

Modelos de Tratamiento Ambulatorio para Población Infanto-Adolescente con Consumo Problemático de Drogas. Revisión Bibliográfica*

Ariadna Forray, BA

Interna de Medicina

*Universidad de Harvard, Boston,
Massachusetts, Estados Unidos*

RESUMEN

Actualmente, Chile, al igual que otros países latinoamericanos enfrenta el desafío de disminuir el consumo de drogas en la población infanto-adolescente, especialmente de las áreas más vulnerables.

Se presenta una revisión actualizada de la información y evidencia científica internacional respecto a la eficacia de diversas intervenciones de tratamiento y rehabilitación para población infanto-adolescente, pretendiendo contribuir a fortalecer las actuales y futuras intervenciones de este tipo en Chile, en el contexto de las mejores prácticas.

Algunas de las conclusiones de esta revisión son:

1. Las terapias más completas y exitosas son aquellas que están orientadas a mejorar las relaciones familiares, incorporan la enseñanza de una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, otorgan asesoramiento vocacional y ayudan a desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales.
2. La mejor manera de llevar a cabo lo anterior es integrando los principios de la terapia cognitiva-conductual y las terapias de enfoque familiar.
3. Es de primera importancia el tratar los trastornos psicológicos comórbidos para aumentar la eficacia de los tratamientos de drogadicción en esta población.
4. La adecuada identificación y evaluación de otros factores de riesgo, así como de los problemas más severos en el uso de drogas, actos criminales y desajustes psicológicos, resulta fundamental para obtener una mayor y mejor adherencia en el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Los resultados del Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile del año 2003 (CONACE),

determinaron que la marihuana es la droga de mayor consumo entre los alumnos de octavo año básico a cuarto año medio, seguida en orden decreciente, por sustancias inhalables (como neoprén, tolueno, éter, acetona, poppers o pinturas), la cocaína, la pasta base y el éxtasis. A pesar de que se ha documentado una disminución del uso de la marihuana entre los años 2001 al 2003 de 14,5% a 12,9%, así como el uso de cualquier droga a nivel nacional (de 15,2% a 13,7%), la drogadicción continúa siendo un problema con gran impacto social y económico¹.

Actualmente, Chile, al igual que otros países latinoamericanos, enfrenta el desafío de disminuir el consumo de drogas en la población infanto-adolescente, especialmente de las áreas más vulnerables. En esa línea, las estrategias preventivas son de primera importancia. Igualmente, existe el imperativo ético de ofrecer alternativas de tratamiento y rehabilitación para aquellos/as que ya se encuentran frente a un consumo problemático de sustancias, fomentando el desarrollo integral y con futuro de la misma. Tales estrategias han de responder efectivamente a las necesidades de este grupo y no ser simplemente réplicas de intervenciones en adultos que pudieran no ser apropiadas.

* La presente revisión es una adaptación de una investigación realizada por la autora en su Pasantía en Chile durante Febrero y Marzo de 2005. Esta pasantía es parte de un programa de la Universidad de Harvard en Chile y se ha coordinado, en este caso, a través del Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Dentro de las actividades de la misma, se incluyó una investigación relacionada con el desarrollo de un Centro Piloto Ambulatorio para el Tratamiento de Adicciones en Población Infanto-Adolescente que se espera concretar este año en la comuna de Puente Alto, a través de un Convenio entre CONACE y la Corporación Municipal de Puente Alto.

La presente es una revisión actualizada de la información y evidencia científica internacional respecto a la eficacia de diversas intervenciones de tratamiento y rehabilitación para población infanto-adolescente, pretendiendo contribuir a fortalecer las actuales y futuras intervenciones de este tipo en Chile, en el contexto de las mejores prácticas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en la literatura biomédica usando PubMed-Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov) con los términos 'treatment outcomes' y 'adolescent drug use.' Dentro de los resultados, se escogieron y analizaron artículos de revisión y estudios randomizados controlados, del año 1990 al presente, con un enfoque en tratamientos ambulatorios para adolescentes con problemas de drogadicción de moderada y alta intensidad.

RESULTADOS

A continuación se presentan los estudios seleccionados, mayormente representativos de los tratamientos ambulatorios para la drogadicción usados actualmente en adolescentes, principalmente en Estados Unidos. Se trata principalmente de estudios comparativos de la eficacia terapéutica.

- A. Estudio Nacional del Instituto Nacional del Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse, NIDA) de Estados Unidos sobre la eficacia de los tratamientos actuales para la drogadicción en los adolescentes.
- B. Estudios de la Terapia Cognitiva-Conductual para el tratamiento del abuso de drogas en los adolescentes.
- C. Estudios de la Terapia con Enfoque Familiar en el tratamiento de la drogadicción.
- D. Estudio de Tratamiento de Marihuana en la Juventud (Cannabis

Youth Treatment (CYT) Study). Estudio comparativo entre Terapia Cognitiva-Conductual y Terapia con Enfoque Familiar en el tratamiento del abuso de de la marihuana en la población infanto-adolescente.

- E. Estudios de Terapias con Intervención Escolar.

A. Estudios de tratamientos en abuso de drogas en adolescentes *Drug Abuse Treatment Outcome Studies for Adolescents, DATOS-A*

El estudio DATOS-A fue diseñado en 1990 por NIDA* para evaluar los resultados de los tratamientos para el abuso de drogas en los Estados Unidos. Un total de 3.382 adolescentes admitidos a programas de hospitalización, programas residenciales y programas ambulatorios para el abuso de drogas fueron entrevistados en seis ciudades (Chicago, Miami, Minneapolis, New York, Pittsburgh, Portland) entre noviembre de 1993 y noviembre de 1995 durante y después del tratamiento.

1. Resultados Generales²

Se estudiaron 1.167 adolescentes (de 11 a 18 años; 368 mujeres y 799 hombres) de cuatro ciudades estadounidenses (Chicago, Minneapolis, Pittsburg y Portland) admitidos a 23 programas comunitarios para el tratamiento del abuso de drogas (la información de Miami y Nueva York no fue usada en la evaluación de los resultados).

De los 23 programas, 9 eran de tratamiento ambulatorio con un total de 292 adolescentes. Los programas ambulatorios aportaban tratamientos de moderada y alta intensidad. Los servicios otorgados fueron de terapia individual

o en grupo, escolares y de terapia ocupacional. Alrededor del 78% de los programas otorgaban sesiones en grupo 3 veces o más por semana y un 22% de los programas otorgaban de 2 a 3 sesiones individuales a la semana. Todos menos uno de los programas incluyeron alguna modalidad de terapia familiar. Los tratamientos duraron entre uno a seis meses, con una media de 1,6 meses.

En el estudio se plantearon tres preguntas: 1) ¿Cuáles eran los patrones del uso de drogas y las conductas problemáticas de los adolescentes antes de entrar a los programas de tratamientos de DATOS-A?; 2) ¿Hubo cambios en el uso de drogas y en las conductas problemáticas después del tratamiento?; 3) ¿Hubo una relación entre la duración del tratamiento y los resultados?

Los resultados demostraron mejoras psicológicas y de conducta un año después del alta. Menos de la mitad de los adolescentes (43%) regresaron a un uso habitual de la marihuana (por lo menos una vez a la semana) y hubo una disminución de actos criminales, consumo excesivo del alcohol y uso de otras drogas. Los adolescentes también demostraron una mejoría psicológica y en su desarrollo escolar después del tratamiento. Esta investigación también confirmó los resultados de estudios anteriores en adultos, al demostrar que los pacientes que permanecieron en el programa durante más tiempo (mínimo 3 meses) obtuvieron mejores resultados.

2. Factores de Riesgo y las Consecuencias del Tratamiento en los Adolescentes de DATOS-A³

El estudio incluyó los 292 pacientes admitidos a los nueve programas ambulatorios de DATOS-A. Las evaluaciones

* NIDA: National Institute for Drug Abuse, USA.

se llevaron a cargo al ingreso y doce meses después del tratamiento. Los resultados demostraron que los adolescentes con problemas más severos en el uso de drogas, actos criminales, trastornos de conducta y desajustes psicológicos tenían menor retención en el tratamiento. Los resultados demuestran la necesidad de abordar los problemas de delincuencia y los problemas psicológicos de los adolescentes para obtener una mejor adherencia y remisión.

3. Comorbilidad en Adolescentes de DATOS-A con Trastornos Psicológicos y Drogadicción⁴

Este estudio comparó a los adolescentes de DATOS-A con o sin trastornos psicológicos comórbidos antes y después del tratamiento para el abuso de drogas. Aproximadamente un 64% de los adolescentes en los 23 programas del estudio tenían al menos un trastorno psicológico comórbido; más comúnmente problemas de conducta. Los adolescentes con drogadicción y trastornos psicológicos tenían mayor dependencia a las drogas, mayores problemas familiares, escolares y con la justicia. A pesar de que los adolescentes con comorbilidad redujeron el uso de drogas, eran más propensos a usar marihuana y alucinógenos e involucrarse en actividades criminales 12 meses después del tratamiento, comparado a los adolescentes sin trastornos psicológicos.

B. Terapia cognitiva-conductual

Esta terapia se basa en el principio de que se puede cambiar el comportamiento no deseado (el uso de drogas) mediante una demostración clara del comportamiento que se desea adquirir (la abstinencia) y recompensando el logro de las conductas deseadas. Las actividades terapéuticas incluyen el cumplimiento de tareas específicas, ensayos de los comportamientos deseados, grabación y revisión del progreso logrado, con elogios y privilegios concedidos

cuando se cumplan las metas asignadas. Se colectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia tiene como meta equipar al paciente con tres tipos de control: 1) control de estímulo- ayuda a los pacientes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y aprender estrategias para pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas; 2) control de impulso- ayuda al paciente a reconocer y cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que llevan al uso de drogas; y 3) control social-involucra a familiares y amigos en la terapia para ayudar al paciente a evitar el uso de drogas y reforzar las conductas deseadas⁵.

De acuerdo con las investigaciones que han evaluado este modelo, esta terapia, ya sea individual o grupal, ayuda al adolescente a dejar las drogas y mantenerse en remisión después del tratamiento⁶⁻⁸. Los adolescentes también muestran mejoras en varias otras áreas: asistencia a la escuela o al trabajo, las relaciones familiares, los problemas psicológicos, el abuso del alcohol y actividades criminales. Los resultados son más favorables si la familia del adolescente se involucra en la terapia y si la terapia se lleva a cabo en grupo.

Resumen de tres estudios que examinan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para la drogadicción en adolescentes:

Un estudio randomizado controlado⁹ comparó intervenciones de terapia familiar (TF) *versus* terapia cognitiva-conductual (TCC). El estudio consideró a 129 adolescentes, entre 13 y 18 años, que fueron asignados a una de las siguientes cuatro intervenciones: una TCC individual; una terapia conductual grupal basada en habilidades, TF y una intervención combinada incluyendo tanto TCC individual y TF. El uso de sustancias se midió antes del tratamiento y luego a los 4, 7 y 19 meses después

de iniciado el tratamiento usando el método TLFB* y la detección de drogas en orina. Los resultados mostraron una significativa reducción en el porcentaje de días de consumo de marihuana en el grupo que participó en la terapia conductual grupal basada en habilidades de 64,06 a 40,67 a los siete meses de iniciado el tratamiento. La reducción persistió a los 19 meses con un leve descenso, llegando a 45,08. La terapia conductual grupal basada en habilidades fue superior a las otras tres intervenciones. La intervención cognitiva-conductual individual mostró una mejoría a los 4 meses, pero esta mejoría desapareció a los 7 meses de seguimiento.

Otros estudios de Kaminer et al, 2002 y Liddle et al, 2001 también demostraron un impacto positivo con el uso de la terapia cognitiva-conductual^{10,11}.

C. Tratamientos basados en la familia para adolescentes con consumo de drogas

Se ha demostrado, a través de numerosas investigaciones, el importante papel que juegan las relaciones de familia y el ambiente familiar en el desarrollo del abuso de drogas en los adolescentes. Por ejemplo, un estudio de Brook et al. (2001)¹² se examinó la relación entre factores ambientales, el consumo familiar de drogas ilegales, las prácticas de crianza por los padres, los atributos de personalidad de la madre y de los/as adolescentes y el uso de drogas por adolescentes. Una muestra no clínica de 2.837 jóvenes colombianos y sus madres fue entrevistada sobre factores intrapersonales, interpersonales y ambientales en sus vidas. Los resultados indicaron que ciertos factores ambientales (como por ejemplo, violencia, disponibi-

* TLFB- Time-line Follow-back method is a calendar-based interview involving daily reconstruction of drug use.

lidad de droga y machismo), el uso de drogas familiar, la relación distante padres-hijos y conductos no convencionales son factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes. Igualmente, los resultados mostraron que los adversos efectos del consumo familiar de drogas podían ser contrarrestados por prácticas de crianza protectoras y factores ambientales. Este ejemplo ilustra la relevancia de desarrollar prevención y tratamientos incorporando factores protectores ambientales, familiares e interpersonales para lograr reducir el consumo de drogas ilegales en los adolescentes.

Dado a este conocimiento, se han desarrollado diversas terapias con enfoque familiar para el tratamiento de la drogadicción en la población infanto-adolescente. A pesar de que las terapias con intervención familiar son variables dentro de sus técnicas clínicas, todas comparten un marco conceptual que reconoce el impacto de los ambientes familiares disfuncionales en el desarrollo de la drogadicción. Las terapias con enfoque familiar también reconocen el impacto del ambiente- como las tensiones en la comunidad, el entorno doméstico y el ambiente escolar- sobre el desarrollo de problemas de conducta y drogadicción.

Varias intervenciones con enfoque familiar han sido desarrolladas y experimentadas que demuestran gran promesa para el tratamiento del abuso de drogas en la población infanto-adolescente. En investigaciones clínicas donde se han comparado terapias con intervención familiar con otros tipos de terapia (grupal, cognitiva-conductual e individual), se ha demostrado que las terapias con enfoque familiar producen resultados mejores y más estables, con reducciones significativas en el abuso de drogas, la delincuencia y problemas familiares y escolares¹³⁻¹⁵. Estos estudios también demuestran que las intervenciones familiares mejoran la adherencia a los

tratamientos, es decir aumentan el número de adolescentes que terminan del curso completo del tratamiento.

Por ejemplo, en una revisión de tratamientos basados en la familia, Ozechowski & Liddle (2000)¹⁶ evaluaron 13 estudios controlados randomizados en los cuales se estudió el impacto de varios tratamientos ambulatorios con enfoque familiar, en los niveles de consumo de sustancias por los/as adolescentes. En los 13 estudios, se observaron efectos significativos al comparar los resultados pre y post tratamiento. Hubo una reducción significativa en el consumo de alcohol y marihuana, así como en el de otras drogas, como cocaína, heroína y otros narcóticos.

D. Estudio de tratamiento de marihuana en la juventud *Cannabis youth treatment study*¹⁷

La iniciativa del Cannabis Youth Treatment (CYT) fue desarrollada en 1997, en respuesta al aumento de abuso de marihuana entre los jóvenes y la falta de modelos de terapia ambulatoria para la drogadicción entre la población infanto-adolescente. El propósito del estudio CYT fue desarrollar cinco programas ambulatorios de corto plazo (1-3 meses), basados en terapias previamente establecidas como efectivas para el tratamiento de la drogadicción en los adolescentes. Se determinó la eficacia de los 5 modelos evaluando el número de días de abstinencia al completar el tratamiento y el porcentaje de adolescentes en recuperación (es decir, ningún uso de drogas ni problemas de dependencia al reincorporarse a la comunidad). También se estudió el costo por persona de cada intervención y la efectividad con relación a su costo.

El estudio se llevó a cabo en un período de dos años con 600 adolescentes entre 12 y 18 años con abuso de drogas de moderada intensidad. Los adolescentes y sus familias fueron randomizados a

dos grupos que a su vez fueron subdivididos en tres grupos. El grupo 1 fue subrandomizado entre tres intervenciones: 1) la terapia para reforzar la motivación (MET) y la terapia cognitiva-conductual de 5 sesiones (MET/CBT5); 2) el modelo MET/CBT5 con siete sesiones adicionales de terapia cognitiva-conductual (MET/CBT12), y 3) la red de apoyo familiar (FSN). El grupo dos también fue subrandomizado entre 3 intervenciones: 1) el modelo MET/CBT5; 2) la terapia de refuerzo de la comunidad del paciente (ACRA); y 3) la terapia familiar multidimensional (MDFT).

1. Tratamiento de Refuerzo Motivacional / Terapia Cognitiva-conductual de 5 Sesiones *Motivational Enhancement Therapy / Cognitive Behavioral Therapy 5-Sessions (MET/CBT5)*¹⁸

El modelo MET/CBT5 es una intervención de seis semanas con cinco sesiones que combina la terapia para reforzar la motivación (MET) y la terapia cognitiva-conductual (TCC). Las primeras dos sesiones son individuales y utilizan la MET, que se centra en el paciente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al adolescente a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el paciente. Esto se logra a través de un reporte personalizado de retroalimentación en el cual el adolescente describe su uso de drogas, los problemas relacionados con su abuso de drogas y las razones para dejar las drogas. Se utiliza esta información para elaborar un análisis funcional sobre el uso de drogas. Las otras tres sesiones son de TCC en grupo que proveen al adolescente con las herramientas necesarias para resistir la compra y el uso de drogas y romper con las conductas que llevan al abuso de las drogas.

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**2. Tratamiento de Refuerzo Motivacional / Terapia Cognitiva-conductual de 12 Sesiones***Motivational Enhancement Treatment/ Cognitive Behavioral Therapy 12-Sessions (MET/CBT12)*¹⁹

El modelo MET/CBT12 de 12 semanas, se basa en la intervención MET/CBT5 con siete sesiones de TCC en grupo adicionales. Estas sesiones adicionales trabajan más a fondo con las herramientas para evadir el uso de drogas y la recaída.

3. Red de Apoyo Familiar*Family Support Network (FSN Plus MET/CBT12)*²⁰

La intervención de la red de apoyo familiar (FSN) fue diseñada como una extensión del modelo MET/CBT12, que integra los elementos de la terapia con enfoque familiar a la TCC. Esta intervención se fundamenta en la evidencia que ha demostrado la eficacia de estas dos terapias en el tratamiento de la drogadicción en adolescentes.

4. Enfoque de Refuerzo Comunitario a los/as Adolescentes*Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA)*²¹

ACRA es una terapia conductual cuyo enfoque consiste en reestructurar el ambiente y contexto del adolescente de tal manera que la abstinencia de las drogas resulte más positivo que la drogadicción. El tratamiento de 12 semanas consiste en 10 sesiones individuales con los adolescentes, dos con los adolescentes y sus padres y dos exclusivamente con los padres. Se hace un análisis funcional del abuso de drogas y un cuestionario con una escala que mide su grado de felicidad en 14 ámbitos vitales del adolescente. Con estas dos herramientas el terapeuta y el adolescente formulan un plan de tratamiento que tiene como fin enseñar al adolescente a manejar su entorno de manera positiva,

sin la necesidad de recurrir a las drogas. (Godley et al 2002, Meyers et al 1999).

5. Terapia Familiar Multidimensional
*Multidimensional Family Therapy (MDFT)*²²

La terapia familiar multidimensional (MDFT) para adolescentes es un tratamiento ambulatorio para el abuso de drogas centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes diferentes. El tratamiento incluye sesiones individuales y con toda la familia (6 individuales con el adolescente, 3 con los padres y 6 con toda la familia) que toman lugar en la clínica, en la casa, o con miembros de la familia en la corte familiar, la escuela u otros lugares comunitarios.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar, y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y apropiada con sus hijos.

Resultados del Estudio CYT

Las cinco intervenciones demostraron significativos efectos positivos al aumentar el número de días de abstinencia

durante los 12 meses después del tratamiento y en el porcentaje de adolescentes en recuperación al terminar la intervención. Las intervenciones de MET/CBT5, MET/CBT12 y ACRA fueron las más costo-efectivas.

En ambos estudios (grupo 1 y grupo 2), el número total de días de abstinencia aumentó, pero no fue significativamente distinto según el tipo de intervención. Sin embargo, en el grupo 1, el porcentaje de adolescentes en remisión al final del estudio fue significativamente diferente, siendo de un 27% para el MET/CBT5, de un 22% para FSN y de un 17% para MET/CBT12. En cambio, en el grupo 2, no hubo diferencias estadísticamente significativas en recuperación al final del estudio, pero sí una tendencia que muestra la siguiente gradiente: ACRA (34%), MET/CBT5 (23%) y MDFT (19%). El ACRA en el grupo 2 aparenta ser más efectivo que las otras dos condiciones, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, ya que hubo una variación significativa entre los tipos de intervenciones en uno de los sitios de estudio (Figuras 1 y 2).

E. Terapias de intervención escolar

Las intervenciones escolares se han desarrollado como una alternativa para el tratamiento de la drogadicción en la población infanto-adolescente. La ventaja de este tipo de intervenciones es que llevan la atención directamente a los niños y adolescentes y evita las posibles barreras al acceso a las clínicas tradicionales. Los pacientes no tienen que hacer cita y viajar a la clínica, sino que la atención se da dentro del contexto escolar donde llevan a cabo gran parte de su socialización. Esto último tiene la posibilidad influir positivamente el desarrollo y adaptación de los niños y adolescentes.

Hay tres tipos de intervenciones escolares: 1) las intervenciones orientadas para el público general; 2) las intervenciones

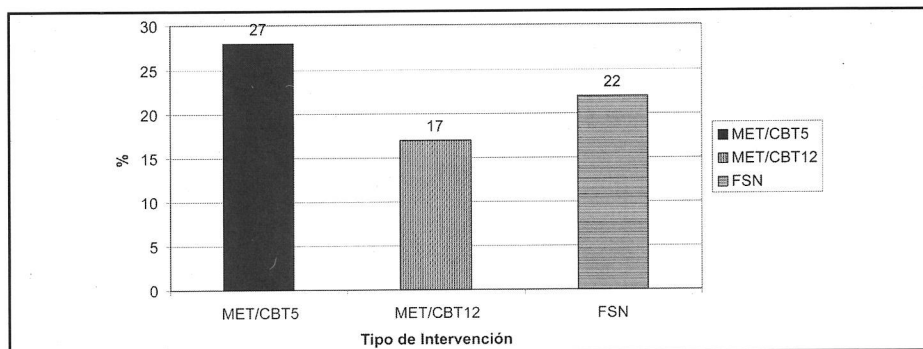


Figura 1. Porcentaje de recuperación en tres tipos de intervención. *Cannabis Youth Treatment Study*. Grupo 1.

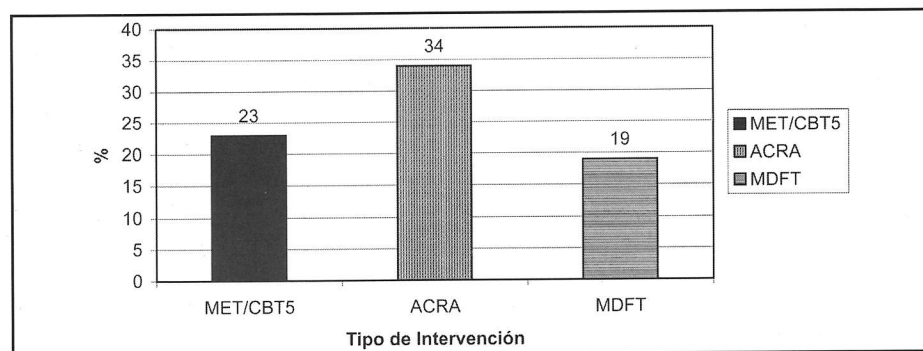


Figura 2. Porcentaje de recuperación en tres tipos de intervención. *Cannabis Youth Treatment Study*. Grupo 2.

para grupos con mayor riesgo de desarrollar problemas de drogadicción; y 3) las intervenciones para individuos con síntomas de drogadicción. En una revisión de la literatura sobre las intervenciones escolares, Wagner *et al.* (2004)²³ definieron los componentes claves de las intervenciones que dan lugar a la eficacia de estas mismas:

1. Tener una fuerte fundación teórica y una clara base conceptual que ayude a describir e interpretar los cambios en los patrones de conductas adaptativas y maladaptativas.
2. Hacer rigurosas evaluaciones de las intervenciones
3. Proveer herramientas que ayuden a prevenir, evadir y resistir el uso de drogas y desarrollando habilidades interpersonales.
4. Entre más temprana sean las intervenciones más aumenta la eficacia de la intervención.
5. Estandarizar y monitorear la implementación de las intervenciones.
6. Tener un entrenamiento adecuado para los maestros y profesionales involucrados en las intervenciones; así como asegurar la participación de estos mismos en el desarrollo, diseño y evaluación de las intervenciones.
7. Diseñar materiales para las intervenciones que capten la atención de los niños y adolescentes y que sean apropiados para la etapa de desarrollo de la población escolar.
8. Recalcar la importancia de estas intervenciones y el impacto positivo que pueden llegar a tener dentro del sistema escolar y la comunidad.

9. Los programas son más efectivos cuando son apoyados por políticas escritas y establecidas por ministerio de educación.
10. Forjar una alianza entre los programas de intervención escolares y otros dominios de la vida de los estudiantes, como la familia, la comunidad y la red de amigos.

La intervención escolar más popular en los Estados Unidos es el Student Assistance Program (SAP) o programa de asistencia estudiantil. El programa de asistencia estudiantil provee: 1) mecanismos para la temprana detección de los individuos con problemas de consumo de drogas y 2) métodos para intervenciones en casos avanzados que manejen las consecuencias adversas de la drogadicción.

Hay grandes variaciones dentro de los diferentes programas de asistencia estudiantil, por lo cual resulta difícil determinar la eficacia general de las intervenciones SAP y los factores particulares a los cuales se pueden atribuir el éxito o fracaso de las intervenciones. Por lo tanto, no existen estudios con valor epidemiológico que determinen la eficacia de los SAP. Hay un estudio que se esta llevando a cabo actualmente, el Teen Intervention Project (TIP), que esta evaluando la eficacia de un SAP estandarizado. El programa consiste en 10 sesiones de apoyo grupal escolar, con evaluaciones al ingresar el programa, 12 semanas después del programa y de nuevo en 4, 7 y 12 meses.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las terapias más completas y exitosas son las que están orientadas a mejorar las relaciones familiares, enseñar una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, otorgar asesoramiento vocacional y ayudar a desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales.

La mejor manera de llevar esto a cabo es integrar los principios de la terapia cognitiva-conductual y las terapias de enfoque familiar. El estudio CYT corroboró esta noción al demostrar que todas las intervenciones estudiadas tenían una alta eficacia para disminuir el uso de drogas en la población infanto-adolescente.

Otro punto general que hay que destacar, es la importancia de tratar trastornos psicológicos comórbidos para aumentar la eficacia de los tratamientos de drogadicción en esta población. Así mismo, evaluar otros factores de riesgo como los problemas más severos en el uso de drogas, actos criminales y desajustes psicológicos, para obtener una mejor y mayor retención en el tratamiento.

Más detalladamente, los componentes claves de las intervenciones en la revisión de la literatura que dieron lugar a la mayor eficacia son:

- Tratamientos que duran un mínimo de tres meses con intervenciones una vez a la semana.
- Intervenciones con terapia cognitiva-conductual individual o grupal. No existe el riesgo de efectos contraproducentes en las terapias grupales en la población infantoadolescente.
- Intervenciones que incluyen por lo menos dos sesiones psicoeducativas con los padres de los adolescentes, que enseñen a la familia mejores métodos de comunicación, como ayudar al adolescente a mantenerse en remisión y como mejorar la dinámica familiar.
- Tratamientos que tienen como propósito central devolver al niño o adolescente a un desarrollo normal, reforzando patrones de conductas adaptativas y minimizando patrones de conducta maladaptativas.
- Tratamientos que incorporan un

reporte personalizado de retroalimentación en el cual el adolescente describe su uso de drogas, los problemas relacionados con su abuso de drogas y las razones para dejar las drogas, con el cual se pueda hacer un análisis funcional del abuso de drogas.

- Programas que estandarizar y monitorear la implementación de las intervenciones y que tienen un entrenamiento adecuado para los profesionales involucrados en las intervenciones.
- Tratamientos que usen la terapia de refuerzo motivacional para intervenciones de alta intensidad.

Se espera que esta revisión pueda colaborar en fortalecer las intervenciones que en Chile se realizan en este ámbito y estimule el desarrollo de nuevas iniciativas en el contexto de las mejores prácticas, considerando las variables propias del contexto local y las experiencias previas tanto chilenas como extranjeras.

REFERENCIAS

- 1.- CONACE-Ministerio del Interior. Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile. 2003. Disponible en: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Quinto_Estudio_Consumo_Drogas_Poblacion_Escolar_Chile2003.pdf
- 2.- HSER Y I, GRELLA C E, HUBBARD R L et al. An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58 (7): 689-95.
- 3.- GELAIF ER, HSER Y I, GRELLA C E et al. Prospective Risk Factors and Treatment Outcomes Among Adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research* 2001; 16 (6): 661-78.
- 4.- GRELLA C E, HSER Y I, JOSHI V et al. Drug Treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *Journal of*

Nervous and Mental Disorders 2001; 189 (6): 384-92.

- 5.- WALDRON H B, KAMINER Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004; 99 (Suppl. 2): 93-105.
- 6.- AZRIN N H, ACIERNO R, KOGAN E et al. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug abuse. *Behavioral Research & Therapy* 1996; 34 (1): 41-6.
- 7.- AZRIN N H, DONOHUE B, BESALEL V A et al. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 1994a; 3 (3): 1-16.
- 8.- AZRIN N H, MCMAHON P T, DONAHUE B et al. Behavioral therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behavioral Research & Therapy* 1994b; 32 (8): 857-66.
- 9.- WALDRON H B, SLESNICK N, BRODY J L et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 802-13.
- 10.- KAMINER Y, BURLESON J A, GOLDBERGER R. Psychotherapies for adolescent substance abusers: short- and long-term outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 737-45.
- 11.- LIDDLE H A, DAKOF G A, PARKER K et al. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2001; 27(4): 651-88.
- 12.- BROOK J S, BROOK D W, DE LA ROSA M et al. Influence of Parental Child-rearing Practices and Environment on Adolescent Drug Use. *Journal of Behavioral Medicine* 2001; 24 (2): 183-203.
- 13.- HENGGELER S W, PICKREL S G, BRONDINO M J et al. Eliminating (almost) treatment dropout of substance-abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic

- therapy. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 427-8.
- 14.- LIDDLE H A, ROWE C L, DAKOF G A et al. Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to post-treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004; 36 (1): 49-63.
- 15.- LIDDLE H A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* 2004; 99 Suppl 2: 76-92.
- 16.- OZECOWSKI T J, LIDDLE H A. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2000; 3: 269-98.
- 17.- DENNIS M, GODLEY S H, DIAMOND G et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27: 197-213.
- 18.- SAMPL S, KADDEN R. (2001). Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy (MET-CBT-5) for Adolescent Cannabis Users. (DHHS Publication No. (SMA) 01-3486, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 1). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available at: http://www.chestnut.org/li/cyt/products/mcb5_cyt_v1.pdf.
- 19.- WEBB C, SCUDDER M, KAMINER Y, KADDEN R, TAWFIK Z. (2002) The MET/CBT 5 Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy (CBT 7) for Adolescent Cannabis Users. (DHHS Publication No. (SMA) 02-3659, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 2). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Available at: http://www.chestnut.org/li/cyt/products/CBT7_CYT_v2.pdf.
- 20.- HAMILTON N, BRANTLEY L, TIMS F, ANGELOVICH N, MC DOUGALL B. (2001) Family Support Network (FSN) for Adolescent Cannabis Users. (DHHS Publication No. (SMA) 01-3488, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 3). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available at: http://www.chestnut.org/li/cyt/products/FSN_CYT_v3.pdf.
- 21.- MEYERS R J, MILLER W R, HILL D E, TONIGAN J S. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse* 1999; 10: 291-308.
- 22.- LIDDLE H A. Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology* 1999; 28: 521-32.
- 23.- WAGNER E F, TUBMAN J G, GIL A G. Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction* 2004; 99 (Suppl 2): 106-19.