

Publications

Revised July 2010

Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones

Table of Contents

Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones

Prólogo

Principios de tratamientos eficaces

Preguntas frecuentes

Tratamientos para la drogadicción en los Estados Unidos

Enfoques con base científica para los tratamientos de la drogadicción

Reconocimientos

Recursos

Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones

Prólogo

La drogadicción es una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de drogas, que persisten a pesar de las consecuencias extremadamente negativas.

Muchas personas no se dan cuenta de que la adicción es una enfermedad del cerebro. Si bien el camino a la drogadicción comienza con el acto de consumir la droga, con el tiempo la habilidad de la persona para poder tomar la decisión de no consumirla queda comprometida, y la búsqueda y el consumo de la droga se vuelven compulsivos. Esta conducta es en gran parte el resultado de los efectos que tiene la exposición prolongada a la droga en el funcionamiento del cerebro. La adicción afecta diversos circuitos del cerebro, entre ellos, los relacionados con la gratificación y la motivación, el aprendizaje y la memoria, y el control sobre las inhibiciones que afectan el comportamiento. Algunas personas son más vulnerables que otras a volverse adictas, según su estructura genética, edad de exposición inicial a las drogas, otras influencias ambientales y la interacción de todos estos factores.

A menudo la adicción implica no solamente la necesidad compulsiva de consumir la droga, sino también consecuencias que conllevan grandes repercusiones. Por ejemplo, el abuso de drogas y la adicción aumentan el riesgo de desarrollar muchas otras enfermedades mentales y físicas asociadas a una manera de vivir marcada por el abuso de drogas o los efectos tóxicos de las mismas. Asimismo, hay comportamientos disfuncionales muy diversos que pueden derivarse del abuso de drogas e interferir con el desempeño normal del adicto en la familia, el trabajo y la sociedad en general.

Como el abuso de drogas tiene tantas dimensiones y altera tantos aspectos de la vida de la persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas de tratamiento eficaces suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar al toxicómano a dejar de usar las drogas, a mantener un

estilo de vida libre de las mismas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. Puesto que la adicción es una enfermedad, los usuarios simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas.

La investigación científica y la práctica clínica han demostrado el valor de continuar los cuidados en el tratamiento de la adicción, con una variedad de enfoques que han sido probados e integrados en entornos residenciales y comunitarios. Al mirar hacia el futuro, aprovecharemos los resultados de nuevas investigaciones sobre la influencia de la genética y el medio ambiente en el funcionamiento y expresión de los genes (la epigenesis), los cuales vaticinan el desarrollo de tratamientos personalizados. Estos hallazgos se integrarán a la evidencia actual en que se basan los tratamientos eficaces para el abuso de drogas y la adicción y su aplicación, los cuales se abordan en esta guía.

Esta actualización de la publicación Principios de Tratamientos para la Drogadicción del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas tiene por finalidad abordar el tema de la adicción a una amplia gama de drogas, entre las que se encuentran la nicotina, el alcohol, las drogas ilícitas y los medicamentos de prescripción. Está concebida para servir de recurso para los profesionales de la salud, familiares y otras personas interesadas que buscan resolver los innumerables problemas que afrontan los pacientes que requieren tratamiento para el abuso de drogas o la adicción.

Nora D. Volkow, M.D.

Directora

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas

Principios de tratamientos eficaces

1. **La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.** Las drogas de abuso alteran la estructura y la función del cerebro, lo que ocasiona cambios que persisten mucho tiempo después de haber cesado el consumo de las drogas. Esto explica por qué las personas que han tenido problemas de drogadicción corren el riesgo de recaídas incluso después de largos periodos de abstinencia y a pesar de las consecuencias potencialmente dañinas.

2. **No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.** Es de suma importancia lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamiento con los problemas y las necesidades particulares de cada paciente, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
3. **El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.** Ya que las personas con problemas de drogadicción pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, es muy importante aprovechar los servicios disponibles cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a pacientes potenciales si los tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son de acceso fácil. Como ocurre con otras enfermedades crónicas, mientras más pronto se ofrezca el tratamiento en el proceso de la enfermedad, mayor será la probabilidad de resultados positivos.
4. **El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.** Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente.
5. **Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.** La duración apropiada del tratamiento depende del tipo y la severidad de los problemas y las necesidades de cada persona. Las investigaciones indican que la mayoría de los pacientes requieren por lo menos tres meses de tratamiento para reducir de forma significativa o detener el consumo de drogas, pero que los mejores resultados se logran con periodos más largos de tratamiento. La recuperación de la drogadicción es un proceso a largo plazo y con frecuencia requiere varios ciclos de tratamiento. Como sucede con otras enfermedades crónicas, puede haber recaídas en el abuso de drogas, lo que indica la necesidad de restablecer o ajustar el tratamiento. Puesto que muchas personas suelen dejar el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes en tratamiento.
6. **La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.** Las terapias de la conducta varían según su enfoque y pueden estar orientadas a dirigir la motivación que tiene el paciente para cambiar, brindar incentivos para la abstinencia, desarrollar habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazar actividades donde se consumen drogas por actividades constructivas y gratificantes, mejorar las aptitudes para resolver problemas y propiciar mejores relaciones interpersonales. De igual manera, la participación durante y después del tratamiento en terapias de grupo y otros programas de apoyo puede ayudar a mantener la abstinencia.

7. **Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.** Por ejemplo, la metadona y la buprenorfina son eficaces para ayudar a los adictos a la heroína y otros opioides a estabilizar su vida y reducir el uso de drogas ilícitas. La naltrexona también es un medicamento eficaz para ciertas personas adictas a sustancias opioides y para algunos pacientes que sufren de dependencia al alcohol. Otros medicamentos para el tratamiento de la dependencia al alcohol incluyen el acamprosato y el disulfiram. Para las personas adictas a la nicotina, los productos de reemplazo de la nicotina (como parches, chicles o pastillas para chupar) o un medicamento oral (como el bupropión o la vareniclina) pueden ser componentes eficaces del tratamiento cuando forman parte de un programa integral de tratamiento de la conducta.
8. **El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.** El paciente puede requerir distintas combinaciones de servicios y componentes de tratamiento durante el curso de su tratamiento y recuperación. Además de la orientación psicológica o la psicoterapia, el paciente puede necesitar medicamentos, servicios médicos, terapia familiar, instrucción para la crianza de los hijos, rehabilitación vocacional o servicios sociales y legales. Para muchos pacientes, un enfoque de cuidado sostenido, con una intensidad variable en el tratamiento según las necesidades cambiantes de la persona, es el que contribuye a mejores resultados.
9. **Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales.** Como el abuso de drogas y la adicción son ambos trastornos mentales, a menudo se presentan concurrentemente con otras enfermedades mentales. Aquellos pacientes que presentan uno de estos trastornos deben ser evaluados para identificar si tienen algún otro tipo de trastorno mental. Cuando estos problemas se presentan simultáneamente, el tratamiento debe estar dirigido a los dos (o más) problemas, y debe incluir el uso de medicamentos si fuera necesario.
10. **La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.** Aunque a través de la desintoxicación médica se pueden manejar de forma segura los síntomas físicos agudos de la abstinencia y, en ciertos casos, allanar el camino para un tratamiento de la drogadicción eficaz a largo plazo, la desintoxicación por sí sola rara vez es suficiente para ayudar a los adictos a lograr una abstinencia duradera. Por esta razón, se debe exhortar a los pacientes para que continúen el tratamiento para la drogadicción después de la desintoxicación. Si la motivación y las estrategias de incentivos iniciadas cuando el paciente ingresó en el tratamiento se mejoran, es posible también mejorar el cumplimiento con el tratamiento.

11. **El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.** Las sanciones o los premios provenientes de la familia, el ambiente laboral o el sistema de justicia penal pueden incrementar significativamente el número de pacientes que ingresan a los programas de tratamiento, el índice de permanencia en ellos y el éxito final de las intervenciones de tratamiento para la drogadicción.
12. **El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.** El hecho de saber que el uso de drogas se vigila puede ser un gran incentivo para los pacientes y puede ayudarlos a resistir el impulso de consumir drogas. El monitoreo también sirve como indicador temprano de una recaída en el uso de drogas, lo que puede indicar que es necesario reajustar el plan de tratamiento del paciente para que se adapte mejor a sus necesidades.
13. **Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.** Típicamente, el tratamiento para el abuso de drogas aborda algunas de las conductas relacionadas con las drogas que ponen a las personas en peligro de enfermedades infecciosas. La orientación psicológica específicamente dirigida a reducir el riesgo de enfermedades infecciosas puede ayudar a los pacientes a seguir reduciendo o evitar comportamientos asociados al consumo de sustancias u otros comportamientos de alto riesgo. Asimismo, la orientación psicológica puede ayudar a los que ya están infectados a manejar su enfermedad. A su vez, el comprometerse con un tratamiento para el abuso de sustancias puede facilitar el cumplimiento de otros tratamientos médicos. Los pacientes pueden mostrarse renuentes a someterse a la prueba para detectar el VIH (y otras enfermedades infecciosas); por lo tanto, es primordial que los profesionales del tratamiento fomenten y apoyen las pruebas de detección del VIH e informen a los pacientes que se ha comprobado que la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en inglés) es eficaz para combatir el VIH, incluso en las poblaciones de personas con problemas de drogadicción.

Preguntas frecuentes

El tratamiento varía según el tipo de droga y las características del paciente. Los mejores programas ofrecen una combinación de terapias y otros servicios.

¿Por qué algunas personas con problemas de drogadicción no pueden dejar de consumir drogas?

Al principio casi todos los adictos creen que pueden dejar de usar drogas por sí mismos, y la mayoría trata de hacerlo sin recibir tratamiento. Aunque algunas personas sí lo logran, muchos intentos fracasan cuando se quiere lograr la abstinencia a largo plazo. Las investigaciones han mostrado que el abuso de drogas a largo plazo produce cambios en el cerebro que persisten por mucho tiempo después de que se dejan de consumir las drogas. Estos cambios en la función cerebral inducidos por las drogas pueden tener muchas consecuencias sobre el comportamiento, lo que incluye la incapacidad para ejercer control sobre el impulso de usar drogas a pesar de las consecuencias adversas, característica determinante de la adicción

El uso de drogas a largo plazo produce cambios significativos en la función cerebral que pueden persistir por mucho tiempo después de que se han dejado de consumir las drogas.

El hecho de que la adicción tenga un componente biológico tan importante puede ayudar a explicar la dificultad para lograr mantener la abstinencia si no se recibe tratamiento. La presión psicológica del trabajo, los problemas familiares, una enfermedad psiquiátrica, el dolor asociado con problemas médicos, las señales sociales (como encontrarse con conocidos de la época cuando usaba drogas) o el entorno (como encontrarse en ciertas calles, ver algunos objetos o hasta sentir olores asociados con el uso de drogas) pueden despertar impulsos intensos de consumir drogas sin que la persona se percate cuál ha sido el factor desencadenante. Cualquiera de estos factores puede impedir una abstinencia sostenida y aumentar la probabilidad de una recaída. Sin embargo, las investigaciones indican que la participación activa del paciente en el tratamiento es un componente esencial para alcanzar buenos resultados y puede beneficiar incluso a las personas con las adicciones más severas.

¿En qué consiste el tratamiento para la drogadicción?

El tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

Existen varios enfoques con base científica para tratar la drogadicción. El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos. El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del paciente y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que use. La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento. Finalmente, los adictos suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente.



Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y otros servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente. Las necesidades específicas pueden relacionarse con aspectos como la edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, consumo de otras drogas, problemas de salud concurrentes (p. ej., depresión, VIH), crianza de hijos, vivienda y trabajo, además de antecedentes de abuso físico y sexual.

El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta, medicamentos o una combinación de ellos.

Hay medicamentos, como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, que se usan para tratar a personas adictas a las sustancias opioides, mientras que para los adictos al tabaco existen preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. El disulfiram, el acamprosato y la naltrexona son medicamentos usados para tratar la dependencia al alcohol, la cual se presenta comúnmente junto con otras drogadicciones. De hecho, la mayoría de las personas con adicción severa son consumidores de diversas drogas y requieren tratamiento para todas las sustancias que abusan. Incluso se ha comprobado que las personas que tienen problemas con el alcoholismo y el tabaquismo pueden recibir tratamiento simultáneamente para ambos problemas.

Los medicamentos psicoactivos, como los antidepresivos, los ansiolíticos, los estabilizadores del estado de ánimo o los antipsicóticos pueden ser críticos para el éxito del tratamiento cuando los pacientes tienen trastornos mentales simultáneos, tales como depresión, trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de estrés postraumático), trastorno bipolar o esquizofrenia.

Las terapias de la conducta pueden ayudar a motivar a los toxicómanos a participar en el tratamiento para las drogas, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumirlas, enseñan maneras de evitar las drogas y prevenir las recaídas, y ayudan en el manejo de las recaídas en caso de que éstas ocurran. Las terapias de la conducta también pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales y la crianza de hijos, así como la dinámica familiar.

Muchos programas de tratamiento emplean terapias tanto individuales como de grupo. La terapia de grupo puede brindar refuerzo social y ayudar a fomentar la abstinencia y un estilo de vida sin drogas. Algunos de los tratamientos conductuales más establecidos, como el manejo de contingencias y la terapia cognitiva conductual también se están adaptando para uso con grupos a fin de mejorar la eficacia y el ahorro de costos. Sin embargo, sobre todo en adolescentes, puede haber un peligro de efectos iatrogénicos o involuntarios del tratamiento en grupo; es por ello que los terapeutas capacitados deben estar al tanto de tales efectos y monitorearlos.

El tratamiento del abuso y la adicción a las drogas se efectúa en distintos entornos usando una variedad de enfoques farmacológicos y conductuales.

Puesto que trabajan en distintos aspectos de la adicción, las combinaciones de terapias de la conducta y medicamentos (cuando los hay) por lo general parecen ser más eficaces que cualquier enfoque usado por sí solo.

¿Es eficaz el tratamiento para la drogadicción?

Además de detener el abuso de drogas, la meta del tratamiento es que el paciente vuelva a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. De acuerdo con estudios de seguimiento de pacientes que han estado en tratamiento durante periodos prolongados, la mayoría de los que entran y permanecen en tratamiento dejan de usar drogas, reducen su actividad delictiva y mejoran su desempeño ocupacional, social y psicológico. Por ejemplo, se ha demostrado que los toxicómanos que reciben tratamiento con metadona muestran una mayor participación en la terapia de la conducta y una reducción tanto en el consumo de drogas como en el comportamiento delictivo. Sin embargo, los resultados de los tratamientos individuales dependen del alcance y la naturaleza de los problemas que presente el paciente, de la calidad del tratamiento y los servicios relacionados usados para tratar estos problemas, y de la calidad de la interacción entre el paciente y los proveedores del tratamiento.

Los índices de recaída para la adicción se asemejan a los de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma.

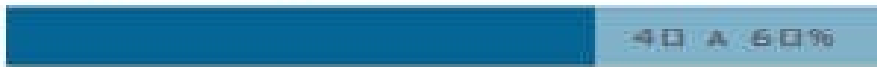
Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción puede ser manejada con éxito. El tratamiento permite contrarrestar los efectos sumamente disruptivos que tiene la adicción sobre el cerebro y el comportamiento y que el paciente recupere el control de su vida. La naturaleza crónica de la enfermedad significa que la reincidencia en el abuso de drogas no sólo es posible sino también probable, con índices de recaída similares a los de otras enfermedades crónicas bien caracterizadas, tales como la diabetes, la hipertensión y el asma, que tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales.

Porcentaje de pacientes que recaen

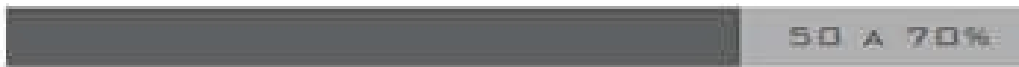
DIABETES TIPO I



DROGADICCIÓN



HIPERTENSIÓN

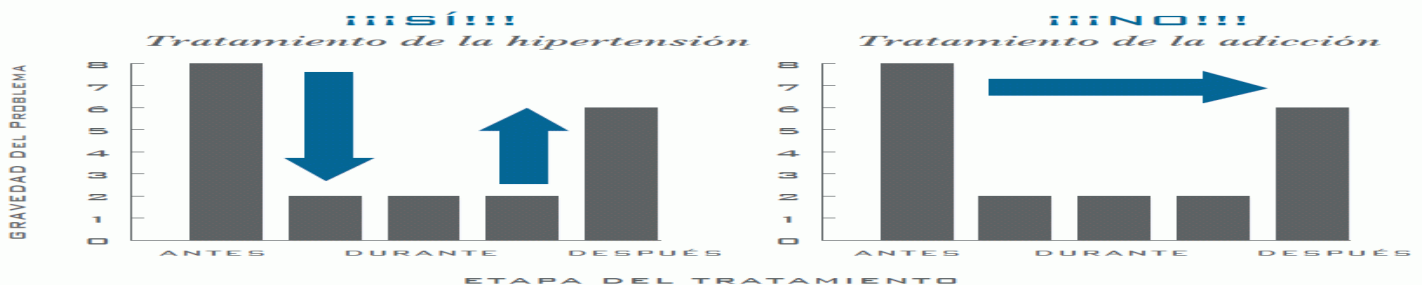


ASMA



Lamentablemente, cuando ocurre una recaída muchos consideran que el tratamiento ha sido un fracaso. Pero no es así. El tratamiento exitoso de la adicción suele requerir una evaluación continua y modificaciones que sean apropiadas, semejantes al enfoque adoptado para otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, cuando un paciente recibe tratamiento activo para la hipertensión y los síntomas disminuyen, se considera que el tratamiento es exitoso, aun cuando los síntomas puedan reaparecer al discontinuar el tratamiento. Para el paciente con adicción, las recaídas en el abuso de drogas no indican fracaso; más bien significan que el tratamiento tiene que ser restablecido o ajustado, o que se necesita un tratamiento alternativo.

¿CÓMO EVALUAMOS LA EFICACIA DE UN TRATAMIENTO?



¿Se justifica el costo del tratamiento para la drogadicción?

Los costos del abuso de sustancias le cuestan a los Estados Unidos más de medio billón de dólares anualmente y el tratamiento puede ayudar a reducir esos costos. Se ha demostrado que el tratamiento para la drogadicción reduce los costos sociales y de salud en una escala mucho mayor que el costo mismo del tratamiento. El tratamiento es mucho menos costoso que sus alternativas, como es el encarcelamiento de los adictos. Por ejemplo, el costo promedio de un año de tratamiento de mantenimiento con metadona es de alrededor de \$4,700 por paciente, mientras que un año de prisión cuesta aproximadamente \$24,000 por persona.

El tratamiento de la drogadicción reduce el consumo de drogas y sus costos sociales y de salud.

De acuerdo con varios cálculos conservadores, cada dólar invertido en programas de tratamiento de la adicción proporciona un retorno de entre \$4 y \$7 solamente en la reducción de los delitos relacionados con las drogas, los costos al sistema de justicia penal y el robo. Cuando se incluyen los ahorros relacionados con el cuidado de la salud, los ahorros totales pueden superar los costos en una proporción de 12 a 1. También existen ahorros importantes para la persona y para la sociedad, que provienen de la disminución considerable de los conflictos interpersonales, el aumento de la productividad laboral y la reducción de los accidentes vinculados con las drogas, como las sobredosis y muertes.

¿Cuánto tiempo suele durar el tratamiento de la drogadicción?

Durante el tratamiento de la drogadicción, cada persona avanza a ritmo diferente, por lo que no existe una duración predeterminada para el tratamiento. Sin embargo, las investigaciones han demostrado sin lugar a dudas que la obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento. Generalmente, para los tratamientos residenciales o para pacientes externos, tiene poco efecto la participación en un programa por menos de 90 días y, por eso, a menudo se aconsejan

tratamientos que duren periodos mucho más largos. Para el mantenimiento con metadona, el mínimo de tiempo en tratamiento es de 12 meses; en algunos casos, las personas adictas a los opioides se siguen beneficiando del tratamiento de mantenimiento con metadona durante muchos años.

La obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento.

El abandono del tratamiento es uno de los mayores problemas que afrontan los programas de tratamiento; por lo tanto, las técnicas de motivación que mantengan a los pacientes comprometidos con el tratamiento también mejoran los resultados. Al considerar la adicción como una enfermedad crónica y ofrecer continuación de cuidados y supervisión, los programas pueden tener éxito, pero para ello a menudo se requerirán varios ciclos de tratamiento y la pronta reincorporación de los pacientes que han recaído.

¿Qué ayuda a que los pacientes se mantengan en el tratamiento?

Ya que lograr resultados exitosos a menudo depende de que el paciente se mantenga en tratamiento el tiempo suficiente para poder recibir todos sus beneficios, es esencial aplicar estrategias para retener a los pacientes en el tratamiento. La permanencia del paciente depende de factores asociados tanto con el paciente como con el programa. Los factores individuales asociados con la decisión de entrar y mantenerse en el tratamiento incluyen la motivación para cambiar el comportamiento de uso de drogas, el grado de apoyo de la familia y las amistades y, con frecuencia, el grado de presión que ejerzan el sistema de justicia penal, los servicios de protección infantil, los empleadores o la familia. Dentro del programa de tratamiento, los profesionales clínicos que tienen éxito son los que logran establecer una relación terapéutica positiva con sus pacientes. Estos profesionales deben asegurarse de que se establezca un plan de tratamiento con la cooperación de la propia persona que lo requiere, de que el mismo sea cumplido y de que se entiendan claramente las expectativas para el tratamiento. Igualmente, se debe contar con servicios médicos, psiquiátricos y sociales.

La permanencia del paciente en el tratamiento depende de factores asociados tanto con el paciente como con el programa.

Ya que algunos problemas (tales como una enfermedad física o mental grave o la participación en actividades delictivas) aumentan la probabilidad de que los pacientes abandonen el tratamiento, es posible que se requieran intervenciones intensivas para retener a los pacientes. Después de un ciclo de tratamiento intensivo, el proveedor debe asegurarse de que exista una transición a una continuación de cuidados más moderados para apoyar y supervisar a los individuos en su proceso de recuperación.

¿Cómo logramos que más personas con problemas de drogadicción se incorporen al tratamiento?

Desde hace muchos años se sabe que la "brecha en el tratamiento" es enorme, es decir, entre todos aquellos que necesitan tratamiento para un trastorno de uso de sustancias, son pocos los que lo reciben. En el 2007, 23.2 millones de personas de 12 años de edad o mayores necesitaban tratamiento para una droga ilícita o un problema de alcohol, pero solamente 3.9 millones recibieron tratamiento en una institución especializada en abuso de sustancias.

Para reducir esta brecha se requiere emplear un enfoque polifacético. Entre las estrategias se encuentran aumentar el acceso a tratamientos eficaces, lograr paridad en los seguros (actualmente está en la primera etapa de implementación), reducir el estigma y concientizar más a los pacientes y los profesionales de la salud en cuanto al valor del tratamiento para la adicción. Para ayudar a los médicos a identificar si sus pacientes necesitan tratamiento y remitirlos adecuadamente, el NIDA fomenta el uso generalizado de programas de detección, intervención breve, remisión y tratamiento ("Screening, brief intervention and referral to treatment" o SBIRT, por sus siglas en inglés) en centros de atención primaria. Se ha demostrado la eficacia de las herramientas de SBIRT contra el uso de tabaco y alcohol y su potencial no sólo para captar personas antes de que los problemas de drogas empeoren, sino para encaminarlas hacia los proveedores de tratamientos adecuados.

¿Cómo pueden los familiares y las amistades ayudar a cambiar la vida de la persona que necesita tratamiento?

La familia y las amistades pueden desempeñar un papel esencial en cuanto a la motivación que les den a las personas con problemas de drogas para que entren y permanezcan en el tratamiento. La terapia familiar también puede ser importante, especialmente para los adolescentes. La participación de un miembro de la familia o pareja en el programa de tratamiento del adicto puede fortalecer y ampliar los beneficios del mismo.

¿A dónde pueden acudir los miembros de la familia para informarse sobre las opciones de tratamiento?

Tratar de ubicar tratamientos adecuados para un ser querido, sobre todo un programa ajustado a las necesidades particulares de cada persona, puede convertirse en un proceso difícil. Sin embargo, actualmente existen algunos recursos para ayudar en este proceso, como por ejemplo:

- La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental ("Substance Abuse and Mental Health Services Administration" o SAMHSA, por sus siglas en inglés) mantiene un sitio Web (findtreatment.gov) que muestra la ubicación de programas de tratamiento residenciales para pacientes externos y para pacientes hospitalizados para la drogadicción y el alcoholismo en todo el país. Esta información también está disponible llamando al 1-800-662-4357 (1-800-662-HELP).
- La Red Nacional de Prevención del Suicidio ("National Suicide Prevention Lifeline") ofrece otros servicios además de la prevención de suicidios; también ayuda con asuntos relacionados al abuso de drogas y alcohol y puede poner a las personas en contacto con un profesional cercano. Sus teléfonos son el 1-800-273-8255 (1-800-273-TALK) o, para asistencia en español, el 1-888-628-9454.
- La Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales ([National Alliance on Mental Illness](http://NationalAllianceonMentalIllness.org)) y la Salud Mental de America (<https://www.mhanational.org/>) son alianzas de organizaciones de apoyo o autoayuda sin fines de lucro para pacientes que afrontan una variedad de trastornos mentales y sus familias. Ambas alianzas cuentan con afiliados locales y estatales en todo el país y pueden ser de gran utilidad para los pacientes con problemas de salud concurrentes. Sus sitios Web son www.nami.org y <https://www.mhanational.org/> (inglés).

- Tanto la Academia Americana de Psiquiatría para la Adicción ("American Academy of Addiction Psychiatry") como la Academia Americana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes ("American Academy of Child and Adolescent Psychiatry") tienen herramientas en sus sitios Web para ayudar a ubicar médicos: www.aaap.org y www.aacap.org, respectivamente.
- Para obtener información sobre cómo participar en ensayos clínicos relacionados con las intervenciones prometedoras para el abuso de sustancias, comuníquese con la Red Nacional de Ensayos Clínicos para el Tratamiento de las Drogas del NIDA a través de los sitios Web www.drugabuse.gov/about-nida/organization/cctn/ctn o visite el siguiente sitio Web de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés) www.clinicaltrials.gov.

¿Qué papel juega el lugar de trabajo en el tratamiento para el abuso de sustancias?

Muchos lugares de trabajo patrocinan Programas de Asistencia para Empleados ("Employee Assistance Programs" o EAP, por sus siglas en inglés) que ofrecen consejería o ayuda para conectar a los empleados con problemas de drogas o alcohol con recursos locales de tratamiento, los cuales incluyen grupos de recuperación o de apoyo entre personas con problemas parecidos. Además, se ha comprobado que los ambientes de trabajo que brindan empleo a personas con problemas de drogadicción que permanecen abstinentes: 1) promueven un estilo de vida continuo libre de drogas y 2) mejoran las destrezas laborales, la puntualidad y otras conductas necesarias para mantener el empleo durante toda la vida. Para implementar este tipo de tratamiento se necesitan instalaciones para pruebas de orina para drogas, personal capacitado y supervisores en el lugar de trabajo.

¿Qué papel puede desempeñar el sistema de justicia penal en el tratamiento de la drogadicción?

Las investigaciones han demostrado que el tratamiento de los delincuentes adictos a las drogas, durante y después de su encarcelamiento, puede tener un efecto significativo sobre el uso de drogas, su comportamiento delictivo y desempeño social en el futuro. No hay duda de la necesidad de integrar al sistema de justicia penal los enfoques de tratamiento para la drogadicción. En el caso de

delincuentes que sufren de drogadicción, la combinación de tratamientos, tanto dentro y fuera de la prisión, reduce el riesgo de reincidencia en el comportamiento delictivo relacionado con las drogas, así como de recaída del uso de las mismas. Esto, a su vez, supone grandes ahorros para la sociedad. En un estudio reciente se halló que los prisioneros que participaron en un programa de tratamiento terapéutico en la prisión del estado de Delaware y que continuaron recibiendo tratamiento en un programa de trabajo después de la prisión, tenían un 70% menos de probabilidad de volver a usar drogas y de ser arrestados, en comparación con los prisioneros que no participaron en ningún programa.

Las personas que entran en los tratamientos debido a una presión legal tienen resultados tan favorables como los que entran voluntariamente.

La mayoría de los delincuentes involucrados en el sistema de justicia penal no se encuentran encarcelados, sino que viven bajo supervisión dentro de la sociedad. En el caso de aquellos delincuentes que tienen un problema de drogas conocido, se pueden recomendar tratamientos para la drogadicción o se les pueden imponer éstos como requisito para la libertad condicional. Las investigaciones han demostrado que las personas que entran en los tratamientos debido a una presión legal tienen resultados tan favorables como los que entran voluntariamente.

El sistema de justicia penal logra que las personas con problemas de drogadicción reciban tratamiento a través de una variedad de mecanismos, tales como enviar a los delincuentes no violentos a tratamiento, estipular que el tratamiento sea requisito para el encarcelamiento, la libertad condicional o la liberación antes del juicio; o recurrir a tribunales especializados que manejan casos de delincuentes involucrados en drogas. Estos tribunales administran y organizan los tratamientos como una alternativa para la reclusión, vigilan activamente el progreso del tratamiento y organizan otros servicios para los delincuentes involucrados en drogas.

Los modelos más eficaces integran el sistema de justicia penal y los sistemas y servicios de tratamiento de drogas. El personal encargado de los tratamientos trabaja conjuntamente con aquel del sistema de justicia penal para planificar el tratamiento, lo que abarca la puesta en marcha de la selección, evaluación, monitoreo y supervisión, así como el uso sistemático de sanciones y premios. Los tratamientos para los toxicómanos encarcelados deben incluir continuación de cuidados, monitoreo y supervisión después de la reclusión y durante la libertad condicional. Para obtener más

información, véase la publicación del NIDA [Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide](#) (Principios de Tratamientos para la Drogadicción en las Poblaciones de Delincuentes: Una Guía con Base Científica), publicación revisada en el 2007 y actualmente disponible sólo en inglés.

¿Cuáles son las necesidades especiales de las mujeres con trastornos de consumo de sustancias?

El tratamiento del abuso de drogas específico según el sexo del paciente debe enfocarse no sólo en las diferencias biológicas sino también en los factores sociales y ambientales, ya que todos ellos pueden influir en las motivaciones para usar drogas, las razones para buscar tratamiento, los tipos de ambiente donde es tratada la persona, los tratamientos más eficaces y las consecuencias de no recibir tratamiento. Muchas circunstancias de la vida afectan a las mujeres de modo preferencial, lo cual requiere un enfoque de tratamiento especializado. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que el trauma físico y sexual seguido del trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) es más común en las mujeres drogadictas que en los hombres que buscan tratamiento. Otros factores distintivos en las mujeres que pueden influir en el proceso de tratamiento abarcan cuestiones relacionadas con el embarazo y el cuidado de niños, la independencia financiera y la manera en la que ingresan al tratamiento (ya que es más probable que las mujeres busquen ayuda de un profesional de la salud general o mental).

¿Cuáles son las necesidades especiales de los adolescentes con trastornos de consumo de sustancias?

Los adolescentes con problemas de drogadicción tienen necesidades especiales que surgen de la inmadurez neurocognitiva y psicosocial de esa etapa de desarrollo. Las investigaciones han demostrado que el cerebro atraviesa un proceso prolongado de desarrollo y refinamiento, desde el nacimiento hasta la adultez temprana, durante el cual ocurre un cambio madurativo en el que las acciones pasan de ser más impulsivas a ser más razonadas y meditadas. De hecho, las áreas del cerebro más estrechamente vinculadas con los aspectos del comportamiento, como la toma de

decisiones, el juicio, la planificación y el autocontrol, atraviesan un periodo de desarrollo rápido durante la adolescencia.

El abuso de drogas en adolescentes también suele asociarse a otros problemas de salud mental concurrentes. Entre ellos se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno de oposición desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Este periodo de desarrollo también se ha asociado con el abuso físico o sexual y dificultades académicas.

Los adolescentes son particularmente sensibles a las señales sociales y las familias y las amistades ejercen gran influencia durante esta etapa. Por lo tanto, los tratamientos más eficaces son aquellos que facilitan la participación positiva de los padres, incorporan otros sistemas en los que participan los adolescentes (como la escuela y los deportes) y reconocen la importancia de relaciones con sus compañeros que sean beneficiosas para la sociedad. Igualmente, forman parte integral del manejo de la adicción de los adolescentes la posibilidad de hacer evaluaciones exhaustivas, el acceso a tratamiento, el manejo de casos y los servicios de apoyo para la familia que sean apropiados en términos de desarrollo, cultura y sexo.

También pueden resultar útiles los medicamentos para el abuso de sustancias entre adolescentes. Actualmente, el único medicamento para la adicción en adolescentes aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, es el parche de nicotina transdérmico. Se están realizando investigaciones para determinar la seguridad y eficacia de medicamentos para adolescentes dependientes de la nicotina, el alcohol y los opioides y para adolescentes con trastornos concurrentes.

¿Existen tratamientos específicos para la drogadicción en la vejez?

Con el envejecimiento de la generación de la posguerra ("*baby boomers*"), la composición de la población se cambiará de forma dramática con respecto al incremento que ocurrirá en la proporción de adultos mayores. Un cambio así, aunado a un mayor historial de uso permanente de drogas (en comparación con las generaciones anteriores), normas culturales y actitudes generales diferentes en cuanto al uso de drogas, y un aumento en la disponibilidad de medicamentos psicoterapéuticos,

podría provocar un incremento en el número de adultos mayores con problemas de abuso de sustancias. Aunque todavía no se han diseñado programas de tratamiento para las drogas exclusivamente para adultos de mayor edad, las investigaciones existentes indican que los programas de tratamiento de la adicción pueden ser tan eficaces para adultos mayores como lo son para adultos más jóvenes. No obstante, los problemas de abuso de sustancias en la vejez suelen pasar desapercibidos y, por lo tanto, no ser tratados.

¿Puede una persona volverse adicta a psicoterapéuticos prescritos por un médico?

Si bien es un escenario que no ocurre con frecuencia, es posible. Puesto que algunos psicoterapéuticos conllevan un riesgo asociado de adicción (p. ej., los estimulantes para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, las benzodiazepinas para tratar la ansiedad o los trastornos del sueño y los opioides para tratar el dolor), es importante que los pacientes sigan rigurosamente las instrucciones del médico y que los médicos vigilen muy bien a los pacientes. Para reducir estos riesgos, el médico (u otro profesional de la salud que prescriba uno de estos medicamentos) debe estar consciente de los problemas actuales y anteriores de abuso de sustancias del paciente, así como los antecedentes familiares en cuanto a la adicción. Esto permitirá determinar el riesgo y la necesidad de monitoreo.

¿Hay alguna diferencia entre la dependencia física y la adicción?

Sí. De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* ("*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*" o *DSM*), los criterios clínicos para la "drogodependencia" (o lo que denominamos adicción) abarcan el consumo compulsivo de las drogas a pesar de las consecuencias perjudiciales; la incapacidad para dejar de usar una droga; el incumplimiento con las obligaciones laborales, sociales o familiares y, en ocasiones (según la droga), la tolerancia y la privación o abstinencia. Esto último refleja una dependencia física en la que el cuerpo se adapta a la droga, por lo que requiere cantidades mayores de la misma para lograr un determinado efecto (tolerancia) y provoca síntomas físicos o mentales específicos si la droga se interrumpe abruptamente

(privación o abstinencia). La dependencia física puede ocurrir con el uso crónico de muchas drogas, incluso cuando se prescribe un uso médico apropiado. Así, **la dependencia física en sí misma no constituye adicción**, pero a menudo la acompaña. Esta distinción puede ser difícil de discernir, sobre todo con los analgésicos de prescripción, en los que la necesidad de aumentar las dosis puede representar tolerancia o agravamiento de un problema subyacente, en contraste con el comienzo del abuso o adicción.

¿Existen tratamientos para las personas adictas a los medicamentos de prescripción?

El uso de medicamentos de prescripción para fines no médicos aumentó dramáticamente en la década de los noventa y se mantiene en niveles altos. En el 2007, aproximadamente 7 millones de personas de 12 años de edad o mayores reportaron el uso con fines no médicos de algún medicamento de prescripción. Los medicamentos que se abusan con más frecuencia son los analgésicos narcóticos (es decir, las sustancias opioides: 5.2 millones de personas), los estimulantes (p. ej., el metilfenidato y la anfetamina: 1.2 millones) y los depresores del sistema nervioso central (p. ej., las benzodiazepinas: 2.1 millones). Al igual que muchas drogas ilícitas, estos medicamentos alteran la actividad cerebral y pueden provocar muchas consecuencias adversas, entre ellas, la adicción. Por ejemplo, los analgésicos opioides, como la hidrocodona (Vicodina) o la oxycodona (OxyContin), pueden presentar riesgos para la salud semejantes a los de las sustancias opioides ilícitas (p. ej., la heroína) dependiendo de la dosis, la vía de administración, la combinación con otras drogas y otros factores. Como resultado de esto, el aumento en el uso no médico ha estado acompañado de un incremento en las visitas a las salas de emergencia, envenenamiento accidental y admisiones para recibir tratamiento para la adicción. Los tratamientos para los medicamentos de prescripción tienden a parecerse a aquellos empleados para las drogas ilícitas que afectan los mismos sistemas cerebrales. Así, se usa la buprenorfina para tratar la adicción a los analgésicos opioides, y las terapias de la conducta pueden ser eficaces para la adicción a estimulantes o a depresores del sistema nervioso central (para la cual aún no existen medicamentos).

¿Cuando hay otros trastornos mentales concurrentes con la drogadicción, ¿cómo afectan el tratamiento para la adicción?

La drogadicción es una enfermedad del cerebro que con frecuencia se presenta junto con otros trastornos mentales. De hecho, hasta 6 de cada 10 personas con un trastorno de uso de sustancias ilícitas también padecen de otra enfermedad mental, y los índices son semejantes para los usuarios de drogas lícitas, es decir, el tabaco y el alcohol. Para estas personas, un problema se hace más difícil de tratar con éxito ya que está entrecruzado con otro problema adicional. De este modo, los pacientes que entran en tratamiento ya sea por un trastorno de abuso de sustancias u otro trastorno mental deben ser evaluados para comprobar la co-ocurrencia del otro problema. Las investigaciones indican que tratar ambas (o varias) enfermedades simultáneamente de manera integrada suele ser el mejor enfoque de tratamiento para estos pacientes.

¿No es acaso el uso de medicamentos como la metadona y la buprenorfina un simple reemplazo de una drogadicción por otra?

No. Debido a la forma en que son usadas en las terapias de mantenimiento, la buprenorfina y la metadona no son reemplazos de la heroína o de otras sustancias opioides. Estos medicamentos son prescritos y administrados en condiciones de control y monitoreo; además son seguros y eficaces para tratar la adicción a los opioides cuando se usan debidamente. Se administran por vía oral o sublingual (debajo de la lengua) en dosis específicas y sus efectos farmacológicos son marcadamente diferentes a los de la heroína y otras sustancias opioides objeto de abuso.

La heroína, por ejemplo, se suele inyectar, inhalar o fumar y casi de inmediato provoca una "oleada" o breve periodo de euforia, que desaparece rápidamente y termina en una "caída". El usuario experimenta un deseo intenso de consumir más heroína con el fin de parar la caída y restablecer la euforia.

El ciclo de euforia, caída y deseo vehemente (a veces repetido varias veces al día) es una marca distintiva de la adicción y produce un trastorno grave del comportamiento. Estas características se deben a la rapidez con que comienza a actuar la heroína y la corta duración de su acción en el cerebro.

Debido a la forma en que son usadas en las terapias de mantenimiento, la metadona y la buprenorfina no son reemplazos de la heroína o de otras sustancias opioides.

Por el contrario, la metadona y la buprenorfina entran en acción de manera gradual y producen niveles estables de la droga en el cerebro; como resultado, los pacientes mantenidos con estos medicamentos no experimentan oleadas, a la vez que reducen considerablemente su deseo de usar sustancias opioides. Si una persona tratada con estos medicamentos intenta tomar un opioide como la heroína, los efectos eufóricos suelen quedar disminuidos o bloqueados. Los pacientes en tratamiento de mantenimiento no sufren las anormalidades fisiológicas y conductuales que causan las fluctuaciones rápidas en los niveles de la droga asociadas al uso de heroína. Los tratamientos de mantenimiento salvan vidas y ayudan a estabilizar a los pacientes, lo que permite que se les trate otros problemas médicos, psicológicos y de otra índole, por lo que estas personas pueden desempeñarse de manera eficaz como miembros de familia y de la sociedad.

¿Cómo pueden los programas de 12 pasos y de autoayuda encajar dentro del tratamiento para la drogadicción?

Los grupos de autoayuda pueden complementar y ampliar los efectos del tratamiento profesional. Los mejores grupos de autoayuda son los que están afiliados a Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), todos ellos basados en el modelo de los 12 pasos. Casi todos los programas de tratamiento de la drogadicción animan a los pacientes a participar en un grupo de autoayuda durante y después del tratamiento formal. Estos grupos pueden ser especialmente útiles durante la recuperación, ya que ofrecen un nivel adicional de apoyo comunitario, lo que ayuda a las personas a conseguir y mantener la abstinencia y otros estilos de vida saludables con el paso del tiempo.

¿El ejercicio físico desempeña algún papel en el proceso del tratamiento?

Sí. El ejercicio físico se está volviendo cada vez más un componente de muchos programas de tratamiento y ha mostrado ser eficaz, en combinación con la terapia cognitiva conductual, para promover el cese del hábito de fumar. El ejercicio puede producir efectos beneficiosos llenando necesidades psicosociales y fisiológicas que el reemplazo de la nicotina por sí solo no logra, aminorando los efectos negativos, reduciendo el estrés y ayudando a prevenir el aumento de peso que produce el dejar de fumar. Actualmente se realizan investigaciones para determinar si los programas de ejercicio pueden jugar un papel semejante en el tratamiento de otras formas de abuso de drogas y de qué manera pueden hacerlo.

¿Cómo pueden los tratamientos para la drogadicción ayudar a reducir la propagación del VIH/SIDA, la Hepatitis C (VHC) y otras enfermedades infecciosas?

Las personas con problemas de drogadicción, tanto las que usan drogas inyectables como las que usan drogas no inyectables, tienen un mayor riesgo de contraer VIH, VHC y otras enfermedades infecciosas. Estas enfermedades se transmiten al compartir equipos de inyección contaminados y por involucrarse en conductas sexuales riesgosas en ocasiones asociadas con el consumo de drogas. El tratamiento eficaz para el abuso de drogas previene el VIH/ VHC porque reduce las conductas de riesgo además del abuso de drogas. El asesoramiento dirigido a una gama de conductas de riesgo para el VIH/VHC brinda un grado adicional de prevención de estas enfermedades.

El tratamiento para el abuso de drogas es un factor indispensable para la prevención del VIH y del VHC.

Las personas que se inyectan drogas y que no entran en tratamiento tienen una probabilidad hasta seis veces mayor de infectarse con el VIH que las personas que se inyectan pero entran y se mantienen en tratamiento porque reducen su participación en actividades que pueden propagar enfermedades, como son el compartir equipo de inyección e involucrarse en actividad sexual sin protección. La participación en el tratamiento también ofrece oportunidades para la detección, orientación psicológica y remisión a servicios adicionales, lo que incluye tratamiento precoz del VIH y

acceso a la terapia HAART. El asesoramiento y pruebas de detección del VIH son aspectos fundamentales de los mejores programas de tratamiento para el abuso de drogas y deben ofrecerse a todos los individuos que entran a tratamiento. Una mayor disponibilidad de pruebas de detección del VIH económicas y no invasivas ayudaría a aumentar el acceso a estos importantes servicios para la prevención y el tratamiento del VIH.

Tratamientos para la drogadicción en los Estados Unidos

El tratamiento del abuso y adicción a las drogas se efectúa en distintos entornos usando una variedad de enfoques farmacológicos y conductuales.

La drogadicción es un trastorno complejo que puede involucrar casi todos los aspectos del desempeño de una persona: en la familia, en el trabajo, en la escuela y en la sociedad.

Debido a la complejidad y las consecuencias de la adicción, su tratamiento típicamente tiene que incluir muchos componentes. Algunos de esos componentes se enfocan directamente en el uso de drogas, mientras que otros, como la capacitación laboral, están dirigidos a reintegrar a la persona adicta para que se convierta en un miembro productivo de la familia y de la sociedad.

El tratamiento del abuso y la adicción a las drogas se efectúa en distintos ambientes y usando una variedad de enfoques farmacológicos y conductuales. En los Estados Unidos, hay más de 13,000 instituciones especializadas en el tratamiento de drogas que ofrecen rehabilitación, terapia de la conducta, medicamentos, manejo de casos y otros tipos de servicios a personas con trastornos por uso de sustancias.

Además de las instituciones especializadas, hay una variedad de profesionales de la salud, incluyendo terapeutas, médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, que tratan el abuso y la adicción a las drogas en sus consultorios médicos o clínicas de salud mental. Los tratamientos se hacen en diversos entornos, los cuales incluyen los servicios residenciales, los internos y los externos. Aunque a menudo se asocian ciertos enfoques específicos con ciertos ambientes o centros de tratamiento, se puede incluir una variedad de intervenciones o servicios

terapéuticos en cualquier ambiente.

Puesto que el abuso y la adicción a las drogas son problemas que pertenecen al campo de la salud pública, una gran parte de los tratamientos para las drogas es financiada por el gobierno federal y los gobiernos locales y estatales. Los planes de salud privados o subsidiados por compañías a veces cubren los costos para los tratamientos de la drogadicción y sus consecuencias médicas.

Lamentablemente, la modalidad de cuidados administrados ha resultado en estadías promedio más cortas, mientras que la falta o insuficiencia de cobertura para el abuso de sustancias ha restringido el número de programas operativos. Esta situación mejorará gracias a la reciente aprobación de la paridad para la cobertura de problemas de salud mental y abuso de sustancias de los seguros.

Categorías generales de los programas de tratamiento

Las investigaciones relacionadas con los tratamientos para la adicción usualmente han clasificado a los programas en varios tipos o modalidades generales. Se continúan desarrollando y diversificando enfoques de tratamiento y programas individuales, y muchos programas que existen hoy en día no encajan bien dentro de las clasificaciones tradicionales de los tratamientos de la drogadicción. En las páginas 34-39 se dan ejemplos de tratamientos específicos con base científica.

Desintoxicación y abstinencia bajo cuidados médicos

La desintoxicación es un proceso mediante el cual el cuerpo se libera de las drogas. Suele estar acompañada de efectos secundarios desagradables y en ocasiones hasta mortales, causados por el síndrome de abstinencia. Como se explicó anteriormente, la desintoxicación por sí sola no aborda los problemas psicológicos, sociales y de conducta asociados con la adicción y, por lo tanto, generalmente no produce los cambios de comportamiento duraderos que se necesitan para la recuperación.

Generalmente, se maneja el proceso de desintoxicación con medicamentos administrados por médicos en centros para pacientes internos o de consulta externa; por lo tanto, se la suele denominar "abstinencia bajo cuidados médicos". La desintoxicación suele considerarse un precursor o una primera etapa del tratamiento ya que está diseñada para tratar los efectos fisiológicos agudos y potencialmente fatales de la interrupción del uso de drogas. Existen medicamentos disponibles para

ayudar en la abstinencia de los opioides, las benzodiacepinas, el alcohol, la nicotina, los barbitúricos y otros sedantes. La desintoxicación debe estar acompañada de una evaluación formal y remisión a tratamientos para la drogadicción.

Lecturas adicionales:

Kleber, H.D. Outpatient detoxification from opiates. *Primary Psychiatry* 1:42-52, 1996.

Tratamiento residencial a largo plazo

El tratamiento residencial a largo plazo brinda cuidados las 24 horas del día, generalmente en centros no hospitalarios. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica (CT), con estadías planificadas de 6 a 12 meses. Las CT ponen énfasis en la "resocialización" del paciente y usan como componente activo del tratamiento a la comunidad entera del programa, incluyendo a otros residentes, el personal y el contexto social. La adicción se ve dentro del contexto de las deficiencias sociales y psicológicas del individuo y el tratamiento se concentra en desarrollar la responsabilidad personal y una vida que sea socialmente productiva. El tratamiento es altamente estructurado y a veces puede crear confrontaciones, ya que hay actividades diseñadas para ayudar a los residentes a examinar creencias malsanas, conceptos sobre sí mismos y patrones de comportamientos destructivos, para poder así adoptar nuevas maneras más armoniosas y constructivas de interactuar con los demás. Muchos de los programas de las CT ofrecen servicios integrales, los cuales pueden abarcar capacitación laboral y otros servicios de apoyo dentro de la propia residencia. Las investigaciones demuestran que se pueden modificar las CT para tratar a personas con necesidades especiales, como son los adolescentes, las mujeres, los indigentes, personas con trastornos mentales graves y personas que están dentro del sistema de justicia penal.

Lecturas adicionales:

Lewis, B.F.; McCusker, J.; Hindin, R.; Frost, R.; and Garfield, F. Four residential drug treatment programs: Project IMPACT. In: J.A. Inciardi, F.M. Tims, and B.W. Fletcher (eds.), *Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse*, Westport, CT: Greenwood Press, pp. 45-60, 1993.

Sacks, S.; Banks, S.; McKendrick, K.; and Sacks, J.Y. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1):112-

122, 2008.

Sacks, S.; Sacks, J.; DeLeon, G.; Bernhardt, A.; and Staines, G. Modified therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": Background; influences; program description; preliminary findings. *Substance Use and Misuse* 32(9):1217-1259, 1997.

Stevens, S.J., and Glider, P.J. Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women. In: F.M. Tims, G. DeLeon, and N. Jainchill (eds.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 144, NIH Pub. No. 94-3633, U.S. Government Printing Office, pp. 162-180, 1994.

Sullivan, C.J.; McKendrick, K.; Sacks, S.; and Banks, S.M. Modified therapeutic community for offenders with MICA disorders: Substance use outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33(6):823-832, 2007.

Tratamiento residencial a corto plazo

Los programas residenciales a corto plazo ofrecen tratamientos intensivos y relativamente cortos basados en un enfoque modificado de los 12 pasos. Estos programas originalmente se diseñaron para tratar problemas de alcohol, pero durante la epidemia de la cocaína de mediados de la década de los ochenta, muchos programas comenzaron a usarlos para tratar otros tipos de trastornos de uso de sustancias. El modelo de tratamiento residencial original consistía en una fase de tratamiento de 3 a 6 semanas dentro del hospital, seguida por una terapia prolongada para pacientes externos y la participación en un grupo de autoayuda, como el de Alcohólicos Anónimos. Después de la estadía en un programa de tratamiento residencial, es importante que las personas permanezcan comprometidas en programas de tratamiento para pacientes externos o programas de cuidados posteriores. Estos programas ayudan a reducir el riesgo de una recaída una vez que el paciente sale del centro residencial.

Lecturas adicionales:

Hubbard, R.L.; Craddock, S.G.; Flynn, P.M.; Anderson, J.; and Etheridge, R.M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):291-298, 1998.

Miller, M.M. Traditional approaches to the treatment of addiction. In: A.W. Graham and T.K. Schultz (eds.), *Principles of Addiction Medicine* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Society of Addiction Medicine, 1998.

Programas de tratamiento para pacientes de consulta externa

El tratamiento para pacientes de consulta externa varía en cuanto a los tipos y la intensidad de los servicios ofrecidos. Esta clase de tratamiento cuesta menos que los tratamientos residenciales o para pacientes internos y con frecuencia es más apropiado para personas que trabajan o que tienen amplio apoyo social. Sin embargo, cabe destacar que los programas de baja intensidad no ofrecen mucho más que educación con respecto a las drogas. Otros modelos para pacientes de consulta externa, tales como los tratamientos diurnos intensivos, pueden compararse con los programas residenciales en cuanto a los servicios y la eficacia, dependiendo de las necesidades y características individuales del paciente. La terapia de grupo puede ser un componente primordial de muchos de los programas para pacientes de consulta externa. Algunos de estos programas también están diseñados para tratar a pacientes con problemas médicos o de salud mental además de sus trastornos relacionados a las drogas.

Lecturas adicionales:

Hubbard, R.L.; Craddock, S.G.; Flynn, P.M.; Anderson, J.; and Etheridge, R.M. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):291-298, 1998.

Institute of Medicine. *Treating Drug Problems*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

McLellan, A.T.; Grisson, G.; Durell, J.; Alterman, A.I.; Brill, P.; and O'Brien, C.P. Substance abuse treatment in the private setting: Are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:243-254, 1993.

Simpson, D.D., and Brown, B.S. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):294-307, 1998.

Terapia individual para el abuso de drogas

La terapia individual para el abuso de drogas no sólo se concentra en reducir o detener el consumo de drogas ilícitas o de alcohol, sino que también abarca las áreas relacionadas con el desempeño deteriorado—como la situación laboral, actividades ilegales y relaciones familiares y sociales— además del contenido y la estructura del programa de recuperación del paciente. Mediante su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individual ayuda al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento así como medios para abstenerse de usar drogas y mantener esa abstinencia. El terapeuta anima al paciente para que participe en el programa de los 12 pasos (al menos una o dos sesiones por semana) y lo refiere a servicios complementarios médicos, psiquiátricos y laborales o de otra índole, según sean necesarios.

Terapia de grupo

Muchos centros terapéuticos usan la terapia de grupo para aprovechar el refuerzo social que ofrece el diálogo entre personas que comparten problemas similares y para fomentar un estilo de vida libre de droga. Las investigaciones han demostrado que cuando la terapia de grupo se ofrece sea en combinación con terapia individualizada o de manera que refleje los principios de la terapia cognitiva conductual o de manejo de contingencias, se logran resultados positivos. En la actualidad los investigadores estudian las condiciones en las que se puede estandarizar la terapia de grupo y hacerla más llevadera en la sociedad.

Lecturas adicionales:

Crits-Christoph, P.; Gibbons, M.B.; Ring-Kurtz, S.; Gallop, R.; and Present, J. A pilot study of community-friendly manual-guided drug counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 2008 Nov. 26; [Publicado en línea antes que en imprenta].

Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry* 56(6):493-502, 1999.

Tratamiento para personas que abusan de las drogas y drogadictos dentro del sistema de justicia penal

Las investigaciones han demostrado que la combinación de sanciones judiciales con el tratamiento de drogas puede ser una manera eficaz de disminuir el abuso de drogas y los delitos relacionados con éstas. Las personas que están bajo coerción legal tienden a quedarse dentro del tratamiento por un periodo más largo y les va tan bien o mejor que a otros adictos que no tienen la presión legal. A menudo, los toxicómanos entran en contacto con el sistema de justicia penal antes que con otros sistemas de salud o sociales. Esto crea oportunidades para la intervención y el tratamiento antes, durante y después de la reclusión o en lugar de ella, con lo cual finalmente se puede interrumpir y acortar una trayectoria de uso de drogas. Se puede encontrar más información sobre la forma en que el sistema de justicia penal maneja la drogadicción en la publicación [Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide](#) (Principios de Tratamientos para la Drogadicción en las Poblaciones de Delincuentes: Una Guía con Base Científica), publicación del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, por ahora sólo disponible en inglés (revisada en el 2007).

Enfoques con base científica para los tratamientos de la drogadicción

Cada enfoque para el tratamiento de las drogas está diseñado para manejar ciertos aspectos de la drogadicción y sus consecuencias para el paciente, su familia y la sociedad.

Esta sección presenta varios ejemplos de diferentes enfoques y componentes de los tratamientos con bases científicas que sustentan su eficacia. Cada enfoque está diseñado para manejar ciertos aspectos de la drogadicción y sus consecuencias para el paciente, su familia y la sociedad. Algunos de los enfoques están concebidos para complementar y realzar los programas de tratamiento existentes; otros son bastante integrales por sí solos.

La siguiente no es una lista completa de los enfoques de tratamiento eficaces con base científica. Hay otros enfoques en fase de desarrollo que forman parte de nuestro apoyo continuo a la investigación de los tratamientos.

Farmacoterapias

Adicción a las sustancias opioides

Metadona

El tratamiento de mantenimiento con metadona generalmente se lleva a cabo en instituciones especializadas (p. ej., clínicas de mantenimiento con metadona). Estos programas de tratamiento especializado ofrecen la metadona, un medicamento opioide sintético de larga duración, en dosis suficientes para prevenir los síntomas de abstinencia de opioides, bloquear los efectos del uso de opioides ilícitos y disminuir el deseo de consumir estas drogas.

En combinación con un tratamiento conductual: los programas de mantenimiento con metadona más eficaces incluyen la terapia individual o de grupo, además proveen o refieren al paciente a otros servicios médicos, psicológicos y sociales. En un estudio que comparaba a los adictos a los opioides que recibían sólo metadona con otros que recibían metadona junto con terapia, las personas que recibían sólo la metadona mostraron cierta mejoría en la reducción del uso de opioides; no obstante, la incorporación de terapia producía una mejoría considerablemente mayor, y al agregar servicios médicos/psiquiátricos, laborales y familiares, mejoraban aún más los resultados.

Lecturas adicionales:

Dole, V.P.; Nyswander, M.; and Kreek, M.J. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* 118:304-309, 1996.

McLellan, A.T.; Arndt, I.O.; Metzger, D.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 269(15):1953-1959, 1993.

Woody, G.E., et al. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40:639-645, 1983.

Buprenorfina

La buprenorfina es un agonista parcial (tiene propiedades agonistas y antagonistas) de los receptores de opioides, que conlleva un riesgo bajo de sobredosis. Reduce o elimina los síntomas de abstinencia asociados a la dependencia de opioides, pero no produce la euforia y la sedación causada por la heroína u otros opioides.

En el año 2000, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley de Tratamientos para la Drogadicción (The Drug Addiction Treatment Act) que permite que los médicos debidamente calificados receten medicamentos de las Listas III, IV y V de la Ley sobre Sustancias Controladas para tratar la adicción a los opioides. Eso creó un gran cambio de paradigma que permitió el acceso a tratamiento para los opioides en entornos médicos generales, como son los consultorios de atención primaria, en lugar de limitarlos a clínicas de tratamiento especializado.

La buprenorfina fue el primer medicamento aprobado de acuerdo con esta Ley y está disponible en dos formulaciones: Subutex[®] (forma pura de buprenorfina) y Suboxone[®], la opción que se receta con más frecuencia (una combinación de buprenorfina y el antagonista de opioide naloxona). La formulación única con naloxona produce un síndrome de abstinencia grave cuando los adictos se la inyectan para entrar "en onda", lo que reduce la probabilidad de su uso ilícito.

Los médicos que ofrecen tratamiento de desintoxicación o mantenimiento con buprenorfina en su consultorio tienen que contar con acreditación especial. A estos médicos también se les exige estar capacitados para brindar asesoramiento a los pacientes cuando sea indicado o, si no tienen esta capacitación, deben referir a los pacientes a otros profesionales que la tengan.

Los tratamientos para la adicción a los opioides en los consultorios son un enfoque costo-eficiente que aumenta el alcance del tratamiento y las opciones a disposición de los pacientes. Muchos pacientes tienen circunstancias de vida que hacen que el tratamiento en el consultorio sea una mejor opción para ellos que las clínicas especializadas. Por ejemplo, muchos viven alejados de los centros de tratamiento o tienen horarios de trabajo incompatibles con el horario de las clínicas. El tratamiento de la adicción en el consultorio se ofrece por médicos de atención primaria, psiquiatras y otros especialistas, como son los internistas y los pediatras.

Una vez estabilizados con dosis adecuadas de metadona o buprenorfina, los pacientes se pueden desempeñar normalmente. Al interrumpir o disminuir el uso de drogas inyectables y el

comportamiento sexual de alto riesgo relacionado con las drogas, estos pacientes pueden conservar un empleo, evitar el delito y la violencia de la cultura callejera, así como reducir su riesgo de exposición al VIH. De igual manera, los pacientes estabilizados con estos medicamentos pueden entrar con más facilidad en terapias psicológicas y otras intervenciones del comportamiento que son esenciales para su recuperación y rehabilitación.

Los pacientes estabilizados con dosis adecuadas de metadona o buprenorfina pueden conservar un empleo, evitar el delito y la violencia, y reducir su riesgo de exposición al VIH.

Lecturas adicionales:

Fiellin, D.A., et al. Counseling plus buprenorphinenaloxone maintenance therapy for opioid dependence. *The New England Journal of Medicine* 355(4):365-374, 2006.

Fudala P.J., et al. Buprenorphine/Naloxone Collaborative Study Group: Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *The New England Journal of Medicine* 349(10):949-958, 2003.

Kosten, T.R., and Fiellin, D.A. U.S. National Buprenorphine Implementation Program: Buprenorphine for office-based practice: Consensus conference overview. *The American Journal on Addictions* 13(Suppl. 1):S1-S7, 2004.

McCance-Katz, E.F. Office-based buprenorphine treatment for opioid-dependent patients. *Harvard Review of Psychiatry* 12(6):321-338, 2004.

Naltrexona

La naltrexona es un antagonista opioide sintético de larga duración con pocos efectos secundarios. Un antagonista opioide impide que las sustancias opioides se unan a los receptores y por lo tanto evita que el adicto sienta los efectos asociados al uso de drogas. La naltrexona es un tratamiento para adictos a los opioides que suele hacerse en centros médicos para pacientes de consulta externa, aunque a menudo se comienza a dar el medicamento en un centro residencial después de la desintoxicación médica. Para evitar el síndrome de abstinencia, los pacientes deben estar

médicamente desintoxicados y libres de opioides durante varios días antes de tomar la naltrexona. El medicamento se toma oralmente, ya sea todos los días o tres veces a la semana, durante un periodo de tiempo sostenido. Cuando se usa de esta manera, la naltrexona bloquea todos los efectos de los opioides autoadministrados, incluso la euforia. La teoría que respalda este tratamiento es que la ausencia repetida de los efectos deseados del opioide y la percibida inutilidad del uso del mismo acabarán gradualmente con el deseo de consumirlo y consecuentemente con la adicción al opioide. La naltrexona en sí misma no tiene efecto subjetivo (es decir, la persona no percibe ninguno de los efectos particulares de la droga) ni potencial alguno para el abuso, además de que no es adictiva. Sin embargo, un problema común es el incumplimiento por parte del paciente. Es por ello que para lograr un resultado favorable del tratamiento, se requiere que haya una relación terapéutica positiva, asesoramiento o terapia eficaz, así como monitoreo cuidadoso de que el paciente tome el medicamento. Muchos expertos clínicos han descubierto que la naltrexona es más útil en el caso de pacientes altamente motivados que han sido desintoxicados recientemente y que desean una abstinencia total por circunstancias externas. En este grupo se encuentran profesionales, convictos o delincuentes en libertad condicional y prisioneros que tienen permiso para salir de la cárcel para trabajar.

En combinación con un tratamiento conductual: ha quedado demostrado que los incentivos de la motivación, como la oferta de recompensas o premios por mantener la abstinencia, mejoran el cumplimiento del tratamiento y la eficacia de la naltrexona para tratar la adicción a los opioides.

Lecturas adicionales:

Carroll, K.M., et al. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry* 58(8):755- 761, 2001.

Cornish, J.W., et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(6):529-534, 1997.

Greenstein, R.A.; Arndt, I.C.; McLellan, A.T.; and O'Brien, C.P. Naltrexone: A clinical perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 45(9, Part 2):25-28, 1984.

Preston, K.L.; Silverman, K.; Umbricht, A.; DeJesus, A.; Montoya, I.D.; and Schuster, C.R. Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. *Drug and Alcohol Dependence* 54(2):127-135, 1999.

Resnick, R.B., and Washton, A.M. Clinical outcome with naltrexone: Predictor variables and followup status in detoxified heroin addicts. *Annals of the New York Academy of Sciences*

Adicción al tabaco

Terapia de reemplazo de la nicotina (NRT, por sus siglas en inglés)

Ahora existen una variedad de formulaciones de terapia de reemplazo de la nicotina, entre ellas el parche transdérmico, el aerosol, los chicles y las pastillas de nicotina. Puesto que la nicotina es el principal ingrediente adictivo del tabaco, la justificación para la NRT es que con niveles bajos y estables de nicotina se impide el síndrome de abstinencia, que suele impulsar el uso continuo del tabaco, y así se ayuda a las personas a dejar el hábito de fumar.

Bupropión (Zyban[®])

El bupropión se comercializó originalmente como un antidepresivo (Wellbutrin[®]). Tiene efectos estimulantes leves mediante el bloqueo de la recaptación de catecolaminas, especialmente la norepinefrina y la dopamina. Una observación fortuita entre pacientes deprimidos fue la eficacia del medicamento para eliminar el deseo de fumar, lo que fomenta el abandono del hábito sin el aumento de peso concomitante. Aunque no está claro cómo actúa exactamente el bupropión para combatir el hábito de fumar, el medicamento cuenta con la aprobación de la FDA para su uso en el tratamiento del tabaquismo.

Vareniclina (Chantix[®])

La vareniclina es el medicamento de aprobación más reciente por parte de la FDA para combatir el hábito de fumar. Actúa sobre un subconjunto de receptores nicotínicos (alfa-4 beta-2) que se consideran que participan en los efectos gratificantes de la nicotina. La vareniclina actúa como un agonista/antagonista parcial en estos receptores, lo que significa que estimula levemente el receptor

de nicotina, pero no en grado suficiente para permitir la liberación de dopamina, factor importante para los efectos gratificantes de la nicotina. Como antagonista, la vareniclina igualmente bloquea la habilidad de la nicotina para activar la dopamina, lo que interfiere con los efectos que refuerzan el deseo de fumar, por lo cual se reduce la compulsión y se fortalece la abstinencia del tabaco.

En combinación con un tratamiento conductual

Se recomienda combinar cada una de las farmacoterapias antes mencionadas con intervenciones conductuales, entre ellas las terapias individuales y de grupo, así como líneas directas de ayuda telefónica para el tabaquismo. Mediante capacitación en destrezas conductuales, los pacientes aprenden a evitar situaciones de alto riesgo para recaídas en el tabaquismo y a planificar estrategias para afrontar tales situaciones cuando sean necesarias. Las técnicas de afrontamiento incluyen destrezas para rechazar el cigarrillo, firmeza y destrezas de manejo del tiempo que los pacientes practican en el tratamiento y en los entornos sociales y laborales. Se recomienda el uso de tratamiento combinado porque se cree que los tratamientos conductuales y farmacológicos operan mediante mecanismos diferentes pero complementarios que pueden tener efectos agregados. Al disminuir la intensidad de la compulsión, los medicamentos brindan a los pacientes una ventaja para aplicar nuevas estrategias y destrezas.

Lecturas adicionales:

Alterman, A.I.; Gariti, P.; and Mulvaney, F. Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 15:261-264, 2001.

Cinciripini, P.M.; Cinciripini, L.G.; Wallfisch, A.; Haque, W.; and Van Vunakis, H. Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: Effects on cessation outcome, affect, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:314-323, 1996.

Hughes, J.R. Combined psychological and nicotine gum treatment for smoking: A critical review. *Journal of Substance Abuse* 3:337-350, 1991.

Jorenby, D.E., et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 296(1):56-63, 2006.

Stitzer, M. Combined behavioral and pharmacological treatments for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research* 1:S181-S187, 1999.

Adicción al alcohol

Naltrexona

La naltrexona bloquea los receptores de los opioides que participan en los efectos gratificantes del consumo de alcohol y la compulsión de beber. Reduce las recaídas al consumo de alcohol en exceso, definido como cuatro o más tragos al día para las mujeres y cinco o más para los hombres. La naltrexona reduce el riesgo de recaídas en un 36% aproximadamente durante los tres primeros meses, pero es menos eficaz para ayudar a los pacientes a mantener la abstinencia.

Acamprosato

El acamprosato (Campral[®]) actúa sobre los sistemas de ácido gamma-aminobutírico (GABA) y de glutamato de los neurotransmisores y se cree que reduce los síntomas de la abstinencia prolongada, tales como el insomnio, la ansiedad, la intranquilidad y la disforia. Se ha comprobado que el acamprosato ayuda a los bebedores dependientes a mantener la abstinencia durante varias semanas o meses y que puede ser más eficaz en pacientes con dependencia severa.

Disulfiram

El disulfiram (Antabuse[®]) interfiere con la degradación del alcohol, lo que resulta en la acumulación de acetaldehído que, a su vez, produce una reacción muy desagradable con rubor, náuseas y palpitaciones si el paciente consume alcohol. La utilidad y eficacia del disulfiram se consideran limitadas debido a que el cumplimiento suele ser deficiente. No obstante, entre los pacientes sumamente motivados, el disulfiram puede ser eficaz y algunos pacientes lo usan de forma esporádica para situaciones de alto riesgo, tales como ocasiones sociales donde el alcohol está presente. También es más eficaz cuando se monitorea su administración, como sucede en una clínica o cuando lo hace el cónyuge.

Combinados con un tratamiento conductual

Si bien se ha demostrado que hay varias terapias de la conducta que son eficaces en el tratamiento de la adicción al alcohol, no parece que exista un efecto agregado entre las terapias conductuales y la farmacoterapia. Los estudios han revelado que obtener ayuda es uno de los factores más importantes para tratar la adicción al alcohol, en comparación con la obtención de un tipo particular de tratamiento.

Lecturas adicionales:

Anton, R.F.; O'Malley, S.S.; Ciraulo, D.A.; et al., for the COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA* 295(17):2003-2017, 2006.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated 2005 Edition*. Bethesda, MD: NIAAA, updated 2005. Available at <http://www.niaaa.nih.gov/publications/clinical-guides-and-manuals>.

Terapias de la conducta

Los tratamientos conductuales ayudan a comprometer a las personas con el tratamiento para el abuso de drogas, brindan incentivos para que ellos permanezcan en abstinencia, modifican sus actitudes y conductas con respecto al abuso de drogas y aumentan sus destrezas de vida para afrontar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden desencadenar un deseo intenso de usar drogas y desatar otro ciclo de abuso compulsivo. Abajo se muestran varias terapias de la conducta que resultan efectivas para manejar el abuso de sustancias (la eficacia con drogas específicas se indica entre paréntesis).

Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina)

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol y luego fue adaptada para adictos a la cocaína. Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un

papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente.

La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.

Las investigaciones indican que las destrezas que aprenden los pacientes a través de los enfoques de la conducta cognitiva persisten después de terminar el tratamiento. En varios estudios, la mayoría de las personas que recibieron un enfoque de conducta cognitiva conservaron los logros que habían obtenido en el tratamiento durante el año siguiente.

La investigación actual se centra en la forma de producir efectos aún más contundentes mediante la combinación de la terapia cognitiva conductual con medicamentos para el abuso de drogas y con otros tipos de terapias conductuales. Los investigadores también evalúan la mejor manera de capacitar a los proveedores de tratamientos para que brinden la terapia cognitiva conductual.

Lecturas adicionales:

Carroll, K., et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 61(3):264-272, 2004.

Carroll, K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17(3):249-265, 1991.

Carroll, K.; Rounsaville, B.; Nich, C.; Gordon, L.; Wirtz, P.; and Gawin, F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy

effects. *Archives of General Psychiatry* 51(12):989-997, 1994.

Carroll, K.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; and Fenton, L.R. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(1):106-115, 2005.

Carroll, K.M., et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(5):955-966, 2006.

Intervenciones de manejo de contingencias e incentivos para la motivación (alcohol, estimulantes, opioides, marihuana, nicotina)

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los enfoques de tratamiento que usan principios de manejo de contingencias, los cuales implican brindar a los pacientes en tratamiento para la drogadicción la oportunidad de ganar incentivos de bajo costo a cambio de muestras de orina libre de drogas. Estos incentivos incluyen premios entregados de inmediato o comprobantes intercambiables por alimentos, pases para el cine y otros artículos de uso personal. Los estudios realizados tanto en programas con metadona como en programas de tratamiento con terapia psicosocial demuestran que las intervenciones basadas en incentivos son sumamente eficaces para aumentar la retención en los tratamientos y fomentar la abstinencia a las drogas.

Han surgido algunas inquietudes de que la intervención de manejo de contingencias basado en incentivos podría promover el juego y las apuestas, ya que contiene un elemento de azar, y que las ludopatías y el consumo de sustancias pueden presentarse concurrentemente. No obstante, los estudios no han demostrado diferencias en el juego con el paso del tiempo entre aquellos pacientes asignados a condiciones de manejo de contingencias y aquellos en los grupos de cuidado habituales, lo que indica que este tipo de intervención basado en premios no promueve las conductas de apuestas por dinero.

Lecturas adicionales:

- Budney, A.J.; Moore, B.A.; Rocha, H.L.; and Higgins, S.T. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitivebehavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(2):307-316, 2006.
- Budney, A.J.; Roffman, R.; Stephens, R.S.; and Walker, D. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science & Clinical Practice* 4(1):4-16, 2007.
- Elkashef, A.; Vocci, F.; Huestis, M.; Haney, M.; Budney, A.; Gruber, A.; and el-Guebaly, N. Marijuana neurobiology and treatment. *Substance Abuse* 29(3):17-29, 2008.
- Peirce, J.M., et al. Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry* 63(2):201-208, 2006.
- Petry, N.M., et al. Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry* 62(10):1148-1156, 2005.
- Petry, N.M., et al. Prize-based contingency management does not increase gambling. *Drug and Alcohol Dependence* 83(3):269-273, 2006.
- Prendergast, M.; Podus, D.; Finney, J.; Greenwell, L.; and Roll, J. Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction* 101(11):1546-1560, 2006.
- Roll, J.M., et al. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *The American Journal of Psychiatry* 163(11):1993-1999, 2006.

Enfoque de refuerzo comunitario con comprobantes (alcohol, cocaína)

El enfoque de refuerzo comunitario (CRA, por sus siglas en inglés) con comprobantes es una terapia intensiva de 24 semanas de duración, que sirve para tratar a pacientes externos con adicción a la

cocaína y al alcohol. El tratamiento tiene dos metas:

- Mantener la abstinencia por un tiempo suficiente como para que los pacientes aprendan nuevas técnicas de vida que les ayuden a mantener dicha abstinencia.
- Reducir el consumo de alcohol en el caso de los pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína.

Los pacientes asisten a una o dos sesiones semanales de terapia individual, en las que se concentran en mejorar sus relaciones familiares, en aprender una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, en recibir orientación vocacional y en desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales. Aquellos que también abusan del alcohol reciben terapia con disulfiram (Antabuse) con supervisión clínica. Dos o tres veces por semana, los pacientes dan muestras de orina y reciben comprobantes por cada muestra negativa de cocaína. El valor de los comprobantes aumenta en proporción al número de muestras limpias consecutivas. Los pacientes pueden cambiar los comprobantes por productos que sean coherentes con un estilo de vida libre de cocaína.

Este enfoque facilita el compromiso del paciente con el tratamiento y sistemáticamente le ayuda a ganar periodos considerables de abstinencia a la cocaína. El enfoque ha sido probado en áreas urbanas y rurales y ha sido empleado con éxito en el tratamiento para pacientes adultos externos adictos a los opioides, así como con pacientes en mantenimiento a base de metadona de áreas metropolitanas pobres que tienen altos índices de abuso a la cocaína intravenosa.

Lecturas adicionales:

Higgins, S.T., et al. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry* 60(10):1043-1052, 2003.

Roozen, H.G.; Boulogne, J.J.; van Tulder, M.W.; van den Brink, W.; De Jong, C.A.J.; and Kerhof, J.F.M. A systemic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 74(1):1-13, 2004.

Silverman, K., et al. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry* 53(5):409-415, 1996.

Smith, J.E.; Meyers, R.J.; and Delaney, H.D. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(3):541-548, 1998.

Stahler, G.J., et al. Development and initial demonstration of a community-based intervention for homeless, cocaineusing, African-American women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28(2):171-179, 2005.

Terapia de estímulo de la motivación (alcohol, marihuana, nicotina)

La terapia de estímulo de la motivación (MET, por sus siglas en inglés) es un enfoque de orientación centrado en el paciente con miras a iniciar cambios de conducta en la que se le ayuda a resolver su ambivalencia en cuanto a participar en el tratamiento y dejar de consumir drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna, en lugar de guiar a las personas por cada paso del proceso de recuperación. Esta terapia consta de una sesión inicial en la que se realiza una serie de pruebas de evaluación, seguida de dos a cuatro sesiones de tratamiento individual con un terapeuta. En la primera sesión de tratamiento, el terapeuta proporciona retroalimentación de la serie de pruebas de evaluación para propiciar la discusión acerca del uso personal de sustancias y provocar expresiones de automotivación. Se usan principios utilizados en entrevistas para fortalecer la motivación y elaborar un plan para los cambios que hará el paciente. Al paciente se le sugieren y se le explican estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo. En las siguientes sesiones, el terapeuta monitorea los cambios, revisa las estrategias usadas para dejar el abuso de sustancias y sigue motivando al paciente para que se comprometa a cambiar o mantener la abstinencia. En ocasiones se recomienda a los pacientes que traigan a sus parejas a las sesiones.

Las investigaciones sobre la MET indican que sus efectos dependen del tipo de droga usada por los participantes y de la meta de la intervención. Este enfoque ha sido usado con éxito con alcohólicos para mejorar el compromiso con el tratamiento y otros resultados (p. ej., reducciones en el consumo problemático de alcohol). La MET igualmente se ha usado con éxito en personas dependientes de la marihuana, en combinación con la terapia cognitiva conductual, lo que permite un enfoque de tratamiento más integral. Los resultados de la MET son variados para los participantes con abuso de

otras drogas (p. ej., heroína, cocaína, nicotina, etc.) y para adolescentes con tendencia a usar múltiples drogas. En general, la MET parece ser más eficaz para comprometer con el tratamiento a las personas con problemas de drogadicción que para producir cambios en el uso de drogas.

Lecturas adicionales:

Baker, A., et al. Evaluation of a motivational interview for substance use with psychiatric in-patient services. *Addiction* 97(10):1329-1337, 2002.

Haug, N.A.; Svikis, D.S.; and Diclemente, C. Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors* 18(3):289-292, 2004.

Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3):455-466, 2004.

Miller, W.R.; Yahne, C.E.; and Tonigan, J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4):754-763, 2003.

Stotts, A.L.; Diclemente, C.C.; and Dolan-Mullen, P. One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors* 27(2):275-292, 2002.

El modelo matriz (estimulantes)

El Modelo Matriz provee un marco referencial para lograr que los adictos a los estimulantes (p. ej., la metanfetamina y la cocaína) entren en tratamiento y ayudarles a lograr la abstinencia. Los pacientes aprenden sobre cuestiones críticas de la adicción y de las recaídas, reciben orientación y apoyo de un terapeuta capacitado, se familiarizan con los programas de autoayuda y son supervisados para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina.

El terapeuta funciona simultáneamente como profesor y entrenador, fomentando una relación positiva y alentadora con el paciente y empleando esa relación para fortalecer un cambio positivo en la conducta. La interacción entre el terapeuta y el paciente es realista y directa pero sin ser de

confrontación ni paternal. Los terapeutas han sido capacitados para conducir las sesiones de tratamiento de una manera que fomenten la autoestima del paciente, su dignidad y su valor. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es un elemento crítico para la retención del paciente en el programa.

Los materiales del tratamiento se fundamentan mucho en otros enfoques de tratamiento que ya han sido probados, por lo que incluyen elementos sobre la prevención de recaídas, terapias familiares y de grupo, enseñanza sobre drogas y participación en grupos de autoayuda. Los manuales detallados del tratamiento contienen hojas de ejercicios para las sesiones individuales; otros componentes incluyen grupos de educación familiar, grupos de técnicas de recuperación temprana, grupos de prevención de recaídas, sesiones combinadas, análisis de orina, programas de 12 pasos, análisis de las recaídas y grupos de apoyo social.

Numerosos estudios han demostrado que los participantes tratados con el Modelo Matriz muestran una reducción estadísticamente significativa en el uso de drogas y alcohol, un mejoramiento de los indicadores psicológicos y un descenso en la conducta sexual de riesgo asociada a la transmisión del VIH.

Lecturas adicionales:

Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; and Rawson, R. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16(4):41-50, 1997.

Rawson, R., et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117-127, 1995.

Rawson, R.A., et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 59(9):817-824, 2002.

Terapia de facilitación de 12 pasos (alcohol, estimulantes, opiáceos)

La terapia de facilitación de 12 pasos es una estrategia de compromiso activo, concebida para aumentar la probabilidad de que un drogadicto se afilie y participe de forma activa en un grupo de autoayuda de 12 pasos, para así fomentar la abstinencia. Predominan tres aspectos fundamentales: la aceptación, que incluye la toma de conciencia de que la drogadicción es una enfermedad crónica progresiva que el adicto no puede controlar, que la vida se ha vuelto inmanejable a causa de las drogas, que la fuerza de voluntad por sí sola no basta para superar el problema y que la abstinencia es la única alternativa; la entrega, que implica someterse a un poder superior, aceptar la estructura de compañerismo y de apoyo de otros adictos en su recuperación y seguir las actividades de recuperación establecidas en el programa de 12 pasos; y la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines. Si bien se ha comprobado la eficacia de los programas de 12 pasos (facilitación en 12 pasos) para tratar la dependencia del alcohol, las investigaciones sobre otras drogas de abuso arrojan resultados preliminares prometedores, indicando que pueden ayudar a las personas con problemas de drogadicción a mantener la recuperación. El NIDA ha reconocido la necesidad de realizar más investigaciones en esta área y actualmente financia un estudio para evaluar el impacto de la terapia de facilitación de 12 pasos para el tratamiento de adictos a la metanfetamina y la cocaína.

Lecturas adicionales:

Carroll, K.M.; Nich, C.; Ball, S.A.; McCance, E.; Frankforter, T.L.; and Rounsaville, B.J. One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocainealcohol users: Sustained effects of treatment. *Addiction* 95(9):1335-1349, 2000.

Donovan D.M., and Wells E.A. "Tweaking 12-step": The potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction* 102(Suppl. 1):121-129, 2007.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58(1)7-29, 1997.

Terapia conductual de pareja

La terapia conductual de pareja (BCT, por sus siglas en inglés) es una terapia para aquellos drogadictos con parejas. La BCT usa un contrato de sobriedad y abstinencia además de principios

conductuales para reforzar la abstinencia a las drogas y al alcohol. Se ha estudiado como un agregado a la terapia individual y de grupo y suele comprender una sesión de 60 minutos en pareja cada semana por 12 semanas. Hay muchos estudios que avalan la eficacia de la BCT con hombres alcohólicos y sus esposas; cuatro estudios sustentan su eficacia con hombres y mujeres drogadictos y sus parejas. La terapia conductual de pareja también ha demostrado producir mayores índices de asistencia a tratamiento, de adhesión a la naltrexona y de abstinencia en comparación con el tratamiento individual, además de una disminución de problemas de drogas, legales y familiares al cabo de un año de seguimiento.

Las investigaciones recientes se han centrado en lograr que la BCT sea de uso y acceso más fácil para la sociedad, adaptando la terapia para que se realice en menos sesiones y en modalidad de grupo. Igualmente se están haciendo estudios para demostrar que es costo-eficiente y para evaluar la eficacia de la terapia en relación a la capacitación del terapeuta.

Lecturas adicionales:

Fals-Stewart, W.; Klosterman, K.; Yates, B.T.; O'Farrell, T.J.; and Birchler, G.R. Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(4):363-371, 2005.

Fals-Stewart, W.; O'Farrell, T.J.; and Birchler, G.R. Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: Effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy* 32(2):391-411, 2001.

Kelley, M. L., and Fals-Stewart, W. Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2):417-427, 2002.

Klostermann, K.; Fals-Stewart, W.; and Yates, B.T. Behavioral couples therapy for substance abuse: A cost analysis. *Alcoholism: Clinical Experimental Research* 28(Suppl.):164A, 2004.

Winters, J.; Fals-Stewart, W.; O'Farrell, T.J.; Birchler, G.R; and Kelley, M.L. Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2):344-355, 2002.

Terapia de la conducta para adolescentes

Los adolescentes con problemas de abuso y adicción a las drogas tienen necesidades de tratamiento particulares. Los estudios han demostrado que a menudo se deben modificar los tratamientos diseñados y probados en poblaciones de adultos para que surtan efecto en los adolescentes. La participación de la familia es un componente de suma importancia para las intervenciones dirigidas a los jóvenes. Abajo se muestran ejemplos de intervenciones conductuales que emplean estos principios y han mostrado ser eficaces para tratar la adicción en jóvenes.

Terapia multisistémica

La terapia multisistémica (MST, por sus siglas en inglés) maneja los factores asociados a comportamientos antisociales graves en niños y adolescentes que abusan de las drogas y el alcohol. Estos factores incluyen las características del niño o adolescente (p. ej., actitudes favorables al uso de drogas), de la familia (mala disciplina, conflictos familiares, abuso de drogas de los padres), de los compañeros (actitudes positivas hacia el uso de drogas), de la escuela (deserción escolar, bajo rendimiento académico) y del vecindario (subcultura delictiva). Cuando participan en tratamientos intensivos en ambientes naturales (el hogar, la escuela y el vecindario), la mayoría de los jóvenes y sus familias completan un ciclo entero de tratamiento. La MST reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y por lo menos hasta seis meses después del mismo. Al disminuir el número de encarcelamientos y de colocaciones de jóvenes fuera de sus hogares, se compensa el costo de proveer este servicio intensivo y se mantiene en un nivel bajo la carga de casos de los profesionales clínicos.

Lecturas adicionales:

Henggeler, S.W.; Clingempeel, W.G.; Brondino, M.J.; and Pickrel, S.G. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):868-874, 2002.

Henggeler, S.W., et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(11):1331-1339, 1999.

Henggeler, S.W.; Halliday-Boykins, C.A.; Cunningham, P.B.; Randall, J.; Shapiro, S.B.; and Chapman, J.E. Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(1):42-54, 2006.

Henggeler, S.W.; Pickrel, S.G.; Brondino, M.J.; and Crouch, J.L. Eliminating (almost) treatment dropout of substance-abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *The American Journal of Psychiatry* 153(3):427-428, 1996.

Huey, S.J.; Henggeler, S.W.; Brondino, M.J.; and Pickrel, S.G. Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3):451-467, 2000.

Terapia familiar multidimensional para adolescentes

La terapia familiar multidimensional (MDFT, por sus siglas en inglés) para adolescentes es un tratamiento centrado en la familia que está dirigido a pacientes externos adolescentes con problemas de abuso de alcohol y otras drogas. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (del propio adolescente, de su familia, de compañeros, de la sociedad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren de diversas maneras en entornos diferentes. El tratamiento comprende sesiones individuales y en familia que se llevan a cabo en la clínica, el hogar o con miembros de la familia en el tribunal de familia, la escuela u otros lugares de su comunidad.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes del desarrollo, como la toma de decisiones, la negociación y las habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren destrezas vocacionales y la habilidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres analizan su estilo particular de crianza de los hijos y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar. También aprenden cómo ejercer una influencia positiva sobre sus hijos que sea acorde con su desarrollo.

Lecturas adicionales:

Dennis, M., et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(3):197-213, 2004.

Liddle, H.A.; Dakof, G.A.; Parker, K.; Diamond, G.S.; Barrett, K.; and Tejada, M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(4):651-688, 2001.

Liddle, H.A., and Hogue, A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E.F. Wagner and H.B. Waldron (eds.), *Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions*. London: Pergamon/Elsevier Science, pp. 227-261, 2001.

Liddle, H.A.; Rowe, C.L.; Dakof, G.A.; Ungaro, R.A.; and Henderson, C.E. Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 36(1):49-63, 2004.

Schmidt, S.E.; Liddle, H.A.; and Dakof, G.A. Effects of multidimensional family therapy: Relationship of changes in parenting practices to symptom reduction in adolescent substance abuse. *Journal of Family Psychology* 10(1):1-16, 1996.

Terapia familiar breve y estratégica

La terapia familiar breve y estratégica (BSFT, por sus siglas en inglés) está dirigida a las interacciones familiares consideradas como las que mantienen o agravan el abuso de drogas y otros problemas conductuales concurrentes de los adolescentes. Tales problemas incluyen problemas de conducta en el hogar y en la escuela, conducta opositora, delincuencia, asociación con compañeros antisociales, conducta agresiva y violenta y conducta sexual riesgosa. La BSFT se basa en un enfoque de tratamiento de los sistemas de la familia, en el que las conductas de los miembros de la familia son consideradas interdependientes hasta el punto de que los síntomas de cualquier miembro (el adolescente adicto, p. ej.,) son indicadores, al menos en parte, de todo lo demás que ocurre dentro del sistema familiar. La función del terapeuta de la BSFT es identificar los patrones de interacción familiar que están asociados con los problemas de conducta del adolescente y ayudar a cambiar los patrones que preservan dichos problemas. La BSFT está concebida para ser un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia variedad de situaciones familiares en distintos entornos (clínicas de

salud mental, programas de tratamiento de abuso de drogas, otras instancias de servicio social y el hogar de la familia) y en distintas modalidades de tratamiento (como intervención primaria para pacientes externos, en combinación con tratamiento residencial o diurno, y como un servicio de cuidados posteriores al tratamiento residencial).

Lecturas adicionales:

Coatsworth, J.D.; Santisteban, D.A.; McBride, C.K.; and Szapocznik, J. Brief Strategic Family Therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent severity. *Family Process* 40(3):313-332, 2001.

Santisteban, D.A.; Coatsworth, J.D.; Perez-Vidal, A.; Mitrani, V.; Jean-Gilles, M.; and Szapocznik, J. Brief Structural/Strategic Family Therapy with African- American and Hispanic high-risk youth. *Journal of Community Psychology* 25(5):453-471, 1997.

Santisteban, D.A.; Suarez-Morales, L.; Robbins, M.S.; and Szapocznik, J. Brief strategic family therapy: Lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Family Process* 45(2):259-271, 2006.

Santisteban, D.A.; Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Kurtines, W.M.; Murray, E.J.; and Laperriere, A. Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10(1):35-44, 1996.

Szapocznik, J., et al. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(4):552-557, 1988.

Reconocimientos

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas desea agradecer a las siguientes personas por haber revisado esta publicación:

Martin W. Adler, Ph.D.

Temple University School of Medicine

Andrea G. Barthwell, M.D.

Encounter Medical Group

Kathleen Brady, M.D., Ph.D.

Medical University of South Carolina

Greg Brigham, Ph.D.

Maryhaven

Lawrence S. Brown, Jr., M.D., M.P. H.

Addiction Research and Treatment Corporation

James F. Callahan, D.P.A.

American Society of Addiction Medicine

Kathleen M. Carroll, Ph.D.

Yale University School of Medicine

H. Westley Clark, M.D., J.D., M.P.H., CAS, FASAM

Center for Substance Abuse Treatment

Richard R. Clayton, Ph.D.

University of Kentucky

Linda B. Cottler, Ph.D.

Washington University School of Medicine

David P. Friedman, Ph.D.

Bowman Gray School of Medicine

Reese T. Jones, M.D.

University of California at San Francisco

Linda R. Wolf-Jones, D.S.W.

Therapeutic Communities of America

Linda Kaplan, CAE

National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors

A. Thomas McLellan, Ph.D.

University of Pennsylvania School of Medicine

G. Alan Marlatt, Ph.D.

University of Washington

Nancy K. Mello, Ph.D.

Harvard Medical School

William R. Miller, Ph.D.

University of New Mexico

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.

University of Pennsylvania

Jeffrey Seltzer, M.D.

Zucker Hillside Hospital

Eric J. Simon, Ph.D.

New York University Medical Center

Jose Szapocznik, Ph.D.

University of Miami Miller School of Medicine

George Woody, M.D.

University of Pennsylvania

Recursos

Preguntas generales

Las preguntas sobre las actividades de investigación sobre tratamientos conductuales que realiza el NIDA deben ser dirigidas a la División de Neurociencias Clínicas e Investigación Conductual al número 1-301-443-0107. Para preguntas referentes al programa de desarrollo de medicamentos del NIDA, comuníquese con la División de Farmacoterapias y Consecuencias Médicas del Abuso de Drogas al 1-301-443-6173. Para preguntas sobre la organización, administración, financiamiento, eficacia de los tratamientos e investigaciones de costo-efectividad, comuníquese con la División de Epidemiología, Servicios e Investigación sobre la Prevención al 1-301-443-4060; para preguntas relacionadas con los ensayos clínicos auspiciados por el NIDA, llame a la Red Nacional de Ensayos Clínicos para el Tratamiento de las Drogas al 1-301-443-6697; y para preguntas relacionadas con la investigación sobre el VIH/SIDA que realiza el NIDA, comuníquese con el Programa de Investigación sobre el SIDA al 1-301-443-1470.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, por sus siglas en inglés)

El NIAAA ejerce una posición de liderazgo en el esfuerzo nacional para reducir los problemas relacionados con el alcohol mediante la realización y auspicio de investigaciones sobre una amplia gama de áreas científicas, entre las que se encuentran la genética, neurociencia, epidemiología, riesgos y beneficios para la salud del consumo de alcohol, prevención y tratamiento; mediante la coordinación y colaboración con otros institutos de investigación y programas federales relacionados con el alcohol; mediante la colaboración con instituciones, organizaciones, agencias y programas internacionales, nacionales, estatales y locales dedicados a cuestiones del alcohol; y mediante la traducción y difusión de los hallazgos de los estudios a los proveedores de cuidados de la salud, investigadores, legisladores y al público general. Se puede obtener información adicional en el sitio Web www.niaaa.nih.gov o en el número 1-301-443-3860.

Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés)

El NIMH tiene como misión transformar el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades mentales mediante investigaciones básicas y clínicas, con miras a facilitar el camino de la prevención, la recuperación y la cura. Como apoyo a esta misión, el NIMH elabora investigaciones y fomenta la capacitación de investigadores con miras a cumplir los cuatro objetivos siguientes: promover

hallazgos en las ciencias del cerebro y el comportamiento para alimentar la investigación de las causas de los trastornos mentales; trazar las trayectorias de las enfermedades mentales para determinar cuándo, dónde y cómo intervenir; crear nuevas y mejores intervenciones que incorporen las diversas necesidades y circunstancias de las personas que padecen enfermedades mentales; y fortalecer el impacto sobre la salud pública de las investigaciones apoyadas por el NIMH. Se puede obtener información adicional en el sitio Web www.nimh.nih.gov o en el número 1-301-443-4513.

Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (CSAT, por sus siglas en inglés)

El CSAT, como parte de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), es el órgano responsable de apoyar los servicios de tratamiento otorgando subvenciones en bloque y difundiendo y promoviendo la adopción de los resultados obtenidos por profesionales en este campo. El CSAT también opera la línea telefónica de emergencia disponible las 24 horas del día denominada Línea de Emergencia de Referencia Nacional sobre Tratamientos (1-800-662-4357 o bien, 1-800-662-HELP), que brinda información y refiere a programas de tratamiento además de otros tipos de asistencia. Las publicaciones del CSAT se ponen a disposición del público a través del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (1-800-729-6686). Se puede encontrar información adicional sobre el CSAT en su sitio Web www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/offices-centers/csat.

Recursos educativos seleccionados del NIDA para los tratamientos de la drogadicción

Manuales e informes clínicos

Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide (Principios del tratamiento para la drogadicción en las poblaciones de delincuentes: una guía con base científica), revisada en 2007, por ahora sólo disponible en inglés. Ofrece 13 principios fundamentales de tratamiento e incluye información sobre recursos y respuestas a preguntas frecuentes. Publicación # 07-5316. Disponible en Internet en: [Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide](#).

Measuring and Improving Costs, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs (Cómo medir y mejorar el costo, la eficacia con relación al costo y los beneficios en cuanto a los costos de los programas de tratamiento para el abuso de drogas), 1999, por ahora sólo disponible en inglés. Ofrece recursos para que los directores de programas de tratamiento para el abuso de drogas puedan calcular los costos de sus programas e investigar la relación entre esos costos y los resultados de los tratamientos. Disponible en Internet en: <https://archives.drugabuse.gov/measuring-improving-costs-cost-effectiveness-cost-benefit-substance-abuse-treatment-programs>

A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction (Un enfoque cognitivo-conductual: cómo tratar la adicción a la cocaína), 1998, por ahora sólo disponible en inglés. Este es el primer manual de la serie de "Manuales de Terapia para la Drogadicción" ("Therapy Manuals for Drug Addiction") del NIDA. Describe la terapia cognitiva conductual, un enfoque de corto plazo para ayudar a los cocainómanos a lograr abstinencia de la cocaína y otras drogas. Disponible en Internet en: <https://archives.drugabuse.gov/cognitive-behavioral-approach-treating-cocaine-addiction>

A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction (Un enfoque de refuerzo comunitario con comprobantes: cómo tratar la adicción a la cocaína), 1998, por ahora sólo disponible en inglés. Este es el segundo manual de la serie de "Manuales de Terapia para la Drogadicción" del NIDA. Este tratamiento integra el enfoque de refuerzo comunitario con un programa de incentivos que utiliza comprobantes. Disponible en Internet en: <https://archives.drugabuse.gov/community-reinforcement-approach-treating-cocaine-addiction>

An Individual Drug Counseling Approach to Treat Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model (Un enfoque de terapia individual de drogas para tratar la adicción a la cocaína: un modelo de estudio de colaboración para el tratamiento de la cocaína), 1999, por ahora sólo disponible en inglés. Este es el tercer manual de la serie de "Manuales de Terapia para la Drogadicción" del NIDA. Describe modelos específicos cognitivos/conductuales que pueden ser aplicados dentro de una amplia gama de ambientes diferentes de tratamiento para el abuso de drogas. Disponible en Internet en: <https://archives.drugabuse.gov/individual-drug-counseling-approach-to-treat-cocaine-addiction-collaborative-cocaine-treatment-study>

Addiction Severity Index (Índice de Severidad de la Adicción o ASI, por sus siglas en inglés) por ahora sólo disponible en inglés. Suministra una entrevista clínica estructurada que ha sido diseñada para recabar información sobre el uso de sustancias y el desempeño en diferentes áreas de la vida de adultos que buscan tratamiento para el abuso de drogas. Para obtener más información sobre el uso del ASI y obtener copias de la edición más reciente, visite el sitio Web: www.tresearch.org/resources/instruments.htm.

Otras publicaciones útiles

Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción(impresa en el 2008). Esta publicación brinda las generalidades de la ciencia detrás de la enfermedad de la adicción. Publicación NIH# 08-5605(S). Disponible en Internet en: [Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción](#) (español) o [Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction](#) (inglés).

NIDA DrugFacts: Enfoques de tratamiento para la drogadicción (revisada en el 2009). Es una hoja informativa que abarca los hallazgos de las investigaciones sobre enfoques de tratamientos eficaces para el abuso y la adicción a las drogas. Disponible en Internet en: www.nida.nih.gov/drugfacts/Metodos-SP.html (español) o www.nida.nih.gov/drugfacts/treatmeth.html (inglés).

Alcohol Overdose (publicada por el NIAAA). Es un boletín trimestral que difunde hallazgos importantes de las investigaciones sobre abuso de alcohol y alcoholismo. Disponible en Internet en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-dangers-of-alcohol-overdose>.

Guías clínicas/Recursos afines del NIAAA. Contiene información para ayudar a los profesionales clínicos en la detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes que beben en exceso. Disponible en Internet en: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/clinical-guides-and-manuals>.

Serie de Reportes de Investigación: La comunidad terapéutica (2003). Este informe suministra información sobre el papel que desempeñan los centros residenciales libres de drogas en el proceso de tratamiento. Publicación #04-4877(S). Disponible en Internet en: [Therapeutic Community](#) (inglés).

The NIDA Clinical Toolbox: Science-Based Materials for Drug Abuse Treatment Providers (Herramientas clínicas del NIDA: Materiales con base científica para los proveedores de tratamientos para la drogadicción), 2000. Contiene materiales con base científica dirigidos a los proveedores de tratamiento para el abuso de drogas. Se ofrecen enlaces a manuales de tratamiento, a la Serie de Reportes de Investigación y más. Disponible en Internet en: <https://archives.drugabuse.gov/nida-clinical-toolbox-science-based-materials-drug-abuse-treatment-providers> (Archives).

Iniciativas diseñadas para llevar a la práctica la investigación sobre los tratamientos

Red de ensayos clínicos

En el mundo real, evaluar la eficacia de los tratamientos basados en investigaciones es un paso crucial para poner en práctica la investigación. Establecida en 1999, la Red Nacional de Ensayos Clínicos para el Tratamiento de las Drogas (CTN, por sus siglas en inglés) del NIDA emplea los centros de tratamiento comunitarios con diversas poblaciones de pacientes y condiciones para ajustar y estudiar protocolos que satisfagan las necesidades prácticas del tratamiento de la adicción. Desde su creación, la CTN ha estudiado las intervenciones farmacológicas y conductuales para el abuso y adicción a las drogas, junto con afecciones comunes concurrentes (p. ej., el VIH y el trastorno de estrés postraumático) entre las distintas poblaciones objetivo con problemas de drogadicción, tales como los adolescentes drogadictos, las mujeres embarazadas drogadictas y los pacientes hispanohablantes. La CTN también ha estudiado las estrategias de prevención de la hepatitis C y el VIH en grupos de drogadictos de alto riesgo y se ha convertido en un elemento primordial del enfoque polifacético del NIDA para incorporar rápidamente al entorno comunitario los tratamientos prometedores para la drogadicción con base científica. Para mayor información sobre la CTN, visite el sitio Web www.nida.nih.gov/about-nida/organization/cctn/ctn (inglés).

Estudios sobre el tratamiento del abuso de drogas en el ámbito de la justicia penal

El NIDA está adoptando un enfoque similar al de la CTN para mejorar el tratamiento de los drogadictos con problemas penales a través de los Estudios de Tratamientos para la Drogadicción dentro del Sistema de Justicia Penal (CJ-DATS, por sus siglas en inglés). Si bien el CTN del NIDA

tiene como misión fundamental el mejoramiento de la calidad del tratamiento de la drogadicción mediante la incorporación de enfoques novedosos a la sociedad más amplia, las investigaciones sustentadas a través de los CJ-DATS están diseñadas para realizar cambios mediante la introducción de nuevos modelos de tratamiento en el sistema de justicia penal y, por lo tanto, mejorar los resultados para los delincuentes con trastornos de uso de sustancias. Su finalidad es alcanzar una mayor integración del tratamiento del abuso de drogas con otros foros de salud pública y seguridad pública y representa una colaboración entre el NIDA, SAMHSA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), las agencias del Departamento de Justicia y un conjunto de profesionales del tratamiento de las drogas, justicia penal y servicios sociales y de salud.

Equipos interdisciplinarios de cooperación

Otra manera en que el NIDA busca incorporar activamente la ciencia en la práctica es a través de una alianza conjunta con la SAMHSA y su red nacional de Centros de Transferencia de Tecnología sobre Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés). Este proceso abarca los esfuerzos de colaboración de los profesionales comunitarios de tratamiento, instructores de la SAMHSA e investigadores del NIDA, algunos de los cuales forman equipos de cooperación ("Blending Teams") para crear productos y elaborar planes de diseminación estratégica para ellos. Mediante la creación de productos diseñados para fomentar la adopción de nuevas estrategias de tratamiento, los equipos de cooperación son instrumentales para poner en manos de los profesionales de tratamiento los más recientes recursos y prácticas con base científica. Al día de hoy, se han completado varios productos. Los temas han incluido una mayor toma de conciencia del valor de la terapia con buprenorfina y el mejoramiento de la competencia de los trabajadores de salud en la utilización de herramientas como el Índice de Severidad de la Adicción (ASI, por sus siglas en inglés), entrevistas para fortalecer la motivación e incentivos para la motivación. Para mayor información sobre productos de los equipos de cooperación, visite el sitio Web del NIDA: www.nida.nih.gov/publications/nidasamhsa-blending-initiative.

Otros recursos federales

Registro Nacional de Programas y Prácticas con Base Científica. Esta base de datos de intervenciones para la prevención y tratamiento de trastornos mentales y de uso de sustancias es mantenida por la SAMHSA y puede consultarse en: www.samhsa.gov/nrepp.

Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI, por sus siglas en inglés). A través de este centro de información se pueden encontrar publicaciones de otras agencias federales. El personal provee asistencia en inglés y en español, y tiene capacidad TDD para personas con problemas auditivos. Teléfono: 1-800-729-6686; sitio Web: <https://www.samhsa.gov/workplace>.

Instituto Nacional de Justicia (NIJ, por sus siglas en inglés). En su carácter de agencia de investigación del Departamento de Justicia, el NIJ apoya los programas de investigación, evaluación y demostración relacionados con el abuso de drogas en los contextos del delito y del sistema de justicia penal. Para obtener información, incluida una gran variedad de publicaciones, llame al Servicio Nacional de Referencia de la Justicia Penal al teléfono 1-800-851-3420 ó 1-301-519-5500, o visite el sitio Web: www.nij.gov.

Ensayos clínicos. Para mayor información sobre ensayos clínicos, auspiciados tanto por el gobierno federal como privadamente, visite el sitio Web: www.clinicaltrials.gov.