

Obstáculos y recomendaciones para el tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos

Souza y Machorro Mario*

RESUMEN

Se revisan los principales obstáculos que limitan el acceso a los Programas de Tratamiento (PT), de trastornos por consumo de sustancias (TCS), en pacientes con abuso/dependencia a psicotrópicos, a partir de los datos producidos por la literatura contemporánea. Esta breve descripción ilustra un grupo de actividades institucionales inherentes a los servicios, planeación-acción y personal de salud (PS), desde el diagnóstico hasta a rehabilitación a largo plazo, que de tradicionalmente se han señalado como recomendación para el logro de la mejoría operativa de los PT, en aras de la construcción de una más eficaz herramienta profesional de trabajo basada en la relación médico-paciente. Se plantean recomendaciones en materia de modificaciones al esquema institucional y operativo del PS, que labora en estas unidades, centrándose en la obtención de una actitud positiva y respetuosa; muestra de confianza; minimización de la estructura de poder que permita una relación productiva durante y después del PT; que ayude a redefinir un nuevo Yo positivo, a efecto de modelar un estilo de vida saludable; espontaneidad, objetividad, proyectar confianza, mostrar sentido del humor, alentar sin confrontación y franqueza para desarrollar una relación cálida y de apoyo a los pacientes a su cuidado. Se señala la importancia de la prevención de recaídas y la participación de la familia en el manejo, para favorecer la adherencia terapéutica, y algunas pautas convenientes de modificación de los PT enfatizando los principios, valores y directrices del tratamiento.

Palabras clave: programas de tratamiento; acceso a tratamiento; adicciones, tratamiento, mejores prácticas.

Obstacles and recommendations for the treatment of abusers/addicted to psychotropic

ABSTRACT

We review the major obstacles that limit access to treatment programmes (TP), Substance Abuse Disorders (SAD), in patients with abuse/dependence on psychotropic substances, based on the data produced by contemporary literature. This brief description illustrates a group of institutional activities inherent to services, planning-action and personnel from diagnosis to a long-term rehabilitation, which traditionally have been identified as a recommendation for achieving the operational improvement of the health personnel (HP), for the sake of building a more effective tool for professional work based on the doctor-patient relationship. There are recommendations on amendments to the institutional framework and operational HP, working in these units, focusing on obtaining a positive and respectful; shows confidence; minimizing the power structure that allows a relationship productive during and after the TP, to help redefine a new positive Ego, in order to model a healthy lifestyle; spontaneity, objectivity, projecting confidence, sense of humor show, without confrontation and encourage openness to develop a warm relationship and support to patients in their care. It stresses the importance of preventing relapses and family participation in the management, to encourage therapeutic adherence, and some patterns suitable for the amendment of TP emphasizing the principles, values and treatment guidelines.

Key words: treatment programs, access to treatment, addictions, treatment, best practices.

INTRODUCCIÓN

La adicción es una enfermedad cerebral crónica que modifica la expresión de los genes y el funcionamiento de los circuitos cerebrales, afectando el autocontrol y comportamiento de la persona. Este fenómeno en la actualidad rebasa los esfuerzos institucionales del mundo a causa de su incommensurable oferta, correspondiente a una demanda igual o creciente de usuarios potenciales, derivado de la diversidad de sustancias ofrecidas a la venta; precios bajos y diseminados a lo largo y ancho del país; aparición de nuevos psicotrópicos, motivaciones, vías de administración y modalidades de consumo; falta de efectiva vigilancia para contrarrestar su distribución; facilidad

de alcanzar el acceso infantojuvenil a través de amplias redes dinámicas de distribución de narcotráfico, que entre muchos otros, representan diversificados obstáculos para su tratamiento.¹ A ello se adiciona una amplia desproporción de la oferta-demanda de servicios terapéuticos asistenciales; alta prevalencia de automedicación y su tolerancia social; proliferación de iniciativas, técnicas, enfoques sin aval científico y discrepancia entre sus actores; documentada iatrogenia en el manejo clínico y su rehabilitación a largo plazo; deficiente reinserción social; escasa e incoordinada investigación e ínfima publicación de resultados; omisión y deficiencias técnicas en el manejo de comorbilidad adictiva y psiquiátrica; deficiencia procedimental para la prevención y manejo de VIH-

* Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis, Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia Médica. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A. C.

positividad; insuficiencia de personal y pobre capacitación clínica; ignorancia u omisión de las recomendaciones clínico-legales que afectan las acciones rehabilitatorias; escasa producción de material educativo. Entre los factores que afectan la respuesta institucional antiadictiva se cuentan la equivocada forma de abordaje empleada para conceptualizar judicialmente el problema en las comunidades: castigo/sanción vs. tratamiento; amplia demora y/o deficiente participación (resistencia) a la consulta, con rechazo al tratamiento motivado por ignorancia y prejuicios; insuficiente despliegue de medidas informativo-educativas en la comunidad; escasa existencia de programas comunitarios, disponibilidad, diseño, cobertura, en especial respecto de sus alcances terapéutico-rehabilitatorios; pobre evaluación clínica temprana; poca disponibilidad comunitaria de programas educacionales a nivel escolar y laboral y dificultoso acceso a tratamiento ambulatorio o residencial en las localidades con alto consumo.² En consecuencia, las dificultades a vencer se orientan sobre la mitología popular prevaleciente que afecta la atención institucional y atentando su carácter científico; deficiente preparación técnica del personal; ignorancia y omisión de la herramienta técnica (Historias clínicas, cuestionarios, etc., destinadas al fomento de una visión teórico-práctica para la terapéutica); inapropiado uso de las clasificación internacional de Enfermedades, CIE-10, que impide la consolidación de la conceptualización nosográfica en la clínica y sus respectivos informes y restringe la comparación bioestadística del padecimiento y su comorbilidad; desconocimiento u omisión de la jerarquización e importancia del esfuerzo terapéutico, en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio según la historia natural de la enfermedad; ignorancia de la predisposición genética de los adictos e interpretación errónea que éstos y sus familiares hacen del trastorno; pobre o nula conciencia de enfermedad mental; omisión e incumplimiento de la normatividad en salud; rechazo al proceso adictivo como enfermedad y de la condición psiquiátrica y/o médica de su comorbilidad; impacto de la naturaleza del ámbito psicofamiliar infantil vivido por los pacientes; desconocimiento de los rasgos de personalidad en la génesis de los trastornos adictivos; limitada disponibilidad asistencial social para el tratamiento en las distintas comunidades e inexistencia de una adecuada operación de redes de apoyo.³ que satisfaga la necesidad social de alcanzar una más verídica y útil información sociofamiliar, respecto de cómo educar a los hijos para favorecer la prevención y en su caso, el manejo médico y psicosocial.⁴ Por tanto, las recomendaciones incluyen la necesidad de homogeneizar los programas de manejo acorde a la historia natural del padecimiento, incluyendo todas las modalidades terapéuticas disponibles en el país, reunidas en la NOM; integrar

un glosario lexicológico de términos de adicciones al programa de tratamiento integral de las mismas;⁵ jerarquizar en la NOM los distintos métodos terapéuticos antiadictivos para su adecuada ubicación en el manejo integral; incluir la visión de salud pública de las adicciones en la visión clínica individual de tratamiento en las instituciones dedicadas a ello en el país; promover la realización de evaluación cualitativa de las organizaciones e instituciones dedicadas a la terapéutica antiadictiva, acorde con las recomendaciones de la ONUUD e incluir metodologías complementarias de estudio e investigación adecuadas a la complejidad de la patología adictiva.⁶ El tratamiento para pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, TCS, en el contexto de la Estrategia Canadiense contra las Drogas, novedosa en su momento, continúa hoy como respuesta atinada a la gravedad del problema, en términos de un conjunto organizado de enfoques y estrategias que ayudan a los pacientes a reducir o eliminar el consumo dañino o problemático de alcohol u otros psicotrópicos, y que contribuye a un funcionamiento personal e interpersonal saludable.⁷ Para el tratamiento del abuso/dependencia de psicotrópicos es indispensable una red de servicios compleja y variable, con servicios de tratamiento y rehabilitación (desintoxicación, identificación e intervención precoces, valoración y remisión, asesoramiento básico y gestión de casos, intervención terapéutica, asistencia posterior al tratamiento y seguimiento clínico a largo plazo). Y aunque las modalidades de tratamiento por eficacia y costo tienden a ser ambulatorias, se utiliza en ciertos casos, el hospital parcial –diurno, nocturno, de fin de semana, etc.–, o el internamiento, incluida la atención residencial a corto y largo plazo,⁸ basadas en las “Mejores Prácticas” recomendadas por los expertos del área de tratamiento,⁹ que reúnen la experiencia, criterio y perspectiva de los autores en el tema y aportan un apoyo a las necesidades y enfoques eficaces diferenciados del tratamiento de hombres y mujeres con TCS. En tal sentido, cabe señalar que el tratamiento de los jóvenes se sigue considerando desde un ángulo unidimensional, pese que existen pruebas de que unos y otras, especialmente los adolescentes muestran diferentes necesidades y características de desarrollo. Además, existen diferencias dadas por el sexo aplicables al tratamiento de los adultos, dado que las mujeres responden mejor a un modelo relacional de manejo, aunque no hallan sido examinadas con detalle.¹⁰ Investigaciones ad hoc han observado que a pesar de que los patrones de consumo de drogas entre adolescentes de uno y otro sexo pueden ser similares, las mujeres se motivan e incentivan más por el apoyo y las relaciones interpersonales, que los varones. Las diferencias entre los grupos de edad documentadas, refieren diferencias en aspectos cognitivos u otras diferencias del desa-

rollo de los grupos de edad (11 a 14) y mayores (de 15 o más), que pueden influir en el tratamiento, pero aún es escasa la literatura sobre las implicaciones y diferencias de edad en el consumo de psicotrópicos juvenil y adulto.

DESCRIPCIÓN

Investigaciones recientes han descrito los obstáculos que afectan o limitan el acceso a tratamiento de los pacientes con TCS:

1. Los de tipo personal, relacionados con la percepción que los pacientes tienen de sí mismos, falta de conocimientos o problemas personales coexistentes.
2. Los relacionadas con la familia y las relaciones de grupo.
3. Los estructurales o relacionadas con los programas.⁷

Destacan entre ellos la negación/falta de autorreconocimiento del problema por los afectados, situación por demás común; los valores de grupo y la pertenencia al grupo que pretenden ver “normal” el consumo de drogas; asuntos personales que evitan o racionalizan el acceso (autoestima, problemas de salud mental y/o cognitivos primarios, propios o derivados del consumo); falta de conocimiento de la oferta institucional y opciones reales de tratamiento; abuso psicofísico por los familiares; problemas familiares derivados del consumo de alcohol y drogas; falta de apoyo o negativa a participar en sus asuntos por los familiares; separación y/o ruptura estructural/funcional de la familia; deficiente educación y prejuicios; falta de programas en la comunidad orientados a la asistencia infantojuvenil en materia de problemas de salud mental; largas listas de espera; falta de accesibilidad a los servicios y programas existentes; falta de PS calificado para dar asesoría a los adolescentes; precaria información a los posibles usuarios y carencia de modalidades de tratamiento residencial especializado. Asimismo, debe considerarse la incapacidad para identificar los problemas derivados del consumo, en razón de una imposibilidad para conceptualizar ciertos asuntos o bien para utilizar el pensamiento abstracto; temor a analizar cuestiones más profundas subyacentes a los TCS (abuso sexual o emocional), sentimientos de ser invencibles y de “saberlo todo”; tendencia a minimizar los problemas graves, entre muchos otros más.¹¹ Otra barrera personal descrita por los expertos y ampliamente documentada, es la falta de confianza y presencia de problemas de salud mental y personales (baja autoestima, depresión, discapacidades de aprendizaje y trastornos psiquiátricos o mentales comórbidos), que mitigan la definición de la necesidad del tratamiento o la capacidad para acceder a él. Se ha ob-

servado que los jóvenes que en algún momento sufrieron abuso físico, sexual o emocional, pueden como consecuencia inmediata o a largo plazo, insensibilizarse y carecer de motivación suficiente para acudir. Se sabe que muchos de estos jóvenes consumen alcohol y otras drogas, para hacer frente a sus situaciones personales, sintiendo que no tienen otras opciones. La población infantojuvenil de uno y otro sexo, a menudo no sabe qué programas existen, cómo están organizados y qué podría ofertarles, lo cual produce alejamiento del sistema asistencial, y con ello la posibilidad para detener a tiempo los TCS y sus consecuencias. Además, cuando esta falta general de conocimiento se asocia a una precaria información hacia posibles usuarios de los programas, el resultado es un contacto pobre y cuando ocurre puede tornarse deficiente si no marcha adecuadamente su planeación.¹¹ Por ejemplo, en torno a los obstáculos relacionados con la familia y las relaciones de grupo, destacan también varios tipos de obstáculos. Es posible que los propios padres de jóvenes consumidores tengan problemas de alcohol y drogas, que incidan en su capacidad para apoyar o facilitar el acceso a tratamiento de sus hijos. Los padres podrían no apoyar o bien no desear siquiera estar involucrados en el tratamiento, en su afán de negar la gravedad del consumo de drogas de su hijo y el propio. Afirman distintos autores que la ruptura familiar y el abuso de drogas en su seno, puede traducir en relaciones familiares disfuncionales, donde los padres carecen de capacidad para influir en la toma juvenil de decisiones.¹² Se ha identificado una cultura de grupo negativa –respecto de los valores y las relaciones de un grupo–, como fuerte obstáculo para los jóvenes a buscar tratamiento para su consumo inicial o TCS relacionados con el alcohol u otros psicotrópicos. Las actividades y valores de grupo podrían hacer pasar por “normal” el consumo de alcohol y drogas hasta el punto de dificultar el reconocimiento o la comprensión del impacto negativo del consumo de estas sustancias sobre la salud individual o familiar.¹³ De hecho, el propiciar una cultura juvenil, si bien tiene sus bemoles al dar rienda suelta a una variedad de creencias y comportamientos, ofrece a la par, una alternativa al control y la autoridad que ejercen los adultos, incluso en aquellas circunstancias lamentablemente frecuentes, en que los valores prevalecientes son negativos.¹⁴ Los obstáculos estructurales y los vinculados con los programas han sido relacionados con los programas que limitan el acceso de estos pacientes a tratamiento.¹⁵ Se identificó un grupo amplio de obstáculos vinculados con la aplicación de los programas, como la falta de programas específicamente orientados a las necesidades exclusivas de los grupos juveniles.¹⁶ Los programas existentes son con frecuencia inaccesibles, principalmente para las personas que viven en áreas geográficas o poblacio-

nes remotas,¹⁷ lo que unido a una falta de PS especializado en asesorar a la juventud, hace aún más grande la brecha de una adecuada atención al problema. Ello va de la mano de la precaria información a los usuarios en relación con el tratamiento de los TCS, dado que éstos no suelen saber qué tipo de tratamiento está disponible o qué les puede ofrecer.¹⁸ La ausencia específica de tratamiento residencial para los jóvenes que necesitan un entorno intensivo y altamente estructurado, se une a las listas de espera de los programas que dificultan un manejo oportuno y los altos costos (transporte y viáticos, etc.) que limitan el acceso.¹⁹ Según los expertos, las cuestiones relativas a la *disponibilidad* de los servicios y sus programas siguen siendo la principal dificultad al tratamiento de los TCS;²⁰ los obstáculos encontrados entre grupos específicos son los mismos que los que ocurren en otras poblaciones, a pesar de que el énfasis específico en las barreras varía según el grupo. Por ejemplo, los jóvenes en situación de calle y las personas marginadas experimentan todos los obstáculos identificados por las investigaciones, pero de forma más intensa.²¹ No es usual que este tipo de grupos acuda por sí misma a Programas de Tratamiento, PT, siendo poco probable que esté familiarizado con los puntos de acceso al proceso de remisión. Y como puede suponerse, las condiciones de vida altamente estresantes (pobreza, falta de vivienda adecuada, etc.) y el consumo de drogas comórbido de trastornos de salud mental, contribuyen también a que la autorreferencia sea igualmente problemática. Estos grupos presentan una gran desconfianza y hostilidad hacia lo institucional sin importara a qué se dediquen, soliendo carecer de un apoyo familiar que facilite el acceso al manejo.²² En el ámbito estructural y funcional de los PT se han identificado distintos factores que actúan como obstáculos para este grupo, limitando la accesibilidad inmediata a los servicios, incluso los urgentes como en la desintoxicación. Los requisitos de admisión a tratamiento podrían resultar difíciles de cumplir por las personas en situación de calle; la falta de servicios accesorios, como vivienda estable y segura, constituyen requisitos previos para la utilización eficaz del tratamiento.^{23,24} Entre las barreras llamadas estructurales y de funcionamiento más importantes relacionadas con los PT, se ha descrito la mala integración y coordinación de los sistemas de tratamiento para los TCS y demás trastornos de salud mental, comórbidos.^{25,26} Tal falta de integración guarda relación con las diferencias filosóficas de cada sistema, definición de los papeles a seguir y su enfoque.²⁷ Investigaciones ad hoc refieren que los pacientes describen la relación con las instituciones, preñada de malentendidos “culturales” basados en la equivocada interpretación de sus necesidades; desacuerdo entre el personal encargado del tratamiento de los trastornos de

salud mental y los TCS acerca de la prioridad de tratamiento; falta de personal con habilidades al efecto; falta de especialistas a los que pueda acceder el sistema de tratamiento de los TCS; incoordinación entre los servicios; contenido limitado de los PT para los TCS que responda a las necesidades de salud mental de los pacientes y viceversa; falta de gestión coordinada de casos y obre definición de los papeles, estructura y proceso a seguir.^{17,18} Se ha identificado también la incapacidad del sistema de tratamiento de los TCS para generar diagnósticos exhaustivos que ayuden al personal a administrar eficazmente el manejo; falta de PS formado para manejar tanto los TCS como otras asuntos relativos a la patología mental, e inexistencia de programas especializados con capacidad de tratar a pacientes con ambos tipos de problemas.^{20,21,23} Además, los abusadores/adictos endovenosos VIH-positivos muestran obstáculos personales importantes, aislamiento y marginación (emocional y física) respecto a los sistemas asistenciales;²⁴ alto nivel de desconfianza y hostilidad hacia las instituciones, que revela la existencia de problemas difíciles o negatividad a participar en su tratamiento.²⁵ Los obstáculos estructurales relacionados con los programas se centran en la falta de programas eficaces de mantenimiento con metadona destinados a pacientes venousuarios con TCS y la falta de servicios especializados que distingan las necesidades de estos pacientes y las de los VIH positivos. De hecho, los pacientes VIH positivos están aún más marginados, y tienen poco en común con los demás pacientes bajo tratamiento. Por tanto, es necesario que los programas cubran sus necesidades prácticas (agujas limpias) sin imponer “condiciones” al acceso o ayuda que se presta en la fase temprana del tratamiento.²² Los pacientes de minorías étnicas y culturales experimentan un conjunto de creencias que desalientan el reconocimiento, análisis y abordaje de los TCS. Algunos grupos de Ayuda Mutua podrían apoyar a los jóvenes a recibir ayuda de redes informales de apoyo, antes de que actúen los recursos externos basados en la comunidad.²⁶ En algunos casos un malentendido incluso, se hace obstáculo de acceso al tratamiento solo por ser reflejo de conflictos intergeneracionales. Asimismo, la falta de sensibilidad, de habilidades transculturales y de formación, pueden tornarse restrictivas en ciertas poblaciones; el idioma, por ejemplo, se considera un importante obstáculo que impide acceder a servicios y recursos. Los padres y en ocasiones los propios pacientes, podrían no estar suficientemente familiarizados con el idioma para apoyar el tratamiento o participar del mismo.²⁷ La falta de información de la población, en especial los integrantes de comunidades minoritarias suele ser una barrera infranqueable. De ahí que los programas eficaces incluyan: información a los usuarios, facilitada expresa y directa-

mente en la calle; uso de enfoques étnicos y culturales específicos que remonten las restricciones lingüísticas. Y como los integrantes de algunas comunidades indígenas suelen tener barreras familiares, comunitarias y estructurales, pueden bloquear el acceso a los programas. Entre las personas indígenas se han descrito características sui generis en relación a entornos de “consumo” de drogas que pueden ser más problemáticos, como el consumo de alcohol en aquellas comunidades donde los padres no suelen pedir ayuda debido a la vez a factores comunitarios, como a su propio historial de abuso o ruptura familiar. De ahí que los PT suelen ser culturalmente inadecuados para las personas procedentes de comunidades indígenas. Otros obstáculos estructurales identificados incluyen la ausencia de tratamiento disponible en el sistema judicial como en el sistema de salud; y que el enfoque correccional no suele ofrecer tratamiento, y el sistema de salud podría no brindarlo a los delincuentes juveniles, principalmente cuando las cuestiones legales continúan pendientes. Además, el personal de las correccionales puede carecer del conocimiento y comprensión necesaria, para brindar una opción terapéutica, ni procediendo a remitir a los jóvenes a los programas adecuados basados en la comunidad. Los pacientes bajo tratamiento por imperativo legal están inmersos en una “subcultura cerrada” que dificulta el manejo, dado que se caracteriza por el secretismo y la fidelidad grupal.^{28,29} Se ha documentado una amplia gama de asuntos relacionados con la negativa o temor a reconocer los problemas de consumo de drogas como impedimentos al tratamiento. Estudios realizados en pacientes entrevistados informan numerosos problemas personales, legales, financieros, laborales y relacionales, que identifican problemas específicos relacionados con el consumo de drogas, pero sin considerar su *propio* consumo como problema.³⁰

DISCUSIÓN

La Estrategia Canadiense, en la que se basa este comunicado, propone un concepto operativo acerca de las Mejores Prácticas, derivado de la integración de sus áreas:

1. **Ubicación y accesibilidad del tratamiento.** Basada en que los PT de los TCS desarrollen –según las necesidades del abusador/adicto–, relaciones de colaboración y apoyo a largo plazo, con las personas que laboran con ellos y que éstas se ubiquen en los lugares de reunión de los usuarios (centros comerciales, educativos, de salud mental, clubes, instalaciones recreativas, etc.) para promover a los pacientes las mejores condiciones de acceso posibles (lugares, fechas y horarios).
2. **Enfoque y filosofía de los programas.** Destaca un enfoque de aceptación, respeto y abstinencia de juicios sobre los pacientes; familiaridad con la realidad y uso de lenguaje adecuado a ellos, como en el caso de adolescentes en los cuales las metas y el objeto terapéutico los determina la persona afectada, haciendo del programa una acción más útil y fácil de cumplir que cuando es impuesta; establecimiento de un entorno de manejo físico y emocional seguro donde los pacientes se sientan protegidos y cómodos, que permita satisfacer las necesidades básicas.
3. **Estrategia de información a los usuarios.** Considera que los profesionales (profesores y asesores de los centros educativos, trabajadores de salud mental, personal que trabaja en la calle, etc.) constituyen el punto de contacto con los pacientes; enfatizando la necesidad de que el PS mantenga relaciones de apoyo y colaboración, a efecto de promover y facilitar el ingreso. En él debe siempre incorporarse a los familiares que puedan prestar apoyo, incluso antes del contacto con los pacientes.
4. **Estructura y contenido de los programas.** Se centra en el apoyo al compromiso del paciente para que se comprometa de inmediato, ofreciendo diversas actividades recreativas (divertidas y no amenazantes), establecidas en una relación de confianza con el personal. La adherencia terapéutica, por ejemplo, se refiere en la literatura como una cuestión múltiple y compleja, enmarcada dentro de una gama de servicios relacionados con la salud donde las *mejores prácticas* devienen especialmente útiles. Es un hecho que los pacientes que abandonan el manejo en una fase temprana tienen una probabilidad mucho mayor de reincidir en el consumo perjudicial,¹⁶ en especial aquellos que no acuden por su voluntad.⁵ De ahí que la recomendación para la adherencia requiere de:
 - a) **Valoración.** Que incluye, sobre todo, en la fase inicial la adaptación del paciente al tratamiento, destinada a su preparación respecto de los objetivos y métodos del tratamiento.
 - b) **Disponibilidad de materiales científicos informativos al paciente y su familia.** Relativa a los PT, presentada de modo sencillo, creativo e interesante.
5. **Filosofía y enfoque de los programas.** Plantea que tanto una comprensión/aceptación de las recaídas, como una orientación específica a la reducción de sus riesgos y peligros, constituyen el enfoque óptimo que apoya la adherencia al tratamiento. Este doble enfoque incluye:

- a) La aceptación de las recaídas como parte inevitable de la rehabilitación; interpretando los episodios –no como fracaso–, sino como oportunidad de aprender acerca de los factores que desencadenan el consumo y sus modos de reducción. Se parte de la necesidad de concentrarse en las metas que las personas forjan en sus vidas, así como el impacto que el consumo tiene sobre ellas, en lugar de concentrarse en el consumo de drogas y sus consecuencias.
 - b) El desarrollo de una relación de apoyo a largo plazo entre el paciente y el personal que acepte la reincidencia y la analice.
 - c) La presencia en los programas de estrategias que apoyen una renovación del compromiso de los pacientes con el tratamiento, en particular cuando hay recaída. El doble enfoque permite la participación del paciente en la fijación de los objetivos y planificación del manejo a modo de contrato, que concibe flexiblemente el resultado del tratamiento. De hecho, el “éxito terapéutico” no siempre es claro, dado que las necesidades y condiciones de cada uno son variables y cada quien aprende a su propio ritmo. El enfoque respetuoso y de apoyo por parte del personal se considera uno de los factores más importantes que favorece la adherencia terapéutica.
6. **Información a los familiares de los usuarios.** Es decisiva de la participación en el tratamiento; el compromiso mínimo de un miembro de la familia (hermano o uno de los padres) se considera esencial. Se parte del reconocimiento de que las familias tienen necesidades diversas (terapia, educación y apoyo) que los programas deben abordar. En ocasiones, el trabajo en una fase temprana con los padres u otros familiares constituye el punto de entrada al tratamiento.
7. **Contenido de los programas.** Se estima que el enfoque psicoeducativo es el modo óptimo de conservar los pacientes, al cual se aúna la oferta de un entorno seguro, divertido y que incorpore una gama de actividades recreativas.
8. **Necesidades de los grupos específicos.** Los pacientes en situación de calle, indígenas, población indigente y menesterosa, así como otras personas de condición de pauperada o minoritaria, requieren un entorno terapéutico seguro y estable.

Las personas provenientes de comunidades indígenas necesitan programas que incorporen las creencias y prácticas de su comunidad. Las recomendaciones respecto a la adherencia juvenil a tratamiento en la literatura no son amplias, pues la información está orientada a los adultos.

Los principales predictores de ésta incluyen una mezcla de variables demográficas, familiares y relativas a los programas: edad, nivel de educación, tipo de psicopatología –depresión–, grado de apoyo de la familia y los amigos, nivel de abuso previo de drogas, cuestiones relativas a la conservación, condiciones de vida estables o inestables. Cierta número de elementos de los PT se han asociado a la adherencia terapéutica en adultos (revisión y valoración continua del progreso; atención a los asuntos psicológicos, atención a las necesidades familiares, atención individual, mayor atención a los pacientes de tratamiento más recientes, sobretodo en escenarios residenciales). Un PT con mayor probabilidad de conservar adherentes a sus pacientes, incluye: altos niveles de apoyo a la espontaneidad individual; apoyo a la actividad del paciente y al desarrollo de su autonomía; orientación práctica y personal de la solución de los problemas y estímulo a la expresión de sus sentimientos; nivel razonable de orden y organización; claridad del programa y control del personal (destinados a garantizar la seguridad de los pacientes). Un entorno seguro es más factible de producir la adherencia terapéutica a más largo plazo. El PT de los TCS en abusadores/adictos supone una valoración y ponderación de factores múltiples: nivel de toxicidad, efectos del abandono del consumo y la consideración de cuestiones médicas, interpersonales y ambientales (Tabla 1). En tal sentido, se recomienda que los PT sean integrales y exhaustivos; abordar una variedad de problemas (prácticos, de abuso infantil, etc.) por medio de una gama de estrategias (asesoramiento, formación en habilidades, apoyo y canalización, etc.) y abarcar la reducción de los riesgos y peligros. Si bien la abstinencia sigue siendo una meta útil, la mayoría de los casos no está dispuesta a cambiar sus vidas radicalmente; por tanto, la abstinencia a largo plazo es meta poco alcanzable al inicio y necesita de estrategia previa de *minimización de peligros*. Como las necesidades y experiencias de juveniles difieren esencialmente de las adultas, debe evitarse en ellos un enfoque terapéutico orientado a adultos. El tratamiento debe verse como un proceso, y no fraccionarlo en una serie de acontecimientos; comprender que el consumo de drogas tiene una “función” para los jóvenes (acalla malestares) representa paradójicamente, el principio de desmitificación del uso de psicotrópicos, cual si fueran medicinas. La formación en el desarrollo de habilidades y en estrategias para afrontar situaciones, debe incluirse el análisis cuidadoso de estas necesidades (psicodinamia).³¹ El implicar a los pacientes en su desarrollo y la aplicación y revisión de las reglas y fronteras de los PT permite evitar estigmas. Es mejor diseñar el PT entre ambas partes, cuya colaboración libere a los pacientes de la presión de identificar y acceder a una gama de recursos por sí mismos, incluida la familia.³²

Tabla 1
Principios, valores y directrices del tratamiento

1. La planificación y la administración del tratamiento deben ser altamente individualizadas, debiendo estar centradas en el paciente y dirigidas a él. Herramientas como el modelo de "Etapas de cambio" y las entrevistas motivacionales apoyan este enfoque. Acuda y respete donde se encuentren los jóvenes. El tratamiento debe diseñar las acciones que cumplan los planes de tratamiento individuales y apoyar a los residentes a alcanzar sus metas.
2. El enfoque de reducción de los peligros es más eficaz y receptivo a las necesidades de los pacientes a causa de etapa de vida en la que se encuentran. Enseñar a la juventud a mantenerse a salvo es la piedra angular de este enfoque. Mantenga a los pacientes tan seguros como sea posible en términos de reducción de los peligros. Si van a consumir, enséñeles cómo pueden hacerlo con seguridad aunque la mayoría de ellos vence la adicción. Ofrecer un puesto de trabajo es garantizar que venzan su adicción sin peligro e intactos.
3. El tratamiento debe ofrecer elección y basarse en ella. Es preferible un modelo ecléctico multidimensional a otro basado en un enfoque unidimensional. El PS debe conocer todos los enfoques disponibles – y pasar de uno a otro, en caso necesario–. Ofrezca un menú de oportunidades.
4. El tratamiento debe considerar a los jóvenes dentro de un sistema (familiar, grupal comunitario) y el personal debe facilitar la relación con los pacientes.
5. Escuche con atención lo que el paciente dice sobre la comunidad y sobre quienes son en su opinión los trabajadores de la comunidad que respetan. El clima del tratamiento debe ser atento, respetuoso, seguro y abierto. En el programa no hay cuestión que no se pueda discutir.
6. Ofrezca un sentido de compartición, de vivir en un lugar seguro y con afecto. Respételos como seres humanos y trátelos como tales. Siempre que sea posible, las familias deben jugar un papel importante en el tratamiento. Si no hay una familia "estable" por el momento, se debe crear una familia de adultos "importantes". La familia debe participar y si el joven no tiene familia, se crea una "familia de elección" con las personas de la comunidad que deben ser su familia.
7. El necesario que el tratamiento considere las necesidades de los pacientes, ofreciendo orientación (espiritual u otra) a quien la solicite, por tanto, lograr que asistan a sus ceremonias tradicionales.
8. Los programas deben incluir el principio del "tratamiento menos invasor" como primera opción basándose en una valoración adecuada y en una adaptación del tratamiento. Un error consiste en imponer un programa de mano dura altamente intensivo.
9. El PS debe respetar y valorar a los pacientes en tratamiento, confiando en su motivación básica y valor. Las personas valen, no obstante que generen problemas saldrán adelante. Ayude a los adolescentes a crear una historia más consistente de sí mismos –que son valiosos, que conseguirán trabajo, etc.–. Enséñeles otras maneras de verse a sí mismos.
10. Siempre que sea posible, el aprendizaje debe basarse en la experiencia y tener lugar en una variedad de lugares. Administre un tratamiento basado en actividades (P. ej. deportes y artes marciales) en la comunidad, estudiando sus intereses y empujándolos para que sigan desarrollándolos.
11. El tratamiento debe estar orientado a lo positivo y no a las deficiencias de la vida. El "Modelo del Poder de Recuperación" es un enfoque útil. Concéntrese en lo positivo, identifique, concéntrese y consolide las fortalezas positivas de los pacientes. Evite pensar en las deficiencias, consolide las habilidades existentes. No los etiquete como adictos, esto no les da margen para mejorar.
12. El tratamiento debe estar orientado a la creación de habilidades específicas que mejoren la autoestima. Un objetivo clave consiste en mejorar la competencia de cada uno en diferentes aspectos de su vida que ayudarán a aprender a tomar decisiones. Ofrecer a los pacientes una caja de herramientas que les ayude a comprender qué necesitan hacer en beneficio propio, cómo pueden tomar decisiones responsables, cómo fijar metas y alcanzarlas.

* Modificado De Health Canada. *Canada's Drug Strategy*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-440/1998E., 1998:9.

Estudios internacionales destacan la importancia de un tratamiento flexible, valoraciones formalizadas que traduzcan adaptación adecuada del PT a los pacientes, la participación de la familia en la terapia y la oferta de un abanico de servicios accesorios de apoyo.³³ El uso del *modelo de capacitación* es útil para mejorar los resultados de los pacientes en una variedad de escenarios, de la prevención a la intervención, e incluye los valores óptimos del tratamiento identificados como: orientación hacia la fortaleza del sujeto y apoyo a la auto corrección; la utilización de la teoría del cambio orientada al desarrollo (nuevas percepciones y capacidades conducen a un nuevo conocimiento, que conduce a nuevas elecciones) y la valoración de las crisis y los conflictos como impulsos de la acción, así como el cambio a la utilización de un lenguaje de capacitación, favorecen el desarrollo de actividades

de apoyo y participación en la comunidad.³⁴ Los enfoques y métodos terapéuticos que favorecen a los pacientes con TCS se concentran en problemas de salud (trastornos alimenticios), asuntos personales (salud mental, autoestima o necesidades derivadas de los cambios relativos al desarrollo) o interpersonales (relaciones con la familia y el grupo) y la gestión y prevención de las recaídas. La fuerte relación entre el consumo de drogas y la patología mental, es semejante a la que ocurre entre problemas de consumo de drogas y relaciones familiares conflictivas.^{7,35} En tal dirección, las Mejores Prácticas destinadas a abordar la gestión y prevención de las recaídas identifican los elementos que apoyan la prevención de recaídas como algo decisivo al manejo, dado que las tasas de reincidencia tras el manejo son elevadas (35 a 85%), siendo el proceso de recaída variable; consumos puntuales, infrecuentes o epi-

sodios infrecuentes de consumo excesivo durante varios días.¹⁵ El éxito del tratamiento se asocia con la disponibilidad de servicios especiales que apoyen el desarrollo de las habilidades de los pacientes (educación, formación, relajación, educación sexual y recreación); la disponibilidad de actividades recreativas activas y de oportunidades recreativas basadas en habilidades la participación de los padres o de una figura familiar en el manejo (si los padres pueden contribuir de forma constructiva); la disponibilidad de terapia familiar, terapia conductual familiar y enfoques estructurales/conductuales combinados.¹⁵ El estudio posterior a tratamiento de 1 483 jóvenes en más de 30 programas de pacientes internos y residenciales,³⁴ concluye que los jóvenes que mostraron los resultados más precarios seis meses después del tratamiento tenían el menor número de estrategias y habilidades para afrontar las recaídas. La terapia continuada posterior al tratamiento de los pacientes internos predice resultados positivos. El apoyo de la familia en el proceso de rehabilitación se asocia firmemente al éxito posterior al tratamiento. La participación de la familia debe ser individualizada para satisfacer las necesidades del paciente y es predictor importante de resultado favorable.³⁵ La estrategia de tratamiento tiende a favorecer la terapia familiar, la formación en habilidades y la terapia cognitiva-conductual, elementos que parecen influir en el resultado terapéutico. Sin embargo, con la terapia familiar, no todos los adolescentes cuentan con un apoyo suficiente de sus familias para acceder a mejores resultados, lo cual disminuye el valor de esta forma de manejo en algunos de ellos.⁶ Además, la duración del tratamiento como se sabe, no puede generalizarse pues varía en función de las necesidades (mientras algunos necesitan meses o años de tratamiento; otros necesitan 2-3 meses de tratamiento residencial o algún tratamiento a largo plazo hasta de seis meses, mientras que otros necesitan al menos 30 días, además de asistencia posterior continuada. La población infantojuvenil inhaladora de disolventes podría requerir hasta dos años de manejo. Una revisión de varios PT para adultos encontró que su duración guarda mayor relación con el éxito del tratamiento en pacientes residenciales que en los externos.¹⁵ Entre adolescentes se ha arribado a la conclusión de que quienes siguieron tratamiento prolongado (un año en comparación con los de seis meses) consumían menos drogas tras el manejo y tenían menos problemas asociados. No obstante, el tiempo de tratamiento era menos importante que otras variables del PT, como las características del personal.³⁶ Éstas se relacionan con el resultado del tratamiento, y su éxito se describió en relación con su actitud, antecedentes y habilidades. En términos actitudinales, se estima que un terapeuta más efi-

caz lo es por ser capaz de mostrar respeto y confianza, minimizar la estructura de poder jerárquico y trabajar en colaboración con los jóvenes. El aspecto más importante de los antecedentes del personal fue su capacidad para hablar con familiaridad y experiencia de cuestiones de importancia para los pacientes, destacándose la familiaridad directa con distintas culturas y cuestiones relacionadas con la orientación sexual. En términos de habilidades específicas del PS, se espera que esté formado adecuadamente, comprenda las cuestiones de desarrollo y los cambios de los pacientes así como las herramientas conceptuales como el Modelo de "Etapas de Cambio"³⁷ y la realización de entrevistas motivacionales.^{38,39} Las relaciones positivas de apoyo por medio del trabajo grupal fueron consideradas componente valioso a la práctica clínica. Sin embargo, es claro que no a todos los pacientes les va bien en los grupos, en especial a aquellos que provienen de minorías. La más importantes características que se solicitan del PS son: actitud laboral positiva, ser respetuoso y poder mostrar confianza; saber minimizar la estructura de poder que permita una relación productiva durante y después del programa; que ayude a los pacientes a redefinir un nuevo Yo positivo, a efecto de modelar un estilo de vida saludable. El PS debe ser un grupo comprometido con los pacientes, relajado y afectuoso, espontáneo, objetivo y capaz de "ponerse al nivel" de los demás; haber superado sus propias asuntos psicosociales, pero ser capaz de recordarlas y ser receptivo a las mismas; capaz de proyectar confianza, pues la calidad global de la relación del personal con los pacientes representa la mayor varianza en los resultados. Se ha documentado un grupo de características positivas y deseables para el PS, provenientes de distintos estudios que incluyen: sentido del humor, capacidad para dar aliento y reforzar una conducta positiva, falta de confrontación y franqueza; capacidad para desarrollar una relación cálida y de apoyo. La capacidad de un terapeuta para entablar una relación cálida y útil con el paciente, junto con una "alianza productiva", en especial en la fase temprana del tratamiento, guarda correlación estrecha con el resultado del manejo, al igual que la coherencia al aplicar procedimientos de manejo establecidos. Un estudio comparativo de cuatro "tipos" diferentes de proveedores de tratamiento encontró que los más eficaces son los mejor organizados, que ven a los pacientes con frecuencia, llevan mejores notas de los casos, son más coherentes en la aplicación de las políticas de los programas y remiten a los especialistas con frecuencia.¹⁶ Los asesores más eficaces anticipan los problemas en la vida de cada uno de sus pacientes, y desarrollan estrategias en colaboración para ayudar a solucionar estos problemas.

CONCLUSIÓN

Amén de las tradicionales fallas imputadas a los pacientes o a sus familiares para el acceso a PT de los TCS y el mantenimiento de la adherencia terapéutica, existen muchos obstáculos institucionales de carácter estructural, relacionados con los PT, lo cuales van desde su ausencia en la sociedad, inaccesibilidad geográfica a los servicios, falta de información a los posibles usuarios hasta las largas listas de espera y la nula evaluación operacional de los programas.⁴⁰ Otros, provenientes de grupos específicos (consumo de drogas comórbido con trastornos mentales/psiquiátricos), se relacionan más con la coordinación y la prestación de los servicios, mientras que las creencias y prácticas culturales y familiares, representan restricciones para ciertos grupos, es especial los de minorías étnico-culturales. Se han desarrollado recomendaciones sobre las Mejores Prácticas referentes al acceso a los PT y al compromiso con éste, en relación con la ubicación física del tratamiento, enfoque y filosofía de los programas, información a los posibles usuarios, contenido y estructura de los PT que los rigen. Todos ellos, se consideran elementos decisivos de una estrategia de información a los usuarios, como la importancia de la presencia física del personal de los programas en los lugares donde interactúan los grupos juveniles, y el apoyo directo y la formación del PS de tales instituciones, organismos de salud y educativos, que atienden o participan de esta problemática. A ello se adiciona la visión realista de las recaídas como parte de la enfermedad adictiva; una orientación específica a la reducción de los riesgos y peligros; un enfoque flexible de tratamiento individualizando a cada paciente y la implicación de la familia en el manejo, todo lo cual constituye el enfoque esencial para la adherencia terapéutica. Asimismo, un enfoque psicosocial orientado a la creación de habilidades, actividades culturalmente adecuadas y un componente recreativo, se consideran elementos sustanciales del manejo de los abusadores/adictos a psicotrópicos. Se han identificado las prácticas óptimas que permiten abordar cuestiones interpersonales y relativas a la salud física y mental de los pacientes, así como la gestión eficaz y la prevención de recaídas (exhaustiva valoración clínica de la salud física; respuesta integral a los asuntos de salud; aspectos esenciales sobre educación nutricional; diseño de un estilo de vida saludable; enfoques prácticos y creativos para la génesis de habilidades; participación de los padres en el PT; enfoque de “aprendizaje” para la eliminación de recaídas y énfasis en el trabajo grupal e interacciones de apoyo).⁴¹ Se identifican también como Mejores Prácticas, las características específicas del personal (respeto y confianza en el marco de un enfoque “horizontalizado” y no jerárquico,

aceptación y la comprensión de las recaídas como parte de los TCS y la capacidad para modelar estilos de vida saludables a partir de la experiencia terapéutica). Es conveniente enfatizar la importancia de separar a la población infantojuvenil de la adulta, debiendo ofrecer acceso a los PT institucionales y a un tipo y duración de manejo adaptados específicamente a las necesidades de cada paciente, como lo propone la normatividad en el país.⁴² El “éxito” del tratamiento no es sólo asunto de costo-beneficio, debe incluir una evaluación multidimensional de la gama de opciones relativa a la “calidad de vida”, una valoración biopsicosocial de los pacientes y la eliminación o en su defecto, reducción del consumo de psicotrópicos.^{16,26}

REFERENCIAS

1. Souza y MM. Enseñanza e investigación sobre adicciones en CD de México. *Psiquiatría* 1998; 2a. Época. 14(3): 100-6.
2. Souza y MM. *Adicciones: clínica y terapéutica*. México: Ed. Alfil; 2007.
3. Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001; 2(1): 25-7.
4. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(5): 411-25.
5. Souza y MM, Quijano BEM, Romero RR, Arroyo PF, Quintanilla BJ. *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud*. *Rev Mex Neuroci* 2005.
6. Souza y MM, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. *Rev Mex Neuroci* 2005.
7. Adlaf EM, Ivis FJ, Smart RG. *Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation; 1997.
8. Health Canada. *Canada's Drug Strategy*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-440/1998E. 1998, p. 9.
9. Varcoe C. *From Better Than Nothing to Best Practices: a background paper on best practices in health care in relation to violence against women*. Victoria. Ministry Advisory Council on Women's Health, British Columbia Ministry of Health; 1998, p. 4.
10. Spooner C, Howard J, Mattick R. *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre. 1996.
11. Azrin NH, Donahoe B, Kogan E, Bisalel V, Acierno R. Youth drug abuse treatment: a controlled outcome study. *J Child Substance Abuse* 1994; 3(3): 1-16.
12. Souza y MM. *Dinámica y evolución de la vida en pareja*. México: El Manual Moderno; 1996.
13. Souza y Machorro M. *Educación en Salud Mental para Maestros*. México: El Manual Moderno; 1988.
14. Puente SF, Gómez MF, Souza y Machorro M, Espel MA. *La familia ante el problema de las drogas*. 2a. Ed. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. México: CEMESAM; 1986.
15. PNUFID. *Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2003.
16. Souza y MM, Cruz MDL, Díaz Barriga SL, Guisa CVM. *Acerca de los criterios rectores de la terapéutica antiadictiva*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.: 2007.
17. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación*. Guía de planificación

- y aplicación. Cap. VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Viena: Naciones Unidas; 2003.
18. Souza y MM. *Psiquiatría de las adicciones y la profesionalización de la terapéutica antiadictiva*. Simposio Centros de Integración Juvenil, A.C. Retos Actuales en la Atención Profesional de las Adicciones. XX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. "Psiquiatría Compromiso Social". Hotel Hyatt, Mérida, Yuc. Nov. 16-19, 2007.
 19. Souza y MM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM. *Criterios derivativos para la referencia y tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos* Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2006.
 20. American Society of Addiction Medicine, ASAM. *Public policy statement on screening for addiction in primary care settings*. ASAM News 1997; 17: 17-18.
 21. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*. Addiction 2005; 100: 447-58.
 22. SAMHSA. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2000 Data on Substance Abuse Treatment Facilities*, DHHS publication no. SMA 02-3668. Rockville, MD: US Government Printing Office. SAMHSA, 2002.
 23. Souza y Machorro M. *Nosología y Propedéutica de los Programas Antiadictivos*. Rev Mex Neuroci 2005; 6(2): 166-79.
 24. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Romero RR, Arroyo PF, García RL, Quintanilla BJ, Díaz Barriga SL, Guisa CVM. *Residencia Diurna: una alternativa clínica para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos*. Rev Mex Neuroci 2006; 7(4): 308-24.
 25. Souza y Machorro M, Guisa CVM, Díaz BSL. *TDAH y su comorbilidad adictiva*. Rev Mex Neuroci 2005; 6(3): 227-44.
 26. Souza y Machorro M. *Trastorno por consumo de sustancias y su comorbilidad depresiva*. Rev Mex Neuroci 2007; 8(1): 67-70.
 27. Souza y Machorro M. *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
 28. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP. *Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic and comorbid substance dependence*. Am J Psychiatry 1999; 156: 1765-70.
 29. Heinrich CJ, Lynn LE. *Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs*. Am J Drug Alcohol Abuse 2002; 4: 601-22.
 30. SPM. *Del cuánto al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios*. Sal Púb Méx 1997; 39(5): 73-82.
 31. Thall PF, Millikan RE, Sung H. *Evaluating multiple treatment courses in clinical trials*. Statistics in Medicine 2000; 19: 1011-28.
 32. UK Health Department. *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services*. London: 2002.
 33. Rouns-Bryant JL, Kristiansen PL, Hubbard RL. *Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pre-treatment behaviours in three treatment modalities*. Am J Drug Alcohol Abuse 1999; 25: 573-91.
 34. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M. *A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia*. Psiquiatría 2003; 19(1): 14-27.
 35. Spooner C, Howard J, Mattick R. *The Nature and Treatment of adolescent substance abuse: final report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre; 1996.
 36. Souza y Machorro M. *Adicciones, psicopatología y psicoterapia*. Rev Mex Neuroci 2004; 5(1): 57-69.
 37. Faist R, Harvey-Jansen Z. *Adolescent Alcohol and Drug Treatment Effectiveness: a literature review*. Alberta: Alberta Alcohol and Drug Commission; 1994.
 38. Chinman MJ, Linney JA. *Toward a model of adolescent empowerment: theoretical and empirical evidence*. J Primary Prevention 1998; 18(4): 393-413.
 39. Bergmann PE, Smith MB, Hoffman NG. *Adolescent treatment: implications for assessment, practice guidelines and outcome management*. Pediatric Clinics of North Am 1995; 42(2): 453-72.
 40. Joanning H, Quinn W, Thomas F, Mullen R. *Treating adolescent drug abuse: a comparison of family systems therapy, group therapy and family drug education*. J Marital Family Therapy 1992; 18(4): 345-56.
 41. Feigelman W, Hyman M, Amann K. *Daycare treatment for youth multiple drug abuse: a six year follow-up study*. J Psychiatric Drugs 1988; 20(4): 385-95.
 42. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. *In search of how people change: applications to addictive behaviors*. Am Psychol 1992; 47: 1102-14.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx