



[Back
to navigation page](#)



Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas:

Análisis de las pruebas científicas



PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA
FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL DE DROGAS
VIENA

**Tratamiento contemporáneo
del abuso de drogas:**

Análisis de las pruebas científicas



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2003

La elaboración del presente documento fue encomendada por la Sección de Reducción de la Demanda, del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). El PNUFID expresa su agradecimiento al Dr. A. Thomas McLellan, del Instituto de Investigaciones Terapéuticas del Centro de Estudios sobre la Adicción de la Administración de Ex Combatientes, Universidad de Pensilvania (Estados Unidos de América), al Dr. John Marsden, del Centro Nacional de Toxicomanías del Instituto de Psiquiatría del Reino Unido, que redactaron el presente documento, y al Dr. Mats Berglund, del Departamento de Investigaciones sobre el Alcoholismo, de la Univerisdad de Lund, Hospital Universitario de Malmö (Suecia), que gentilmente aportó un comentario sobre un borrador anterior.

La Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito pasó a llamarse Oficina contra la Droga y el Delito el 1.º de octubre de 2002.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. LA ETAPA DE DESINTOXICACIÓN Y ESTABILIZACIÓN	3
Pacientes y métodos de tratamiento	3
Indicadores de la eficacia	3
Farmacoterapias	3
Duración	4
Entorno terapéutico	4
2. LA ETAPA DE REHABILITACIÓN Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	5
Pacientes y métodos de tratamiento	5
Elementos y métodos de tratamiento	5
Duración	5
Definición de las esferas de resultados	5
Principales efectos del tratamiento residencial	6
3. COMPONENTES EFECTIVOS DE LA ETAPA DE REHABILITACIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS	7
Factores relacionados con los pacientes	7
Factores relacionados con el tratamiento	8
4. CONCLUSIONES	17

Introducción

El presente documento es un resumen temático de los resultados de las investigaciones disponibles acerca de la eficacia de los tratamientos contemporáneos del abuso de drogas y de los principales factores que influyen en éstos. Complementa la sección sobre servicios eficaces de tratamiento y rehabilitación de la publicación titulada "Tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas: guía práctica de planificación y aplicación" y el documento titulado "Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas".

La comprobación de los efectos de los tratamientos se obtuvo, en su mayor parte, a partir de ensayos controlados aleatorios y de evaluaciones no controladas, hechas a partir de observaciones, de tratamientos y sistemas de tratamiento. En ambos tipos de estudio se determina la gravedad de los problemas en una muestra de pacientes que se incorporan a un programa de tratamiento y posteriormente se miden los cambios producidos en una o más ocasiones, durante el tratamiento y después de éste. Los estudios experimentales incluyen la asignación al azar de grupos de pacientes a determinados programas y condiciones de comparación. Las pruebas más convincentes de la eficacia de los tratamientos se obtienen de los modelos experimentales, cuando resulta factible elaborarlos. Las evaluaciones hechas a partir de observaciones suelen ser actividades de gran escala en que se examinan el grado de eficacia con que se ejecutan uno o más tipos de programas de tratamiento y la forma en que se asignan los pacientes a éstos, pero no existe la posibilidad de alterar las condiciones del tratamiento. Esos estudios resultan útiles cuando se plantean preguntas generales relativas a la eficacia de un sistema de tratamiento; pueden indicar si se alcanzan los resultados esperados y la forma en que los beneficios del tratamiento varían según los programas de que se trate y la cantidad o el tipo de tratamiento que reciban los pacientes.

No corresponde hacer en el presente examen conciso un estudio completo de la bibliografía pertinente; así pues, los estudios citados son representativos de un ámbito bien estudiado o resultan de particular importancia para inves-

tigar una cuestión concreta. El alcance de este trabajo es internacional. La mayor parte del material relativo a la eficacia de los tratamientos fue publicada por grupos de investigación que trabajan en los Estados Unidos, Europa y varios países de la región de Asia y el Pacífico, en particular, Australia. El resumen de resultados que se presenta refleja esa realidad geográfica, pero no puede decirse que constituya un resumen completo de los resultados obtenidos a nivel mundial. Más aún, el lector deberá juzgar en qué medida esos resultados pueden aplicarse a su propia cultura en particular y al contexto terapéutico de su país. No se intenta comparar directamente los resultados de los estudios efectuados sobre modalidades concretas de tratamiento en distintos países. Suele haber diferencias sustanciales en las características de los pacientes tratados y en la estructura y el funcionamiento de los sistemas de tratamiento que restan validez a esas comparaciones. Sin embargo, vale la pena señalar que los resultados relativos al impacto de las principales formas de tratamiento estructurado son notablemente similares en todas las naciones y culturas. El resumen se ha limitado a trabajos publicados en revistas científicas en inglés, revisados por otros especialistas en el tema. En todos los trabajos de investigación citados se han utilizado modelos experimentales de observación, aleatorios o controlados, metodológicamente válidos. Se efectuó una investigación bibliográfica con la ayuda de las bases de datos Embase, Pubmed, Medline, PsychInfo y Cochrane a partir de 1980 y hasta mayo de 2002.

Estructura del análisis

El análisis consta de tres secciones. En las partes 1 y 2 se presentan pruebas sobre la eficacia de la etapa de desintoxicación y estabilización y de la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas, respectivamente. Esas etapas incluyen tratamientos con metas, objetivos y métodos distintos que se administran en entornos residenciales y comunitarios. En la parte 3 se examina un conjunto de factores relacionados con los pacientes y los tratamientos que están vinculados a los resultados de éstos. Los factores relativos a los pacientes incluyen la

gravedad de la adicción, los síntomas psiquiátricos, la buena disposición y la motivación para someterse al tratamiento, el empleo y el apoyo familiar y social. Los factores relacionados con el tratamiento comprenden el entorno en el que se administra, la duración y termi-

nación del tratamiento, las farmacoterapias, la terapia de apoyo, las características de los consejeros y psicoterapeutas, la participación en grupos de autoayuda y cuestiones relativas a la selección del tratamiento que mejor se adapte a cada paciente.

1. La etapa de desintoxicación y estabilización

Pacientes y métodos de tratamiento

El tratamiento de desintoxicación y estabilización se administra a las personas que sufren síntomas de privación tras un abuso de drogas prolongado. La desintoxicación puede definirse como un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional [1]. La farmacoterapia consiste en administrar una medicación agonista adecuada, en cantidades decrecientes, para minimizar las molestias derivadas de la privación de opioides, barbitúricos y benzodiazepinas, los cuales producen un síndrome de abstinencia característico con efectos fisiológicos y emocionales que se suele experimentar de 8 a 12 horas después de la última dosis de droga. Los usuarios de anfetaminas y cocaína también pueden experimentar síntomas emocionales y fisiológicos importantes y necesitarán un período de tratamiento de estabilización.

Indicadores de la eficacia

Los objetivos principales de esta etapa son tratar sin riesgos las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para que adopte estrategias cognitivas que favorezcan el cambio de comportamiento, estrategias éstas en que posteriormente se centrarán los esfuerzos de rehabilitación. Es poco probable que la desintoxicación por sí sola ayude eficazmente a los pacientes a recuperarse a largo plazo; es mejor considerar esa etapa una preparación para continuar el tratamiento con objeto de prolongar la abstinencia y fomentar la rehabilitación[2,3].

Farmacoterapias

Según los resultados de las investigaciones, la desintoxicación de la heroína y otros opioides ilícitos puede facilitarse utilizando agonistas de opioides en dosis decre-

cientes (principalmente metadona), buprenorfina, que es un antagonista parcial, y dos drogas no opioides, la clonidina y la lofexidina (las dos agonistas $\alpha 2$ -adrenérgicos). Sin embargo, la evaluación de los méritos relativos de esas medicaciones se ve obstaculizada por las diferencias de funcionamiento de los programas de tratamiento y por diversas cuestiones relativas a la metodología de evaluación clínica de la gravedad de los síntomas de abstinencia. Hecha esta salvedad, Gowing y sus colegas realizaron una revisión Cochrane de 218 estudios internacionales de desintoxicación y calcularon los porcentajes medios de pacientes internados y en régimen ambulatorio que habían terminado el tratamiento de desintoxicación de opioides en el 75% y el 35%, respectivamente, cuando se usaba metadona, y en el 72% y el 53%, respectivamente, cuando se usaba un agonista $\alpha 2$ -adrenérgico [4]. En varios ensayos controlados aleatorios se ha comparado la buprenorfina con la clonidina. De sus resultados se desprende que la primera parece ser más eficaz para reducir la gravedad de los síntomas de abstinencia y tener menos efectos adversos [5].

Para acelerar la desintoxicación de opioides, durante varios decenios se ha dispuesto de procedimientos que entrañan la utilización de antagonistas de esas sustancias [6]. En la desintoxicación rápida de opioides se precipita la abstinencia con naloxona o naltrexona, mientras que en la desintoxicación ultrarrápida se administra naloxona o naltrexona bajo los efectos de anestesia o de fuertes sedantes. Ambas técnicas, que provocan un síndrome de abstinencia agudo pero de corta duración, se han desarrollado y estudiado en varios países [7 a 10]. En un análisis completo de 12 estudios de desintoxicación rápida y nueve de desintoxicación ultrarrápida, O'Connor y Kosten señalan que la existencia de diferencias metodológicas sustanciales dificulta la interpretación de la bibliografía, que también se caracteriza por utilizar muestras de pequeño tamaño y períodos de seguimiento generalmente breves [11]. La conclusión general de esos estudios es que, si bien la desintoxicación ultrarrápida conlleva algunos riesgos médicos, esas técnicas no ofrecen

gran ventaja con respecto a los métodos de desintoxicación existentes, ni surten más efectos en lo que respecta a lograr que los pacientes en abstinencia inicien y continúen una farmacoterapia de prevención de las recaídas con naltrexona.

Duración

La estabilización de los problemas agudos de abstinencia se logra normalmente en tres a cinco días, pero quizás exija un período más prolongado cuando se trate de pacientes con problemas médicos y psiquiátricos concomitantes, o con dependencia fisiológica de las benzodiazepinas y de otros sedantes [12,13]. En cuanto a la metadona, el análisis del grupo de Gowing parece indicar que, cuando la desintoxicación dura más de 21 días, el porcentaje medio de pacientes que terminan el tratamiento es del 31%, en comparación con el 58% cuando el tratamiento dura 21 días como máximo. Los autores observan que, en cierta medida, esto puede reflejar los efectos del entorno en el que se administra el tratamiento, ya que el 89% de los estudios sobre los tratamientos de desintoxicación de mayor duración fueron realizados en un entorno comunitario.

Entorno terapéutico

Mucho se ha debatido y estudiado acerca de la eficacia relativa del tratamiento de desintoxicación con hospita-

lización o en otros entornos residenciales, o en régimen ambulatorio o estructuras comunitarias [14,15]. Por lo general los entornos residenciales se relacionan con los porcentajes más elevados de pacientes que terminan el tratamiento, pero en la mayoría de los países se acostumbra estabilizar a todos los pacientes, excepto los más gravemente afectados, en forma ambulatoria. Por ejemplo, existe una amplia bibliografía sobre los cocaínómanos que abandonan prematuramente el tratamiento ambulatorio durante los primeros 14 a 21 días y que presentan tasas de deserción del 27 al 47% en las primeras semanas de tratamiento [16 a 18]. Suele considerarse que la desintoxicación es particularmente adecuada para los pacientes que presentan problemas médicos y psiquiátricos agudos (en especial aquellos con antecedentes de ataques y depresión) y también para los que tienen problemas de alcoholismo agudo concurrente. Los estudios de programas ambulatorios de reducción de agonistas de corta duración generalmente han dado malos resultados, ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento y pocos logran la abstinencia [19]. Sin embargo, aquellos pacientes que tengan menos complicaciones médicas, problemas menos graves y una situación familiar estable que les ofrezca apoyo, posiblemente podrán completar la desintoxicación en la comunidad [20]. En pocos estudios se examinó el entorno adecuado para la estabilización de los signos y síntomas fisiológicos y psiquiátricos vinculados al uso de psicoestimulantes; no obstante, suele necesitarse un entorno médico residencial en el caso de que el paciente presente síntomas psiquiátricos agudos y trastornos emocionales.

2. La etapa de rehabilitación y prevención de recaídas

Pacientes y métodos de tratamiento

El tratamiento de rehabilitación es apropiado para los pacientes que ya no sufren los efectos fisiológicos o emocionales agudos del abuso reciente de sustancias. Esta etapa del tratamiento tiene por objeto evitar que se reanude el consumo activo de sustancias y ayudar al paciente a controlar los impulsos que lo llevan a abusar de las drogas y a recuperar o mejorar la salud y su función social.

Elementos y métodos de tratamiento

Las opiniones de los profesionales varían mucho con respecto a las causas de la pérdida de control frente al alcohol o las drogas, o ambos, característica de los pacientes en tratamiento. Se han sugerido una serie de explicaciones, entre ellas, la predisposición genética, anomalías metabólicas adquiridas, pautas de comportamiento negativo adquiridas, sentimientos de inferioridad arraigados, automedicación de problemas psíquicos o físicos subyacentes y falta de apoyo familiar y comunitario para el desempeño de una función positiva. Existe una variedad igualmente amplia de estrategias y tratamientos que pueden utilizarse para corregir o mejorar esos problemas subyacentes y prestar apoyo continuado a los pacientes para lograr los cambios deseados. Las estrategias comprenden elementos tan dispares como la medicación para trastornos psiquiátricos; medicaciones para reducir la necesidad imperiosa de usar drogas; farmacoterapias de sustitución para atraer y rehabilitar a los pacientes; sesiones de terapia y orientación, individuales y en grupo, encaminadas a ayudar a los pacientes a comprender su situación, orientarlos y apoyarlos para que puedan cambiar de comportamiento; y participación en grupos de autoayuda (por ejemplo, Narcóticos Anónimos) a fin de prestar apoyo constante para que logren la abstinencia.

Duración

Los programas de rehabilitación residencial de corta duración por lo general duran de 30 a 90 días; los pro-

gramas en comunidad terapéutica residencial suelen prolongarse de tres meses a un año; los programas de orientación para la abstinencia, en régimen ambulatorio, duran de 30 a 120 días, y los programas de mantenimiento con metadona pueden tener una duración indefinida. Muchas de las formas más intensivas de tratamiento ambulatorio (por ejemplo, la atención ambulatoria intensiva y en hospital de tratamiento diurno) comienzan con sesiones de un día o medio día, cinco veces por semana o más, durante aproximadamente un mes. A medida que avanza la rehabilitación, se reduce la intensidad del tratamiento a sesiones más cortas, de una a dos horas, dos veces por semana, y luego a una vez por semana. La fase final del tratamiento ambulatorio suele llamarse "continuación de la atención" o "postratamiento" y comprende reuniones de apoyo en grupo quincenales o mensuales (vinculadas a actividades paralelas en grupos de autoayuda) que se prolongan hasta dos años.

Definición de las esferas de resultados

La eficacia de esta etapa del tratamiento puede juzgarse en función de tres esferas de resultados pertinentes tanto a los objetivos de rehabilitación del paciente como a los de salud pública y seguridad de la sociedad: *a)* eliminación o reducción del alcoholismo y la drogadicción; *b)* mejoramiento de la salud y la función social; y *c)* reducción de las amenazas para la salud y la seguridad públicas. Las amenazas para la salud y la seguridad públicas planteadas por los toxicómanos se derivan de comportamientos que propagan enfermedades infecciosas (incluido el contacto con la sangre de otra persona como consecuencia de la penetración sexual sin protección y del hecho de compartir agujas y demás material para inyectables) y a las actividades delictivas emprendidas para financiar o sostener la toxicomanía. Independientemente de los entornos, modalidades, orientaciones o métodos concretos de rehabilitación, todas las formas de tratamientos orientados a ésta persiguen los cuatro objetivos siguientes: *a)* mantener las

mejoras fisiológicas y emocionales obtenidas durante la desintoxicación y la estabilización; *b*) reducir cada vez más el consumo de alcohol y drogas y mantener esos niveles (en la mayoría de los programas de rehabilitación se fija como objetivo la abstinencia total); *c*) enseñar, modelar y apoyar comportamientos que fomenten el mejoramiento de la salud personal y de la función social y que reduzcan las amenazas para la salud y la seguridad públicas; y *d*) enseñar y estimular cambios de comportamiento y de formas de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

Principales efectos del tratamiento residencial

Existe desde hace bastante tiempo un volumen considerable de pruebas científicas internacionales en relación con los efectos positivos de los programas residenciales

en lo referente a las tres esferas de resultados antes mencionadas [21 a 24]. Un ejemplo típico son los resultados de la mayor evaluación de los programas residenciales de rehabilitación de los Estados Unidos, que reveló las siguientes reducciones en el porcentaje de pacientes que utilizaban sustancias ilícitas al menos una vez por semana durante el año que precedió a su admisión al tratamiento y durante el año siguiente a la suspensión de éste: el porcentaje de los que utilizaban cocaína disminuyó del 66 al 22%; el de los que utilizaban cannabis, del 28 al 13%, y el de los que utilizaban heroína, del 17 al 6% [25]. Los pacientes que terminan el tratamiento también consiguen mejor empleo y es mucho menos probable que se vean involucrados en actividades delictivas [26]. Sin embargo, el abandono de la rehabilitación residencial parece ser un problema común y los estudios suelen registrar niveles de abandono del 25% de los pacientes en las dos primeras semanas, y del 40% al cabo de tres meses [27].

3. Componentes efectivos de la etapa de rehabilitación y prevención de las recaídas

Factores relacionados con los pacientes

Gravedad de la dependencia

Muchos estudios sobre los tratamientos en distintos contextos nacionales han mostrado que el carácter crónico y la gravedad de las pautas de consumo de sustancias de los pacientes están relacionados con el abandono del tratamiento y con recaídas más rápidas en el uso de sustancias después de éste [28 a 30].

Gravedad de los problemas psiquiátricos

Las encuestas epidemiológicas internacionales y los estudios de casos clínicos han revelado que las personas con trastornos de abuso de sustancias y de dependencia tienen mayor tendencia a sufrir ansiedad, trastornos afectivos y sociales y otros trastornos relacionados con la personalidad [31 a 34]. Los resultados de los estudios sobre los pacientes dependientes de opioides y de la cocaína indican que en la mayoría de los casos los síntomas psiquiátricos mejoran al principio del tratamiento y que, por término medio, la reducción de los síntomas se mantiene durante el seguimiento a mediano y largo plazo [35]. No obstante, un resultado muy común en muchos estudios y contextos es que los síntomas y trastornos psiquiátricos graves que se presentan al comienzo del tratamiento sirven para predecir con bastante certeza el abandono de éste y los malos resultados posteriores [36 a 41].

Disposición y motivación para el tratamiento

Los pacientes que dicen estar dispuestos a recibir tratamiento y motivados para ello suelen emprender el programa terapéutico con más éxito y permanecer en tratamiento más tiempo [42]. Es interesante observar que los pacientes que han sido remitidos judicialmente a un tratamiento obtienen resultados bastante similares a los logrados por quienes han venido por voluntad propia y

que, supuestamente, tienen una mayor "motivación personal" [43 y 44].

Empleo

Muchas personas con problemas de abuso de drogas han tenido dificultades para conseguir y conservar un empleo remunerado. Los pacientes desempleados tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento prematuramente y recaer en el abuso de sustancias [45 a 47]. Si bien las posibilidades que ofrece un programa de tratamiento de garantizar un empleo al paciente pueden ser limitadas, los servicios comunitarios suelen encargarse de ayudarlo a aumentar sus posibilidades de obtenerlo, y conseguir o conservar un puesto de trabajo se considera una meta importante [48]. Se ha descubierto que el empleo es un factor que sirve para predecir la permanencia del paciente en el tratamiento y los buenos resultados de éste [49]. Por ejemplo, en una muestra de personas con problemas de abuso de múltiples sustancias, en su mayoría empleadas, que ingresaron a programas privados, en régimen de internación o ambulatorio, McLellan y sus colegas determinaron que los problemas de empleo era uno de los factores más importantes para predecir el abuso de sustancias posterior al tratamiento, así como otros aspectos relacionados con problemas sanitarios y sociales [50].

Apoyo familiar y social

Los apoyos sociales se han estudiado ampliamente en la esfera del abuso de drogas y la farmacodependencia. Se han definido de diversas maneras: como las relaciones que no crean conflictos y que apoyan la abstinencia, y también como la participación activa en los tratamientos en grupo con personas que sufren los mismos problemas, por ejemplo, Narcóticos Anónimos [51 y 52]. Los acontecimientos que causan tensiones (como la pérdida del empleo, un duelo o una separación) pueden tener un efecto más determinante en los resultados que obtenga la

persona que el propio tratamiento [53]. De ello se deduce que pueden no alcanzarse en absoluto las metas del tratamiento, o pueden desvanecerse rápidamente una vez terminado el tratamiento si el paciente cuenta con escaso apoyo de su entorno. En los tratamientos eficaces del abuso de drogas, a fin de ayudar al paciente a insertarse en la sociedad y a mejorar sus relaciones familiares y personales, se tienen en cuenta muchos más aspectos que simplemente el programa en que participa [54].

Factores relacionados con el tratamiento

Entorno terapéutico

En muchos estudios se han investigado las diferencias de eficacia entre las distintas formas de tratamientos de rehabilitación con hospitalización y en régimen ambulatorio o de atención diurna. Una gran parte de la bibliografía se refiere al alcoholismo y registra importantes efectos positivos de los tratamientos y, en general, escasas interacciones con el entorno [55]. En los estudios experimentales del tratamiento de la dependencia de la cocaína con hospitalización o en régimen ambulatorio se ha llegado a la misma conclusión [17 a 41]. Por ejemplo, Alterman y sus colegas [41] compararon la eficacia de un tratamiento intensivo y muy estructurado de cuatro semanas de duración (27 horas semanales) en régimen de atención diurna con un tratamiento de hospitalización (48 horas por semana) para la dependencia de la cocaína. Los pacientes eran hombres de raza negra, principalmente de zonas urbanas muy pobres, sometidos a tratamiento en un centro médico de la Administración de Ex Combatientes de los Estados Unidos. El porcentaje de pacientes que terminaron el tratamiento de hospitalización (89%) fue mucho más elevado que en el caso del tratamiento diurno (54%). Sin embargo, siete meses después del tratamiento, los pacientes de los dos tipos de tratamiento informaban de considerables mejorías en cuanto al consumo de drogas y alcohol y con respecto a los problemas familiares, sociales, jurídicos, laborales y psiquiátricos. La comparabilidad entre los dos entornos terapéuticos resultó evidente también en los resultados comunicados a los 12 meses [54]. Las conclusiones generales de este trabajo indican que, en la mayoría de los sistemas de tratamiento, tal vez debería remitirse a los pacientes que disponen de suficiente apoyo personal y social y que no presentan graves complicaciones médicas al tratamiento en régimen ambulatorio o de atención diurna. Habida cuenta de la gran demanda de atención residencial que suele existir, parece lógico reservar ese entorno principalmente para los pacientes con problemas agudos y crónicos, afectados por factores sociales que originan tensiones o entornos

que probablemente interfieran con la participación en el tratamiento y la recuperación.

Retención del paciente en tratamiento y conclusión del tratamiento

En una gran parte de la literatura se respalda la teoría de que los pacientes que terminan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente. Por lo general, hay una relación directamente proporcional entre el período de tratamiento ambulatorio y en programas de rehabilitación residencial y los resultados del seguimiento [46, 56]. Los beneficios obtenidos aumentan con el tiempo que se permanece en el programa y ese factor es una medida sustitutiva bastante fiable del éxito de la mayoría de los tratamientos. Dado que la mayoría de las personas objeto de estudio en los programas de tratamiento del abuso de drogas tienen problemas diversos y crónicos, cabe esperar que cuanto más tiempo permanezcan en tratamiento mayor sea la probabilidad de que logren y consoliden una importante mejoría en su estilo de vida. En los estudios realizados en los Estados Unidos se ha constatado frecuentemente que los pacientes que permanecen por lo menos tres meses en programas residenciales obtienen mejores resultados posteriores que los que permanecen menos tiempo [57]. En un estudio muy significativo, los datos globales de una muestra de pacientes que ingresaron en programas terapéuticos comunitarios revelaron que el hecho de permanecer un año en tratamiento, como mínimo, influía considerablemente en las mejoras registradas a los doce meses de seguimiento [46]. Lo mismo ocurrió en el Reino Unido, donde los mayores niveles de abstinencia de opioides al cabo de un año se relacionaron con la participación durante 28 días en tratamiento de hospitalización y programas residenciales de corta duración (de hecho, una medida de la conclusión del programa), y durante 90 días en programas residenciales de más largo plazo [58]. Asimismo, los pacientes que siguen en tratamiento ambulatorio con metadona por lo menos un año obtienen resultados mucho mejores que los que lo abandonan antes [29, 42]. Resulta más difícil demostrar los efectos de la retención del paciente en tratamiento, así como de la duración de éste, en el caso de los servicios de asesoramiento ambulatorio encaminados a lograr la abstinencia. Hasta la fecha no se ha encontrado ninguna relación entre la duración del tratamiento y los resultados obtenidos por estos servicios [42]. Quizás esto se deba a la diversidad de los sistemas de organización y a las diferencias entre los pacientes.

El período de tratamiento no redundo directamente en buenos resultados. Seguir el tratamiento permite al paciente adquirir nuevas aptitudes y progresar en el programa. Por ejemplo, Toumbourou y sus colegas

comunicaron los resultados de una muestra de pacientes australianos que habían sido tratados en una comunidad terapéutica [59]. Cuanto más prolongado era el período de tratamiento mejores los resultados obtenidos, pero se observó que los resultados podían predecirse mejor utilizando otro factor de predicción, como el alcance o el nivel de los progresos terapéuticos logrados. En general, en la mayoría de los sistemas de tratamiento, la permanencia de los pacientes en el tratamiento es una cuestión económica clave. De este trabajo se deduce que el personal de los servicios de tratamiento y la infraestructura de coordinación de la atención en general deberían garantizar que los pacientes permaneciesen en el tratamiento por lo menos el tiempo mínimo para que éste tuviese éxito y, de ser posible, la duración del tratamiento debería determinarse en función de las necesidades del paciente. Esto también acarrea consecuencias importantes a la hora de atender a los pacientes que abandonan el tratamiento antes de concluirlo, ya que esas personas se caracterizan por obtener resultados peores.

Farmacoterapias

Se han desarrollado varias formas de farmacoterapia importantes de las dependencias de opioides cuya función en la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas se ha evaluado ampliamente [60].

Medicaciones agonistas

Metadona

La metadona administrada en dosis diarias, cuyos primeros usos se remontan hasta mediados del decenio de 1960 en Nueva York, evita los síntomas de abstinencia durante unas 24 horas. Después de los ensayos iniciales, el tratamiento se extendió a otras ciudades de los Estados Unidos y fue evaluado a fondo por grupos de investigadores de ese país en estudios realizados en uno o varios lugares a lo largo de tres decenios, y más recientemente también por investigadores de muchos otros países. Esos estudios reunieron un caudal considerable de conocimientos de alcance internacional que sirven de base para el tratamiento de mantenimiento con metadona por vía oral y una enorme cantidad de pruebas de su eficacia [56, 61]. Por ejemplo, en un reciente estudio nacional de cohortes realizado en el Reino Unido se registraron reducciones sostenidas del consumo de heroína en pacientes que iniciaron tratamiento de mantenimiento con metadona a los seis meses, al año y a los dos años de seguimiento [24, 38, 62]. Un resultado importante es que la dosis de metadona tiene una relación directamente proporcional a la permanencia en el tratamiento e inversamente proporcional al consumo de heroína. Por

ejemplo, Ling y sus colegas mostraron que una dosis de 100 miligramos por día daba mejores resultados que una de 50 mg por día, como indicaron las evaluaciones de mejoría global elaboradas por el personal y un índice de mejoría del consumo de drogas basado en análisis de orina [63]. En un estudio sobre la metadona en dosis moderadas (40 a 50 mg) y altas (80 a 100 mg), Strain y sus colegas encontraron una tasa mucho menor de muestras de orina con la presencia de opiáceos en los pacientes que recibían una dosis elevada de metadona (53% frente a 62%) [64]. Varios estudios revelaron que las personas que reciben mayores dosis (50 mg por día como mínimo) tienen muchas más probabilidades de seguir en tratamiento y que es menos probable que sigan abusando de la heroína [56, 65]. Por ejemplo, en un estudio en que se asignó a los pacientes al azar a tratamiento de mantenimiento con metadona, en dosis mayores o menores, se descubrió que el porcentaje de análisis toxicológicos que daban resultados positivos en relación con opioides era del 45% en el grupo que recibía una dosis más alta y del 72% en el que recibía una dosis más baja [66]. En un estudio similar, el grupo de Strain descubrió que la utilización de dosis elevadas daba lugar a tasas muy inferiores de muestras de orina positivas con respecto a los opioides, aunque no existía una diferencia significativa en el porcentaje de pacientes que continuaban el tratamiento [67].

Como resumen general de los efectos del tratamiento con metadona, Marsch realizó un metaanálisis estadístico de 11 estudios sobre el uso de opioides ilícitos, ocho estudios sobre los comportamientos de riesgo en lo tocante al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y 24 estudios sobre cambios en la participación en actividades delictivas [61]. El examen reveló que existía una relación sistemática estadísticamente significativa entre el tratamiento de mantenimiento y la reducción del uso de opioides ilícitos, los comportamientos de riesgo con respecto al VIH y los delitos relacionados con drogas y contra la propiedad. Kreek llegó a la conclusión de que el mantenimiento con metadona en dosis adecuadas y el acceso a servicios de orientación y atención médica y psiquiátrica daban lugar a un porcentaje de permanencia voluntaria en el tratamiento durante un año del 60 al 80% y una reducción del uso cotidiano de opioides ilícitos de un 100% al iniciar el tratamiento a menos del 20% al cabo de un año [68].

Levoalfacetilmetadol (LAAM)

El LAAM es una forma de metadona de acción más prolongada. Dosificándolo entre 70 y 100 mg puede eliminar los síntomas de abstinencia durante 48 a 72 horas y se puede administrar tres veces por semana [69] Rawson y sus colegas resumieron los resultados de 27 ensayos con

LAAM administrado por vía oral en los que participaron más de 4.000 pacientes y llegaron a la conclusión de que se obtendrían resultados comparables a los de la metadona [70]. En un metaanálisis de ensayos controlados aleatorios se llegó a la conclusión de que, si bien los tratamientos de mantenimiento con LAAM y con metadona resultaban igualmente eficaces en lo que respecta a su capacidad para reducir el uso de drogas ilícitas, existían diferencias pequeñas pero estadísticamente significativas en favor del mantenimiento con metadona en cuanto a los porcentajes de pacientes que continuaban el tratamiento y a las tasas de interrupción del tratamiento debido a los efectos secundarios [71]. Sin embargo, quizás el LAAM sea retirado permanentemente de Europa como consecuencia de 10 casos de complicaciones cardiovasculares que pusieron en peligro la vida de los pacientes. Las autoridades estadounidenses examinaron la cuestión, pero hasta la fecha no han tomado las mismas medidas que las autoridades europeas. Recientemente Clark y sus colegas comunicaron los resultados de una revisión Cochrane de 15 ensayos aleatorios y tres estudios prospectivos controlados para comparar el LAAM con la metadona [72]. Llegaron a la conclusión de que el LAAM parecía más eficaz que la metadona para reducir el consumo de heroína. No obstante, no se dispone de datos suficientes en el material publicado para hacer observaciones sobre posibles efectos adversos poco comunes.

Buprenorfina

La buprenorfina es un agonista parcial de los opioides sintéticos con propiedades mixtas agonistas y antagonistas. En el decenio de 1970 se reconoció por primera vez su posible utilidad para el tratamiento de la dependencia de los opioides [73]. Las investigaciones han demostrado que la buprenorfina es un agente eficaz de mantenimiento y que es más segura que la metadona y otros agonistas en lo que respecta al riesgo de sobredosis [74 a 76]. La buprenorfina (Subutex®) se ha venido usando durante muchos años en Francia [77] para el tratamiento de mantenimiento de los heroínómanos. Actualmente hay cada vez más pacientes tratados con buprenorfina en otros países europeos, entre ellos Austria [78], Suiza [79] y el Reino Unido. También existe interés por este agente en la región de Asia y el Pacífico, y hay en curso un programa de investigación y desarrollo al respecto en Australia [80].

La opinión general es que la buprenorfina puede recetarse en mayores dosis en el tratamiento de mantenimiento sin causar un efecto sedativo indebido. Ling y sus colegas informaron de los resultados de un ensayo multicéntrico de doble ciego realizado en 12 localidades de los Estados Unidos y Puerto Rico [81]. El equipo comparó dosis

diarias de 1 mg y 8 mg y descubrió que el grupo que recibía la dosis mayor obtenía los mejores resultados en cuanto a la permanencia en el tratamiento y el uso de drogas. La buprenorfina es también eficaz para la desintoxicación, ya que produce síntomas de abstinencia menos graves y menos prolongados que la metadona [79, 82]. Otra ventaja de la buprenorfina es que tiene un mayor período de semieliminación que la metadona, por lo que no necesita administrarse forzosamente en dosis diarias. Los resultados de las investigaciones parecen indicar que una dosis doble cada dos días o una dosis triple cada tres días es aceptable para los pacientes y no produce síntomas agonistas ni de abstinencia excesivos [83 y 84].

Se necesita ahora una labor adicional de investigación y desarrollo para evaluar los grupos de pacientes y la dosificación que mejor se adapte al mantenimiento con buprenorfina. En el momento de redactar el presente documento, la utilización de buprenorfina aún no se ha aprobado en los Estados Unidos.

Medicaciones antagonistas

Naltrexona

La naltrexona, medicación antagonista de opioides, puede utilizarse como parte de los programas de prevención de recaídas. Una dosis única de mantenimiento de naltrexona se liga a los receptores de opioides del cerebro y bloquea los efectos de cualquier opioide consumido durante las siguientes 24 horas. No produce euforia, tolerancia ni dependencia. Generalmente los pacientes necesitan 10 días de abstinencia antes de la inducción a la naltrexona (véanse, no obstante, los procedimientos acelerados de desintoxicación mencionados anteriormente). La eficacia del tratamiento con naltrexona depende claramente de que el paciente cumpla con el mismo y de su motivación para tomar la medicación todos los días. En el estudio más amplio realizado en diversos lugares para comparar la naltrexona con un placebo se descubrió que el principal defecto de este tratamiento radicaba justamente en la necesidad de cumplir el tratamiento indicado [85]. El abandono del ensayo por parte de los pacientes del ensayo fue sustancial, ya que 543 de las 735 personas seleccionadas para participar en éste no comenzaron el tratamiento, y de las 192 que lo empezaron sólo 13 (siete de las 60 dentro del grupo tratado con naltrexona y seis de las 64 del grupo que recibía el placebo) llegaron a terminar el programa previsto de nueve meses de duración. Esto ha sido un problema generalizado en los estudios sobre los resultados de la naltrexona. En su examen de las 11 evaluaciones, Tucker y Ritter observan que en cuatro estudios, de los pacientes a los que se ofreció naltrexona de hecho sólo iniciaron realmente el

tratamiento del 3% al 49%; en otros cinco estudios, del 23% al 58% de los participantes dejaron de asistir en la primera semana, y en otros cuatro estudios, del 39% al 74% de los pacientes abandonaron el tratamiento al final de la segunda semana [86]. Estos científicos examinaron también nueve estudios que incluían participantes no seleccionados (es decir, personas que no necesariamente demostraban una gran motivación o que no estaban afectadas por factores externos que tendiesen a reforzar la abstinencia). En esos estudios, los períodos de permanencia en tratamiento variaron entre 43 días y ocho meses. En varios estudios interesantes de evaluación de los resultados se comparó la naltrexona con la metadona. En uno de ellos, 60 pacientes admitidos consecutivamente pudieron elegir el tratamiento [87]. Los pacientes tratados con metadona permanecieron en tratamiento mucho más tiempo que los tratados con naltrexona; ocho de los 30 pacientes tratados con naltrexona, en comparación con 26 de los 30 tratados con metadona, cumplieron las 12 semanas completas de tratamiento. Sin embargo, no hubo diferencias en el consumo ilícito de heroína durante el tratamiento, ni en el número de pacientes que lograron una abstinencia completa. Por último, en un amplio estudio de cohortes realizado en Italia se registraron tasas de permanencia de un año en tratamiento del 40% en el caso de los pacientes tratados con metadona y del 18% en el de los tratados con naltrexona [88]. En cambio, en el caso de los pacientes muy motivados y cumplidores, por lo general la eficacia de la naltrexona es satisfactoria (por lo menos durante el tratamiento). Por ejemplo, Brahen y sus colegas registraron una tasa de permanencia del 75% en pacientes tratados con naltrexona como parte de un programa penitenciario de permiso de salida de reclusos para trabajar [89]. En otro estudio, el 61% de pacientes empresarios y el 74% de médicos siguieron en tratamiento con naltrexona durante seis meses con buenos resultados [90]. En una revisión Cochrane relativa a la naltrexona se llega a la conclusión de que los ensayos de que se dispone no permiten evaluar con certeza el valor del mantenimiento con esa medicación, pero que los datos respaldan el uso de este tratamiento para los pacientes muy motivados y en combinación con diversas terapias psicosociales (véase más adelante) [91].

Antagonistas y agonistas de la cocaína y farmacoterapias de apoyo

Se han hecho muchos intentos de elaborar antagonistas para el tratamiento de la dependencia de la cocaína y, si bien existe un gran caudal de investigación, los resultados han sido desalentadores [92 y 93]. Hasta el momento de redactar el presente documento, no existen pruebas convincentes de que ninguno de los diversos tipos de agentes bloqueadores de la cocaína sea realmente eficaz, ni

siquiera para una minoría significativa de pacientes afectados. Las investigaciones continúan en esta importante esfera y hay indicios de que existe una "vacuna" potencialmente satisfactoria que quizá pueda metabolizar inmediatamente y desactivar los metabolitos activos de la cocaína [94]. Actualmente esta labor prometedora se está sometiendo a prueba en modelos animales, pero por el momento no existen medicaciones que sean aptas para un tratamiento de rehabilitación de cocainómanos.

Las personas con dependencia aguda de la cocaína experimentan una reducción de los niveles de un neurotransmisor denominado dopamina. Se han propuesto agonistas dopaminérgicos como tratamiento eficaz para controlar los efectos de la abstinencia de la cocaína, el ansia y el estado de ánimo negativo. Los agonistas más estudiados son la amantadina y la bromocriptina [95]. En una revisión Cochrane de 12 estudios controlados con placebos, realizada por Soares y sus colegas, se llegó a la conclusión de que estos medicamentos no producen efectos significativos [96]. También se han evaluado varios tipos de antidepresivos (principalmente tricíclicos) como farmacoterapia de los síntomas de abstinencia de la cocaína y de la disforia. En dos revisiones Cochrane de 23 estudios, Lima y sus colegas llegaron a la conclusión de que, en general, no se contaba con pruebas favorables, principalmente debido a la elevada tasa de abandono de los pacientes [97 y 98].

Asesoramiento

El acceso al asesoramiento periódico sobre el abuso de sustancias puede contribuir considerablemente al compromiso y participación del paciente en un programa de tratamiento y a los resultados de éste [99 y 100]. Por ejemplo, en un estudio importante de un grupo de pacientes tratados con metadona se seleccionaron algunos de ellos al azar para que recibieran asesoramiento, además de su dosis de metadona, y a otros para que no lo recibieran [101]. Los resultados revelaron que el 68% de los pacientes que no recibían asesoramiento no redujeron el abuso de drogas y que un tercio de esos pacientes necesitó atención médica de urgencia por lo menos una vez. Por el contrario, el 63% de los pacientes que recibían asesoramiento suspendieron en forma sostenida el consumo de opiáceos y el 41% de ellos suspendieron en forma sostenida el consumo de cocaína durante los seis meses de duración del estudio. En otro estudio se observaron las repercusiones favorables del asesoramiento individual o en grupo y de la asistencia a reuniones de 12 pasos, ya que, en ambos casos, se estableció una relación entre la asiduidad de los pacientes a esas reuniones y un menor riesgo de recaída en los seis meses siguientes [102]. Se han estudiado varios

tipos de servicios de asesoramiento y de terapia conductual, como se indica a continuación.

Asesoramiento ambulatorio general sin drogas

En diversas investigaciones y estudios nacionales de evaluación de resultados llevados a cabo en los Estados Unidos se han evaluado los servicios de asesoramiento general de tipo ambulatorio sin drogas. De los resultados se desprende que el asesoramiento orientado a alcanzar la abstinencia da lugar a la reducción del consumo de drogas y de la participación en actos delictivos, además de mejoras en la salud y el bienestar [103]. En uno de esos estudios, la proporción de pacientes que consumía cocaína una vez por semana o con más frecuencia se redujo del 41% al 18% al año de seguimiento, mientras que el consumo semanal o más frecuente de cannabis se redujo del 25% al 9% y el de heroína del 6% al 3% [25]. En un estudio sobre el asesoramiento acerca de la dependencia de la cocaína, el grupo de Alterman comparó un programa estructurado de atención diurna de alrededor de 30 horas de asesoramiento por semana con un programa intensivo de hospitalización de cuatro semanas de duración [41]. Se apreciaron mejoras sustanciales en los pacientes de ambos entornos de tratamiento a los siete y a los 12 meses de seguimiento [54]. En otra evaluación se demostró que, a medida que aumentaba la frecuencia con que se asistía a las sesiones de asesoramiento individual y en grupo en los tratamientos ambulatorios, disminuía el riesgo de recaída en un período de seis meses de seguimiento [102].

Psicoterapias cognitivas específicas

En un grupo de estudios también se ha examinado la eficacia relativa del asesoramiento general o de formas específicas de psicoterapia. En un estudio se seleccionó un grupo de pacientes al azar para que recibieran asesoramiento no específico estándar o asesoramiento junto con psicoterapia expresiva de apoyo o psicoterapia cognitiva conductual durante seis meses [104]. Los resultados pusieron de manifiesto que los pacientes que recibían psicoterapia habían reducido el consumo de drogas ilícitas y su participación en actos delictivos y habían mejorado la salud en mayor medida que los que recibían asesoramiento estándar. En otro estudio, Crits-Christoph y sus colegas asignaron al azar a pacientes dependientes de la cocaína a sesiones de asesoramiento en grupo de 12 pasos a lo largo de seis meses o, además, a una de las tres formas siguientes de asesoramiento individual complementario: asesoramiento de 12 pasos, psicoterapia cognitiva o psicoterapia expresiva de apoyo [105]. Los resultados revelaron que los pacientes que habían recibido asesoramiento de 12 pasos en grupo e

individual habían reducido más el consumo de cocaína. Los pacientes que recibieron psicoterapias cognitivas complementarias obtuvieron resultados equivalentes a los de los pacientes que recibieron solamente asesoramiento en grupo.

William Miller y sus colegas han elaborado un tipo de plan terapéutico breve, denominado "entrevista motivacional", que tiene por objeto facilitar la motivación interna del paciente para modificar su comportamiento [106]. Este tipo de terapia se ha aplicado en el tratamiento de consumidores de heroína. En Australia, Saunders y sus colegas informaron sobre los resultados de una sesión motivacional de una hora de duración, en la que se utilizaba un modelo de ensayo controlado con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona [107]. A los seis meses de seguimiento se constató que los pacientes que habían cumplido el plan motivacional consumían menos drogas ilícitas, permanecían más tiempo en tratamiento y recaían menos rápidamente en el consumo de heroína que los pacientes del grupo de control. También se han adaptado técnicas de asesoramiento motivacional breves al tratamiento de los trastornos motivados por el consumo de cannabis y se han registrado resultados positivos en dos ensayos realizados en los Estados Unidos [108 y 109] y también en la labor de un equipo de investigación de Australia [110 y 111].

Enfoques cognitivos conductuales

De todos los enfoques de asesoramiento psicosocial, el que se ha evaluado con más frecuencia ha sido el de la terapia cognitiva conductual, orientada a la prevención de recaídas. Mucho se ha investigado para evaluar la eficacia de las terapias cognitivas conductuales con pacientes alcohólicos, especialmente con respecto a la capacitación en materia de aptitudes sociales y de comunicación, el control del estrés y del estado de ánimo y la reafirmación de la personalidad [112 a 115]. En un grupo más pequeño de estudios se han analizado las repercusiones de este tratamiento en el abuso de otras drogas y se han obtenido resultados favorables [116 y 117]. En los Estados Unidos, varios protocolos de terapias cognitivas –concretamente, la terapia de reforzamiento de contingencias– que incorporan elementos conductuales también han arrojado resultados alentadores con consumidores de cocaína en estado de abstinencia [118]. Por ejemplo, en dos estudios relativos a 90 consumidores de cocaína en situación sumamente precaria (el 88% de los cuales estaba consumiendo cocaína crack), Kirby y sus colegas investigaron los efectos que surtía en un tratamiento integral el hecho de recompensar económicamente con cupones los resultados negativos de los análisis de orina [119]. El tratamiento integral se administró durante tres

meses y comprendió 26 sesiones de terapia cognitiva conductual y 10 sesiones de una hora de duración sobre solución de problemas interpersonales. En el primer estudio se entregaron cupones semanalmente, al principio en escaso número, pero después cada vez más, a medida que aumentaba el número de resultados negativos consecutivos, aunque se dejaban de dar al obtener resultados positivos. En este estudio se llegó a la conclusión de que la utilización de cupones no daba ningún resultado. En el segundo estudio participaron 23 personas. La mitad del grupo recibió cupones semanalmente, mientras que la otra mitad recibió cupones inmediatamente después de realizar un análisis de orina sin rastros de cocaína. Hubo un aumento considerable de los niveles de abstinencia de aquellos que recibían los cupones inmediatamente, en comparación con los que los recibían semanalmente. Aproximadamente, la mitad de los participantes que recibían los cupones inmediatamente terminó el tratamiento y dio muestras de una abstinencia continua un mes después del tratamiento, mientras que ninguno de los participantes que recibieron cupones semanalmente logró un estado de abstinencia continua durante un mes. En otro estudio se examinaron los efectos de añadir un breve período de adiestramiento para reconocer y resistirse al ansia de consumir drogas o un control con "placebo de atención" a un tratamiento integral que comprendía sesiones de 12 pasos y principios de aprendizaje social [120]. Los dos enfoques se aplicaron en forma individual en ocho sesiones de una hora de duración, con tres a cinco sesiones por semana según la duración de la terapia. Se consideró que 108 pacientes de una muestra original de 128 habían recibido por lo menos un 50% del tratamiento y se realizó un seguimiento al 73% de ellos. No hubo diferencia alguna en las repercusiones de estas intervenciones adicionales en lo que respecta a la abstinencia total durante el período de seguimiento de tres meses. Sin embargo, se produjo una reducción significativa del número de días de consumo, así como de la duración de los períodos de consumo continuo e intenso, en el grupo que recibió adiestramiento para resistirse al consumo, en comparación con el grupo de control. En general, los autores llegaron a la conclusión de que con el plan de adiestramiento las recaídas eran más breves y menos graves.

Las evaluaciones de los ensayos también han dado prueba de la eficacia de las terapias cognitivas conductuales estructuradas con los consumidores de cocaína, en comparación con los grupos de control que no están sometidos a tratamiento [121]. Sin embargo, una prueba más útil de las terapias cognitivas conductuales entraña la comparación con otros tratamientos existentes. En este caso las pruebas son más dispares. En un estudio se

asignó al azar a 42 cocainómanos a un programa de 12 semanas de duración de terapia cognitiva conductual individual o de psicoterapia interpersonal [18]. Los resultados revelaron que los pacientes sometidos a una terapia cognitiva conductual tenían más posibilidades de terminar el tratamiento (67% frente a 38%), de alcanzar la abstinencia continua durante tres semanas como mínimo (57% frente a 33%) y de abstenerse continuamente durante cuatro semanas, como mínimo, después de dejar el tratamiento (43% frente a 19%). Los beneficios más evidentes del tratamiento se observaron en un grupo de dependientes de la cocaína graves en el que se constató que tenían más posibilidades de alcanzar la abstinencia si se les asignaba a una terapia cognitiva conductual. Maude-Griffin y sus colegas asignaron al azar a fumadores de cocaína crack a una terapia cognitiva conductual o a un programa de asesoramiento en 12 pasos y a la participación en Cocainómanos Anónimos [122]. Los participantes asistieron a tres sesiones semanales de terapia en grupo y a una sesión individual semanal durante 12 semanas. La asistencia al tratamiento fue escasa, pues sólo 17 participantes (el 13%) asistieron, como mínimo, al 75% de las sesiones en grupo e individuales. En general, el 44% de los pacientes asignados a la terapia cognitiva conductual y el 32% de los pacientes asignados a la terapia de 12 pasos lograron abstenerse de consumir cocaína durante cuatro semanas consecutivas. Otro estudio reveló que los pacientes dependientes de la cocaína que seguían consumiendo cocaína durante un programa de tratamiento ambulatorio intensivo de cuatro semanas de duración obtenían resultados mucho mejores en cuanto a la reducción del consumo de cocaína si recibían un postratamiento combinado de terapia en grupo y un protocolo estructurado de prevención de recaídas aplicado en sesiones individuales, que si recibían un postratamiento que consistiera solamente en una terapia de grupo [123].

Refuerzo comunitario y acuerdos sobre contingencias

A finales del decenio de 1970, Azrin y sus colegas elaboraron y obtuvieron resultados favorables con el enfoque de refuerzo comunitario como tratamiento del alcoholismo [124]. Utilizando ese modelo, Higgins y sus colegas examinaron múltiples variantes de ese enfoque con pacientes dependientes de la cocaína [118,125 y 126]. En esos estudios, se asignó al azar a pacientes cocainómanos que deseaban someterse a un tratamiento ambulatorio a que recibieran asesoramiento estándar sobre estupefacientes y fueran a Cocainómanos Anónimos, o bien un tratamiento conductual de múltiples componentes que comprendía asesoramiento basado en contingencias, incentivos de base comunitaria y terapia familiar

y que era comparable con el modelo de refuerzo comunitario. Con éste, un mayor número de pacientes continuaba el tratamiento, lograba la abstinencia y la mantenía durante períodos más largos y mejoraba mucho más la función personal que con el enfoque de asesoramiento estándar. Después de estas conclusiones generales, este grupo de investigadores "desmontó" sistemáticamente el modelo de fortalecimiento comunitario y examinó cada uno de los componentes de la terapia familiar (los incentivos y el asesoramiento basado en contingencias) comparando los resultados de los grupos que recibían cantidades análogas de todos los componentes, excepto el elegido como objetivo [118, 125, 127]. En cada caso, los exámenes sistemáticos y controlados indicaron que el componente individual elegido como objetivo contribuía considerablemente a los resultados observados, con lo que se demostraba el valor que aportaba al esfuerzo de rehabilitación.

Influencia del consejero y del terapeuta

En varios estudios se ha examinado el establecimiento y la influencia de unas relaciones de trabajo terapéuticas positivas entre el terapeuta o consejero y el paciente [29,128 y129]. El interés en el tratamiento (medido por la relación entre el consejero y el paciente y por el índice de adhesión del paciente al tratamiento y de convicción acerca de su eficacia), junto con atributos propios de las sesiones de asesoramiento (el número de sesiones a las que se asiste y el número de temas de salud y de otra índole que se examina) tienen un efecto positivo directo en la retención del paciente en el tratamiento [29]. Estas conclusiones se sustentan en otra serie de estudios valiosos que indican que los consejeros que poseen sólidas aptitudes interpersonales, que son organizados en su trabajo, que ven a los pacientes con más frecuencia y los remiten a los servicios auxiliares cuando es necesario y que suelen establecer una "alianza terapéutica" y práctica con el paciente obtienen mejores resultados [99,130]. Cabe destacar que no todos los consejeros son igualmente eficaces con sus pacientes [131]. Se encuentran diferencias de resultados entre los psicoterapeutas profesionales que han llegado a un nivel de doctorado, así como entre los consejeros paraprofesionales. Por ejemplo, Luborsky y sus colegas encontraron diferencias de resultados en diversas esferas entre nueve terapeutas profesionales que administraban psicoterapia auxiliar a pacientes tratados con metadona [132]. McLellan y el mismo grupo observaron que los pacientes asignados a cada uno de los cinco consejeros que asesoraban en un tratamiento de mantenimiento con metadona obtenían resultados significativamente diferentes al cabo de seis meses [133]. Más concretamente, los pacientes transferidos a un consejero lograban reducir considerable-

mente el consumo de drogas ilícitas, el desempleo y las detenciones, a la vez que reducían su dosis media de metadona. En cambio, los pacientes transferidos a otro consejero registraron un aumento del índice de desempleo y del abuso de drogas ilícitas y al mismo tiempo necesitaron mayores dosis de metadona.

Participación en grupos de autoayuda

Narcóticos Anónimos (y Cocainómanos Anónimos) son redes de apoyo compuestas por personas que se encuentran en situaciones análogas y que se reúnen con el fin de apoyar sus esfuerzos respectivos por mantener una actitud sobria y llegar a tener una vida productiva y plena. Si bien siempre ha existido un acuerdo consensual con respecto al valor que revisten las formas de tratamiento con el apoyo de personas afines, no se han evaluado ampliamente las consecuencias de asistir a esas reuniones. McKay y sus colegas llegaron a la conclusión de que se podían pronosticar mejores resultados si los dependientes de la cocaína o el alcohol sometidos a un programa de rehabilitación de atención diurna participaban en grupos de autoayuda después del tratamiento [123].

"Combinación" de los pacientes con los tratamientos

En un número considerable de estudios de investigación se ha tratado de "combinar" determinadas "categorías" de pacientes con determinados tipos, modalidades o entornos de tratamiento. El criterio de la "combinación" de paciente y tratamiento que más atención ha recibido por parte de los investigadores de los tratamientos del abuso de sustancias es aquél en que se trata de determinar las características de cada paciente que permiten predecir mejores respuestas a distintas formas de tratamiento de la adicción, como la terapia cognitiva conductual frente a la terapia en 12 pasos, o el tratamiento con o sin internación [115]. En general, la mayoría de estos estudios sobre la combinación de "pacientes y tratamientos" no han arrojado resultados sólidos o generalizables [134]. Otro planteamiento de la combinación de pacientes y tratamientos ha consistido en evaluar la índole y gravedad de los problemas del paciente al iniciar el tratamiento y determinar después los servicios concretos necesarios para atender a los problemas particulares que se presentaban al realizar la evaluación inicial. Esto se ha denominado combinar "el problema con el servicio" [135]. Este enfoque puede tener una aplicación más práctica, puesto que está en consonancia con la filosofía de un "tratamiento para cada caso particular" propugnada por la mayoría de los profesionales. En este sentido, McLellan y

sus colegas trataron de aplicar esta combinación de los problemas con los servicios a dos programas privados de tratamiento con internación y dos sin internación [135]. Se evaluaron los pacientes del estudio al comienzo del tratamiento y se les adjudicó un plan que era aceptable tanto para el paciente como para el que lo había remitido al programa. Además, al comienzo del tratamiento los pacientes fueron asignados al azar a servicios estándar o a servicios "combinados". En el servicio estándar, el programa recibió la información de la evaluación inicial y se dio instrucciones al personal para que tratara al paciente "como de costumbre, como si no se estuviera realizando un estudio de evaluación". Se dieron instrucciones al personal de los programas para que no privaran de ningún tipo de servicio a los pacientes del plan estándar. Los pacientes que fueron asignados al azar a los servicios combinados, también fueron sometidos a uno de los cuatro programas de tratamiento y se remitió información al programa sobre la evaluación inicial. Se convino en que en cada programa se llevarían a cabo por lo menos tres sesiones individuales relativas al empleo, las relaciones familiares y sociales o la salud psiquiátrica, a cargo de personal capacitado profesionalmente, para mejorar las funciones en esas esferas cuando un paciente diera muestras de un grado significativo de deficiencia en una o más de ellas al comienzo del tratamiento. En realidad, los pacientes asignados al tratamiento combinado recibieron mucha más atención psiquiátrica y en materia laboral que los pacientes sometidos a un tratamiento estándar, aunque más o menos los mismos servicios familiares y sociales y otros servicios relacionados con el alcoholismo y la toxicomanía. Los pacientes que se asignaron al tratamiento combinado tuvieron más posibilidades de completar el tratamiento (el 93% frente al 81%), y mejoraron más en lo que respecta al empleo y el funcionamiento psiquiátrico que los pacientes sometidos a un tratamiento estándar. Por otra parte, no necesitaron tanta atención por problemas relacionados con el abuso de sustancias después del alta, durante el período de seis meses de seguimiento. De estas conclusiones se infiere que el hecho de combinar los servicios de tratamiento

con los problemas conexos puede mejorar los resultados en esferas fundamentales y también puede ser eficaz en función de los costos al reducir el número de casos de recaída que requieren un tratamiento ulterior.

Los toxicómanos con problemas de morbilidad psiquiátrica concomitante pueden ser candidatos especialmente indicados para la combinación de "los problemas con los servicios", en particular en lo que respecta a añadir servicios psiquiátricos especializados en el caso de los pacientes más gravemente afectados por problemas de esa índole. En comparación con los programas menos estructurados, los programas de prevención de recaídas muy estructurados también pueden ser más eficaces para reducir el consumo en los cocainómanos con morbilidad concomitante vinculada a trastornos depresivos [136]. Woody y sus colegas evaluaron el valor de la psicoterapia individual cuando se añadía a servicios de asesoramiento paraprofesional durante un tratamiento de mantenimiento con metadona [104]. Los pacientes fueron asignados al azar a programas estándar de asesoramiento sobre drogas solamente, o bien a programas de asesoramiento sobre drogas junto con una forma de terapia profesional (psicoterapia expresiva de apoyo o terapia cognitiva conductual) a lo largo de un período de seis meses. Los resultados revelaron que los pacientes que recibían psicoterapia consumían menos drogas, mejoraban más la salud y la función personal y cometían menos delitos que los asignados solamente a un programa de asesoramiento. La clasificación de los pacientes según el nivel de los síntomas psiquiátricos que presentaban al comienzo del tratamiento reveló que los principales beneficios de la psicoterapia se apreciaban en los pacientes que presentaban síntomas psiquiátricos más graves. Más concretamente, los pacientes que presentaban síntomas leves lograban considerables beneficios solamente con el asesoramiento y no existían diferencias entre los tipos de tratamiento. Sin embargo, los pacientes con problemas psiquiátricos más graves obtenían pocos beneficios con el asesoramiento solo, pero mejoraban mucho cuando se añadía la psicoterapia profesional.

4. Conclusiones

En el presente examen se ha analizado brevemente la bibliografía de investigación relativa al tratamiento del abuso de sustancias y se han determinado las variables relativas a los pacientes y a los tratamientos que influyen en los resultados obtenidos. Existen sólidas bases científicas que demuestran la eficacia de la etapa de desintoxicación y estabilización y de la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas. No se puede hacer un resumen

simplista de todo este caudal de información. No obstante, existen pruebas convincentes de que los programas de tratamiento pueden alcanzar sus metas y objetivos y redundar considerablemente en beneficio de los pacientes, sus familias, y la comunidad y la sociedad en su conjunto. Existen diferencias en los resultados obtenidos con distintos tipos de enfoques y entornos de tratamiento, medicaciones y grupos de pacientes.

Notas

1. A. Margolin y T.R. Kosten, Opioid detoxification and maintenance with blocking agents, en *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*, N.S. Miller, comp. (Nueva York, Mareel Decker, 1991).
2. D. Gerstein y H. Harwood, comp., *Treating Drug Problems*, vol. I (Washington, D.C., Publicaciones de la Academia Nacional, 1990).
3. R.P. Mattick y W. Hall, Are detoxification programmes effective?, *Lancet*, núm. 347, 1996, págs. 97 a 100.
4. L.R. Gowing, R.L. Ali y J.M. White, The management of opioid withdrawal, *Drug and Alcohol Review*, núm. 19, 2000, págs. 309 a 318.
5. L.J. Cheskin, P.J. Fudala y R.E. Johnson, A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 36, 1994, págs. 115 a 121.
6. C.E. Riordan y H.D. Kleber, Rapid opiate detoxification with clonidine and naltrexone, *Lancet*, núm. 5, 1980, págs. 1079 y 1080.
7. H.D. Kleber, Ultra-rapid opiate detoxification, *Addiction*, núm. 92, 1998, págs. 1929 a 1933.
8. A. Seoane y otros, Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addicts previously treated without success *British Journal of Psychiatry*, núm. 171, 1997, págs. 340 a 345.
9. J. Bearn, M. Gossop y J. Strang, Rapid opiate detoxification treatments, *Drug and Alcohol Review*, núm. 18, 1999, págs. 75 a 81.
10. J.R. Bell y otros, A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence, *British Medical Journal*, núm. 171, 1999, págs. 26 a 30.
11. P.G. O'Connor y T.R. Kosten, Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques, *Journal of the American Medical Association*, 1998, núm. 279, págs. 229 a 234.
12. M.F. Fleming y K.L. Barry, comp., *Addictive Disorders* (St. Louis, Mosby Yearbook Primary Care Series, 1992).
13. W. W. Weddington, Cocaine abstinence: withdrawal or residua of chronic intoxication?, *American Journal of Psychiatry*, núm. 149, 1992, págs. 1761 y 1762.
14. D.S. Lipton y M.J. Maranda, Detoxification from heroin dependency: an overview of method and effectiveness, *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, núm. 2, 1983, págs. 31 a 55.
15. M. Gossop, A. Johns y L. Green, Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment, *British Medical Journal*, núm. 293, 1986, págs.103 y 104.
16. A. Alterman y otros, Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 40, 1996, págs. 227 a 233.
17. S.Y. Kang y otros, Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy, *American Journal of Psychiatry*, núm. 148, 1991, págs. 630 a 635.
18. K.M. Carroll, B.J. Rounsaville y F.H. Gawin, A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, núm. 17, 1991, págs. 229 a 247.
19. S. Unnithan, M. Gossop y J. Strang, Factors associated with relapse among opiate addicts in an out-patient detoxification programme, *British Journal of Psychiatry*, núm. 309, 1992, págs. 103 y 104.
20. A.G. Lerner y otros, Home-based inpatient treatment vs. outpatient day clinic treatment: a preliminary report in opiate-dependent patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, núm. 11 (1995), pág. 715.
21. G. DeLeon y N. Jainchill, Male and female drug abusers: social and psychological status two years after treatment in a therapeutic community, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, núm. 8, 1982, págs. 465 a 497.
22. C.H. Cooke, The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method, or myth? Part II: Evidence and conclusions, *British Journal of Addiction*, núm. 86, 1988, págs. 735 a 748.
23. G. Bennett y K. Rigby, Psychological change during residence in a rehabilitation centre for female drug misusers: Part I. Drug misusers, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 27, 1990, págs. 149 a 157.
24. M. Gossop y otros, The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes, *Psychology of Addictive Behaviours*, núm. 11, 1997, págs. 324 a 337.
25. R.L. Hubbard y otros, Overview of 1-year outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS), *Psychology of Addictive Behaviours*, núm. 11, 1997, págs. 261 a 278.
26. G. DeLeon, H.K. Wexler y N. Janchill, The therapeutic community: success and improvement rates five years after treatment, *International Journal of Addiction*, núm. 17, 1982, págs. 703 a 747.
27. G. DeLeon y otros, Therapeutic community dropouts: criminal behaviour five years after treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, núm. 6, 1979, págs. 253 a 271.

28. J.L. Rounds-Bryant, P.L. Kristiansen y R.L. Hubbard, Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pretreatment behaviours in three treatment modalities, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 25, núm. 4 (1999), págs. 573 a 591.
29. George W. Joe, D.D. Simpson y Kirk M. Broome, Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 57, núm. 2 (1999), págs. 113 a 125.
30. D.D. Simpson y otros, A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence, *Archives of General Psychiatry*, núm. 56, 1999, págs. 507 a 514.
31. D.A. Regier y otros, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study, *Journal of the American Medical Association*, núm. 264, 1990, págs. 2511 a 2518.
32. R.C. Kessler y otros, Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry*, núm. 51, 1994, págs. 8 a 19.
33. M. Farrell y otros, Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey, *Addictive Behaviours*, núm. 23, 1998, págs. 909 a 918.
34. P.R. Menezes y otros, Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London, *British Journal of Psychiatry*, núm. 168, 1996, págs. 612 a 619.
35. K.M. Broome, P.M. Flynn y D.D. Simpson, Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs, *Health Services Research*, vol. 34, núm. 3 (1999), págs. 791 a 806.
36. A.T. McLellan y otros, Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity, *Archives of General Psychiatry*, núm. 40, 1983, págs. 620 a 625.
37. A.T. McLellan y C. Wisner, Achieving the public health potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment "matching" and outcome evaluation, *Drug Policy and Human Nature*, W. Bickel y R. DeGrandpre, comp. Filadelfia, Pensilvania, Wilkins y Wilkins, 1996.
38. M. Gossop y otros, Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 62, 2001, págs. 255 a 264.
39. G. DeLeon, *The Therapeutic Community: Study of Effectiveness Treatment*, Monografía de investigación 84-1286 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1984).
40. K.M. Carroll y otros, One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: psychopathology and dependence severity as predictors of outcome, *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 181, 1993, págs. 71 a 79.
41. A.I. Alterman y otros, Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation, *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 182, 1994, págs. 157 a 163.
42. D.D. Simpson, G.W. Joe y B.S. Brown, Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS), *Psychology of Addictive Behaviour*, núm. 11, 1997, págs. 239 a 260.
43. J.A. Inciardi, Some considerations on the clinical efficacy of compulsory treatment: reviewing the New York experience, *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, C.G. Leukefeld y F.M. Tims, comp., Monografía de investigación 86 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1988).
44. P. Roman, Growth and transformation in workplace alcoholism programming, en *Recent Developments in Alcoholism*, M. Galanter, comp., vol. 11 (Nueva York, Plenum, 1988), págs. 131 a 158.
45. M.L. Dennis, G.T. Karuntzos y J.V. Rachal, Reaching community resources through case management to meet the needs of methadone clients, en *Progress and Issues in Case Management*, R. Asbury, comp., Monografía de investigación 127 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1992).
46. R.L. Hubbard y otros, *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness* (Chapel Hill, Carolina del Norte, Publicaciones de la Universidad de Carolina del Norte, 1989).
47. J.J. Platt, Vocational rehabilitation of drug abusers, *Psychological Bulletin*, núm. 117, 1995, págs. 416 a 435.
48. M.T. French y otros, Training and employment programs in methadone treatment: client needs and desires, *Journal of Substance Abuse Treatment*, núm. 9, 1992, págs. 293 a 303.
49. D.D. Simpson, G.W. Joe y W.E.K. Lehman, Addiction careers: summary of studies based on the DARP 12-year follow-up, NIDA Treatment Research Report, DHHS publication núm. AMD 86-1420 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1986).
50. A.T. McLellan y otros, Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: role of treatment services, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, núm. 6 (1994), págs. 1141 a 1158.
51. A.T. McLellan y otros, An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index, *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 168, 1980, págs. 26 a 33.
52. R. Longabaugh y otros, Matching treatment focus to patient social investment and support: 18-month follow-up results, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 63, 1995, págs. 296 a 307.
53. J.W. Finney y R.H. Moos, Environmental assessment and evaluation research: examples from mental health and substance abuse programs, *Evaluation and Program Planning*, núm. 7, 1984, págs. 151 a 167.

54. J.R. McKay y otros, Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program, *American Journal of Psychiatry*, núm. 151, 1994, págs. 254 a 259.
55. J.W. Finney, A.C. Hahn y R.H. Moos, The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects, *Addiction*, núm. 91, 1996, págs. 1773 a 1796.
56. J.C. Ball y A. Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment* (Nueva York, Springer, 1991).
57. Christine E. Grella y otros, Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 57, núm. 2 (1999), págs. 151 a 166.
58. M. Gossop y otros, Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 57, 1999, págs. 89 a 98.
59. J.W. Toumbourou, M. Hamilton y B. Fallon, Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment, *Addiction*, vol. 93, núm. 7 (1998), págs. 1051 a 1064.
60. C.P. O'Brien, A range of research-based pharmacotherapies for addiction, *Science*, núm. 278, 1997, págs. 66 a 70.
61. L.A. Marsch, The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis, *Addiction*, núm. 93, 1998, págs. 515 a 532.
62. M. Gossop y otros, Patterns of improvement after methadone treatment: one year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS), *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 60, 2000, págs. 275 a 286.
63. W. Ling y otros, Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts, *Archives of General Psychiatry*, núm. 33, 1976, págs. 709 a 720.
64. E.C. Strain y otros, Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence, *Annals of Internal Medicine*, núm. 119, 1993, págs. 23 a 27.
65. E.C. Strain y otros, Methadone dose and treatment outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 33, 1993, págs. 105 a 117.
66. R.S. Schottenfeld y otros, Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse, *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, núm. 8 (1997), págs. 713 a 720.
67. E.C. Strain y otros, Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial, *Journal of the American Medical Association*, vol. 281, núm. 11 (1999), págs. 1000 a 1005.
68. M.J. Kreek, Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: history, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine, *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 909, 2000, págs. 186 a 216.
69. R.R. Freedman y G.A. Czertko, A comparison of thrice weekly LAAM and daily methadone in employed heroin addicts, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 8, 1981, págs. 215 a 222.
70. R.A. Rawson y otros, A 3-year progress report on the implementation of LAAM in the United States, *Addiction*, vol. 93, núm. 4 (1998), págs. 533 a 540.
71. M. Glanz y otros, Methadone vs L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction, *American Journal on Addictions*, vol. 6, núm. 4 (1997), págs. 339 a 349.
72. N. Clark y otros, LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence (Revisión Cochrane), *The Cochrane Library*, núm. 3, 2002. (Oxford, Update Software).
73. D.R. Jasinski, J.S. Pevnick y J.D. Griffith, Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine, *Archives of General Psychiatry*, núm. 35, 1978, págs. 501 a 516.
74. R.E. Johnson y otros, Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, núm. 46, 1989, págs. 335 a 343.
75. W.K. Bickel y L. Amass, Buprenorphine treatment of opioid dependence: a review, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, núm. 3, págs. 477 a 489.
76. R.E. Johnson y otros, A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 40, 1995, págs. 17 a 25.
77. J.P. Moatti, M. Souville y N. Escaffre, French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine, *Addiction*, núm. 93, 1998, págs. 1567 a 1575.
78. G. Fischer, W. Gombas y H. Eder, Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence, *Addiction*, núm. 94, 1999, págs. 1337 a 1347.
79. C. Uehlinger y otros, Comparison of buprenorphine and methadone in treatment of opioid dependence: Swiss multicenter study, *European Addiction Research*, vol. 4, Supl.1, 1998, págs. 13 a 18.
80. J. Ward, W. Hall y R. Mattick, Role of maintenance treatment in opioid dependence, *Lancet*, núm. 353, 1999, págs. 221 a 226.
81. W. Ling y otros, Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial, *Addiction*, vol. 93, núm. 4 (1998), págs. 475 a 486.
82. P.P. Pani y otros, Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 60, 2000, págs. 39 a 50.

83. P.J. Fudala, J.H. Jaffe y E.M. Dax, Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction II: physiologic and behavioral effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal, *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, núm. 47, 1990, págs. 525 a 534.
84. N.M. Petry, W.K. Bickel y G.J. Badger, A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence, *Clinical and Pharmacological Therapeutics*, núm. 66, 1999, págs. 306 a 314.
85. Comité de Evaluación Clínica de Antagonistas de Estupefacientes del Consejo Nacional de Investigaciones, Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals, *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, núm. 3(1978), págs. 335 a 340.
86. T.K. Tucker y A.J. Ritter, Naltrexone in the treatment of heroin dependence: a literature review, *Drug and Alcohol Review*, vol. 19, núm. 1, (2000), págs. 73 a 82.
87. E. Osborn, C. Grey, y M. Reznikoff, Psychosocial adjustment, modality choice, and outcome in naltrexone versus methadone treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 12, núm. 4, (1986), págs. 383 a 388.
88. D. D'Ippoliti y otros, Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 52, 1998, págs. 167 a 171.
89. L.S. Brahen y otros, Naltrexone treatment in a jail work-release program, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, núm. 9 (1984), págs. 49 a 52.
90. A.M. Washton, A.C. Pottash y M.S. Gold, Naltrexone in addicted business executives and physicians, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol.45, núm. 9(1984), págs. 39 a 41.
91. U. Kirchmayer, M. Davoli y A. Verster, Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence, *The Cochrane Library*, núm. 3, 2002 (Oxford, Update Software).
92. C.P. O'Brien, Recent developments in the pharmacotherapy of substance abuse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 64, 1996, págs. 677 a 686.
93. Instituto de Medicina, Development of Medications for the Treatment of Opiate and Cocaine Addictions: Issues for the Government and Private Sector, C.E. Fulco, C.T. Liverman y L.E. Earley, comp. (Washington, D.C., Publicaciones de la Academia Nacional, 1995).
94. B.S. Fox, Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction, *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 48, 1997, págs. 153 a 158.
95. J.A. Giannini, P. Baumgartel y L.R. DiMarzio, Bromocriptine therapy in cocaine withdrawal, *Journal of Clinical Pharmacology*, núm. 27, 1987, págs. 267 a 270.
96. B.G.O. Soares y otros, Dopamine agonists for cocaine dependence (Revisión Cochrane), *The Cochrane Library*, núm. 3, 2002 (Oxford, Update Software).
97. M.S. Lima y otros, Antidepressants for cocaine dependence (Revisión Cochrane), *The Cochrane Library*, núm. 3, 2002 (Oxford, Update Software).
98. A.R. Lima y otros, Carbamazepine for cocaine dependence (Revisión Cochrane), *The Cochrane Library*, núm. 3, 2002, (Oxford, Update Software).
99. Y.L. Hser, Drug treatment counselor practices and effectiveness: an examination of the literature and relevant issues in a multilevel framework, *Evaluation Review*, núm. 19, 1995, págs. 389 a 408.
100. R. Fiorentine y D. Anglin, More is better: counselling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, núm. 13, 1996, págs. 241 a 248.
101. A.T. McLellan y otros, Psychosocial services in substance abuse treatment?: a dose-ranging study of psychosocial services, *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, núm. 15 (1993), págs. 1953 a 1959.
102. R. Fiorentine y M.D. Anglin, Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment?, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 23, núm. 3 (1997), págs. 369 a 382.
103. D.D. Simpson y S.B. Sells, comp., Opioid Addiction and Treatment: a 12-year Follow-up (Malabar, Florida, Keiger, 1990).
104. G.E. Woody y otros, Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, vol. 141, núm. 10 (1984), págs. 1171 a 1177.
105. P. Crits-Christoph y otros, Psychosocial treatments for cocaine dependence: results from the NIDA collaborative cocaine treatment study, *Archives of General Psychiatry*, núm. 56, 1999, págs. 493 a 502.
106. W. Miller y S. Rollnick, Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour (Nueva York, Guildford Press, 1991).
107. B. Saunders, C. Wilkinson y M. Phillips, The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme, *Addiction*, núm. 90, 1995, págs. 415 a 424.
108. R.S. Stephens, R.A. Roffman y E.E. Simpson, Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 62, 1994, págs. 92 a 99.
109. R.S. Stephens, R.A. Roffman y L. Curtin, Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 68, 2000, págs. 898 a 908.

110. J. Copeland y otros, A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 63, supl. 1, 2001, pág. 32.
111. J. Copeland y otros, A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder, *Journal of Substance Abuse Treatment*, núm. 21, 2001, págs. 55 a 64.
112. W.R. Miller, C.A. Taylor y J.C. West, Focused versus broad-spectrum behaviour therapy for problem drinkers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 48, 1980, págs. 590 a 601.
113. T.P.S. Oei y P.R. Jackson, Social skills and cognitive behavioural approaches to the treatment of problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 43, 1982, págs. 532 a 547.
114. P.M. Monti y otros, Communication skills training, communication training with family and cognitive behavioural mood management training for alcoholics, *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 51, 1990, págs. 263 a 270.
115. Grupo de Investigación del Proyecto MATCH, Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 58, 1997, págs. 7 a 29.
116. J.D. Hawkins, R.F. Catalano y E.A. Wells, Measuring effects of skills training intervention for drug abusers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, núm. 4 (1986), págs. 661 a 664.
117. J.J. Platt y D.S. Metzger, Cognitive interpersonal problem solving skills and the maintenance of treatment success in heroin addicts, *Psychology of Addictive Behaviors*, núm. 1, 1987, págs. 5 a 13.
118. S.T. Higgins y otros, Outpatient behavioural treatment for cocaine dependence, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, núm. 3, 1995, págs. 205 a 212.
119. K.C. Kirby y otros, Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, núm. 5 (1998), págs. 761 a 767.
120. P.M. Monti y otros, Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months, *Addiction*, vol. 92, núm. 12 (1997), págs. 1717 a 1728.
121. K.M. Carroll, Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, núm. 4, 1996, págs. 46 a 54.
122. P.M. Maude-Griffin y otros, Superior efficacy of cognitive-behavioural therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, núm. 5 (1998), págs. 832 a 837.
123. J.R. McKay y otros, Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 65, 1997, págs. 778 a 788.
124. N.H. Azrin y otros, Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, núm. 13, 1982, págs. 105 a 112.
125. S.T. Higgins y otros, Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence, *Archives of General Psychiatry*, núm. 51, 1994, págs. 568 a 576.
126. S.T. Higgins y otros, A behavioural approach to achieving initial cocaine abstinence, *American Journal of Psychiatry*, núm. 148, 1991, págs. 1218 a 1224.
127. S.T. Higgins y otros, Achieving cocaine abstinence with a behavioural approach, *American Journal of Psychiatry*, núm. 150, 1993, págs. 763 a 769.
128. M. Lovejoy y otros, Patients' perspectives on the process of change in substance abuse treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, núm. 12, 1995, págs. 269 a 282.
129. D.D. Simpson y otros, Client engagement and change during drug abuse treatment, *Journal of Substance Abuse*, núm. 7, 1995, págs. 117 a 134.
130. A.O. Horvath y B.D. Symonds, Relation between alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis, *Journal of Counselling Psychology*, núm. 38, 1991, págs. 139 a 149.
131. L.M. Najavits y R.D. Weiss, Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review, *Addiction*, vol. 89, núm. 6 (1994), págs. 679 a 688.
132. L. Luborsky y otros, Therapist success and its determinants, *Archives of General Psychiatry*, núm. 42, 1985, págs. 602 a 611.
133. A.T. McLellan y otros, Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation?, *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 176, 1988, págs. 423 a 430.
134. D. Gastfriend y A.T. McLellan, Treatment matching: theoretical basis and practical implications, en *Medical Clinics of North America*, J. Samet y M. Stein, comp. (Nueva York, W.B. Saunders, 1997).
135. A.T. McLellan y otros, Problem-service "matching" in addiction treatment: a prospective study in four programs, *Archives of General Psychiatry*, núm. 54, 1997, págs. 730 a 735.
136. K.M. Carroll, C. Nich y B.J. Rounsaville, Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, núm. 183, 1995, págs. 251 a 259.

http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html



Back to first page