro correccional).

Tratamiento de mantenimiento con metadona: El uso de metadona, siguiendo un régimen prescrito y regular, como sustituto de los opiáceos con el fin de estabilizar el estado del cliente a la vez que intenta modificar su modo de vida y su conducta interpersonal.

Tratamiento de mantenimiento con metadona - dosis alta: Dosis media de 60 a 100 mg/día.

Tratamiento de mantenimiento con metadona - dosis baja: Dosis media de 30 a 50 mg/día.

Tratamiento en entorno residencial (corto plazo): Tratamiento cuya duración es, por lo general, inferior a 40 días y se administra de manera intensiva y estructurada estando el cliente ingresado.

Tratamiento en entorno residencial (largo plazo): Servicios de tratamiento o de readaptación que generalmente se ofrecen por un período de más de 40 días. Estos servicios se pueden proporcionar en centros de rehabilitación para toxicómanos, centros de transición en sus diversas modalidades y en las comunidades terapéuticas.

10. Bibliografía

- ABORIGINAL PEOPLES COLLECTION. *The Native Inmate Substance Pre-treatment Program: A Demonstration Project*. Supply and Services Canada, User report 1991-11, Cat. No. JS5-1/3-19160-9, Ottawa: Solicitor General of Canada; 1992.
- ABRAMS, D.B., ORLEANS, C.T., NIAURA, R.S., GOLDSTEIN, M.G., PROCHASKA, J., VELICER, W. Integrating Individual and Public Health Perspectives for Treatment of Tobacco Dependence under Managed Health Care: A Combined Stepped Care and Matching Model. *Tobacco Control 2* (supl), S17-S37; 1993.
- ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome: Implications for Services in Ontario*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
- ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. *Best Advice: Prevention Strategies – Injection Drug Users and AIDS*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1991.
- ADDICTIONS FOUNDATION OF MANITOBA. *Rural and Northern Youth Intervention Strategy (RNYIS) project: Final report*; 1995.
- ADLAF, E.M., IVIS, F.J., SMART, R.G., WALSH, G.W. *Ontario Student Drug Use Survey 1977-1995*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1995.
- ADLAF, E.M., IVIS, F.J., SMART, R.G., WALSH, G.W. *Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
- AHLES, T.A., SCHULUNDT, D.G., PINE, D.M., RYCHARTARIK, R.G. Impact of Aftercare Arrangements on the Maintenance of Treatment Success in Abusive Drinkers. *Addictive Behaviors* 1983; 8: 53-58.
- ALTERMAN, A.I., et al. Effectiveness and Costs of Inpatient Versus Day Hospital Cocaine Rehabilitation. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1994; 182: 157-163.
- ANDERSON, M.D. Personalized Nursing: An Effective Intervention Model for Use of Drug-Dependent Women in an Emergency Room. *International Journal of the Addictions* 1986; 21: 105-122.
- ANDERSON, W.F., FRIEDEN, B.J., MURPHY, M.J. *Managing Human Services*. International City Management Association, Washington, DC., 1977.
- ANGLIN, M.D. The Efficacy of Civil Commitment in Treating Narcotic Addiction. En: C.G. Leukefeld y F. Tims, eds. *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. Rockville, Maryland: National Institute of Drug Abuse; 1988.

- ANGLIN, M.D., BRECHT, M., MADDANIAN, E. Pre-treatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced Versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions. *Criminology* 1989; 27: 537-557.
- ANGLIN, M., SPEKART, G.R., BOOTH, M.W., RYAN, T.M. Consequences and Costs of Shutting Off Methadone. *Addictive Behaviors* 1989; 14: 307-326.
- ANNIS, H.M. Is Inpatient Rehabilitation Cost-Effective? Con Position. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 1986; 5:175-190.
- ANTON, R.. Medications for Treating Alcoholism. *Alcohol Health & Research World* 1994; 18(4):265-271.
- ARCHIBALD, C., OFNER, M., PATRICK, D., STRATHDEE, S. et al. *The Point Project: A Study of Risk Factors for HIV Infection Among Vancouver's Injection Drug Using Community: Summary of Final Results*. British Columbia Ministry of Health; 1996.
- ARMOUR, D.J., POLICH, J.M., STAMBUL, H.B. *Alcoholism and Treatment*. Santa Monica, California: The Rand Corporation; 1978.
- BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin* 1975; 82: 738-783.
- BAKER, F. Coordination of Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Services. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services; 1991.
- BARDSLEY, P.E., BECKMAN, L.J. The Health Belief Model and Entry into Alcoholism Treatment. *International Journal of the Addictions* 1988; 23(1): 19-28.
- BARON, J., CARVER, V. Substance Use and the Older Person. En: S. Harrison, V. Carver, eds. *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*. 271-291. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
- BECKMAN, L.J., AMARO, H. Personal and Social Differences Faced by Women and Men Entering Alcoholism Treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1986; 47: 135-146.
- BECKMAN, L.J., KOCEL, K.M. The Treatment Delivery System and Alcohol Abuse in Women: Social Policy Implications. *Journal of Social Issues* 1982; 38: 139-151.
- BLOSE, J.O., HOLDER, H.D. The Utilization of Medical Care by Treated Alcoholics: Longitudinal Patterns by Age, Gender, and Type of Care. *Journal of Substance Abuse* 1991; 3: 13-27.
- BLUME, S.B. Psychiatric Problems of Alcoholic Women. En: J. Soloman, ed. *Alcoholism and Clinical Psychiatry*, Chapter 13. New York: Plenum; 1982.
- BOOTH, B.M., YATES, W.R., PETTY, F., BROWN, K. Longitudinal Characteristics of Hospital Use Before and After Alcoholism Treatment. *American Journal of Drug and Alcohol*

- Abuse* 1990; 16: 161-170.
- BOYD, N., MILLARD, C.J., WEBSTER, C.D. Heroin "Treatment" in British Columbia, 1976-1984: Thesis, Antithesis and Synthesis? *Canadian Journal of Criminology* 1985; 27(2): 195-208.
- BRANDSMA, J.M., MAULTSBY, M.C., WALSH, R.J. *Outpatient Treatment of Alcoholism: A Review and Comparative Study*. Baltimore: University Park Press; 1980.
- BRAUNSTEIN, W.B., POWELL, B.J., MCGOWAN, J.F., THORESON, R.W. Employment Factors in Outpatient Recovery of Alcoholics: A Multivariate Study. *Addictive Behaviors* 1983; 8: 345-351.
- BULLOCK, M.L., UMEN, A.J., CULLITON, P.D. Acupuncture Treatment of Alcoholic Recidivism: A Pilot Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1987; 11: 292-295.
- CAIN, V. *Report of the Task Force into Intravenous Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*. Vancouver: Ministry of the Attorney General; 1994.
- CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE AND CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *HIV, AIDS and Injection Drug Use. A National Action Plan*. Ottawa; 1997.
- CARROLL, K.M. Relapse Prevention as a Psycho-social Treatment: A Review of Controlled Clinical Trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; 4: 46-73.
- CARROLL, K.M., NICH, C., ROUNSAVILLE, B.J. Differential Symptom Reduction in Depressed Cocaine Abusers Treated with Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1995; 83: 251-259.
- CHRISTENSEN, A., JACOBSON, N.S. Who (or what) Can do Psychotherapy: The Status and Challenge of Non-professional Therapies. *Psychological Science* 1994; 5 (1, enero): 8-14.
- CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA. Review of Treatment Approaches, www.csc-scc.gc.ca ; 1996.
- COSTELLO, R.M. Alcoholism Aftercare and Outcome: Cross-Lagged Panel and Path Analyses. *British Journal of Addiction* 1980; 75: 49-53.
- CUNNINGHAM, J.A., SOBELL, L.C., SOBELL, M.A. Resolution From Alcohol Problems Without Formal Treatment: Reasons for Change. *Journal of Studies on Alcohol* 1995; 7: 365-372.
- DAHLGREN, L., WILLANDER, A. Are Special Treatment Facilities for Female Alcoholics Needed? A Controlled Two-year Follow-Up Study from a Specialized Female Unit (EWA) Versus A Mixed Male/Female Treatment Facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1989; 13: 499-504.

- DAWE, S., POWELL, J., RICHARDS, D., GOSSOP, M. Does Post-withdrawal Cue Exposure Improve Outcome in Opiate Addiction? A Controlled Trial. *Addiction* 1993; 88 (9, septembre): 1233-1245.
- DE LEON, G., JAINCHILL, N. Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability as Correlates of Treatment Tenure. *Journal of Psychoactive Drugs* 1986; 18: 203-208.
- DENNIS, M.L., et al. *Drug Outcome Monitoring Systems (DOMS). Developing a New Paradigm for Health Services Research*. Bloomington, Illinois: Chestnut Health Systems; 1996.
- DITMAN, K.S., CRAWFORD, G.G., FORGY, E.W., MOSKOWITZ, H., MACANDREW, C. A Controlled Experiment on the Use of Court Probation for Drunk Arrests. *American Journal of Psychiatry* 1967; 124: 160-163.
- DRUMMOND, D.C. The relationship Between Alcohol Dependence and Alcohol-related Problems in a Clinical Population. *British Journal of Addiction* 1990; 85: 357-366.
- DRUMMOND, D.C. Alcohol Interventions: Do the Best Things Come in Small Packages? *Addictions* 1997; 92: 375-380.
- EL-GUEBALY, N. Substance Abuse and Mental Disorders. The Dual Diagnosis Concept. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990; 35: 261-267.
- EL-GUEBALY, N. Managing Substance Abuse and Mental Illness: A Canadian Perspective. En: D. Riley, ed. *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*, 33-47. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 1993.
- EL-GUEBALY, N., HODGINS, D.C. Schizophrenia and Substance Abuse: Prevalence Issues. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992; 37: 704-710.
- ELIANY, M., RUSH, B. *How Effective are Alcohol and Other Drug Prevention and Treatment Programs? A Review of Evaluation Studies*. A Canada's Drug Strategy Baseline Report. Ottawa: Health Canada. 1992.
- EMRICK, C.D., TONIGAN, J.S., MONTGOMERY, H., LITTLE, L.. Alcoholics Anonymous: What is Currently Known? En: B.S. McCrady, W.R. Miller, eds. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers Center for Alcohol Studies; 1993.
- FILLMORE, K.M. "When Angels fall...": Women's Drinking as Cultural Preoccupation and as Reality. En: S. Wilsnack, S., L. Beckman, eds. *Alcohol Problems in Women*. 7-36. New York: Guilford Press; 1984.
- FINNEY, J.W., HAHN, A.C., MOOS, R.H. The Effectiveness of Inpatient and Outpatient Treatment for Alcohol Abuse: The Need to Focus on Mediators and Moderators of Setting Effects. *Addiction* 1996; 91(12): 1773-1796.

- FINNEY, J.W., MONOHAN, S.C. The Cost-effectiveness of Treatment for Alcoholism: A Second Approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 1996; 229-243.
- FINNEY, J.W., MOOS, R.H. The Effectiveness of Inpatient and Outpatient Treatment for Alcohol Abusers: Effect sizes, Research Design Issues and Explanatory Mechanisms. *Addiction* 1996; 91(12): 1813-1820.
- FITZGERALD, M.A., MULFORD, H.A. An Experimental Test of Telephone Aftercare Contacts with Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1985; 46: 418-419.
- FUNDERBURK, F.R., MACKENZIE, A., DEHAVEN, G.P., STEFAN, R., ALLAN, R.P. Evaluation of the Multiple Offender Alcoholism Project; Quasi-Experimental Evaluation Strategy with a Focus on Individual Disorders. *Evaluation and Program Planning* 1993; 16: 181-191.
- GERSTEIN, D., HARWOOD, H. *Treating Drug Problems* (Vol. 1). Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- GILBERT, S. The Effects of Type of Aftercare Follow-up on Treatment Outcome Among Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1988; 49: 149-159.
- GLASER, F.B. The Concept of Dual Diagnosis: Some Critical Comments. En: D. Riley, ed. *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*, 49-59. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 1993.
- GLASER, F.B. Remarks During Symposium on Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems. Toronto; 1997; (febrero): 19-20.
- GORSKI, T.T. *Passages Through Recovery: An Action Plan for Preventing Relapse*. Center City, Minnesota: Hazelden Institute; 1989.
- GOSTIN, L.O. Compulsory treatment for Drug-dependent Persons: Justification for a Public Health Approach to Drug Dependency. *Millbank Quarterly* 1991; 69: 561-593.
- GRAHAM, K., ANNIS, H., BRETT, P., VENESOEN, P. A Controlled Field Trial of Group versus Individual Cognitive-Behavioural Training for Relapse Prevention. *Addiction* 1996; 91(8): 1127-1139.
- GRAHAM, K., CARVER, V., BRETT, P.J. Women Aged 65 and Over: Alcohol and Drug Use. En: M. Adrian, C. Lundy, M. Eliany, eds. *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1996.
- GRAHAM, K., et al. *Addictions Treatment for Older Adults: Evaluation of an Innovative Client-centered Approach*. New York: Haworth Press; 1995.
- GRAHAM, K., et al. *Evaluation of the COPA Project: A Description of Client Characteristics, Interventions and Outcomes*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1989.

- GROENEVELD, J., SHAIN, M. *Drug Use among Victims of Physical and Sexual Abuse: A Preliminary Report*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1989.
- GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. Substance Abuse Disorders: A Psychiatric Priority. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1291-1300.
- HALL, W. Methadone Maintenance Treatment as a Crime Control Measure. *Crime and Justice* 1996; 29: 1-12.
- HARVEY-JANSEN, Z'A. *Adolescent Treatment: Excellence Through Evaluation*. Edmonton: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; 1995.
- HASIN, D.S., ENDICOTT, J., KELLER, M.B. Alcohol Problems in Psychiatric Patients: 5-year Course. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32: 303-318.
- HEALTH CANADA *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS*; 1997.
- HEATHER, N. Brief Intervention Strategies. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed., 105-122. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995
- HEATHER, N., ROBERTSON, I. *Problem Drinking* 2a ed. New York: Oxford University Press; 1989.
- HESTER, R.K. Behavioural Self-control Training. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed., 148-159. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- HESTER, R.K., MILLER, W.R. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- HINGSON, R., MANGIONE, T., MEYERS, A., SCOTCH, N. Seeking Help for Drinking Problems: A Study in the Boston Metropolitan Area. *Journal of Studies on Alcohol* 1982; 43: 273-288.
- HINGSON, R., SCOTCH, N., DAY, N., CULBERT, A. Recognizing and seeking help for drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol* 1980; 41: 1102-1117.
- HOLDER, H.D. Alcoholism Treatment and Potential Health Care Cost Savings. *Medical Care* 1987; 24: 52-71.
- HOLDER, H.D., BLOSE, J.O. Alcoholism Treatment and total Health Care Utilization and Costs: A Four-year Longitudinal Analysis of Federal Employees. *Journal of the American Medical Association* 1986; 256: 1456-1460.

- HOLDER, H.D., BLOSE, J.O. Changes in Health Care Costs and Utilization Associated with Mental Health Treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 1070-1075.
- HOLDER, H.D., BLOSE, J.O. The Reduction of Health Care Costs Associated with Alcoholism Treatment: A 14-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol* 1992; 53: 293-302.
- HOLDER, H.D., HALLAN, J.B. Impact of Alcoholism Treatment on Health Care Costs: A Six-Year Study. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 1986; 6: 1-15.
- HOLDER, H., LONGABAUGH, R., MILLER, W., RUBONIS, A.V. The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A First Approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52: 517-525.
- HSER, Y.I. A Referral System that Matches Drug Users to Treatment Programs: Existing Research and Relevant Issues. *Journal of Drug Issues* 1995; 25(1): 209-224.
- HUBBARD, R.L., MARSDEN, M.E., RACHAL, J.V., HARWOOD, H.J., CAVANAUGH, E.R., GINZBURG, H.M. *Drug Abuse Treatment – A National Study of Effectiveness*. (ed. de serie: J.H. Jaffe). Chapel Hill, Carolina del Norte. University of North Carolina Press; 1989.
- HUBBARD, R.L., RACHAL, J. Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment. En: F.M. Tims, J.P. Ludford, eds. *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse; 1984.
- HUGHES, J.C., COOK, C.C.H. The Efficacy of Disulfiram: A Review of Outcome Studies. *Addiction* 1997; 92: 381-396.
- INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy of Science Press; 1990.
- ITO, J.R., DONOVAN, D.M. Aftercare in Alcoholism Treatment: A Review. En: W.E. Miller; N. Heather, eds. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press; 1986.
- ITO, J.R., DONOVAN, D.M., HALL, J.J.. Relapse Prevention in Alcohol Aftercare: Effects on Drinking Outcome Change Process and Aftercare Attendance. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 171-182.
- JERRELL, J.M., RIDGELY, M.S. Comparative Effectiveness of Three Approaches to Serving People with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1995; 183 (9, septiembre): 566-576.
- JERRELL, J.M., RIDGELY, M.S. Evaluating Changes in Symptoms and Functioning of Dually Diagnosed Clients in Specialized Treatment. *Psychiatric Services* 1995; 46: 233-238.

- KESO, L., SALASPURO, M. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-type and Traditional Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1990; 14: 584-589.
- LANDRY, M.J. *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. Rockville, Maryland: SAMHSA, Office of Applied Studies, US Dept. of Health and Human Services; 1997.
- LEHMAN, A.F., MYERS, C.P., DIXON, L.B., JOHNSON, J.L. Defining Subgroups of Dual Diagnosis Patients for Service Planning. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 556-561.
- LIGHTFOOT, L., ADRIAN, M., LEIGH, G., THOMPSON, J. Substance Abuse Prevention and Treatment for Women: A Review of the Scientific Literature. En: M. Adrian, C. Lundy, M. Eliany, eds. *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1996.
- LUNDY, C., CARVER, V., PEDERSON, L. Young women: Alcohol, Tobacco and Other Drugs. En: Adrian, M., Lundy, C., Eliany, M., eds. *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1996.
- MACNEIL, P., WEBSTER, I. *Canada's Alcohol and Other Drugs Survey 1994: A Discussion of the Findings*. Ottawa: Health Canada; 1997.
- MARLATT, G.A., BAER, J.S., DONOVAN, D.M., KIVLAHAN, D.R. Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. *Annual Review of Psychology* 1988; 39: 223-252.
- MARLATT, G.A., GEORGE, W.H. Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction* 1984; 79: 261-273.
- MARLATT, G.A., GORDON, J.R. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours* New York: Guildford Press; 1985.
- MARLATT, G.A., LARIMER, M.E., BAER, J.S., QUIGLY, L.A. Harm Reduction for Alcohol Problems: Moving Beyond the Controlled Drinking Controversy. *Behavior Therapy* 1993; 24(4): 461-504.
- MARTIN, G. *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the 90s. Final report of the Advisory Committee on Drug Treatment Reporting to the Minister Responsible for the Provincial Anti-Drug Strategy*. Toronto: Ministry of the Solicitor General; 1990.
- MATTSON, M.E. Patient-treatment Matching: Rationale and Results. *Alcohol Health & Research World* 1994; 18(4): 287-295.
- MCAMMOND, D., SKIRROW, J. *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users: Living with HIV/AIDS*. A Consultation Report Prepared for the AIDS Care, Treatment and Support Program. Ottawa: Health Canada; 1997.

- MCCRADY, B.S. Alcoholics Anonymous and Behavior Therapy: Can Habits be Treated as Diseases? Can Diseases be Treated as Habits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 1159-1166.
- MCCUSTER, J., et al. The Effectiveness of Alternative Planned Durations of Residential Drug Abuse Treatment. *American Journal of Public Health* 1995; 85(10): 1426-1428.
- MCLACHLAN, J.F.C. Benefit From Group Therapy as a Function of Patient-therapist Match on Conceptual Level. *Psychotherapy: Theory Research and Practice* 1972; 9: 317-323.
- MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. Alcohol and drug abuse in three different populations: Is there improvement and is it predictable? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1986; 12: 101-120.
- MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., WOODY, G.E., DRULEY, K.A., O'BRIEN, C.P. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 101-120.
- MCLELLAN, A.T., METZGER, D.S., ALTERMAN, A.I., WOODY, G.E., DURELL, J., O'BRIEN, C.P. *Is Addiction Treatment "Worth It"? Public Health Expectations, Policy-based Comparisons*. Manuscrito inédito. Filadelfia, Pennsylvania: PV Center for Studies on Alcohol; 1996.
- MERCIER, C., BEAUCAGE, B. *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie; (febrero), 1997.
- MEUSER, K.T., DRAKE, R.E., MILES, K.M. The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness. *In Treatment of Drug-dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series #172; 1996.
- MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy* 1983; 11: 147-172.
- MILLER, W.R. Motivation for treatment: A review of special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 1985; 98(1): 84-107.
- MILLER, W.R. Increasing motivation for change. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- MILLER, W.R., et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts. Allyn and Bacon; 1995.
- MILLER, W.R., SANCHEZ-CRAIG, M. How to have a high success rate in treatment: Advice for evaluators of alcoholism programs. *Addiction* 1996; 91(6): 779-785.

- MILLER, W.R., TAYLOR, C.A., WEST, J.C. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 4(8): 590-601.
- MITCHESON, M.C., HARTNOLL, R.L. Conflicts in deciding treatment within drug dependency clinics. En: D.J. West. ed. *Problems of Drug Abuse in Britain*. Cambridge: Institute of Criminology; 1978.
- MONTGOMERY, H.A., MILLER, W.R., TONIGAN, J.S. Differences among AA groups: Implications for research. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54: 502-504.
- MONTI, P.M., ROHSENOW, D.J., COLBY, S.M., ABRAMS, D.B. Coping and social skills training. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- MOOS, R. How to become a true scientist: A guide to minimizing pesky treatment effects. *Addiction* 1997; 92: 481-487.
- MOOS, R.H., FINNEY, J.W., CRONKITE, R. *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press; 1990.
- MUMFORD, E., SCHLESINGEE, H.J., GLASS, G.R., PATRICK, C, CUERDON, T. A new look at evidence about reduced costs of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*. 1984; 141(10): 1145-1158.
- NAJAVITS, L.M., WEISS, R.D. Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction* 1994; 89: 679-688.
- NARANJO, C.A., BREMNER, K.E. Pharmacotherapy of substance use disorders. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 1994; 1: 55-71.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH/NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE *Drug Abuse and Drug Abuse Research: The Fifth Triennial Report to Congress*. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1996.
- NATIONAL TASK FORCE ON HIV, AIDS AND INJECTION DRUG USE *HIV, AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, Canadian Public Health Association; 1997.
- OGBORNE, A.C. Patient characteristics as predictors of treatment outcome for alcohol and drug abusers. En: Y. Israel et al., eds. *Research Advances in Alcohol and Drug Abuse*. Vol. 4. New York: Plenum Press; 1978.
- OGBORNE, A.C. Assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in the community: Meeting the challenges. En: B.S. McCrady, W.R. Miller, eds. *Research on Alcoholics Anonymous*. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies; 1993.

- OGBORNE, A.C. Characteristics of youth and young adults seeking residential treatment for substance use problems: An exploratory study. *Addictive Behaviors* 1995a; 20: 675-679.
- OGBORNE, A.C. Social factors influencing the outcome of alcoholism treatment: Implications for treatment evaluation. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1995b; 31(1-2): 59-67.
- OGBORNE, A.C., Glaser, F.B. Characteristics of affiliates of Alcoholics Anonymous: A review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol* 1981; 42: 661-675.
- OGBORNE, A.C., Rush, B.R. The coordination of services used by problem drinkers. Problems and prospects. *British Journal of Addiction* 1983; 78: 131-138.
- OGBORNE, A.C., SMART, R.G., RUSH, B.R. The treatment of drug-related problems in Canada: Controlling, caring and curing. En: Hunt, G., Klingemann, H., eds. *Demons, Drugs and Democracy*. New York: Sage Publications; 1998.
- OGBORNE, A.C., SMART, R.G., SCHMIDT, G., CHRISTIE, R. Coordination between mental health and addictions agencies in the treatment of cases with co-morbidities. Propuesta de investigación inédita. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
- PAGE, R.D., SCHAUB, L.H. Efficacy of three-versus five-week alcohol treatment program. *International Journal of the Addictions* 1979; 14: 697-714.
- PATTISON, E.M., COE, R., RHODES, R.J. Evaluation of alcoholism treatment. *Archives of General Psychiatry* 1969; 20 (abril): 478-488.
- PEKARIK, G., ZIMMER, L. Relation of client variables to continuance in five types of alcohol treatment settings. *Addictive Behaviors* 1992; 17: 105-115.
- POULIN, C. *Atlantic Adolescent Drug Use Surveys (NS, NF, NB, PEI)*, Halifax: Dalhousie University. 1996.
- PROCHASKA, J., DICLEMENTE, C. Stages and processes of self-change of smoking toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 390-395.
- PROGRAMA DE ABUSO DE SUSTANCIAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Approaches to Treatment of Substance Abuse*. OMS/PSA/93.10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
- PROGRAMA DE ABUSO DE SUSTANCIAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Levels of Cover for Alcohol and Drug Problems: A Sequential Model*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 1997; 58: 7-29.

- RAHDERT, E.R. *The Adolescent Assessment/Referral Systems Manual*. Publication No. (ADM) 91-1735. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1991.
- REGIER, D.A., FARMER, M.E., RAE, D.S., LOCKE, B.Z., KEITH, S.J., JUDD, L.L., GOODWIN, F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264: 2511-2518.
- RIDGEY, M.S. Creating integrated programs for severely mentally ill persons with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services* 1991; 50: 29-41.
- RIES, R. Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatric Clinics of North America* 1993; 16 (1, marzo): 167-175.
- ROCHELEAU, A.M. *Training and Certification for Substance Abuse Treatment and Prevention Providers*. Vol. 122, Cambridge, Botec Analysis Corp., 8-14: Preparado para la Office of National Drug Control Policy; 1995.
- ROHSENOW, D.J., NIAURA, R.S., CHILDRESS, A.R., ABRAMS, D.B., MONTI, P.M. Cue reactivity in addictive behaviours: Theoretical and treatment implications. *International Journal of the Addictions* 1990-1991; 25: 957-993.
- ROOM, R. Measurement and distribution of drinking patterns and problems in general populations. En: G. Edwards, G.M. Gross, M. Keller, J. Moser, R. Room, eds. *Alcohol-Related Disabilities*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1977.
- ROTGERS, F. Coercion in addictions treatment. *Annual Review of Addictions Research and Treatment* 1992; 2: 403-415.
- ROUNSAVILLE, B.J., KLEBER, H.D. Untreated opiate addicts: How do they differ from those seeking treatment? *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 1072-1077.
- RUSH, B.R. Alcohol and other drug problems and treatment systems: A framework for research and development. *Addictions* 1996; 91: 629-642.
- RUSH, B.R., EKDAHL, A. *Treatment Services for Alcohol and Drug Abuse in Ontario: Results of a Provincial Survey*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1987.
- RUSH, B.R., OGBORNE, A.C. Alcoholism treatment in Canada: History, current status and emerging issues. En: H. Klingemann, J.P. Jakala, G. Hunt, eds. *Cure, Care in Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. New York: State University Press; 1992.
- RUSH, B.R., TYAS, S. *Utilization and Perceived Effectiveness of Alcohol and Drug Treatment Services*. Unpublished manuscript. London, ON: Addiction Research Foundation; 1994.
- RUSH, B.R., VINCENT, S., CHEVENDRA, V. An overview of the drug and alcohol registry of treatment. En: G. Duplessis, M. McCrae, C. Viscaff, S. Doupe, eds. *What Works? Innovation in Community Mental Health and Addiction Treatment Programs*. Toronto: Canadian Scholars Press; 1993.

- SANCHEZ-CRAIG, M. Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive-behavioural program: Short-term effects on drinking behaviour. *Addictive Behaviors* 1980; 5: 35-39.
- SANCHEZ-CRAIG, M., LEIGH, G., SPIVAK, K., LEI, H. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *British Journal of Addiction* 1989; 84 (4, abril): 395-404.
- SANCHEZ-CRAIG, M., SPIVAK, K., DAVILA, R. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. *British Journal of Addiction* 1991; 86 (7, julio): 867-876.
- SCIACCA, K. An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services* 1991; 50: 69-84.
- SELLS, S.B., SIMPSON, D.D. *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*. 5 vols. Cambridge, Massachusetts, Ballinger; 1974-76.
- SIMPSON, D., SAVAGE, L. Drug abuse treatment re-admissions and outcomes. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 896-901.
- SINGLE, E.W. Public opinion. En: P. MacNeil, I. Webster, eds. *Canada's Alcohol and Other Drugs Survey 1994*. Ottawa: Health Canada; 1997.
- SINGLE, E.W., MCKENZIE, D. *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 1997.
- SINGLE, E.W., ROBSON, L., XIE, X., REHM, J. *The Economic Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 1996.
- SINGLE, E.W., WILLIAMS, R., MCKENZIE, D. *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 1994.
- SMART, R.G. Forbidden highs: *The Nature, Treatment and Prevention of Illicit Drug Abuse*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1983.
- SMART, R.G. The Smart report: *Substance Abuse and Canadian Youth*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1993.
- SMART, R.G., GRAY, G. Minimal, moderate, and long-term treatment for alcoholism. *British Journal of Addiction* 1978; 73: 35-38.
- SMART, R.G., OGBORNE, A.C. *Northern Spirits: A Social History of Alcohol in Canada*. 2a ed. Toronto: Addiction Research Foundation; 1996.

- SMITH, J.E., MEYERS, R.J. The community reinforcement approach. (14 refs.).
En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., BROWN, J., CLELAND, P.A. A randomized trial comparing group versus individual guided self-change treatment for alcohol and drug abusers. Afiche presentado en la XXIX Convención Anual de la Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Washington, DC; 1995.
- STATISTICS CANADA. *National Alcohol and Other Drugs Survey*. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1990.
- STIMSON, G.V., OPPENHEIMER, E. *Heroin Addiction*. New York: Tavistock Publications; 1982.
- STOCKWELL, T. Anxiety and stress management. En: R.K. Hester, W.R. Miller, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2a ed. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon; 1995.
- THOM, B. 9Sex differences in help-seeking for alcohol problems 1: The barriers to help-seeking. *British Journal of Addictions* 1986; 81: 777-788.
- TIMS, F.M., FLETCHER, B.W., HUBBARD, R.L. Treatment outcomes for drug abuse clients. En: R.W. Pickens, C.G. Leukefeld, C.R. Schuster, eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. NIDA Research Monograph 106. DHSS Publication No. (ADM) 91-1754. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse; 1991.
- TOBENA, A., FERNANDEZ-TERUEL, A., ESCORIHUELA, R.M., NUNEZ, J.F. et al. Limits of habituation and extinction: Implications for relapse prevention programs in addictions. *Drug and Alcohol Dependence* 1993; 32 (3, mayo): 209-217.
- UCHTENHAGEN, A. et al. Medical prescription of narcotics: Background and intermediate results of a Swiss national project. *European Research* 1996; 2: 1996.
- UPFOLD, D. Clinical issues in the assessment and treatment of adolescent substance abuse. S. Harrison, V. Carver, eds. *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* 319-348. Toronto: Addiction Research Foundation; 1997.
- VOLPICELLI, J.R., CLAY, L.L., WATSON, H.T., VOLPICELLI, L.A. Naltrexone and the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Health & Research World* 1994; 18: 272-278.
- WALKER, R.D., DONOVAN, D.M., KIVLIHAN, D.R., O'LEARY, M.R. Length of stay, neuropsychological performance and aftercare: Influences on alcohol treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 900-911.
- WALKER, R.D., HOWARD, M.O., WALKER, P.S., LAMBERT, D., SUCHINSKY, R. Practice guidelines in the addictions: Recent developments. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1994; 12: 63-73.

- WALSH, D.C. et al. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine* 1991; 325 (11, 12 septiembre): 775-782.
- WALTMAN, D. Key ingredients to effective addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 12(6): 429-439.
- WATZL, H.F., RIST, F., OLBRICH, R., COHEN, R. Placebo injections and surveillance of alcohol intake during inpatient treatment of female alcoholics. *Addictive Behaviors* 1988; 13: 197-200.
- WEISNER, C. Coercion in alcohol treatment. En: Institute of Medicine: *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- WEISNER, C., GREENFIELD, T., ROOM, R. Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990. *American Journal of Public Health* 1995; 85(1): 55-60.
- WEISNER, C., SCHMIDT, L. Alcohol and drug problems among diverse health and social service populations. *American Journal of Public Health* 1993; 83 (6, junio): 824-829.
- WELLS-PARKER, E., BANGERT-DROWNS, R., MCMILLEN, R., WILLIAMS, M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction* 1995; 90: 907-926.
- WHYNOT. *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver*; 1996.
- WILD, T.C., COHEN, J., MANN, R., ELLIS, K. *Mandated and Coerced Treatment for Substance Abuse: Current Knowledge and Future Research Directions*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1995.
- WILD, T.C., NEWTON-TAYLOR, B., ALLETTO, R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment. Structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*; 1998.
- WILKINSON, D.A., LEIGH, G.M., CORDINGLY, J., MARTIN, G.W., LEI, H. Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *British Journal of Addiction* 1987; 82: 259-274.
- WILKINSON, D.A., LEBRETON, S. Early indications of treatment outcome in multiple drug users. En: W.R. Miller, N. Heather, eds. *Treating Addictive Behaviors*. New York: Plenum Press; 1986.
- WILKINSON, D.A., MARTIN, G.W. Experimental comparisons of behavioral treatments of multiple drug abuse: Brief out-patient self-control training and two broad spectrum residential treatments. Trabajo presentado en la XVII Convención Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, the World Congress of Behavior Therapy, Washington, DC; 1983.

- WILKINSON, D.A., MARTIN, G.W. Intervention methods for youth with problems of substance abuse. En: H.M. Annis, C.S. Davis, eds. *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1991.
- WILLIAMS, B., CHANG, K., VAN TRUONG, M. *Canadian Profile: Alcohol and Other Drugs*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1992.
- WOODRUFF, R.A., GUZE, S.B., CLAYTON, P.J. Alcoholics who see a psychiatrist compared to those who do not. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1973; 34: 1162-1171.
- WOOGHE, C.M. Patients with multiple admissions in a psychiatric linkage system. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990; 35: 401-406.
- YOUNGSON, H. Mutual Aid Groups. En: S. Harrison, V. Carver, eds. *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*. Toronto, Addiction Research Foundation; 1997.
- ZDANOWICZ, Y.M., ADLAF, E.M., SMART, R.G. *Views from the Street*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1993.
- ZWEBEN, A., PEARLMAN S., LI, S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 899-916.