

DOCUMENTOS TÉCNICOS

Prácticas basadas en la evidencia

Tratamiento de personas con trastorno
por uso de sustancias



**Prácticas basadas en la evidencia.
Tratamiento de personas con trastorno por uso de sustancias**

Área de Tratamiento e Intervención, División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile
Santiago, Chile
2021

© SENDA

Registro de Propiedad Intelectual N°:

ISBN:

Este documento fue elaborado por el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA, con la colaboración del psicólogo Mario Pacheco León.

Edición: Marly Mora Neumann

Diseño: Bethania Rodrigues

Impresión:

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación citando la fuente. Prohibida su venta.

Prácticas basadas en la evidencia

Tratamiento de personas
con trastorno por uso de sustancias

Contenido

Presentación	7
<hr/>	
1. Antecedentes históricos de la práctica basada en la evidencia	8
<hr/>	
2. Definición de la práctica basada en la evidencia	12
2.1 Mejor evidencia disponible	12
2.2 Competencia clínica	16
2.3 Dominio de la persona consultante	17
<hr/>	
3. Principios basados en la evidencia para el tratamiento de trastorno por uso de sustancias	18
<hr/>	
4. Criterios para elegir e implementar la práctica basada en la evidencia	23
4.1 Ventajas y desventajas de las prácticas basadas en la evidencia	30
<hr/>	
5. Enfoques y prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento de trastorno por uso de sustancias	33
5.1 Enfoques de tratamiento para población adolescente	34
5.2 Enfoques de tratamiento para población adulta, hombres y mujeres	43
5.3 Enfoques de tratamiento específicos para mujeres adultas	66
<hr/>	
6. Reflexiones finales	69
<hr/>	
Referencias	74

Presentación

Dentro del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Área de Tratamiento e Intervención de la División Programática promueve una atención de calidad en la ejecución de programas, planes, proyectos y prácticas para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

En este marco, SENDA presenta el documento Prácticas basadas en la evidencia. Tratamiento de personas con trastorno por uso de sustancias, una revisión actualizada de la tendencia contemporánea de prácticas y enfoques basados en la evidencia, para proveer tratamiento a la población adolescente y adulta que presenta un uso problemático de alcohol y otras drogas. Asimismo, se describen en forma resumida los diversos enfoques y prácticas reconocidas en la actualidad como basadas en la evidencia, y que son pertinentes para el quehacer institucional.

Se agradece la colaboración del psicólogo y asesor clínico especializado, Mario Pacheco León, quien participó en la elaboración de este documento.

1.

Antecedentes históricos de la práctica basada en la evidencia

Puede situarse el inicio del movimiento de las **prácticas basadas en la evidencia** (*Evidence-Based Practice* en inglés) para la provisión de cuidados a personas que presentan trastornos de salud, en la iniciativa del grupo de trabajo formado en 1992 en Canadá —denominado Evidence-Based Medicine Working Group—, que dio impulso a la tendencia de la “medicina basada en la evidencia” como una nueva forma de trabajo en medicina (Bauer, 2007).

El concepto “medicina basada en la evidencia” (MBE) se refiere al proceso de utilización y valoración que puede ayudar a los médicos a tomar sus decisiones profesionales. Sackett et al. (1996; en Bernstein, 2004, p. 152) la define del siguiente modo: “La MBE es la utilización metódica, explícita y sensata de las mejores evidencias existentes para ayudar a tomar decisiones referentes al tratamiento de los pacientes”.

Esta tendencia dio origen al desarrollo de guías clínicas para la provisión de tratamiento en los sistemas de salud (APA, 2006). En el inicio del movimiento, y que condujo a la visión contemporánea de la práctica basada en la evidencia, la American Psychological Association (APA) reconoció la importancia del desarrollo de guías clínicas, y advirtió el riesgo de que las guías clínicas pudieran ser usadas en forma inapropiada por las organizaciones de salud no familiarizadas con las bases científicas de la práctica clínica.

En el año 1992, la APA formó un grupo de trabajo¹ que redactó el documento *Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders*, en el cual se describió la variedad de evidencia que debiera ser considerada en el desarrollo de guías clínicas, basadas en los datos de la investigación sistemática y en la

1. Este grupo estuvo compuesto por las siguientes organizaciones: Board of Scientific Affairs, Board of Professional Affairs y Committee for the Advancement of Professional Practice.

competencia clínica. En ese documento y en el que lo reemplazó en el año 2002 —*Criteria for Evaluating Treatment Guidelines*—, se indicó que la evidencia de las intervenciones psicosociales debiera ser evaluada en dos dimensiones separadas (APA, 2006):

- **Eficacia:** evaluación de la fortaleza de la evidencia para establecer relaciones causales entre las intervenciones y el trastorno bajo tratamiento.
- **Utilidad clínica:** consideración de la evidencia de la investigación disponible y el consenso clínico acerca de la generalización, factibilidad, costes y beneficios de las intervenciones.

En el año 1995, la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures de la División 12 de la APA publicó los criterios para identificar los tratamientos empíricamente validados (TEV) para

trastornos particulares, los cuales estaban basados en los criterios de Chambless y Ollendick (2001). Esa tarea de fuerza identificó 18 tratamientos cuyo apoyo empírico permitía considerarlos bien establecidos, sustentados en el criterio de que habían sido probados en ensayos con controles al azar (RCT), con poblaciones específicas e implementados por medio de un manual de tratamiento (APA, 2006).

Según la APA (2006), aunque ese reporte aumentó el reconocimiento de los tratamientos psicológicos efectivos entre el público, los diseñadores de políticas públicas y los programas de formación clínica, muchos investigadores y psicólogos clínicos expresaron su preocupación respecto al énfasis dado a los tratamientos provistos por medio de un manual (por ejemplo, Castelnuovo et al., 2005; Duncan y Miller, 2006; Rodríguez, 2004). También plantearon su inquietud respecto al énfasis otorgado a los componentes

específicos del tratamiento en oposición a los factores comunes² que dan cuenta de gran parte de la varianza de resultados (Asay & Lambert, 1999; Duncan, 2002; Feixas y Botella, 2004; Lambert, 2005; Lambert & Ogles, 2014; Wampold, 2015); y a la aplicabilidad de esos tratamientos a diversos tipos de pacientes que varían en comorbilidad, personalidad, raza, origen étnico y cultura.

En la actualidad, ciertos autores sostienen que algunos tratamientos en general o para trastornos específicos son más eficaces que otros; sin embargo, un número importante de autores plantean que no existen diferencias en los resultados de la psicoterapia (Wampold, 2015). Diversos estudios de meta-análisis³ de resultados de psicoterapia en general o para trastornos específicos, identifican en general diferencias con un tamaño del efecto $d = 0,20$; es decir, diferencias mínimas (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015).

Por ejemplo, en el proyecto MATCH se colocaron a prueba tres enfoques⁴ —teórica y técnicamente no congruentes— para proveer tratamiento a personas que presentaban uso problemático de alcohol; en esta indagación no se encontraron diferencias en los resultados entre los tres enfoques de tratamiento (Imel et al., 2008; Project MATCH Research Group, 1993; Witkiewitz, 2000).

Imel et al. (2008) realizaron un meta-análisis que incluyó a 48 estudios de tratamientos establecidos para personas usuarias con uso problemático de alcohol. El objetivo del meta-análisis fue determinar si había diferencias significativas en el efecto de esos tratamientos, medidos por el uso de alcohol y abstinencia. Los resultados del meta-análisis mostraron que, si había alguna diferencia entre los efectos de los tratamientos, esta era mínima.

-
2. La investigación de resultados en psicoterapia ha mostrado en forma repetida que no hay diferencias en los resultados para distintos enfoques de psicoterapia. Una explicación para ese fenómeno es que todos los enfoques de psicoterapia comparten elementos comunes que afectan la varianza de los resultados. Se denominaron *factores comunes* a esos elementos, los que han sido agrupados en cuatro dimensiones (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001):
 - a. Cambios extraterapéuticos: factores que son parte de la persona consultante (fortalezas) y parte del ambiente (eventos fortuitos y apoyo social) que ayudan a la recuperación con independencia de la participación en terapia; a este factor se le asignó un 40% en la varianza de resultados.
 - b. Relación terapéutica: calidad de la alianza terapéutica; este factor tiene un peso del 30% en la varianza de resultados.
 - c. Expectativas (efectos placebo): conocimiento de la persona que está siendo tratada efectivamente y la credibilidad diferencial de las técnicas específicas y la lógica del tratamiento; a este factor se le ha asignado un 15% en la varianza de resultados.
 - d. Enfoque y técnicas: modelo y técnicas específicas; a este factor se le ha asignado un 15% en la varianza de resultados.
 3. Los meta-análisis son estudios que buscan desarrollar una síntesis cuantitativa de los estudios empíricos realizados en una determinada área. Este tipo de estudios busca integrar en forma objetiva los hallazgos de múltiples trabajos independientes que han evaluado hipótesis de investigación similares. Estos estudios permiten hacer inferencias basadas en un resumen de los resultados que se expresa como tamaños del efecto de la relación entre variables.
 4. Se refiere a la Terapia de Fomento Motivacional (una adaptación de la Entrevista Motivacional); Terapia Cognitiva-Conductual para el manejo del estrés; y la Adaptación del Enfoque de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos.

En otro estudio, Wampold et al. (2017) examinaron tres estudios de meta-análisis cuyas conclusiones planteaban que los tratamientos cognitivo-conductual (CBT) eran superiores a otras psicoterapias, en general o para trastornos específicos. Los autores revisaron, de acuerdo a cuatro criterios, si existían problemas metodológicos en los meta-análisis que moderaran la conclusión de la superioridad de la CBT. El examen de los criterios elegidos por Wampold et al. (2017) mostró que los efectos que demostraban la superioridad de la CBT eran pequeños y, en la mayor parte, insignificantes.

En síntesis, los resultados de los estudios de meta-análisis realizados en las últimas dos décadas para examinar si existe una diferencia en la efectividad de diferentes tratamientos psicológicos⁵, han mostrado que no existen diferencias significativas en los resultados entre distintos enfoques de tratamiento. Debido a ello, la iniciativa de la APA de promover tratamientos validados empíricamente (TEV) para trastornos específicos dio lugar a la creación de un documento que describiera los fundamentos psicológicos de la práctica basada en la evidencia y que tomara en cuenta el amplio rango de evidencia en el diseño de políticas públicas (APA, 2006).

5. La literatura de la investigación de resultados de intervenciones psicosociales corresponde en general a las intervenciones o tratamientos psicológicos; existen escasas publicaciones de estudios de resultados en el área del trabajo social.

2.

Definición de la práctica basada en la evidencia

La definición de **práctica basada en la evidencia** (PBE) de la APA (2006) es similar a la adoptada por el Institute of Medicine. (Ver p.13)

Esta definición es mucho más amplia que la de los tratamientos empíricamente validados (TEV), ya que implica lo siguiente (APA, 2006):

- > **Dominio de la mejor evidencia:** se refiere a la mejor evidencia que guía una decisión clínica.
- > **Dominio de la competencia clínica:** se refiere a la competencia clínica de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar los problemas de la persona consultante.
- > **Dominio de la persona consultante:** se refiere a las preferencias singulares, problemas y expectativas que lleva a la persona consultante al contexto del tratamiento de salud.

A continuación, se examinan en detalle los tres componentes de la práctica basada en la evidencia.

2.1 Mejor evidencia disponible

La mejor evidencia disponible corresponde a los resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de valoración (assessment), los problemas clínicos y la población estudiada, estudios de laboratorio y de campo, así como también los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados.

Glasner-Edwards y Rawson (2010) resumen del siguiente modo los criterios para evaluar la solidez de la evidencia

La práctica basada en la evidencia es la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia clínica y los valores del paciente.

Criterios mínimos para la designación PBE de tratamientos para el uso problemático de alcohol y otras drogas



University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute⁶

- El enfoque ha sido estudiado en forma científica (sin que existan requerimientos de diseño para el estudio), y puede haber sido publicado o no en una publicación periódica.
- Ha demostrado beneficios con relación a las metas del tratamiento.
- Ha sido estandarizado para facilitar su replicación.
- Ha sido estudiado en más de un contexto, con resultados consistentes.
- Existe una medición de confiabilidad o esta podría ser desarrollada a partir de la información disponible.



National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) del Substance Abuse and Mental Health Services Administration de Estados Unidos (SAMHSA)⁷

- El enfoque ha demostrado resultados positivos ($p \leq 0,05$) en uno o más estudios..
- Los resultados de la investigación han sido publicados en una publicación periódica o han sido documentados en un reporte de evaluación.disponible.
- Existen suficientes documentos en la forma de manuales y materiales de entrenamiento, para facilitar la diseminación del enfoque.

6 Ver <https://ada.i.uw.edu/information/>

7 Ver <https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center>



Oregon Addictions and Mental Health Division⁸

- El enfoque es apoyado en forma consistente por estudios clínicos con asignación al azar (RCT) o evaluaciones con una metodología rigurosa (un mínimo de 2 o más estudios reportados en publicaciones periódicas).
- Los elementos del enfoque están estandarizados y son replicables.
- Si ha sido probado en un contexto o con una población que es difícil de estudiar por medio de un diseño riguroso, la investigación debe estar publicada en una publicación periódica.

Criterios mínimos para la designación PBE de tratamientos psicoterapéuticos generales o específicos



American Psychological Association, Division 12 (Clinical Psychology)

- El enfoque ha demostrado su eficacia en 2 o más estudios clínicos RCT (por ejemplo, a través de una equivalencia demostrada para un tratamiento ya establecido, o superioridad a otro tratamiento), o un número de más de 9 estudios de experimentos de caso único.
- La eficacia ha sido confirmada por más de 2 equipos de investigación independientes.
- Si no cumple con el criterio (a) y (b), el enfoque con eficacia demostrada en más de una investigación es designado como "posiblemente eficaz" (versus "bien establecido").
- Hay una descripción clara del enfoque en la forma de manuales u otros materiales que facilitan su uso.
- Se especifican las características de la muestra.

8 Ver <https://www.oregon.gov/OHA/HSD/AMH/Pages/EBP.aspx>

Para facilitar la implementación de enfoques de tratamiento PBE para personas que presentan trastorno por uso de alcohol y otras drogas, se indican fuentes que han compilado la información disponible, entre ellas:

- American Psychiatric Association
- American Psychological Association
- National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute
- Oregon Addictions and Mental Health Division

Además, estas fuentes han compilado diversos estudios de meta-análisis y han realizado la revisión sistemática de la literatura de la investigación.

2.2 Competencia clínica

La competencia clínica se refiere a diversas competencias del profesional/consejero o consejera para promover resultados terapéuticos positivos (APA, 2006).

Las competencias clínicas son las siguientes⁹:

- a. Valoración, juicio diagnóstico, formulación sistemática del caso y planificación del tratamiento (plan de tratamiento).
- b. Toma de decisiones clínicas, implementación del tratamiento y monitoreo del progreso de la persona consultante.
- c. Competencia interpersonal que se refiere a la habilidad para desarrollar una alianza terapéutica sólida con la persona consultante, y una relación de colaboración con los agentes claves de las redes comunitarias.
- d. Reflexión continua de la práctica profesional y adquisición de habilidades: esto implica el monitoreo continuo de los resultados del tratamiento implementado, y la búsqueda y participación en entrenamiento especializado para adquirir competencias.
- e. Apropiaada evaluación y uso de la evidencia de la investigación en psicología básica y aplicada: esto implica el conocimiento de la metodología de investigación usual en psicología y ciencias afines, y entrenamiento para la búsqueda de información actualizada en bases de datos electrónicos (Bauer, 2007).
- f. Comprensión de la influencia de las diferencias individuales y culturales en el tratamiento.

9 Ver también Center for Substance Abuse Treatment (2006) o Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (2010).

- g.** Búsqueda de recursos disponibles: es decir, gestión de redes comunitarias, y solicitud de supervisión de pares o de supervisores clínicos cuando sea necesario.
- h.** Poseer una lógica sólida para la implementación de estrategias clínicas.

2.3 Dominio de la persona consultante

El dominio de la persona consultante es una dimensión que implica considerar los valores, las creencias religiosas, la visión de mundo, las metas y las preferencias de la persona que consulta, con la experiencia del profesional/consejero o consejera, y la comprensión de la investigación disponible (APA, 2006).

Para la elección e implementación del enfoque de tratamiento, el profesional/consejero o consejera debiera considerar los siguientes aspectos:

- a.** Variaciones en el problema o trastorno presentado, etiología, síntomas o síndromes concurrentes.
- b.** Edad cronológica, desarrollo actual, historia del desarrollo y fase de la vida.
- c.** Factores culturales y familiares: género, identidad de género, origen étnico, clase social, religión, discapacidad, estructura familiar y orientación sexual.

- d.** Contexto ambiental actual, estresores (desempleo, eventos recientes en la vida).
- e.** Factores sociales: racismo institucional, disparidad en el acceso a los cuidados de la salud.
- f.** Preferencias personales, valores y preferencias relacionadas con el tratamiento (metas, creencias, visión de mundo, expectativas respecto al tratamiento). Los valores y preferencias de la persona consultante son un componente central de la PBE; la persona puede tener preferencias por un tipo de tratamiento y el resultado deseado, las cuales pueden estar influenciadas por su contexto cultural y por factores personales. La práctica efectiva requiere un equilibrio entre las preferencias de la persona y el juicio del profesional — basado en la evidencia disponible y en la competencia clínica— para determinar el tratamiento más apropiado.

Uno de los desafíos para brindar tratamiento integral a las personas que presentan trastorno por uso de sustancias, es que, desde una perspectiva biopsicosocial, el trastorno por uso de sustancias es un problema complejo (CONACE, 2008). Así, estas personas presentan diversas necesidades médicas, psicológicas y sociales; lo que implica que será necesario integrar prácticas y enfoques de tratamiento basados en la evidencia para responder a esas necesidades múltiples (Norcross & Halging, 2005).

3.

Principios basados en la evidencia para el tratamiento de trastorno por uso de sustancias

En el año 2008, el National Quality Forum publicó un documento de consenso en el cual se indican 11 principios basados en la evidencia para el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias. Estos principios son los siguientes:

Principios asociados a la identificación de las condiciones de uso de sustancias

1



Durante los encuentros con nuevos pacientes y al menos en forma anual con los pacientes de los servicios de salud somática y mental, debiera pesquisarse el consumo de riesgo de alcohol, los problemas y enfermedades del consumo de alcohol, y cualquier consumo de tabaco.

2



Para identificar a los pacientes que consumen drogas, los prestadores de cuidados en salud debieran emplear un método sistemático que considere la epidemiología y los factores de la comunidad, y las potenciales consecuencias en la salud del consumo de drogas para esas poblaciones específicas.

3



Los pacientes que tienen un tamizaje positivo –o una indicación de un problema de consumo de sustancia o una enfermedad– debieran recibir, además, una evaluación para confirmar si existe un problema y determinar un diagnóstico. Los pacientes diagnosticados con un trastorno por consumo de una sustancia debieran recibir una evaluación multidimensional biopsicosocial con el fin de guiar el diseño de un plan de tratamiento centrado en la persona para el trastorno por uso de la sustancia y cualquier condición existente.

Principios asociados a la iniciación y a la adherencia al tratamiento

4



Todos los pacientes identificados con consumo abusivo de alcohol según las guías clínicas [vigentes en el país] y/o consumo de tabaco, debieran recibir una intervención de consejería motivacional breve realizada por un trabajador de la salud entrenado en esta técnica.

5



Los proveedores de cuidados en salud debieran promover sistemáticamente la iniciación y la adherencia al tratamiento para el trastorno por uso de la sustancia. Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias debieran recibir servicios de apoyo para facilitar su participación en el tratamiento.

6



La farmacoterapia de apoyo debiera estar disponible y ser suministrada para manejar los síntomas y las consecuencias adversas de los síntomas de privación, basada en la evaluación sistemática de los síntomas y del riesgo de consecuencias adversas graves relacionadas con los síntomas de privación. El manejo de los síntomas de privación¹⁰ por sí sólo no constituye un tratamiento para la dependencia, y debiera estar vinculado con un tratamiento para el trastorno por uso de la sustancia.

¹⁰ "Desintoxicación".

Principios asociados a las intervenciones terapéuticas para tratar el trastorno por uso de sustancias

7



Los tratamientos psicosociales validados empíricamente [basados en la evidencia] debieran ser implementados con todos los pacientes con trastorno por uso de sustancias.

8



La farmacoterapia debiera ser recomendada y estar disponible para todos los pacientes adultos con diagnóstico de dependencia a opioides y que no tienen contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si es prescrita, debiera ser suministrada en adición y directamente relacionada con tratamiento/apoyo psicosocial.

9



La farmacoterapia debiera ser recomendada y estar disponible para todos los pacientes adultos con diagnóstico de dependencia al alcohol y que no tienen contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si es prescrita, debiera ser suministrada en adición y directamente relacionada con tratamiento/apoyo psicosocial.

10



La farmacoterapia debiera ser recomendada y estar disponible para todos los pacientes adultos con diagnóstico de dependencia a la nicotina (incluidos aquellos con otras condiciones de consumo de sustancias) y que no tienen contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si es prescrita, debiera ser suministrada en adición y directamente relacionada con una consejería motivacional breve.

Principio asociado a la continuidad del manejo (gestión) del caso para el trastorno por uso de sustancias

11



A los pacientes con trastorno por uso de sustancia debiera ofrecérseles un manejo de caso a largo plazo para el tratamiento del trastorno por consumo y cualquiera otra condición coexistente, y este manejo de caso debiera ser adaptado o basado en el monitoreo continuo de los progresos del paciente.

4.

Criterios para elegir e implementar la práctica basada en la evidencia

Es necesario advertir que la práctica basada en la evidencia (PBE) no es un estado estático del conocimiento, sino que implica un estado en constante evolución de la información. Es decir, la nueva evidencia de la investigación clínica puede invalidar a tratamientos aceptados y reemplazarlos por tratamientos nuevos, más adecuados, eficaces y seguros. De este modo,

los equipos profesionales tienen la obligación de mantenerse informados respecto al desarrollo de la investigación clínica, e incorporar esos avances en su práctica cotidiana (Thyer, 2004).

Thyer (2004) describió 5 pasos para la implementación de la práctica basada en la evidencia¹¹:

11 Ver también Center for Substance Abuse Treatment (2009).

Paso 1

Convertir una necesidad de información en una interrogante a la cual se pueda dar una respuesta.



Este paso se refiere a la construcción de una interrogante que combina palabras como “quién”, “qué”, “dónde”, “cuándo”, “cómo” o “por qué” con un verbo y un trastorno o circunstancias de las personas. Por ejemplo:

- > ¿Qué tratamiento, técnica o procedimiento es más efectivo para aliviar los síntomas del síndrome de privación de _____?
- > ¿Cuáles son los efectos de la práctica sistemática de *mindfulness* en la experiencia de *craving* (deseo irrefrenable) de los consumidores dependientes de cocaína?
- > ¿Es más efectiva la Terapia Conductual Dialéctica que la terapia conductual-cognitiva tradicional en el tratamiento de personas que presentan trastorno límite de la personalidad?

Paso 2

Buscar la mejor evidencia clínica para responder a esa interrogante.



Este paso se refiere a la búsqueda de literatura de investigaciones específicas, ya sea en publicaciones periódicas o en textos actualizados.

Un recurso para los profesionales que no se desempeñan como investigadores en el área, es consultar en la web de los sitios que publican en forma periódica revisiones sistemáticas de la investigación de tratamientos psicosociales:

- > **The Cochrane Collaboration**
<https://www.cochrane.org/evidence>
- > **Campbell Collaboration**
<https://campbellcollaboration.org/better-evidence.html>

Otra fuente de información es PubMed, un sitio gratuito que permite buscar revisiones sistemáticas y estudios controlados:

- > **PubMed**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Un tercer recurso es revisar las guías clínicas publicadas en el país de origen del profesional, o en países extranjeros. Los siguientes sitios son

de acceso público y las guías clínicas se descargan en forma gratuita:

- **Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, (SOCIDROGALCOHOL): guías clínicas basadas en la evidencia científica.**
<https://socidrogalcohol.org/publicaciones/manuales-y-guias-clinicas/>
- **National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido: guías clínicas.**
<https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg,cg,mpg,ph,sg,sc>

Otro recurso es consultar las publicaciones de la serie TIP (Treatment Improvement Protocols) del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), que consisten en guías prácticas para el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias:

- **Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): publicaciones de la serie TIP (Treatment Improvement Protocols).**
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82999/>

Paso 3

Evaluar críticamente la evidencia en términos de su validez, significancia clínica y utilidad.



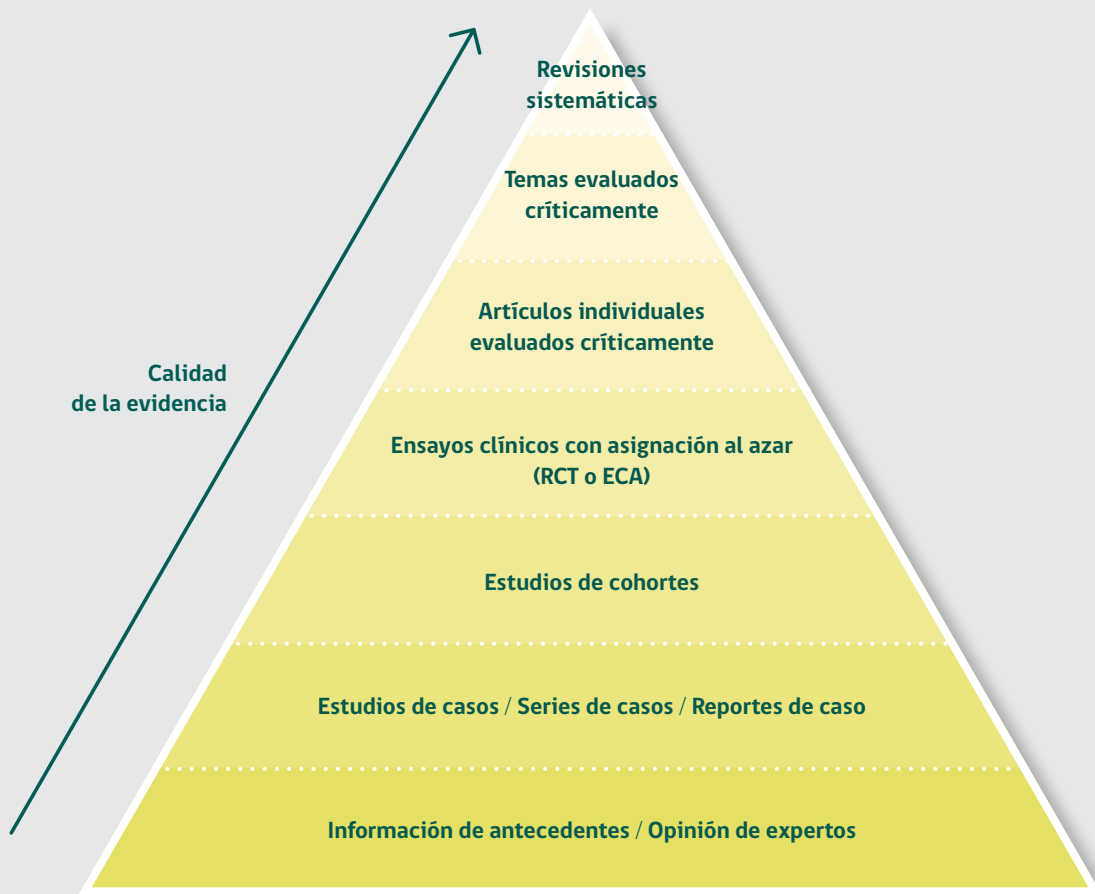
Este paso requiere que el profesional conozca los diseños de los estudios y ensayos en salud mental y en intervenciones psicosociales, para que pueda valorar la calidad de la evidencia suministrada por las investigaciones consultadas.

Una ayuda para la valoración de los hallazgos de la investigación son los criterios consensuados para determinar los niveles de evidencia de la investigación y los grados de recomendación de los tratamientos según los niveles de evidencia.

En la figura siguiente se representa la "Pirámide de la evidencia" (Hamilton y Çuhadaroğlu-Çetin, 2018; Leen et al., 2014); en la cual la fortaleza de la evidencia aumenta al desplazarse hacia la cúspide de la pirámide.



Pirámide de la evidencia



Fuente: adaptado de Hamilton y Çuhadaroğlu-Çetin (2018) y Leen et al. (2014).

Hamilton y Çuhadaroğlu-Çetin (2018) explican del siguiente modo los “peldaños” de esta pirámide:

- **Información de antecedentes y opiniones de expertos:** aquí se incluye la información básica respecto al tema a valorar, la cual puede ser muy general. Por otro lado, la opinión de los expertos que no está respaldada por una recopilación sistemática de datos es una evidencia de baja calidad.
- **Estudios de caso y serie de casos:** la evidencia que aporta el estudio de casos es muy débil, ya que informa los resultados de un único caso y es muy vulnerable a los sesgos del terapeuta. Las series de casos producen datos débiles, porque no hay un grupo de comparación.
- **Estudios de cohortes:** estos estudios son útiles para demostrar prospectivamente una asociación entre la exposición a un factor de riesgo específico y un resultado; su objetivo no es demostrar que cierta práctica se asocia con un resultado.
- **Ensayos clínicos con asignación al azar¹²:** estos ensayos aportan un mayor nivel de evidencia, ya que los sujetos son asignados al azar a la condición experimental o a la condición control.
- **Evaluación crítica:** este es un paso previo al último “peldaño” de la pirámide de la evidencia; consiste en filtrar los estudios RCT (o ECA) a través de la evaluación de la calidad metodológica de estos, según criterios internacionalmente aceptados. Los estudios que han “aprobado” el filtro son el insumo para la síntesis de evidencia y revisiones sistemáticas.
- **Síntesis de evidencia y revisiones sistemáticas:** las síntesis de evidencia combinan los datos de los RCT (o ECA) individuales. La agrupación de datos tiende a disminuir el error aleatorio, generando resultados más precisos. Las revisiones sistemáticas son una síntesis de la evidencia, basadas en estándares acordados de síntesis. Los meta-análisis es un tipo de revisión sistemática que considera los datos de diversos estudios para llegar a una estimación única del tamaño del efecto.

12 Se refiere a estudios controlados “aleatorizados” o, también, “randomizados”.

Paso 4

Integrar la evaluación de la evidencia con la competencia clínica del profesional y los valores y circunstancias de la persona.



Una vez que se ha determinado el o los tratamientos basados en la evidencia que tienen buenos resultados similares, el profesional debiera elegir el tratamiento cuya formación clínica le permite implementar; en caso contrario, el profesional debiera participar en una actividad de entrenamiento para familiarizarse con los fundamentos teóricos y las técnicas del tratamiento.

Otra variable que el profesional debe considerar en la implementación del tratamiento seleccionado —y que sus propias habilidades terapéuticas le permiten proveer—, es si ese tratamiento se acomoda a las características de la persona o a sus preferencias.

Ask y Roche (2005) advierten que puede ser inapropiado aplicar de manera rígida la conceptualización de la práctica basada en la evidencia. Por ejemplo, dos personas podrían presentar el mismo trastorno o condición, pero

la evaluación integral podría encontrar un rango de necesidades, problemas y prioridades distintas; así, esas personas necesitarían de un tratamiento individualizado y no la implementación estándar de un enfoque basado en la evidencia. Sugieren que quizá el enfoque más útil es considerar la práctica basada en la evidencia orientada por la práctica clínica y por la investigación.

Cuando la persona expresa preferencias por un tratamiento que no posee evidencia científica, el profesional puede referir a la persona consultante a otro profesional que provee ese tipo de tratamiento. Sin embargo, cuando no es posible referirla a otro profesional o a otro programa de tratamiento, el profesional se enfrenta a un dilema ético: proveer un tratamiento que se supone que no será efectivo, o implementar el tratamiento PBE seleccionado teniendo presente el riesgo del deterioro de la alianza terapéutica y el potencial abandono de la persona consultante.

Duncan et al. (2003, 2004) sugieren la siguiente estrategia para resolver esta discordancia con la persona consultante: validar la visión de la persona (teoría del cambio), y acordar con ella la evaluación de los resultados del tratamiento en un tiempo dado; si la evaluación muestra que la persona no ha alcanzado lo que se ha propuesto (meta), entonces el terapeuta solicita que la persona desempeñe el rol de un consultor, y participe en una reunión en la cual se discute el caso, y se le pide que aporte ideas para resolver las dificultades encontradas. Puede ocurrir que la persona consultante solicite que el terapeuta proponga un nuevo enfoque para el tratamiento, o puede proponer ideas que continúan estando en discrepancia con el profesional; en este caso, se sugiere que el terapeuta oriente su trabajo de acuerdo con la orientación entregada por la persona, por un período de tiempo determinado antes de una nueva evaluación.

Paso 5

Evaluar la efectividad y la eficiencia en la implementación del tratamiento seleccionado, y esforzarse para la mejoría del desempeño.



Este paso implica que el profesional debe elegir y adoptar métodos científicamente aceptados para la medición de resultados del tratamiento implementado. La implementación de tratamientos PBE en una organización o en un programa de tratamiento no sólo involucra la utilización de métodos válidos y confiables para medir los resultados de los casos individuales, sino que se requiere diseñar una metodología para almacenar y procesar la información suministrada por la provisión del tratamiento a diversas personas usuarias.

Los pasos descritos por Thyer (2004) son sugeridos para la implementación de enfoques de tratamiento PBE por parte de un profesional o consejero individual. Sin embargo, en general los tratamientos para personas que presentan trastorno por uso de sustancias son provistos por programas de tratamiento de agencias u organizaciones, lo que implicaría la necesidad de realizar cambios significativos en la filosofía del programa —en

los procedimientos, en el entrenamiento de los profesionales y en la implementación de nuevas prácticas en esa organización—, si se quiere implementar prácticas o enfoques PBE (Miller et al., 2005).

Para implementar tratamientos PBE es necesario que los directivos o los profesionales de los programas de tratamiento perciban como una necesidad la modificación de sus prácticas habituales. La pregunta clave que tendría que hacerse esa organización para modificar sus prácticas es ¿cuál es la efectividad (resultados) de nuestro programa?; es decir¹³:

- Del total de personas usuarias que son referidas a nuestro programa, ¿qué porcentaje de ellas cumple con nuestros criterios para ingresar al tratamiento que proveemos? (Secade y Hermida, 2000).
- ¿Qué porcentaje de los pacientes que ingresan a tratamiento permanecen 3 o más meses en tratamiento? (Simpson, 1979, 1981)
- ¿Cuál es la tasa de abandono antes de los 2 o 3 meses?
- ¿Cuál es la tasa de logro terapéutico al egreso de nuestras personas usuarias¹⁴?

13 Los programas de tratamiento nacionales en convenio con SENDA pueden responder las siguientes interrogantes a través de la aplicación de la Ficha de Monitoreo de Resultados para un período determinado en el tiempo.

14 Medida según los criterios del programa, o los criterios usuales.

4.1 Ventajas y desventajas de las prácticas basadas en la evidencia

Cooney et al. (2007) describieron las siguientes ventajas y desventajas (limitaciones) de la adopción e implementación de intervenciones o de tratamiento PBE:

Ventajas de implementar prácticas PBE

- Se aumenta la probabilidad de que el tratamiento provisto sea beneficioso.
- Aumenta la eficiencia en el uso de recursos limitados cuando se implementa un tratamiento que ha sido sometido a prueba, en comparación con la implementación de prácticas que se supone que son efectivas.
- La implementación de prácticas basadas en la evidencia puede ayudar a obtener recursos económicos de parte de quienes otorgan financiamiento al programa. Además, al implementar estrategias y programas PBE puede esperarse que la efectividad demostrada de esos programas puede facilitar la referencia de pacientes y su retención.
- Las prácticas PBE implican la medición de resultados y pueden entregar información del costo-beneficio de cada una de ellas.

Desventajas (limitaciones) de implementar prácticas PBE

- Una limitación para implementar programas PBE es la inversión financiera requerida. La mayoría de los programas PBE requiere costear materiales que poseen derechos de autor y financiar el entrenamiento de los profesionales¹⁵.
- Algunos programas PBE requieren que su implementación sea del modo que está indicado en los manuales, lo cual puede convertirse en una dificultad ante la necesidad de adaptarlos a las características demográficas y culturales de los pacientes. Miller et al. (2006) sugieren la siguiente solución para esta dificultad: en ausencia de un tratamiento PBE para una población específica, es razonable comenzar con un tratamiento PBE que tiene apoyo empírico para otra población; y existe evidencia respecto a que el origen étnico diverso de las personas no modera los resultados de la respuesta de los individuos a los tratamientos, como se observó en el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1993).
- El desarrollo de muchos tratamientos PBE han sido financiados por agencias gubernamentales para tratar problemas

específicos, pero las personas consultantes pueden tener más necesidades de tratamiento que las abordadas por el programa PBE, lo cual implica integrar otras prácticas para las cuales en la actualidad no existe suficiente evidencia de su efectividad.

A pesar de las limitaciones de los enfoques de tratamiento PBE mencionadas, la literatura de los tratamientos para las personas que presentan uso problemático de sustancias sugiere la implementación de tratamientos PBE. Esa sugerencia no sólo está basada en el hecho que se ha probado en forma científica que esos tratamientos son efectivos para determinadas poblaciones. En efecto, los manuales de los tratamientos PBE también suministran una lógica para el tratamiento, y puede evaluarse la fidelidad con la cual los profesionales proveen el tratamiento.

Respecto al uso de enfoques de tratamiento PBE, Miller et al. (2005) se preguntan ¿cuándo debiéramos usar PBE? Su respuesta es la siguiente: cada vez que sea posible. Los autores sugieren, en cambio, la siguiente interrogante: **¿cuándo no debiéramos usar tratamientos PBE?** La respuesta es: cuando no existen tratamientos PBE disponibles.

15 Sin embargo, se ha determinado una serie de prácticas técnico-administrativas que fomentan la retención de personas usuarias en el tratamiento, y que son de bajo costo (y no tienen derechos reservados). Ver NIATx (s.f.).

Miller et al. (2005) indican las siguientes situaciones en las cuales no es posible usar tratamientos PBE:

- Cuando existe insuficiente investigación para indicar un enfoque para tratar el trastorno por uso de algunas sustancias específicas.
- Cuando el paciente presenta diversos trastornos de salud mental comórbidos, y no existe un número suficiente de investigaciones que permitan sugerir un tratamiento específico de elección. En estos casos, se sugiere que se provea en forma separada el tratamiento PBE para cada trastorno comórbido¹⁶.

Para finalizar este capítulo, se propone la siguiente reflexión de Iraurgi (Becoña y Cortés, 2011, p. 146):



“La cuestión es cómo conocer cuál es el recurso terapéutico más apropiado para determinado problema; cómo reconocer cuál es perfil de afectado que se adaptaría mejor a determinada línea de intervención; cómo apreciar tempranamente que la elección terapéutica adoptada es la más conveniente a ese caso. La solución consiste en evaluar nuestras intervenciones y mostrar y debatir las evidencias alcanzadas; investigar no sólo los resultados de salud, sino también los procesos psicoterapéuticos en los cuales está la clave del éxito y del fracaso de los resultados. Y esta perspectiva de evaluación debería ser común y ser aplicada por todos y cada uno de los modelos psicoterapéuticos.”

¹⁶ Es probable que, para estos casos, en los años venideros la investigación sugerirá implementar un enfoque de tratamiento en el cual se integren enfoques de intervención cuyos fundamentos teóricos y técnicos permitan incorporarlos con facilidad; y también es probable que la investigación proponga protocolos para la integración de esas técnicas.

5.

Enfoques y prácticas basadas en la evidencia para tratamiento de trastornos por uso de sustancias

El movimiento de las prácticas y tratamientos basados en la evidencia (PBE) se ha convertido en la corriente principal de la investigación de tratamientos efectivos en salud mental y en el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de drogas o alcohol.

Miller et al. (2005) indicaban que la literatura reportaba más de mil estudios controlados de intervenciones para el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, por lo cual no se puede sostener en la actualidad la posición de que existe una investigación limitada para extraer conclusiones acerca de los tratamientos efectivos. Esos autores afirman, además, que al igual como ocurre con los tratamientos de salud mental,

en la actualidad el tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias puede ser guiado por las prácticas basadas en evidencia pero sin restringirse a ellos.

Se revisó el sitio del *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (NREPP)¹⁷ para identificar los tratamientos PBE para personas que presentan trastorno por uso de drogas y alcohol. En este capítulo se describen en forma resumida esos enfoques, los cuales se clasifican en tratamientos o prácticas para población adolescente, para población adulta (hombres y mujeres), y para población de mujeres adultas.

17 Ver <https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center>

5.1 Enfoques de tratamiento para población adolescente



Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)

Traducción del nombre: Enfoque de reforzamiento comunitario para adolescentes.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias y trastornos mentales concurrentes.

Población: Adolescentes (13 a 17 años) y adultos jóvenes (18 a 25 años); hombres y mujeres; de diversos orígenes étnicos.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio e individual.

Este tratamiento es una intervención conductual que tiene como objetivo reemplazar las contingencias ambientales que han reforzado el consumo de alcohol u otras drogas, por actividades y comportamientos prosociales que apoyan la recuperación.

Este enfoque incorpora tres tipos de sesiones: con el adolescente a solas, con los padres o cuidadores a solas, y sesiones conjuntas con el adolescente y los padres o cuidadores.

El A-CRA ha sido adaptado para ser usado en el *Assertive Continuing Care (ACC)*, intervención en la cual se realizan visitas en el domicilio de adolescentes que han egresado de tratamiento residencial.

Referencia y recurso en línea

Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual (en inglés) del modelo A-ACRA que se usó en el ensayo clínico CYT (*Cannabis Youth Treatment*):

Godley, S.; Meyers, R.; Smith, J.; Karvinen, T.; Titus, J.; Dodley, M.; Dent, G.; Passetti, L. & Kelberg, P. (2001). *The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users*. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

https://www.davesmithcentre.org/wp-content/uploads/2013/03/ACRA_CYT_v4.pdf



Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

Traducción del nombre: : Reforzamiento comunitario y entrenamiento de la familia.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres, desde los 13 a más de 55 años; sin especificidad del origen étnico.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este enfoque es una intervención diseñada para ayudar a los miembros de la familia de un consumidor abusivo de alcohol u otras drogas que se resiste a ingresar a tratamiento, y facilitar su ingreso a tratamiento. Su objetivo es influir en los miembros de la familia para que modifiquen su estilo de interacción con el miembro de la familia que abusa de sustancias, y empoderarlos en su relación con la persona que requiere tratamiento.

Este enfoque integra el estilo de comunicación de la Entrevista Motivacional con técnicas conductuales, como el análisis funcional de la conducta. La intervención se brinda entre 12 y 14 horas de consejería, con una frecuencia de 2 veces a la semana.

Referencias

La siguiente publicación (en inglés) describe los fundamentos teóricos, la metodología y la secuencia de las sesiones del modelo:

Smith, J. & Meyers, R. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members*. The Guilford Press.

Un texto de autoayuda, que puede ser de utilidad a los proveedores del modelo, es el siguiente:

Meyers, R. & Wolfe, B. (2004). *Get Your Loved One Sober. Alternatives to Nagging, Pleading and Threatening*. Hazelden Publishing.



Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users and Other Substances Users (MET/CBT)

Traducción del nombre: Terapia de fomento motivacional y terapia cognitiva-conductual para adolescentes con consumo de cannabis y otras sustancias.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; trastornos mentales concurrentes.

Población: Hombres y mujeres adolescentes (13 a 17 años); origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio y sistema penal cerrado.

Este enfoque de tratamiento fue desarrollado como parte del proyecto CYT (*Cannabis Youth Treatment*). La población objetivo son adolescentes que cumplen con los criterios de abuso o dependencia de marihuana, presentan problemas personales-sociales asociados con el uso de marihuana, y presentan consumo semanal de esa sustancia en los últimos 3 meses.

El objetivo de la intervención es el fomento de habilidades para afrontar sus problemas y sus necesidades, sin que tengan que consumir marihuana o alcohol. Se compone de 2 sesiones individuales iniciales de Terapia de Fomento Motivacional, seguida de 3 sesiones grupales con orientación cognitivo-conductual.

Referencia y recurso en línea

Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (*Cannabis Youth Treatment*):

Sampl, S. & Kadden, R. (2001). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

<http://lib.adai.washington.edu/clearinghouse/downloads/MET-and-CBT-for-Adolescent-Cannabis-Users-CYT-Series-Volume-1-339.pdf>



Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

Traducción del nombre: : Terapia familiar estratégica breve.

Área de aplicación: Tratamiento/prevención del abuso de drogas; tratamiento/prevención salud mental.

Población: Niños y niñas de 6 a 12 años, y adolescentes hombres y mujeres de 13 a 17 años; origen étnico afroamericano e hispanico o latino.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este enfoque considera que los síntomas o problemas del adolescente se originan en las interacciones disfuncionales de la familia, alianzas no apropiadas en la familia, fronteras familiares rígidas o permeables, y la tendencia de la familia a responsabilizar a sólo uno de sus miembros como el responsable de los problemas. Se supone que, si se modifican las funciones de la familia, disminuirán los problemas del adolescente. El tratamiento es provisto en 12-16 sesiones familiares.

Así, este enfoque de tratamiento está diseñado para:

1. Prevenir, reducir o tratar a adolescentes que presentan problemas como uso de drogas, trastorno de conducta, infracción de ley, conductas sexuales de riesgo, y asociación con pares antisociales.
2. Mejorar la asistencia a la escuela y el desempeño escolar.
3. Mejorar el funcionamiento familiar, incluyendo el liderazgo efectivo de los padres, la parentalidad positiva y el compromiso con el hijo, sus pares y la escuela.

Referencia y recurso en línea

Se puede descargar en forma gratuita de la web el siguiente documento (en inglés) que describe la teoría y la metodología de este enfoque de tratamiento:

Szapocznik, J.; Hervis, O. and Schwartz, S. (2003) *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services.

<http://www.bsft.org/documents/BSFTNIDATherapyManual.pdf>



Family Behavior Therapy (FBT)

Traducción del nombre: Terapia familiar conductual.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres de 13 o más años, sin especificidad del origen étnico.

Contexto del tratamiento: Internación y ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol u otras drogas en adultos, adultos jóvenes o adolescentes, y maneja trastornos mentales concurrentes. Su enfoque teórico es el del CRAFT e incluye métodos para fomentar la asistencia las sesiones.

El enfoque también incluye:

1. El uso de contratos conductuales para intervenir un ambiente que facilita o refuerza el consumo de drogas.
2. Fomento de habilidades para ayudar a usar menos tiempo dedicado al consumo de sustancias.
3. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de las urgencias de consumo y otros comportamientos impulsivos.
4. Entrenamiento en habilidades de comunicación para relacionarse con otras personas que no consumen drogas y evitar a los pares consumidores de drogas.
5. Entrenamiento en habilidades para obtener un trabajo o asistir a la escuela.

Los participantes en el tratamiento asisten a 15 sesiones en 6 meses, con al menos un miembro significativo de la familia.

Referencias

La primera publicación de este enfoque es la siguiente:

Donohue, B. & Azrin, N. (2001). *Treating Adolescent Substance Abuse Using Family Behavior Therapy*. Wiley.

La publicación más reciente de los autores es la siguiente:

Donohue, B. & Azrin, N. (2012). *Treating Adolescent Substance Abuse Using Family Behavior Therapy: A Step-By-Step Approach*. Wiley.



Functional Family Therapy for Adolescent Alcohol and Drug Abuse

Traducción del nombre: Terapia familiar funcional para adolescentes con abuso de alcohol y drogas.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres de 13 a 25 años, sin especificidad del origen étnico.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este tratamiento es una intervención conductual para personas usuarias con abuso de sustancias e infracción de ley, riesgo de contagiarse de VIH, depresión y otros trastornos conductuales; la intervención incluye a su familia.

La intervención tiene como fundamento la teoría general de sistemas, y concibe al abuso de sustancias en el contexto de pautas de interacción disfuncionales en la estructura familiar. Su objetivo es reducir el consumo de sustancias en el adolescente o el adulto joven, disminuir el comportamiento infractor, y aumentar la cohesión familiar por medio de la modificación de las pautas de interacción y la relación padres-hijo. Es un enfoque centrado en fortalezas, que integra técnicas cognitivo-conductuales con un enfoque familiar sistémico.

Referencia y recurso en línea

Para consultar los principios centrales y las estrategias de este enfoque, se sugiere revisar el siguiente artículo:

Sexton, T. & Alexander, J. (2000). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, December. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/184743.pdf>



Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Traducción del nombre: Terapia familiar multidimensional.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; trastornos mentales concurrentes.

Población: Niños y adolescentes (6 a 17 años), sin especificidad de origen étnico.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio, tratamiento de día o sistema penal cerrado.

La MDFT es un tratamiento sistémico integral, que tiene como objetivo ayudar al adolescente a desarrollar habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas, y ayudar a la familia para que mejore su funcionamiento psicosocial como un factor protector del abuso de sustancias y de problemas relacionados a dicho consumo.

El tratamiento tiene una duración de 12 a 16 semanas, y es provisto por medio de un manual.

Referencia y recurso en línea

Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual (en inglés) que se usó en el CYT (*Cannabis Youth Treatment*):

Liddle, H. (2002). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 5*. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<http://lib.adai.washington.edu/clearinghouse/downloads/Multidimensional-Family-Therapy-for-Adolescent-Cannabis-Users-207.pdf>



Family Integrated Transitions Multisystemic Therapy (MST-FIT)

Traducción del nombre: Terapia familiar multisistémica integrada a transiciones.

Área de aplicación: Trastornos concurrentes.

Población: Hombres y mujeres adolescentes (13-17 años), nativos americanos, afroamericanos, hispanos o latinos, anglosajones.

Contexto del tratamiento: Penal y en el hogar.

La MST-FIT es una versión enriquecida de la Terapia Multisistémica¹⁸, que es provista en el formato de un manual y diseñada para responder a una amplia variedad de necesidades biopsicosociales de adolescentes que presentan trastornos mentales concurrentes y trastorno por uso de sustancias.

Esta intervención está dirigida a adolescentes y sus familias que se encuentran en transición desde programas de tratamiento residencial o de tratamiento recibido en un establecimiento penal (correcional). La meta primaria de este enfoque es disminuir la tasa de comportamientos antisociales y otros problemas clínicos, para prevenir el reingreso de los adolescentes a tratamiento residencial o que sean encarcelados.

18 La Terapia Multisistémica (TMS) es un tratamiento PBE intensivo en el ámbito familiar y comunitario dirigido a adolescentes con comportamientos antisociales graves y a sus familias. Las sesiones se realizan en el hogar de la familia, para romper las barreras de acceso al servicio. Los terapeutas de TMS abordan factores de riesgo conocidos (a nivel individual, familiar, pares y de la comunidad) de forma estratégica e integral. Se considera a la familia como un elemento fundamental para la obtención de resultados favorables; y la investigación sobre variables mediadoras del comportamiento de los adolescentes apoya el énfasis que la TMS coloca en promover el funcionamiento familiar como mecanismo clave para el cambio clínico (Henggeler, 2012).



Chestnut Health System–Bloomington Adolescent Outpatient (OP) and Intensive Outpatient (IOP) Treatment Model

Traducción del nombre: Modelo de tratamiento de sistema de salud Chestnut–Bloomington para adolescentes en tratamiento ambulatorio y en tratamiento ambulatorio intensivo.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; salud mental.

Población: Hombres y mujeres adolescentes (13–17 años) y adultos jóvenes (18–25 años), sin origen étnico especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Es un programa de tratamiento provisto en horario vespertino o matutino, que integra cuatro enfoques terapéuticos: centrado en el cliente, conductual, cognitivo y de realidad.

La intervención es entregada en sesiones de grupo. Se compone de dos tipos de intervenciones principales: construcción de habilidades y consejería grupal.

5.2 Enfoques de tratamiento para población adulta, hombres y mujeres



Motivational Enhancement Therapy (MET)

Traducción del nombre: Terapia de fomento motivacional.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres de 18 y más años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Internación, residencial y ambulatorio.

Este enfoque es una adaptación de la Entrevista Motivacional que incluye la retroalimentación a la persona de una evaluación normativa de su consumo de sustancia. Esta evaluación es presentada y discutida en una forma no confrontacional. Su objetivo es extraer motivación intrínseca para cambiar el comportamiento del consumo de sustancias y otros problemas relacionados a dicho consumo.

Referencias y recursos en línea

Se puede descargar en forma gratuita de la web el manual usado en el Proyecto MATCH (en dos versiones en inglés):

Miller, W. (1995). *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. University of New Mexico, Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions.

<https://casaa.unm.edu/download/METManual.pdf>

Miller, W.; Zweben, A.; DiClemente, C. & Rychtarik, R. (1995). *Project MATCH Monograph Series, Vol. 2: Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapist Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/projectmatch/match02.pdf>



Motivational Interviewing (MI)

Traducción del nombre: Entrevista motivacional (EM)

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres de 18 y más años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

La EM es un estilo de consejería orientada a metas y centrada en la persona consultante, con el fin de extraer cambios conductuales al ayudarlo a explorar y resolver su ambivalencia hacia el cambio de comportamiento. Este enfoque ha sido aplicado en un amplio rango de problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas, las intervenciones en el sistema de justicia penal, la promoción de la salud, la adherencia al tratamiento médico, y problemas de salud mental.

Referencias y recursos en línea

El manual más reciente de Miller y Rollnick se encuentra publicado en castellano:

Miller, W. y Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar* (3ª ed.). Ed. Paidós.

Se pueden descargar en forma gratuita de la web los siguientes recursos:

Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias (1999) *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*. Serie de Protocolo para mejorar el tratamiento (TIP) No 35, Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.

http://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Interv_Psico_terapeutica/0k_Motivacion_para_el_cambio.pdf

Gallon, S., Martino, S., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., y Hausotter, W. (2006) *Avalúo de Entrevista Motivacional: Herramientas de Supervisión para Aumentar el Aprovechamiento*. Salem, OR: Centro de Transferencia en Tecnología de Adicción "Northwest Frontier", Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Universidad de Salud y Ciencia de Oregon.

https://attchub.org/projects/documents/miastep_manual_spanish.pdf

Otras referencias sobre la Entrevista Motivacional:

Arkowitz, H.; Miller, W. & Rollnick, S. (Eds.). (2015). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. The Guilford Press.

Clifford, D. & Curtis, L. (2016). *Motivational Interviewing in Nutrition and Fitness*. The Guilford Press.

Rollnick, S.; Miller, W. & Butler, C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press.

Stinson, J. & Clark, M. (2017). *Motivational Interviewing With Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry*. The Guilford Press.



Matrix Model

Traducción del nombre: Modelo Matrix.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombre y mujeres de 18 a 55 años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este es un enfoque de tratamiento que es provisto en intervenciones grupales, en un período de 16 semanas, consistente en sesiones de prevención de recaídas, educación, apoyo social; consejería individual, y test de orina. El profesional actúa en forma simultánea como un profesor y un coach que fomenta una relación terapéutica positiva.

Referencias y recursos en línea

Se pueden descargar de la web en forma gratuita los siguientes manuales en español:

Illera, M.; Carrión, J.; Guillen, J.; Noor, V.; Oñate, M. y Jiménez, J. (2013). *Modelo Matrix: Manual del terapeuta. Programa Matrix Penitenciario*. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias Treatnet Spain, Instituciones Penitenciarias, Servicio Murciano de Salud.

Illera, M.; Carrión, J. y Guillen, J. (2013). *Modelo Matrix: Manual del usuario. Programa Matrix Penitenciario*. Plan Nacional Sobre Drogas, Servicio Murciano de Salud.

Zarza González, M.; Botella Guijarro, A.; Vidal Infer, A.; Ribeiro Do Couto, B.; Bisetto Pons, D. y Martí J. (2013). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios*. Servicio Murciano de Salud.

Zarza González, M.; Botella Guijarro, A.; Vidal Infer, A.; Ribeiro Do Couto, B.; Bisetto Pons, D. y Martí J. (2013). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del usuario*. Servicio Murciano de Salud.

Zarza González, M.; Botella Guijarro, A.; Vidal Infer, A.; Ribeiro Do Couto, B.; Bisetto Pons, D. y Martí J. (2013). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta. Sesiones educativas para familiares*. Servicio Murciano de Salud.

Todos los manuales están disponibles en el siguiente enlace:

<http://www.matrix.e-drogas.es/>

En el año 2012, el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* publicó un suplemento para la implementación del programa Matrix con usuarias mujeres, que está disponible en el siguiente enlace:

<https://store.samhsa.gov/product/Using-Matrix-with-Women-Clients-A-Supplement-to-the-Matrix-Intensive-Outpatient-Treatment-for-People-with-Stimulant-Use-Disorders/SMA12-4698>



Living in Balance (LIB)

Traducción del nombre: Vivir en equilibrio.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres de 26 a 55 años, afroamericanos, anglosajones.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio y prisión.

Este es un tratamiento integral del abuso de drogas, provisto por medio de un manual que da énfasis a la prevención de recaídas. Consiste en 12 sesiones centrales y 21 sesiones suplementarias de psicoeducación o entrenamiento experiencial (sesiones individuales o en grupo).

El programa puede ser provisto en sesiones individuales o de grupo. Las sesiones de psicoeducación abordan tópicos como educación en drogas, prevención de recaídas, grupos de autoayuda disponibles, e infecciones de transmisión sexual.

Referencia y recurso en línea

El manual en inglés de este programa está disponible en amazon.com y su precio puede ser elevado¹⁹:

Hoffman, J.; Landry, M. & Caudill, N. (2003). *Living in Balance Complete Set, Sessions 1-33: Moving from a Life of Addiction to a Life of Recovery*. Hazelden Information & Educational Services.

¹⁹ En agosto de 2020, su costo era de US\$ 1.650 en amazon.com.



Alcohol Behavioral Couple Therapy (ABCT)

Traducción del nombre: Terapia conductual de pareja para consumidores abusivos de alcohol.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias; trastornos mentales concurrentes.

Población: Hombres y mujeres adultas entre 26 y 55 años, y más de 55 años, de diverso origen étnico.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Es un tratamiento para consumidores abusivos de alcohol y su pareja íntima, que se implementa en sesiones con la pareja. Estas pueden ser 2 a 3 sesiones de evaluación para planificar el tratamiento, y 12-20 sesiones de 90 minutos de duración, con una frecuencia semanal.

Los fundamentos teóricos de este modelo son los siguientes: los comportamientos de la pareja íntima y sus interacciones pueden desencadenar el comportamiento de consumo de alcohol, y la relación íntima positiva es una fuente motivacional para modificar el comportamiento de consumo de alcohol.

Por medio del uso de técnicas cognitivas-conductuales, se identifican y se disminuyen los comportamientos que desencadenan o refuerzan el comportamiento de beber; se fomenta el apoyo de la pareja íntima a los esfuerzos de cambio de la persona; se aumentan las interacciones positivas de la pareja por medio del aprendizaje de habilidades de comunicación y resolución de problemas; y se fomentan estrategias de prevención de recaídas para alcanzar y mantener la abstinencia.

Referencia

Este modelo de tratamiento está descrito en detalle en la siguiente publicación de sus creadores:

O'Farrell, T. & Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. The Guilford Press.



Dialectical Behavior Therapy (DBT)

Traducción del nombre: Terapia conductual dialéctica.

Área de aplicación: Tratamiento de salud mental; trastorno mental concurrente (trastorno límite de la personalidad).

Población: Hombres y mujeres de más de 18 años, sin especificidad del origen étnico.

Contexto del tratamiento: Internación y ambulatorio.

Este es un tratamiento cognitivo-conductual que presenta dos características principales: resolución conductual de problemas y estrategias basadas en la aceptación.

“Dialéctico” se refiere a los problemas implicados en el tratamiento de personas que presentan trastornos múltiples y el tipo de procesos del pensamiento y estilos conductuales usados en las estrategias de tratamiento. El tratamiento DBT da énfasis a un cambio conductual equilibrado, solución de problemas, regulación emocional, mindfulness y aceptación de las personas consultantes.

Este enfoque tiene cinco componentes:

1. Entrenamiento en habilidades.
2. Fomento motivacional.
3. Generalización: acceso al terapeuta fuera del *setting* clínico, el hogar e inclusión de la familia en el tratamiento.
4. Estructuración del ambiente.
5. Capacidad y fomento motivacional de los terapeutas.

Aunque originalmente este enfoque fue desarrollado para tratar a personas con trastorno de personalidad límite, en años recientes se ha comenzado a aplicar con adolescentes suicidas y con personas que presentan otros problemas de salud mental.

19 En agosto de 2020, su costo era de US\$ 1.650 en amazon.com.

Referencias

Se han publicado dos manuales básicos de este enfoque de tratamiento:

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Ed. Paidós.

Linehan, M. (2015). *DBT® Skills Training Manual (2a Ed.)*. The Guilford Press.

Respecto a la línea de trabajo con adolescentes suicidas y con personas que presentan otros problemas de salud mental, se indican las siguientes publicaciones:

Miller, A.; Rathus, J. & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. The Guilford Press.

Rathus, J. & Miller, A. (2015). *DBT® Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press.

Safer, D.; Christy F. Telch, C. & Chen, E. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. The Guilford Press.



Network Support Treatment (NST) for Alcohol Dependence

Traducción del nombre: Tratamiento de redes de apoyo para dependencia al alcohol.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultos de 26 y más años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Es una intervención provista por medio de un manual en 12 encuentros individuales con la persona consultante, y que tiene como objetivo ayudarla a lograr la abstinencia del alcohol. El terapeuta ayuda a la persona consultante a aumentar su participación en Alcohólicos Anónimos, aumentar sus redes sociales con amistades no bebedoras, fomentar su autoeficacia y mejorar sus estrategias de afrontamiento para resistir las urgencias para beber.

Referencia y recurso en línea

Este enfoque está parcialmente adaptado de la intervención *Twelve Steps Facilitation Therapy* usada en el proyecto MATCH. Este manual se descarga en forma gratuita desde la web.

Nowinski, J.; Baker, S. & Carroll, K. (1999). *Project MATCH Monograph Series, Vol. 1: Twelve Step Facilitation Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapist Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/projectmatch/match01.pdf>



Network Therapy

Traducción del nombre: Terapia de redes.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultas de 26 y más años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Es un enfoque de tratamiento provisto en 2 sesiones individuales semanales, durante 12 a 24 semanas), y la participación en los fines de semana en encuentros sociales con pares aprobados por el consejero.

Los elementos de este enfoque son los siguientes:

1. Enfoque conductual cognitivo para prevenir recaídas.
2. Apoyo a la persona consultante en recuperación en su entorno social natural.
3. Técnicas de reforzamiento comunitario para incorporar recursos sociales para el apoyo de la abstinencia en el ambiente natural de la persona.



Behavioral Day Treatment and Contingency Management Housing and Work Therapy

Traducción del nombre: Tratamiento conductual de día y terapia de manejo de contingencias de vivienda y trabajo.

Área de aplicación: Trastornos mentales concurrentes (no psicóticos) y abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres entre 26 y 55 años, en situación de calle, que abusan de drogas y presentan trastornos mentales concurrentes.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este tratamiento tiene dos metas: ayudar a los participantes a abstenerse del uso de drogas y suministrarles vivienda y entrenamiento laboral. El consumo de sustancias es monitoreado durante los 6 meses de duración del tratamiento.

En el transcurso del mes 1 y 2, los participantes son trasladados en bus durante el fin de semana desde su vivienda actual (hospedería, por ejemplo) al centro de tratamiento. El tratamiento incluye evaluación psicológica, consejería individual, sesiones de 12 pasos, terapia de prevención de recaídas, terapia grupal, sesiones de educación acerca del VIH/Sida, entrenamiento en asertividad, planificación del fin de semana y técnicas de relajación.

Cada participante —con ayuda de un terapeuta— desarrolla metas a corto y largo plazo en cinco áreas:

1. Abuso de sustancias.
2. Situación de calle.
3. Desempleo.
4. Ausencia de relaciones sociales y actividades libres de drogas.
5. Problemas emocionales y psiquiátricos.

Las metas son revisadas todas las semanas, y los logros son recompensados con vales (voucher) monetarios que los participantes pueden cambiar por actividades recreativas y sociales. Como parte del componente Manejo de contingencias de vivienda, los participantes desarrollan metas respecto al empleo y a la vivienda. Las personas que tienen exámenes de orina negativos durante 2 semanas, son trasladadas a una vivienda libre de renta; si el participante presenta orina positiva es trasladado a su vivienda original, y después de 2 muestras de orina negativa puede retornar a la vivienda que proporciona el tratamiento.

En los meses 3 al 6, los participantes asisten a sesiones grupales semanales de seguimiento, en las cuales se revisan las metas elaboradas en la primera fase. Un terapeuta ocupacional evalúa los intereses y las habilidades laborales del participante, y quienes continúan presentando orina negativa son referidos a una compañía local contratada por el programa en la cual reciben entrenamiento laboral. Los participantes tienen una jornada laboral de 5,5 horas diarias y reciben un pago mínimo. Durante ese tiempo continúan viviendo en las viviendas provistas por el programa, con una renta reducida. Solamente son removidos de esa vivienda las personas con orina positiva, es decir, pueden no pagar la renta y no reciben consecuencias negativas. La muestra de orina positiva implica la remoción del puesto de trabajo, y la persona es reincorporada en el trabajo después de 2 semanas de haber tenido orina negativa.



Prize Incentives Contingency Management for Substance Abuse

Traducción del nombre: Administración de contingencias con incentivo de premios para el abuso de sustancias.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultos de 26 a 55 años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este enfoque es una variación del programa de manejo de contingencias, cuyo fundamento teórico es el modelo del aprendizaje operante, o el uso de consecuencias para modificar un comportamiento.

En este enfoque las personas usuarias eligen al azar premios (valorados desde 1 a 100 dólares) por la abstinencia y la adherencia al tratamiento, como asistir a sesiones de grupo y mostrar comportamientos saludables.

Referencia

Este modelo de intervención se encuentra descrito en la siguiente publicación:

Petry, N. (2012). *Contingency Management for Substance Abuse Treatment: A Guide to Implementing This Evidence-Based Practice*. Routledge.



Relapse Prevention Therapy (RPT)

Traducción del nombre: Terapia de prevención de recaídas.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultos de 26 a 55 años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Es un programa de autocontrol en el cual se le enseña a las personas consultantes a anticipar y afrontar recaídas potenciales, por medio de la implementación de intervenciones conductuales y cognitivas.

Este enfoque puede ser utilizado como un único programa de tratamiento, o como un programa de postratamiento o de seguimiento para ayudar a las personas usuarias a mantener los logros alcanzados durante el tratamiento²⁰.

Referencia

Hay una versión traducida al español del manual para la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness:

Bowen, S.; Chawla, N. y Marlatt, G. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basado en Mindfulness*. Guía Clínica. Desclée De Brower.

20 Después de alrededor de 20 años de estudios del efecto de la práctica de mindfulness en los resultados del tratamiento, Marlatt y sus colaboradores propusieron una nueva intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de las recaídas, que denominaron "prevención de recaídas basada en mindfulness". Hendershot et al. (2011) indican que la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) es una intervención adjunta a los tratamientos cognitivo conductuales, potencialmente efectiva y costo-eficiente.



Interim Methadone Maintenance (IM)

Traducción del nombre: Mantención provisional de metadona.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres de 26 a 55 años, afroamericanos, hispanos o latinos, anglosajones.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Esta intervención es un tratamiento simplificado de mantención de metadona para personas dependientes de opiáceos que están en lista de espera de un tratamiento integral.

Consiste en la asistencia diaria para recibir la dosis de metadona que es administrada por una enfermera; además, la consejería de emergencia durante 120 días. El objetivo de esta intervención es fomentar el ingreso a un programa de tratamiento por mantención de metadona (MTP), y reducir el uso de heroína y la comisión de delitos.



Modified Therapeutic Community for Persons With Co-Occurring Disorders (MTC)

Traducción del nombre: Comunidad terapéutica modificada para personas con trastornos mentales concurrentes.

Área de aplicación: Trastornos mentales concurrentes.

Población: Hombres y mujeres de 26 a 55 años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Residencial o prisión.

La MTC es un programa de tratamiento residencial de 12 a 18 meses de duración para personas que presentan trastorno por abuso de drogas y trastornos mentales concurrentes.

Este programa está basado en la comunidad como método de tratamiento —los pares son el agente de tratamiento— y en la autoayuda brindada por el grupo de pares. Es una adaptación de la comunidad terapéutica tradicional para responder a los síntomas psiquiátricos, la discapacidad cognitiva y el reducido funcionamiento de las personas usuarias con trastornos mentales concurrentes. Es un programa más flexible, menos intensivo e individualizado que la comunidad terapéutica tradicional.

Cuando este programa es implementado en la prisión, se interviene en el pensamiento y en el comportamiento delictual, y en la interrelación entre el abuso de sustancias, los trastornos mentales concurrentes y la comisión de delitos.



Supportive-Expressive Psychotherapy (SE)

Traducción del nombre: Psicoterapia de apoyo expresivo.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultos de más de 18 años; afroamericanos y anglosajones.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento de orientación analítica focal ha sido adaptado para personas dependientes de cocaína o heroína.

Posee dos componentes principales:

1. Uso de técnicas de apoyo para que las personas se sientan cómodas al conversar de sus experiencias personales.
2. Uso de técnicas expresivas para ayudar a la persona a comprender sus pautas de relación interpersonal problemáticas, para que pueda trabajarlas en el contexto de la relación con el terapeuta.

Referencia

Los fundamentos teóricos y las estrategias de este enfoque están descritos en la siguiente publicación:

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books. Implementing This Evidence-Based Practice. Routledge.



Twelve Steps Facilitation Therapy (TSF)

Traducción del nombre: Terapia de doce pasos.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres adultos de más de 18 años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: Internación o ambulatorio.

Este enfoque de tratamiento es una intervención breve y estructurada (12 a 15 sesiones individuales o grupales) que se implementa por medio de un manual. Está basada en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos.

Las metas generales de la intervención son las siguientes:

1. Aceptación de la necesidad de la abstinencia.
2. La voluntad de participar activamente en reuniones de Alcohólicos Anónimos para mantener la abstinencia.

Referencia y recurso en línea

El manual de este enfoque incorpora el material originalmente desarrollado para el Proyecto MATCH. Este manual se descarga en forma gratuita desde la web.

Nowinski, J.; Baker, S. & Carroll, K. (1999). *Project MATCH Monograph Series, Vol. 1: Twelve Step Facilitation Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapist Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/projectmatch/match01.pdf>



ModerateDrinking.com and Moderation Management

Traducción del nombre: BeberModerado.com y Gestión de la Moderación.

Área de aplicación: Prevención y tratamiento del abuso de sustancias.

Población: Hombres y mujeres de 18 y más años; origen étnico no especificado.

Contexto del tratamiento: En el hogar.

BeberModerado.com (MD) y Gestión de la Moderación (MM) son dos intervenciones complementarias que están en línea, diseñadas para bebedores de alto riesgo no dependientes que quieren reducir el número de días en los cuales beben, disminuir la cantidad de bebida cuando beben, y reducir los problemas asociados al alcohol.

La intervención MD es un programa de entrenamiento en línea de habilidades de autocontrol. Por su parte, la intervención MM es un grupo de apoyo en línea.

Referencia y recurso en línea

Se puede acceder a contenido actualizado de este enfoque en la siguiente página web:

<https://checkupandchoices.com/moderate-drinking/>.



Brief Strengths-Based Case Management for Substance Abuse (SBCM)

Traducción del nombre: Gestión de caso para el abuso de drogas basado en fortalezas.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Hombres y mujeres de más de 18 años; sin distinción del origen étnico.

Contexto del tratamiento: Hospital, residencial o ambulatorio.

El SBCM es una intervención de servicio social cara a cara, que tiene como objetivo reducir las barreras y el tiempo para el ingreso a tratamiento, y mejorar el funcionamiento de la persona consultante.

Este enfoque se diferencia del manejo de caso usual en el uso de una perspectiva de fortalezas. El gestor de caso ayuda a la persona a identificar sus habilidades personales, la apoya en la toma de una decisión respecto al tratamiento y para que formule metas para el tratamiento y los métodos para alcanzarlas. Además, el gestor fomenta la participación de la persona en la búsqueda informal de tratamiento y la ayuda a resolver barreras para el ingreso a tratamiento. El gestor de caso también puede abogar por un cupo en un programa de tratamiento que se adapte a sus necesidades.

La duración de este enfoque de gestión de caso es de 5 sesiones, con una duración de 90 minutos cada una.



Contracts, Prompts, and Reinforcement of Substance Use Disorder Continuing Care (CPR)

Traducción del nombre: Contratos, recordatorios y reforzamiento de la continuidad de los cuidados del trastorno por uso de sustancias.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; trastornos mentales concurrentes.

Población: Hombres y mujeres de más de 25 años; afroamericanos, hispanicos o latinos, y anglosajones.

Contexto del tratamiento: Residencial o ambulatorio.

Es una intervención de postratamiento o seguimiento que comienza en la última semana de tratamiento residencial. Tiene como objetivo fomentar en las personas usuarias la participación en grupos de autoayuda (como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos), mantener la abstinencia de alcohol y otras drogas, y reducir los problemas derivados del abuso de sustancias.

Esta intervención está basada en un modelo cognitivo-conductual que utiliza contratos de postratamiento, recordatorios escritos y por teléfono para la asistencia a las sesiones de seguimiento, y reforzadores sociales como cartas, certificados y medallas. La duración de la intervención es de 12 meses.



TCU Institute of Behavioral Research, Mapping-Enhanced Counseling

Traducción del nombre: Consejería con ayuda de mapeo del Instituto de Investigaciones Conductuales de la Universidad Cristiana de Texas (TCU).

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; trastornos mentales concurrentes.

Población: Hombres y mujeres de 18 o más años; sin especificidad de origen étnico.

Contexto del tratamiento: Residencial, ambulatorio o prisión.

El mapeo es una técnica o un recurso para el tratamiento, y no un tratamiento propiamente tal. Consiste en el uso de recursos visuales (recuadros unidos por líneas) para ayudar a revisar los problemas y planificar estrategias para la recuperación.

Se usan tres tipos de mapas:

1. Mapas libres: mapas que resumen los tópicos abordados en una sesión de consejería individual.
2. Mapas-guía: mapas preparados de antemano según el objetivo de la sesión terapéutica, que pueden ser usados en sesiones de consejería individual o grupal.
3. Mapas informativos: mapas que se usan en intervenciones de psicoeducación.

Referencia y recurso en línea

Los recursos (en inglés) para la implementación de la técnica de mapeo se pueden descargar en forma gratuita desde el siguiente sitio web:

www.ibr.tcu.edu

Una introducción en español al mapeo se encuentra en la siguiente publicación de SENDA:

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2018). *Mapping o Node-link. Uso de representaciones gráficas para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas*. SENDA.

5.3 Enfoques de tratamiento específicos para mujeres adultas



A Woman's Path to Recovery

Traducción del nombre: Vía hacia la recuperación para mujeres.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de sustancias (la investigación de este tratamiento se ha realizado con mujeres que presentan dependencia a los opiáceos y a otras sustancias).

Población: Mujeres de 26 a 55 años; de origen étnico hispanico o latino y anglosajonas.

Contexto del tratamiento: Ambulatorio o formato grupal.

Es un tratamiento es provisto en el formato de un manual desarrollado por Lisa Najavits (*A Woman's Addiction Workbook: Your Guide to In Depth Healing*), implementado en 12 sesiones de 90 minutos, durante 8 semanas. El manual está dividido en dos secciones: exploración (que orienta a las participantes a mirar su vida en relación al género y al abuso de sustancias: cuerpo y sexualidad, estrés, relaciones interpersonales, trauma y violencia, y búsqueda de emociones) y curación (que brinda orientación acerca de métodos de recuperación).

Referencia

La siguiente publicación de autoayuda está basada en este enfoque de tratamiento:

Najavits, L. (2017). *Recovery from Trauma, Addiction, or Both Strategies for Finding Your Best Self*. The Guilford Press.



Boston Consortium Model: Trauma-Informed Substance Abuse Treatment Women (BCM)

Traducción del nombre: Modelo del Consorcio de Boston: Tratamiento de abuso de sustancias para mujeres con historia de traumas.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas; trastornos mentales concurrentes; salud mental.

Población: Mujeres de 26 a 55 años; de diverso origen étnico.

Contexto del tratamiento: Residencial o ambulatorio.

Este modelo de tratamiento fue desarrollado por un consorcio de programas que proveen tratamiento para el abuso de drogas y de salud mental, y está basado en el programa Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM)²¹.

El programa BCM comienza con la evaluación del trastorno de salud mental y trauma que es realizada por un gestor de caso de un servicio especializado en salud mental/trauma. Ese profesional elabora un plan de tratamiento para la mujer, y realiza gestión de redes para referirla a un servicio adecuado de salud mental, en el cual se le provea tratamiento para el trastorno mental y para el abuso de drogas.

El programa incorpora la implementación de 5 manuales de intervención grupal:

1. Prevención de VIH/Sida.
2. Fomento de habilidades de comunicación para facilitar que la persona consultante pueda comunicar sus experiencias traumáticas.
3. Entrenamiento en habilidades para el manejo del dinero.
4. Construcción de habilidades y apoyo para la reunificación con los hijos en custodia por orden judicial
5. Fomento de habilidades parentales.

21 Intervención grupal implementada por medio de un manual, para mujeres sobrevivientes de trauma y con trastornos mentales severos. Este modelo reconoce la complejidad de la adaptación a largo plazo al trauma y aborda una variedad de dificultades comunes entre los sobrevivientes de abuso sexual y físico. Fomenta el desarrollo de habilidades de recuperación específicas y el funcionamiento actual, por medio de técnicas que han demostrado ser efectivas en los servicios de recuperación de trauma (Fallot y Harris, 2002).



CHOICES: A Program for Women about Choosing Healthy Behaviors

Traducción del nombre: OPCIONES: Un programa para que las mujeres elijan comportamientos saludables.

Área de aplicación: Tratamiento del abuso de drogas.

Población: Mujeres entre 18 y 55 años.

Contexto del tratamiento: Residencial, ambulatorio o prisión.

Este programa que tiene como objetivo disminuir el riesgo de exponer al alcohol al feto si la mujer se embaraza. Es una intervención breve diseñada para mujeres no embarazadas que se encuentran en edad fértil, que no usan métodos anticonceptivos en los encuentros sexuales con la pareja, y que presentan consumo de alcohol de riesgo.

La meta de la intervención (de 45 minutos) es que las mujeres usen métodos anticonceptivos o que disminuyan su consumo de alcohol; y asistan a sesiones de consejería para el uso de anticonceptivos.

Las intervenciones están basadas en la Entrevista Motivacional y en el Enfoque Transteórico del cambio de comportamientos.

Referencias y recursos en línea

Los manuales (en inglés) de este enfoque de intervención se pueden descargar gratuitamente de la web:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). *CHOICES. A Program for Women about Choosing Healthy Behavior to Avoid Alcohol-Exposed Pregnancies*. Counselor Manual. CDC, U.S. Department of Health and Human Services.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/CounselorManual-P.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). *CHOICES. A Program for Women about Choosing Healthy Behavior to Avoid Alcohol-Exposed Pregnancies*. Client Workbook. CDC, U.S. Department of Health and Human Services.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/ClientWorkbook-P.pdf>

6.

Reflexiones finales

En este documento se han revisado los fundamentos empíricos de las prácticas (y enfoques) basados en la evidencia (PBE) y los criterios internacionalmente acordados para determinar el nivel de evidencia de los resultados de la investigación. Además, se han descrito de manera concisa 31 enfoques y prácticas PBE para personas que presentan trastorno por uso de sustancias y/o trastornos mentales concurrentes, considerando a múltiples poblaciones: adolescentes, adultos jóvenes y adultos, hombres y mujeres de diversos orígenes étnicos.

Con una oferta tan amplia de enfoques y prácticas PBE, las organizaciones que proveen programas de tratamiento a las personas que presentan trastorno por uso de sustancias, deben responder a una serie de interrogantes antes de elegir e incorporar en su programa un tratamiento PBE.

El NREPP del SAMHSA de Estados Unidos sugiere las siguientes interrogantes para las organizaciones que desean incorporar un tratamiento PBE en sus programas de tratamiento:

Interrogantes sobre implementación

1. ¿Dónde será implementada la intervención? ¿En qué contexto? ¿Con qué población?
2. ¿Cuáles son los desafíos para la implementación efectiva? ¿Cómo podrían superarse esos desafíos?
3. ¿Es posible contactarse con dos o tres directores de programas donde la intervención esté en proceso de implementación para obtener información?

Interrogantes sobre adaptaciones

1. ¿Esa intervención ha sido adaptada en aspectos que podrían ser relevantes para la implementación en un programa como el suyo (contexto del tratamiento), o con una población similar a la que es atendida en su programa?
2. ¿Ha podido identificar si hay componentes "centrales" en la intervención que debieran ser implementadas y/o debieran ser adaptadas?

Interrogantes sobre equipo de tratamiento (staff)

1. ¿Cuáles son los requerimientos del equipo de tratamiento (número y tipo)?
2. ¿Cuál es la calificación mínima del equipo (grado académico, experiencia)?
3. ¿Qué métodos son usados para seleccionar a los mejores candidatos (filosofía, habilidades)?²²
4. ¿Hay una recomendación de proporción de profesionales-personas usuarias?
5. ¿Hay una proporción recomendada de supervisor-profesionales?

Interrogantes sobre calidad de los mecanismos de medición

1. ¿Cuáles son los componentes centrales que definen la esencia de la intervención?
2. ¿Cómo están preparados los supervisores para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
3. ¿Cuál es el protocolo de supervisión para proveer apoyo efectivo a los profesionales?
4. ¿Qué instrumentos prácticos están disponibles para evaluar la adherencia y la competencia de los profesionales en el uso de los componentes centrales de la intervención?
5. ¿Qué pruebas han sido realizadas para asegurar la validez y la confiabilidad de los instrumentos de fidelidad?

Interrogantes sobre entrenamiento y asistencia técnica

1. ¿Se requiere entrenamiento antes de que un programa puede implementar esta intervención?
2. ¿Quién está a cargo del entrenamiento y en qué lugar se realiza?
3. ¿Será certificado el equipo profesional por su participación en el entrenamiento?

22 Ver Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (2006/2010) y Wampold (2017).

4. ¿Quiénes son entrenados en forma usual (profesionales, entrevistadores que participan en la selección de personal, entrenadores del equipo profesional, supervisores, coaches, administradores de la agencia)?
5. ¿Cuál es la duración del entrenamiento (horas, días)?
6. ¿Se requiere o está disponible entrenamiento continuo?
7. ¿Hay asistencia en terreno de quien ha desarrollado la intervención?
8. Considerando una elevada fidelidad, ¿cuánto tiempo toma generalmente la implementación de la nueva intervención?

Interrogantes sobre costos

1. ¿Cuál es el costo para asegurar los servicios de quién desarrollo la intervención? ¿Qué está incluido en esos costos?
2. Si la intervención cuesta más de lo que me permiten mis recursos, ¿hay una forma de implementar solamente una parte de la intervención?
3. ¿Los costos incluyen distintos sueldos de los profesionales? ¿Se requiere equipamiento especial?

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Asay, T. & Lambert, M. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 33-56). American Psychological Association.
- Ask, A., & Roche, A. (2005). *Clinical Supervision: A Practical Guide for the Alcohol and Other Drugs Field*. National Centre for Education and Training on Addiction, Flinders University. <http://nceta.flinders.edu.au/index.php?CID=229>
- Bauer, R. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Implications for Research and Research Training. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 685-694. DOI: 10.1002/jclp.20374
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coords.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. SOCIDROGALCOHOL.
- Bernstein, J. (2004). Medicina basada en evidencias. *Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeons* (edición española), 3, 152-160. https://www.aofoundation.org/Structure/.../Medicina_basada_en_evidencia.pdf
- Castelnuovo, G.; Faccio, E.; Molinari, E.; Nardone, G. & Salvini, A. (2005). Evidence based approach in psychotherapy: the limitations of current Empirically Supported Treatments paradigms and of similar theoretical approaches as regards establishing efficient and effective treatments in psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, (2). www.centroditerapiastrategica.org/journals
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice*. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 08-4171. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/TAP-21-Addiction-Counseling-Competencies/SMA15-4171>
- Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. (2010). *Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica (TAP) 21: Conocimientos, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional*. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. <https://lccdexamreview.com/2013/04/22/tap-21-in-spanish-tap-21-en-espanol-para-los-consejeros-en-adicciones-conocimiento-destrezas-y-actitudes-de-la-practica-profesional/>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2009). *Technical Assistance Publication (TAP), Series 31: Implementing Change in Substance Abuse Treatment Programs*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). (2008). *Consumo problemático de drogas. Tratamiento de personas que han cometido delitos*. CONACE.
- Cooney, S.; Huser, M.; Small, S. & O'Conner, C. (October, 2007). Evidence-based programs: An overview. *What Works. Wisconsin-Research to Practice Series*, (6). https://fyi.extension.wisc.edu/whatworkswisconsin/files/2014/04/whatworks_06.pdf

- Duncan, B. (2002). The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 10-31.
- Duncan, B. & Miller, S. (2006). *Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes*. Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Duncan, B.; Hubble, M. y Miller, S. (2003). *Psicoterapia con Casos "Imposibles"*. Ed. Paidós.
- Duncan, B.; Miller, S. and Sparks, J. (2004). *The Heroic Client*. Jossey Bass.
- Fallot, R. & Harris, M. (2002). The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and Practical Issues in a Group Intervention for Women. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 475-485.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia; reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Alvarez y R. Opazo (Comp.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 33-67). Ed. Paidós.
- Glasner-Edwards, S. & Rawson, R. (2010). Evidence-based practices in addiction treatment: Review and recommendations for public policy. *Health Policy*. DOI: 10.1016/j.healthpol.2010.05.013
- Hamilton, J. y Çuhadaroğlu-Çetin F. (2018). Práctica Basada en la Evidencia en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. En J. Rey (Ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. <https://iacapap.org/content/uploads/A.6-Pr%C3%A1ctica-Evidencia-Spanish-2018.pdf>
- Hendershot, C.; Witkiewitz, K.; George, W. & Marlatt, G. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 6(17). DOI: 10.1186/1747-597X-6-17
- Henggeler, S. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193. DOI: 10.5093/in2012a12
- Imel, Z.; Wampold, B.; Miller, S. and Fleming, R. (2008). Distinctions Without a Difference: Direct Comparisons of Psychotherapies for Alcohol Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533-543. DOI: 10.1037/a0013171
- Lambert, J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than "Placebo Effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869. DOI: 10.1002/jclp.20130
- Lambert, J. & Barley, D. (2001). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Lambert, J. & Ogles, B. (2014). Common Factors: Post Hoc Explanation or Empirically Based Therapy Approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500-504. DOI: 10.1037/a0036580
- Leen, B.; Bell, M. & McQuillan, P. (2014). *Evidence-Based Practice: A Practice Manual*. Health Service Executive. <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/317326/1/EBPManual.pdf>
- Miller, W.; Sorensen, J.; Selzer, J. and Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.03.005

- Miller, W.; Zweben, J. & Johnson, W. (2005). Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 267-276. DOI: 10.1016/j.jsat.2005.08.003
- NIATx. (s.f.). *Promising Practices about Client Retention and Engagement*. Consultado en octubre de 2019. <https://adaa.uw.edu/retentiontoolkit/niatx.htm>
- Norcross, J. & Halging, R. (2005). Training in Psychotherapy Integration. In J. Norcross and M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2a Ed.) (pp. 439-458). Oxford University Press.
- National Quality Forum (NQF). (2008). *National Voluntary Consensus Standards for the Treatment of Substance Use Conditions: Evidence-Based Treatment Practices*. National Quality Forum. http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2011/rwjf71531
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1993.tb05219.x
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-53.
- Secades, R. y Hermida, J. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363. <http://www.adicciones.es/files/353-363%20Original%204.pdf>
- Sexton, T. & Alexander, J. (2000). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, December. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/184743.pdf>
- Simpson, D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136(11), 1449-1453. DOI: dx.doi.org/10.1176/ajp.136.11.1449
- Simpson, D. (1981). Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives General Psychiatry*, 38(8), 875-880.
- Thyer, B. (2004). What Is Evidence-Based Practice? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(2), 167-176. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhh013
- Wampold, B. (2015). ¿Cuán importantes son los factores comunes en psicoterapia? Una actualización. *World Psychiatry*, 13(3), 270-277.
- Wampold, B. (2017). What Should We Practice? A Contextual Model for How Psychotherapy Works. En T. Rousmanieri, R. Goodyear, S. Miller and B. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence. Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (pp. 49-65). John Wiley & Sons.
- Wampold, B. & Imel, Z. (2015) *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2a Ed.). Routledge.

Wampold, B.; Flückiger, C.; Del Re, A.; Yulish, N.; Frost, N.; Pace, B.; Goldberg, S.; Miller, S.; Baardseth, T.; Laska, K. & Hilsenroth, M. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. DOI: 10.1080/10503307.2016.1249433

Witkiewitz, K. (2000). *Applications of cusp catastrophe models to the relapse process* [Doctoral Thesis]. Department of Psychology, University of Montana. <http://scholarworks.umt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6815&context=etd>



FONO DROGAS Y ALCOHOL
 **1412**
DESDE RED FIJA Y CELULARES

eligevivir
— SIN DROGAS —

 [senda_gob](#)

 [sendagob](#)

 [sendagob](#)

 [senda.gobcl](#)