

FACILITANDO EL CAMBIO EN PERSONAS CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS ¿QUÉ NOS DICEN LAS INVESTIGACIONES?*

Barbara S. McCrady**

Resumen

Objetivos: (1) resumir el conocimiento actual acerca del cambio, tratamientos eficaces y sistemas actuales de provisión de tratamiento para el uso de alcohol y sustancias; (2) recomendar cambios en el sistema de provisión de tratamientos basados en hallazgos científicos recientes. **Método:** revisión selectiva de la literatura científica actual. **Resultados:** Conclusiones a partir de la literatura: (1) el cambio es frecuente y no requiere tratamiento; (2) el cambio es un proceso; (3) numerosos factores favorecen y sostienen el cambio; (4) el curso del trastorno por uso de sustancias (TUS) es variable; (5) las poblaciones clínicas presentan problemas complejos; (6) el tratamiento contribuye a resultados positivos; (7) varios tratamientos presentan evidencias sólidas en cuanto a su efectividad; (8) las decisiones acerca de los niveles de atención constituyen un factor relevante en la efectividad del tratamiento; (9) la mayoría de los pacientes son enviados a tratamiento; y (10) la conformación de equipos de tratamiento de TUS es inadecuada según los lineamientos de una práctica basada en la evidencia. Fundadas en estos hallazgos se formulan siete recomendaciones: (1) La comunidad debe disponer de manera amplia de información acerca de los métodos efectivos de cambio; (2) la detección y las intervenciones breves deben estar integradas en lugares de atención primaria y tener fundamentos consistentes; (3) las regulaciones para entregar licencias para unidades de tratamiento de TUS deben incluir requerimientos de uso de prácticas basadas en la evidencia; (4) los programas necesitan incluir modos de incentivar la abstinencia sin generar costos adicionales para el programa; (5) es necesario proporcionar un entrenamiento efectivo, atractivo y útil en prácticas basadas en la evidencia y tratamientos empíricamente sustentados a los consejeros en adicción que trabajan en primera línea; (6) la estructura y el financiamiento de los servicios de tratamiento deben organizarse de modo de poder reconocer la naturaleza crónica, proclive a la recaída de algunos TUS; (7) es necesario desarrollar y financiar servicios continuos para las familias basados en la evidencia.

Palabras claves: Adicciones, cambio, tratamientos eficaces.

Key words: Substance abuse, change, effective treatments.

Introducción

El uso de alcohol y drogas ilícitas (sean éstas ilegales o psicofármacos usados sin supervisión médica) es muy frecuente. Las encuestas nacionales en Estados Unidos muestran que, en el año 2006, un

45,4% de la población de 12 años o más ha usado drogas ilícitas en algún momento de su vida, siendo la marihuana la droga más frecuentemente usada (39,8%) (NSDUH, 2006). El año pasado, 14,5% de las personas que respondieron a la encuesta habían usado una droga ilícita (10,3% había usado marihuana, 2,5% cocaína, 0,2% heroína, 1,6% alucinógenos y 6,6% psicofármacos sin supervisión médica). Casi el 30% (29,6%) había usado tabaco en el mes anterior y 50,9% había consumido alcohol. Los índices de diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias durante el año pasado (American Psychiatric Association, 2004) fueron los siguientes: el alcohol

* Título original: *Facilitating Change for persons with Substance use Disorders: What does Research Suggest?*

Traducción: María del Carmen Salgueiro.

**Barbara S. McCrady

Universidad de Nuevo México. Albuquerque, NM 87131, USA.

E-Mail: bmccrady@unm.edu

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 103-112

© 2008 Fundación AIGLE.

alcanzó los índices más altos (7,6%), seguido por la marihuana (1,7%), los alucinógenos (0,2%) y luego la heroína (0,1%).

Las consecuencias negativas del uso de alcohol y otras drogas son muy amplias. Por ejemplo, los costos de salud vinculados al uso de alcohol por sí sólo son cercanos a los 20 billones de dólares por año en los Estados Unidos; y los costos económicos totales del abuso de alcohol y drogas en los Estados Unidos han sido estimados en cerca de los 250 billones de dólares por año (Harwood, 2000). Beber alcohol y usar drogas está también estrechamente vinculado con amenazas a la seguridad pública. Por ejemplo, el alcohol está vinculado con cerca del 40% de las muertes en accidentes de tránsito en los Estados Unidos (NIAAA, 2006) y en casi el 40% de las violaciones y asaltos sexuales contra estudiantes universitarios el atacante estaba bajo la influencia de alcohol o drogas (Bureau of Justice Statistics, 2004). Alrededor del 25% de los convictos por crímenes contra la propiedad o relacionados con drogas señalaron que cometieron tales crímenes para obtener dinero para drogas (Bureau of Justice Statistics, 2004).

A pesar de los altos índices de uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias (TUSs) y de las serias consecuencias individuales y sociales que ocasionan, es relativamente infrecuente que las personas obtengan tratamiento formal para resolver tales problemas. Por ejemplo, durante el año pasado, cerca del 18,8% de los usuarios de drogas ilícitas en los Estados Unidos que necesitaban tratamiento recibieron alguna forma de tratamiento especializado para su problema con las drogas; y sólo 8,6% de las personas con trastornos por uso de alcohol recibieron tratamiento. En total, alrededor de 10,4% de personas con trastornos por uso de alcohol o drogas recibieron el tratamiento que necesitaban (NSDUH, 2006).

El sistema de provisión de sistemas de atención para el problema de alcohol o drogas enfrenta numerosos desafíos. Estos incluyen la habilidad para abastecer los servicios necesarios de un modo económico, suministrar servicios con el mejor apoyo empírico de eficacia y dar respuesta a la información emergente sobre la estructura y contenido de los servicios. En este trabajo, resumiré primero el conocimiento actual acerca de la naturaleza y el proceso de cambio en los TUSs* así como el conocimiento basado en evidencias sobre los tratamientos efectivos. La segunda parte del trabajo describirá el sistema actual de provisión de asistencia en los Estados Unidos. La parte final proporcionará algunas recomendaciones para la reestructuración del sistema de provisión de tratamiento.

¿Qué sabemos acerca del cambio en los trastornos por uso de sustancias?

El cambio es frecuente y no requiere tratamiento

La evidencia obtenida por medio de varios métodos de investigación converge en destacar que el cambio en el uso de alcohol y drogas es frecuente y a menudo ocurre en un ambiente natural, fuera de los contextos de tratamiento. Dawson y cols. (2005), usando la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Asociadas de los Estados Unidos (US National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC), encontraron que solamente el 25% de los que contestaron haber cumplido previamente con los criterios para la dependencia al alcohol continuaban cumpliendo esos criterios durante el pasado año. De los 75% que ya no cumplían con los criterios de dependencia, 18,2% eran abstinentes y 17,7% eran bebedores de bajo riesgo; el porcentaje restante estaba en remisión parcial o continuaba bebiendo de una manera no riesgosa y sin síntomas. Sólo el 25,5% de aquellos que contaban con un diagnóstico previo de dependencia al alcohol habían recibido tratamiento, lo que sugiere que la mayoría había cambiado sin el beneficio de un tratamiento formal.

Los estudios intensivos a pequeña escala de personas que han cambiado por sí mismas su problema con el alcohol o drogas complementan los hallazgos de los estudios epidemiológicos. Estos estudios sugieren que aquellos que cambian sus hábitos de beber o de uso de drogas sin tratamiento formal tienden a tener problemas menos severos (Carballo y cols., 2008). No obstante, a pesar de las diferencias en cuanto a severidad, aquellos que cambian por sí mismos tienen para hacerlo tantas razones auto-definidas como las personas que cambian con tratamiento. Asimismo, tienen similares niveles de eventos vitales negativos y usan los mismos mecanismos de afrontamiento. Aún así, los que se recuperan con la ayuda de un tratamiento se describen a sí mismos haciendo uso en mayor medida de varios mecanismos de afrontamiento (Carballo y cols., 2008).

El cambio es un proceso, no un evento

Un segundo hallazgo importante acerca del cambio en el uso de alcohol y otros TUSs es que el cambio se entiende mejor como un proceso y no como

(*) Este trabajo no encarará la dependencia a la nicotina. A pesar de ser un gran problema de salud, el sistema de provisión de asistencia a la dependencia a la nicotina es bastante diferente al de otras drogas psicoactivas y requiere de una revisión de la literatura - independiente.

un evento. En 1983, Prochaska y DiClemente (1983) propusieron su bien conocido "Modelo Transteórico", en el que sostenían que el cambio de las conductas adictivas tenía lugar a través de una serie de estadios, con diferentes procesos de cambio asociados con cada estadio de cambio específico. Los estadios incluyen "pre-contemplación" (la persona no ve un problema que necesite ser resuelto); "contemplación" (la persona está considerando un cambio); "preparación" (la persona está lista para cambiar), "acción" (la persona está realizando pasos concretos para modificar su conducta problemática) y "mantenimiento" (la persona continúa sosteniendo cambios exitosos). Aunque el modelo presenta cierto sesgo de linealidad, el proceso de cambio ha sido descrito como una "espiral" que incluye recaídas y superposiciones entre estadios (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). A pesar de que la base conceptual y empírica del Modelo Transteórico ha tenido algunas críticas bien fundadas (Joseph, Breslin y Skinner, 1999), el modelo ha brindado una valiosa heurística para la comprensión de la naturaleza longitudinal del proceso de cambio y brinda información y tratamientos que se ajustan acertadamente con los diferentes niveles de reconocimiento del problema y disposición a cambiar.

Numerosos factores favorecen y sostienen el cambio

Los factores que conducen a una persona a resolver su problema con el alcohol o con las drogas han sido ampliamente investigados. No se ha encontrado ningún evento vital específico como único instigador poderoso al cambio. Ni siquiera la cantidad de eventos vitales es un predictor de cambio poderoso (Sobell, Sobell y Toneatto, 1993). Por el contrario, la evaluación individual de los eventos vitales cobra más importancia en la determinación de si éstos se vuelven motivadores de cambio. Miller (2006) ha descrito la adicción como un "problema de motivación" (pág. 134) y sugiere que el comienzo del cambio ocurre cuando la persona percibe una discrepancia entre su situación o estado actual y ciertos estados deseados; y esta discrepancia puede ser atribuida, al menos en parte, al uso de alcohol o drogas. Esta percepción de discrepancia puede generarse en las personas a partir de múltiples fuentes: toma de conciencia de la cantidad de alcohol que se está consumiendo, sufrir problemas físicos, experimentar situaciones ocupacionales o legales desagradables o recibir comentarios de familiares o amigos, entre otras. Desde luego, en muchas ocasiones las personas con TUSs se envían a un tratamiento y se deposita en el clínico el rol de ayudarlas a desarrollar motivación para el cambio.

Una vez que la persona ha tenido éxito en el comienzo del cambio, con o sin tratamiento, una serie de factores contribuyen a su mantenimiento exitoso. Ciertos factores psicológicos como el compromiso con la abstinencia y una alta auto-eficacia predicen resultados positivos (Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler y Frey, 1997). El uso de un abanico de estrategias conductuales de afrontamiento también va asociado con resultados positivos (Carballo y cols., 2008). El apoyo social de otros significativos es también un importante predictor (McCrady, 2004).

El curso de los TUS es variable

El TUS sigue un curso variable. Para algunas personas, los problemas tienden a auto-limitarse (DiClemente, 2006) y se resuelven sin ninguna intervención o plan de cambio. Otros resuelven exitosamente su problema con el alcohol o con las drogas con o sin tratamiento y mantienen los cambios en el largo plazo (Finney, Moos y Timko, 1999). Para otros, las recaídas son un evento frecuente. A partir de los datos obtenidos de un estudio longitudinal, Dawson, Goldstein, y Grant (NESARC, 2007) sugieren, que cerca de la mitad de las personas que experimentaron un trastorno en el uso de alcohol y que fueron asintomáticas en la primera ola de recolección de datos tuvo recaídas tres años más tarde. Las recaídas fueron menos probables para aquellas personas que permanecieron en abstinencia y más probables para quienes se involucraron en hábitos "de riesgo". Por lo tanto, el uso problemático del alcohol y otras drogas puede ser entendido como un problema limitado en el tiempo o como un trastorno crónico y conducente a recaídas.

¿Qué sabemos acerca de la efectividad del tratamiento?

Las poblaciones clínicas tienen problemas complejos

Los TUSs se complican debido a una gran variedad de problemas concomitantes (McCrady, 2007). Normalmente, las personas que buscan tratamiento tienen más complicaciones que las personas con TUSs identificadas en encuestas a la comunidad o en estudios de auto-iniciadores de cambio. Un alto porcentaje de personas diagnosticadas con TUSs experimentan también otros problemas psicológicos con altos índices de otros trastornos en el Eje I. Las personas con TUSs pueden tener déficits cognitivos subclínicos, particularmente en las áreas de razonamiento abstracto, memoria y resolución de problemas. Estos déficits se resuelven usualmente con la abstinencia prolongada. El uso de sustancias

provoca una variedad de problemas médicos y puede afectar cualquier órgano corporal. Además, la nutrición suele ser deficiente entre las personas con TUSs, lo cual ocasiona déficits nutricionales, baja de energía o malestar físico vago o indeterminado. Las relaciones interpersonales también suelen alterarse. Los índices de separación y divorcio superan en siete veces los de la población general, la violencia contra el/la esposo/a es alta y son más frecuentes los problemas emocionales y de comportamiento entre sus cónyuges/compañeros/as y sus hijos/as. Las personas que consultan para tratar un TUS suelen tener también problemas ocupacionales y/o legales.

El tratamiento contribuye a resultados positivos

Aunque el tratamiento formal no es siempre necesario para una resolución exitosa del TUS, contribuye a resultados positivos. En una revisión de resultados a largo plazo de TUSs tratados y no tratados, Finney y cols. (1999) concluyen que los índices de remisión son más altos que en las muestras comunitarias. No obstante, los autores alertan acerca del hecho de que las muestras de los pacientes tratados tienden a ser de personas de mayor edad y que los índices de remisión pueden ser más altos en tales muestras debido a la incidencia de muerte y maduración como salida de la adicción.

Miller, Walters y Bennett (2001) examinan los resultados de siete estudios multicentro para el tratamiento de personas con TUSs. Concluyen que, en el primer año después del tratamiento, los índices de abstinencia esperados son cerca del 25%, los índices de mortalidad son bajos (2%), el porcentaje de días que los clientes se abstienen de alcohol es de 75% y el número de días en que los clientes beben disminuye cerca del 87%. Estas amplias revisiones sugieren, vistas en su conjunto, que la abstinencia completa y continua no es frecuente, pero las personas que realizan un tratamiento pueden aspirar a un mejor funcionamiento y a beber sustancialmente menos que antes de iniciarlo. Los patrones de resultados de tratamiento para alcohol y otros TUSs son similares a aquellos para enfermedades crónicas, tales como diabetes, hipertensión o asma (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000).

Varios tratamientos y aspectos de tratamiento son efectivos

Nuestro conocimiento acerca de la eficacia y la efectividad de tratamientos específicos se ha incrementando sustancialmente en los últimos 30 años. Las revisiones amplias de la literatura sobre tratamientos para el uso de alcohol sugieren que la eficacia es

alta en casos de intervenciones breves, intervención motivacional, entrenamiento en habilidades sociales, abordaje de Refuerzo Comunitario (ARC), contratos comportamentales, terapia de pareja comportamental, manejo de casos y uso de antagonistas opiáceos, como la naltrexona, nalmefene y acamprosato (Millar y Wilbourne, 2002). El Refuerzo Comunitario y Entrenamiento Familiar (Community Reinforcement and Family Training, CRAFT) es efectivo para ayudar a la familia a afrontar los problemas con el alcohol y las drogas y para aprender conductas que aumenten la motivación del usuario para ingresar al tratamiento (Smith y Meyers, 2004). El Instituto sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (US National Institute on Drug Abuse, NIDA, 1999) ha identificado varios tratamientos con sólidas bases de eficacia. Estos incluyen: Prevención de recaídas, Modelo Matriz, Psicoterapia expresiva de apoyo, Counseling individualizado sobre drogas, Terapia de incremento motivacional, Terapia conductual para adolescentes, Terapia familiar multidimensional (MDFT) para adolescentes, Terapia multisistémica (MST), Abordaje de refuerzo comunitario más vouchers, Terapia de refuerzo basada en vouchers en el tratamiento de mantenimiento con metadona y Tratamiento diurno con contingencias de abstinencia y vouchers. La metadona, la buprenorfina y la naltrexona son medicamentos efectivos para el tratamiento de la dependencia a opiáceos; el disulfiram resulta útil en el tratamiento de la dependencia a la cocaína; pero no existen medicamentos efectivos para el tratamiento de la dependencia a otras drogas (McLellan, 2006).

McCrary y Nathan (2005) examinaron los principales tratamientos psicosociales con evidencias poderosas de eficacia en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Los autores identificaron seis elementos clave que resultaron comunes en los diferentes tratamientos. Aunque los métodos de provisión de estos elementos difieren de un tratamiento a otro, un tratamiento efectivo apunta a uno o más de los siguientes métodos: incremento de la motivación; incremento del registro de patrones negativos asociados con el uso y enseñanza de habilidades de afrontamiento cognitivas, comportamentales y afectivas más efectivas; cambio de contingencias para reforzar positivamente la abstinencia; desarrollo de redes con mayor apoyo social; e incremento de las expectativas positivas de abstinencia. A lo largo de distintos abordajes de tratamiento, existe también una fuerte evidencia que señala la importancia de la relación cliente-terapeuta; la empatía del terapeuta y su habilidad para crear estructura en el tratamiento constituyen dos elementos claves (Haaga, McCrary, y Lebow, 2006).

Los investigadores han examinado también otros aspectos del tratamiento no ligados a modelos espe-

cíficos. En primer lugar, las intervenciones breves son efectivas cuando se brindan a personas con patrones de uso de alcohol o drogas de alto riesgo pero que no tienen otro trastorno diagnosticable (Fleming y cols., 2002).

Estas intervenciones se brindan comúnmente en unidades de atención primaria en salud y no en lugares específicos para el tratamiento de adicciones.

Un segundo aspecto importante del tratamiento se focaliza en el grado en que éste da respuesta a las preocupaciones y problemas cotidianos del cliente. Los tratamientos que encarar las preocupaciones actuales de los clientes relacionadas con la salud, la familia, el trabajo, etc., son más efectivos que aquellos que se focalizan exclusivamente en el uso de sustancias (McLellan y cols., 1997). Del mismo modo, el manejo de casos intensivo diseñado para encarar los problemas vitales de mujeres de bajos recursos con TUS ha demostrado ser doblemente efectivo en cuanto a sus resultados positivos (Morgenstern y cols., 2006).

Finalmente, existe hoy un importante cuerpo de evidencia que muestra que la participación en grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos va asociada con resultados positivos. Una participación más extensa, consistente en asistir a las reuniones o programas de lectura específica, transitar los pasos, tener o ser un sponsor y sostener el compromiso predice mejores resultados (McCrary y Tosigan, en prensa). Algunos estudios longitudinales recientes han demostrado que la participación en AA predice resultados positivos en el largo plazo, sugiriendo una relación causal más que una simple correlación entre la participación en AA y el resultado exitoso (McCrary, Epstein y Kahler, 2004).

¿Qué sabemos acerca de la Provisión de Tratamiento?

El tratamiento se brinda en diferentes niveles de atención

En los Estados Unidos, la mayoría de los tratamientos se brinda a través de un sistema especializado para el tratamiento de adicciones y la mayoría de los tratamientos se basa en el modelo de los 12 Pasos (Johnson y Roman, 2002). Dentro de este sistema, existen diferentes niveles de atención que incluyen: tratamiento médico supervisado en pacientes internos, rehabilitación en residencias, tratamiento externo diurno o intensivo, tratamiento externo y residencia en casas de recuperación. El balance entre los niveles de atención ha cambiado dramáticamente en los últimos 25-30 años: de un sistema con mayor peso en la internación al sistema actual, que brinda

mayor tratamiento externo. Más del 60% de los tratamientos que se brindan actualmente son tratamientos externos (SAMHSA, 2007).

Numerosos ensayos clínicos randomizados han comparado la relativa efectividad de, por un lado, diferentes duraciones de tratamiento y también, por otro, tratamientos internos versus tratamientos intensivos externos. Estos estudios muestran que no existen diferencias consistentes en los resultados, que los tratamientos externos son más efectivos que los de internación en cuanto a la relación costo/beneficio y que los índices de atricción son mayores en la atención ambulatoria (McLellan, 2006). No obstante, estos estudios han excluido a los pacientes considerados demasiado enfermos como para recibir tratamiento ambulatorio, y los resultados no son, por lo tanto, aplicables a todas las personas con TUSs.

Los modelos de toma de decisión para determinar el nivel de atención se propusieron e implementaron en muchos estados y aseguradoras privadas. La Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM, 1996) propone un modelo de toma de decisión multidimensional para la selección del nivel de atención inicial. Este modelo considera la necesidad de supervisión para la abstinencia, condiciones médicas, condiciones psiquiátricas comórbidas, motivación, potencial de recaída y aspectos sociales. Este criterio se mapea en cuatro niveles principales de atención. Los estudios de los criterios de la ASAM sugieren que existe cierta cantidad de obstáculos para el uso de los criterios en la práctica clínica, particularmente la falta de disponibilidad de servicios para el nivel de atención más apropiado para el caso. Las evaluaciones de los criterios de la ASAM sugieren que los resultados son mejores cuando el ajuste entre paciente y nivel de cuidado es correcto (McLellan, 2006).

Una cantidad muy considerable de investigaciones sugiere que un contacto de baja intensidad y que opere en el largo plazo mejora los resultados en el tratamiento de los TUSs (McKay, 2005). Estos contactos pueden ser provistos en presencia o por teléfono. No obstante, tales contactos son raros en el sistema especializado de tratamiento y la atención continua a largo plazo se implementa ampliamente a través de la derivación a AA u otros grupos de ayuda mutua.

La mayoría de los pacientes son enviados a tratamiento

Las personas entran al tratamiento a través de una variedad de caminos (McLellan, 2006). En los Estados Unidos más del 50% de los pacientes en tratamiento fueron derivados a través de su entrada en el sistema de justicia criminal. Cerca de 15% son

enviados a tratamiento por sus empleadores o por el sistema de salud, quienes requieren la asistencia a un tratamiento como una condición para continuar con el trabajo o recibir asistencia pública. Muy pocos pacientes (cerca de 2%) entran al sistema de tratamiento de la especialidad a través de la derivación del médico de atención primaria.

Muchos de los denominados pacientes “voluntarios” han sido presionados para buscar tratamiento por amigos o miembros de la familia, quienes probablemente han requerido la participación en el tratamiento como una condición necesaria para continuar con la relación. La creencia popular de que la preocupación de otros significativos puede suspenderse y esperar a que la persona “toque fondo” y busque ayuda por sí mismo ha sido desacreditada. Datos de estudios muestran que tanto CRAFT (Smith y Meyers, 2004) como la Intervención de Johnson (Miller, Meyers, y Tosigan, 1999) pueden ayudar a las familias a cambiar su conducta de modo que motive a una persona con TUS a buscar asistencia o cambiar por sí mismo (sin embargo, muchas familias no persisten con la Intervención de Johnson).

Los modelos de financiamiento no se adecuan a los hallazgos de la investigación

En los Estados Unidos, los tratamientos se financian a través de dos mecanismos primarios: seguros de salud privados, usualmente provistos por empleadores, y tratamientos financiados por el estado y el Gobierno Federal. El nivel y la duración de la asistencia que una persona recibe se determinan en gran parte por el modo en que su tratamiento se financia. Además, el financiamiento de los TUS es bastante restrictivo. Se aprueban estadías de internación muy cortas y los sistemas de seguros monitorean minuciosamente y limitan el número de sesiones permitidas de tratamiento externo. Algunos planes de seguro establecen un límite vital al número de episodios de tratamiento, o al total de días como interno, o de visitas como externo, que una persona puede recibir. La detección de usuarios significativos de alcohol o de drogas y la provisión de intervenciones breves en dispositivos de atención primaria no están comúnmente cubiertas por los seguros. No se financia una baja intensidad de intervención en el largo plazo.

La conformación de equipos de las unidades de tratamiento del TUS no sigue los lineamientos de la práctica basada en la evidencia

En los Estados Unidos, la mayoría de los tratamientos se brinda a través de consejeros para adic-

ción (McLellan, Carise, y Kleber, 2003). Hasta hace poco, muchos de estos consejeros estaban ellos mismos en recuperación de TUSs y se basaban en su propia experiencia personal para brindar ayuda a otros. Gran parte de su compasión y dedicación probablemente haya contribuido a su efectividad, pero frecuentemente carecían de un entrenamiento clínico formal. En los últimos 25 años se ha producido un cambio importante en el campo del counseling para adicciones. Actualmente hay pre-requisitos para la certificación o el otorgamiento de licencias: existen regulaciones nacionales y estatales para la formación y se supervisa la experiencia. Las unidades de tratamiento progresivamente van requiriendo que la mayoría de los integrantes de su equipo sean consejeros certificados o con licencia. A pesar de estos cambios importantes en la acreditación, la mayoría de los consejeros en adicciones no están entrenados como científicos y por lo tanto están menos comprometidos con las prácticas clínicas fundadas en la evidencia. Y aunque las principales profesiones clínicas (medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social) han desarrollado regulaciones para la acreditación adicional en la especialidad de tratamiento de abuso de sustancias, los programas cuentan con muy pocos de estos especialistas en el equipo regular (McLellan y cols., 2003).

Los programas de tratamiento para los TUSs se caracterizan por una alta inestabilidad y recambio de miembros de su staff. Por ejemplo, en una muestra nacional de 175 programas de tratamiento de TUS, McLellan y cols. (2003) encontraron que el 44% de los programas habían estado cerrados o habían sido reorganizados en un período de 16 meses. El equipo era igualmente inestable, cerca del 53% de los directores y consejeros habían cambiado en un período de 12 meses.

¿Qué sugieren los hallazgos científicos para una provisión óptima de tratamiento?

La literatura científica sugiere varios elementos clave para que un sistema encare efectivamente los trastornos de uso de alcohol y droga de alto riesgo:

1. *La Información acerca de los métodos efectivos de cambio debe estar ampliamente disponible para la comunidad.* Puesto que una minoría de personas con TUSs recibe tratamiento y la mayoría de las personas que cambian lo hacen sin recibir un tratamiento formal, debemos lograr que el conocimiento acerca del cambio esté ampliamente disponible para que las personas lo utilicen. Existen numerosos caminos para lograr este objetivo: por ejemplo, el uso de programas de cambio auto-guiado a través de Internet y el

uso de libros de auto-ayuda con base científica. Las creencias comunes acerca de lo que se requiere para cambiar una conducta adictiva, sin embargo, no están fuertemente arraigadas en bases científicas, y se necesita mucho trabajo para incrementar el conocimiento del público en general acerca de los aspectos de un cambio efectivo y los recursos disponibles por fuera del sistema de tratamiento formal. El uso de un marco innovador (Rogers, 2003) en lo que hace a la difusión a las comunidades puede ser de gran ayuda.

2. La detección y las intervenciones breves debe integrarse en los lugares de atención primaria y un financiamiento apropiado debe destinarse a tales objetivos. Dado el impacto importante sobre la salud que el uso intenso y crónico de alcohol o drogas produce, parte del trabajo debe destinarse a la identificación de usuarios de riesgo y a intervenir antes de que problemas costosos o duraderos se instalen. En Estados Unidos, los médicos de atención primaria se encuentran ya fuertemente presionados con índices decrecientes de reembolso para sus servicios, excesivo papeleo y regulaciones de la práctica que aumentan día a día y que les consumen mucho tiempo. Aunque la detección de bebedores y usuarios de drogas de alto riesgo debe ser inmediata (Hodgson, Alwyn, John, Thom, y Smith, 2002), el tiempo requerido para hacer un seguimiento de las respuestas del paciente puede agregar una excesiva presión de tiempo en el día típico de consulta de un médico. El desarrollo de programas de detección por computadora y materiales de intervención breve y/o el entrenamiento de otros miembros del equipo de salud puede ayudar a obviar algunas de estas barreras, así como también la existencia de un adecuado reembolso para estas prácticas.

3. Desarrollo e implementación de regulaciones para el otorgamiento de licencias para los tratamientos para TUSs que requieran el uso de prácticas basadas en la evidencia. Las regulaciones para programas internos y externos de tratamiento de TUSs pueden proveer un fuerte incentivo para la práctica basada en la evidencia. Tales regulaciones, como mínimo, deben requerir un abordaje basado en la evidencia para seleccionar el nivel de asistencia y requerir la provisión de servicios para los problemas del cliente más importantes (por ejemplo, psicológicos, familiares) además de su TUS. El financiamiento y el reembolso deben estar estructurados para apoyar un adecuado nivel de atención y brindar un servicio de toma de decisiones apoyado en evidencias. Requerir tratamientos empíricamente sustentados específicos puede ser menos apropiado para la regulación de las licencias, pero los programas deberían poder demostrar el modo en que brindan los elementos básicos empíricamente sustentados de su programa (McCrary y Nathan, 2005). Dados los hallazgos consistentes de la contribución

positiva de la participación de la familia y el apoyo social en los resultados de los tratamientos para los TUS, también deberían ser reembolsados los servicios dirigidos a las familias.

4. Desarrollo de modelos que permitan que los programas brinden incentivos para la abstinencia sin generar costos adicionales para el programa. Los abordajes de manejo de contingencias tienen una fuerte evidencia de efectividad y los investigadores han iniciado el camino para reducir el costo de incentivos durante el tratamiento. No obstante, la adopción de modelos tales como el incentivo basado en el trabajo, en los que los clientes tienen acceso a ambientes de trabajo controlado y salario contingente de la abstinencia (Silverman y cols., 2002), deberían lograr que los abordajes basados en el manejo de contingencias sean más practicables en el mundo real de la práctica clínica.

5. Ofrecimiento de un entrenamiento efectivo, atractivo y útil en prácticas basadas en la evidencia y tratamientos empíricamente sustentados a los consejeros en adicción que trabajan en primera línea. Como se destacó anteriormente, los consejeros en adicción comúnmente no están entrenados en las tradiciones de la ciencia. Para ellos, adoptar nuevas prácticas puede requerir cambios políticos descriptos en el punto #3 y también demandar nuevos modos de entrenamiento y experiencia. Las evidencias recientes sobre el entrenamiento en intervención motivacional (Miller, Yahne, y Moyers, 2004) sugieren que un entrenamiento efectivo necesita expresarse a lo largo de cierto tiempo, con refuerzo en la supervisión y la práctica. Los programas de tratamiento suelen carecer de los recursos para brindar tal tipo de entrenamiento y supervisión y, por lo tanto, deben aumentarse los niveles de apoyo a ese tipo de entrenamiento a partir de programas de entrenamiento con financiación a nivel nacional y estatal. Asimismo, los consejeros estarán más dispuestos a aprender y adoptar nuevos métodos si pueden ver un vínculo claro entre tales métodos y su práctica actual, por lo que es de gran importancia que se desarrollen programas de entrenamiento que brinden esa vinculación (Morgenstern, Morgan, McCrary, Keller, y Carroll, 2001).

6. Reconocimiento de la naturaleza crónica y proclive a sufrir recaídas de algunos de los TUSs en la estructura y financiamiento de los servicios de tratamiento. El tratar un TUS como una enfermedad crónica (McLellan y cols., 2000) implica varios cambios importantes en la provisión de servicios. En primer lugar, los sistemas de seguros deberían financiar el tratamiento del mismo modo que lo hacen con otras enfermedades crónicas. En segundo lugar, los servicios de tratamiento deberían estar estructurados y financiados para brindar tratamiento de baja intensidad y de largo plazo. Las visitas de

seguimiento telefónico deberían estar integradas al tratamiento, así como otras medidas de manejo de casos más intensivas para ayudar a los clientes, una vez finalizado su tratamiento, en el acceso a los servicios disponibles destinados a la prevención de recaídas. En tercer lugar, para los clientes con deterioro cognitivo en el inicio del tratamiento, éste debería estar estructurado para brindar un ambiente seguro sin acceso a alcohol o drogas durante los primeros meses, seguido de un período de tratamiento más intensivo para el momento en que estén con mejor capacidad cognitiva y memoria y puedan beneficiarse de un tratamiento intensivo. En cuarto lugar, la importancia de los programas de ayuda mutua para personas con TUS ya es reconocida en la mayoría de los programas de tratamiento en los Estados Unidos, y este enfoque debería mantenerse.

7. *Desarrollo y financiamiento de servicios continuos destinados a la familia basados en la evidencia.* Los modelos de tratamiento que hoy están disponibles ayudan a las familias a cambiar su propia conducta y motivan al usuario para que busque ayuda. Sin embargo, estos modelos operan por fuera de la corriente de los tratamientos para los TUS; los consejeros no están entrenados en su uso. Los programas de tratamiento para los TUS no proveen normalmente servicios a las familias y el reembolso para los mismos está disponible solamente si está amparado bajo otro diagnóstico (por ejemplo, trastorno de adaptación). A pesar de que Al-Anon está ampliamente disponible y su accionar es efectivo en la reducción de la ansiedad y la depresión entre los miembros de la familia, el programa no resulta efectivo en la educación de las familias para motivar a su ser querido a que obtenga ayuda o procure cambiar (Miller y cols., 1999). Por lo tanto, los servicios y el financiamiento para tratamientos efectivos para los miembros de la familia deberían estar incorporados en el sistema de tratamiento.

Estas siete recomendaciones podrían resultar en una marcada reestructuración de los servicios para personas con TUSs. Debo destacar que Miller y Carroll (2006) desarrollaron un conjunto de recomendaciones teóricas para encarar los problemas de drogas en la sociedad, muchos de cuyos conceptos se superponen con las recomendaciones pragmáticas provistas en este trabajo. Pero si la clase de cambios recomendados aquí, y también por Miller y Carroll, podrá resultar en índices más bajos de problemas y en mejores índices de cambios positivos en la comunidad, y en las poblaciones de tratamiento de la medicina general y de la especialidad, continúa siendo una interrogación para la empiria.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (1996). *Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders*. Chevy Chase: Author.
- Bureau of Justice Statistics (2004). *American Indians and crime, 1992-2002*, NCJ 203097.
- Bureau of Justice Statistics (2003). *Violent victimization of college students, 1995-2000*, NCJ 196143.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Sobell, L. C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M. y AlHalabí-Díaz, S. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors* 33, 94-105.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., y Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 2036-2045.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. y Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100, 281-292.
- DiClemente, C. C. (2006). Natural change and the troublesome use of substances: A life-course perspective. En W. R. Miller y K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pps. 81-96). NY: Guilford Press.
- Finney, J. W., Moos, R. H., y Timko, C. (1999). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and resolution, relapse and mortality. En B. S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pps. 30-49). NY: Oxford University Press.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., y Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.
- Haaga, D. A. F., McCrady, B., y Lebow, J. (2006). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 675-684.
- Harwood, H. (2000). *Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update methods, and data*. Rockville, MD: National Institutes of Health.

- Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B., y Smith, A. (2002). The fast alcohol screening test. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 61-66.
- Johnson, J. A. y Roman, P. M. (2002). Predicting closure of private substance abuse treatment facilities. *Journal of Behavioral Health Services y Research*, 29, 115-125.
- Joseph, J., Breslin, C., y Skinner, H. (1999). Critical perspectives on the Transtheoretical Model and stages of change. En J. A. Tucker, D. M., Donovan, y G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pps. 160-190). NY: Guilford Press.
- McCrary, B. S. (2004). To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 113-121.
- McCrary, B. S. (2007). Alcohol use disorders. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, Fourth edition*. New York: Guilford Publications.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., y Kahler, C. W. (2004). AA and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18 month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 870-878.
- McCrary, B. S. y Nathan, P. E. (2005). Impact of treatment factors on outcomes of treatment for substance use disorders. En L. E. Beutler y L. G. Castonguay (Eds.), *Integrating theories and relationships in psychotherapy* (pps. 319-340). NY: Oxford University Press.
- McCrary, B. S. y Tonigan, J. S. (in press). Recent research on twelve step programs. En R. Ries, D. Fiellin, S. Miller, y R. Saitz, (Eds.), *Principles of addiction medicine, Fourth edition*. Baltimore, MD: Lippincott Williams y Wilkins.
- McKay, J. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction*, 100, 1594-1610
- McLellan, A. T. (2006). What we need is a system: Creating a responsive and effective substance abuse treatment system. En W. R. Miller y K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pps. 275-292). NY: Guilford Press.
- McLellan, A. T., Carise, D., y Kleber, H. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 117-121
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., y O'Brien, C. P. (1997). Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730-735.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., y Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-95.
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. En W. R. Miller y K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pps. 134-150). NY: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Carroll, K. M. (2006). Drawing the scene together: Ten principles, ten recommendations. En W. R. Miller y K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pps. 293-311). NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., y Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R., Walters, S. T., y Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.
- Miller, W. R. y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W. R., Yahne, C. E. y Moyers, T. B. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrary, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., y Pandina, R. J. (2006). A randomized field trial examining the effectiveness of intensive case management for substance dependent women receiving temporary assistance for needy families (TANF). *American Journal of Public Health*, 96, 2016-2023.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrary, B. S., Kahler, C. W., y Frey, R. M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous following treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 768-777.
- Morgenstern, J., Morgan, T. J., McCrary, B. S., Keller, D. S., y Carroll, K. M. (2001). Manual-guided cognitive-behavioral therapy training: A promising method for disseminating empirically supported substance abuse treatments to the practice community. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 83-88.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2006). National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Alert #70*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

National Survey on Drug Use and Health (2006). <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/NSDUHlatest.htm>.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations, fifth edition*. New York: Free Press.

Silverman, K., Svikis, D., Wong, C. J., Hampton, J., Stitzer, M. L., y Bigelow, G. E. (2002). A reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: Three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10*, 228-240.

Smith, J. E. y Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. NY: Guilford Press.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Toneatto, T. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*, 217-224.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (2007). *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights - - 2006 National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. OAS Series #S-40, DHHS Publication No. (SMA) 08-4313, Rockville MD: Department of Health and Human Services.

Abstract: *Aims:* (1) To summarize current knowledge about change, efficacious treatments, and the current alcohol and drug treatment delivery system in the United States; (2) To recommend changes in the treatment delivery system based on current scientific findings. *Method:* Selective review of current scientific literature. *Results:* Conclusions from the literature: (1) change is common and does not require treatment; (2) change is a process; (3) many factors contribute to and support change; (4) the course of substance use disorders is variable; (5) clinical populations have complex problems; (6) treatment contributes to success; (7) several treatments have strong evidence for effectiveness; (8) decisions about levels of care are a factor in the effectiveness of treatment; (9) the majority of patients are mandated to treatment; and (10) staffing of SUD treatment facilities is incompatible with evidence-based practice. Based on these findings 7 recommendations are made: (1) information about effective methods of change should be widely available to the community (2) screening and brief interventions should be integrated into primary health care settings and appropriately funded; (3) licensure standards for SUD treatment facilities should require the use of evidence-based practices; (4) programs need ways to provide incentives for abstinence without additional cost to the program; (5) effective, attractive, and useful training in evidence-based practices and empirically support treatments is needed for front-line additions counselors; (6) the structure and financing of treatment services should be organized to recognize the chronic, relapsing nature of some SUDs; (7) there is a need to develop and finance on-going, evidence-based services for families.