

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS

COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS

cicad

CUADRAGÉSIMO TERCER PERÍODO ORDINARIO DE SESIONES
30 de abril - 2 de mayo de 2008
Washington, DC

OEA/Ser.L/XIV.2.43
CICAD/doc.1643/08
28 abril 2008
Original: inglés

CONCEPTOS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS

Dr. Wallace Mandell
Universidad Johns Hopkins
Facultad de Salud Pública Bloomberg

Estados Unidos

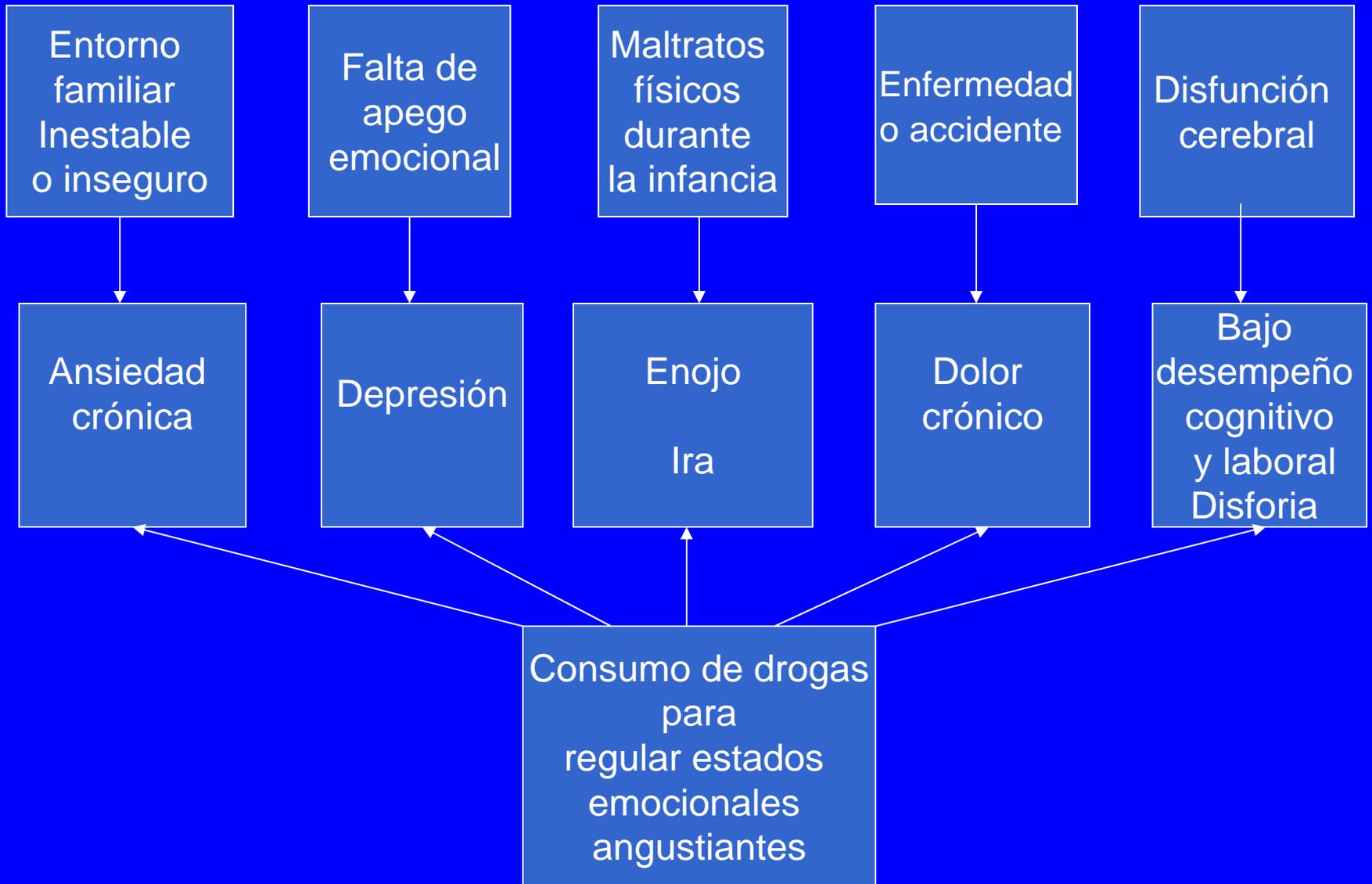
Conceptos y resultados del tratamiento del abuso de drogas

Dr. Wallace Mandell
Universidad Johns Hopkins
Facultad de Salud Pública
Bloomberg

Resultados deseados del tratamiento del abuso de drogas

- **Estilo de vida no delictivo**
- **Vida sin drogas**
- **Empleo legal remunerado**
- **Participación familiar responsable**

Factores actuales de vulnerabilidad al abuso de drogas



Estrategias actuales de tratamiento del abuso de drogas

1. El tratamiento busca enseñar formas psicosociales de controlar los estados de angustia emocional que llevan a consumir drogas y tener conductas delictivas.
2. El tratamiento busca suministrar medicamentos de uso legal para controlar los estados de angustia emocional que provocan deseos de consumir drogas y llevan a tener conductas delictivas.
3. El tratamiento/rehabilitación busca brindar un estilo de vida gratificante que lleve a conductas positivas para reducir, de esta manera, los estados de angustia emocional, el consumo de drogas y las conductas delictivas.

Modelo de tratamiento psiquiátrico

- El consumo de drogas ilícitas se considera una respuesta de automedicación ante una enfermedad psiquiátrica no tratada.
- La enfermedad psiquiátrica puede controlarse mediante medicamentos psicotrópicos que reducen la angustia emocional y, por lo tanto, el consumo de drogas ilícitas.
- Se recurre a servicios de consejería y asistencia social para mejorar el cumplimiento del tratamiento médico.
- Los servicios de rehabilitación sirven para promover un estilo de vida con menos estrés y, así, evitar recaídas psiquiátricas.

Modelos de tratamiento del consumo de drogas y la drogodependencia

- Los modelos de recuperación de enfermedades crónicas recurren a grupos de autoayuda dirigidos por pares, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos (AA y NA), para enseñar a evitar el consumo de drogas y desalentarlo.
- Los modelos psicoterapéuticos/de consejería recurren a la capacitación cognitivo-conductual para enseñar a controlar los estados emocionales que llevan a consumir drogas.
- Los modelos de rehabilitación recurren a la internación a largo plazo en un entorno terapéutico para desarrollar valores prosociales y un estilo de vida sin drogas.
- Los modelos de tribunales especiales para adictos recurren a una autoridad judicial para motivar la participación en un tratamiento en comunidades terapéuticas o en prisión a fin de desarrollar un estilo de vida no delictivo.

Modelo de tratamiento de enfermedades cerebrales

- El consumo de drogas ilícitas se considera consecuencia de trastornos cerebrales provocados por desequilibrios de neurotransmisores a veces causados por el consumo de drogas.
- Los trastornos cerebrales pueden controlarse con medicamentos de uso legal que reequilibran los neurotransmisores y reducen el estrés.
- Pueden emplearse sistemas de premios y castigos para motivar la participación en tratamientos y su cumplimiento.
- Los servicios de rehabilitación y asistencia social se emplean para mejorar el cumplimiento del tratamiento médico.

Modelo de tratamiento psicológico

- El consumo de drogas ilícitas surge por la falta de capacidades cognitivas y conductuales adecuadas para controlar los estados de angustia emocional.
- A los consumidores de drogas pueden enseñárseles capacidades cognitivas y conductuales para controlar los estados de angustia emocional que provocan deseos de consumir drogas.
- Puede recurrirse a la consejería individual o grupal para enseñar capacidades interpersonales y, así, reducir los estados de angustia emocional.

Modelo médico

- El consumo de drogas se considera una respuesta de automedicación ante una enfermedad psiquiátrica, un desequilibrio de los neurotransmisores del cerebro o la habituación a las drogas.
- Los modelos médicos emplean medicamentos psicotrópicos para controlar la enfermedad psiquiátrica y medicamentos sustitutivos de las drogas para controlar los trastornos cerebrales y la habituación a las drogas que de ellos se deriva. El alivio de los síntomas refuerza el cumplimiento del tratamiento.
- Los servicios de consejería y asistencia social contribuyen al cumplimiento del tratamiento médico.
- Los servicios de rehabilitación favorecen un estilo de vida con menos estrés, por lo que reducen las recaídas psiquiátricas.

Modelo de rehabilitación en comunidades terapéuticas

- El consumo de drogas ilícitas surge, en parte, a causa de un estilo de vida antisocial.
- El estilo de vida antisocial puede reemplazarse por un estilo de vida prosocial por presión judicial, familiar o a raíz de un problema de salud.
- El estilo de vida prosocial puede aprenderse siguiendo el ejemplo de pares respetados en una comunidad de apoyo libre de drogas.
- La confrontación del pensamiento y la conducta antisociales por parte de los pares internados en una comunidad terapéutica refuerza el control del consumo impulsivo de drogas.
- Trabajando en equipos dirigidos por pares, se aprende a colaborar y a aceptar la autoridad, y se adquieren capacidades prosociales.

Modelo de recuperación en grupos de autoayuda (AA/NA)

- La drogadicción es una enfermedad cerebral crónica para la cual no existe una cura “total”.
- La participación continua en reuniones con pares en recuperación es fundamental para la recuperación propia.
- Las personas pueden trabajar en pos de la recuperación siguiendo pasos que les impiden volver a caer en las drogas.
- Las personas que llevan más tiempo en recuperación pueden servir de modelo y guiar y aconsejar a quienes comienzan su recuperación.

Modelo de cambio basado en tribunales especiales para adictos

1. Los tribunales especiales para adictos, junto con los fiscales y abogados defensores, pueden adoptar una postura de no confrontación para incorporar el tratamiento a la causa.
2. Los tribunales especiales pueden brindar acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación, y, a la vez, controlar el consumo de drogas mediante pruebas frecuentes para detectar la presencia de alcohol y demás drogas en el organismo.
3. Puede identificarse fácilmente a los consumidores de drogas que cumplen los requisitos necesarios, y puede ofrecérseles tratamiento bajo supervisión del tribunal en lugar de encarcelarlos.
4. Los tribunales especiales pueden mantener un contacto judicial continuo con cada participante y coordinar respuestas según el grado de cumplimiento de los participantes.
5. Los tribunales especiales pueden hacer un seguimiento y una evaluación de la eficacia del programa.
6. Los tribunales especiales pueden trabajar en conjunto con organizaciones públicas y comunitarias para brindar educación interdisciplinaria continua a fin de promover la planificación, la implementación y el apoyo del programa.

Modelo de tratamiento en prisión

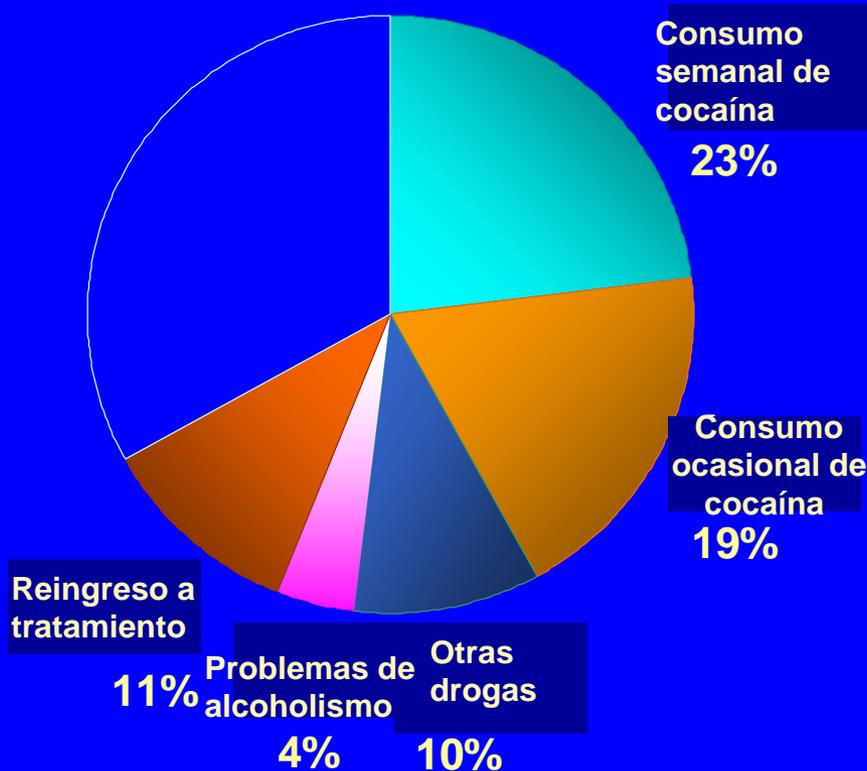
- Las prisiones especiales pueden brindar incentivos para que los reclusos que consumen drogas participen en un tratamiento.
- Puede designarse una unidad carcelaria para que funcione exclusivamente como entorno terapéutico con un régimen y una terapia de grupo sumamente estructurados a fin de dejar de lado los valores y la forma errónea de pensar del estilo de vida delictivo.
- Puede hacerse un seguimiento activo de la participación en el tratamiento postcarcelario para reforzar un estilo de vida sin drogas.

Estudio sobre los resultados de las modalidades de tratamiento

- Los programas de tratamiento, denominados “modalidad”, complementan una estrategia central de tratamiento con elementos de otras estrategias de tratamiento.
- Los estudios de los resultados comparan los cambios que existen entre el año anterior y al año posterior al tratamiento en lo referido a: *consumo de drogas, criminalidad, estados de salud y productividad económica*.
- Se han llevado a cabo estudios sobre; Terapia de sustitución con metadona, consejería para pacientes ambulatorios, Tratamiento en comunidades terapéuticas, Tratamiento del abuso de drogas en prisión y Tratamiento supervisado por tribunales especiales.

Resultados del tratamiento de la adicción a la cocaína (en el año posterior al alta del tratamiento considerado por *DATOS* [Estudio sobre los resultados del tratamiento del abuso de drogas])

Criterios de resultados cumulativos (N=1605)

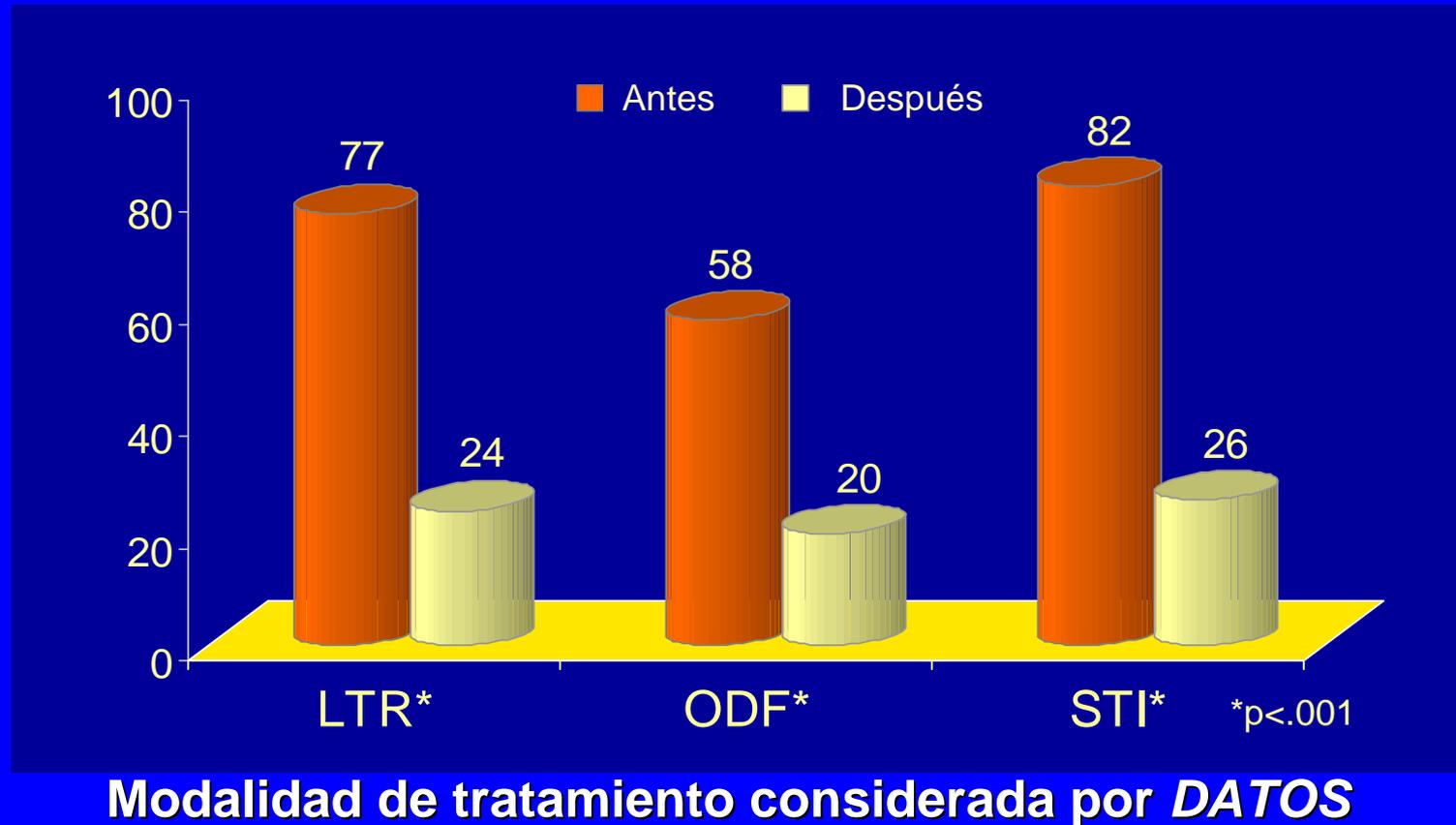


- La mitad (52%) tuvo una recaída:
 - 23% volvió al consumo “semanal” de cocaína
 - 19% volvió al consumo “ocasional” de cocaína
 - 10% volvió a consumir “otras drogas”
- 4% tuvo problemas de alcoholismo
- 11% reingresó al tratamiento (sin recaída)

En total, 67% tuvo “problemas” durante el período de seguimiento

Consumo semanal de cocaína durante el último año

Cambios entre antes y después del tratamiento



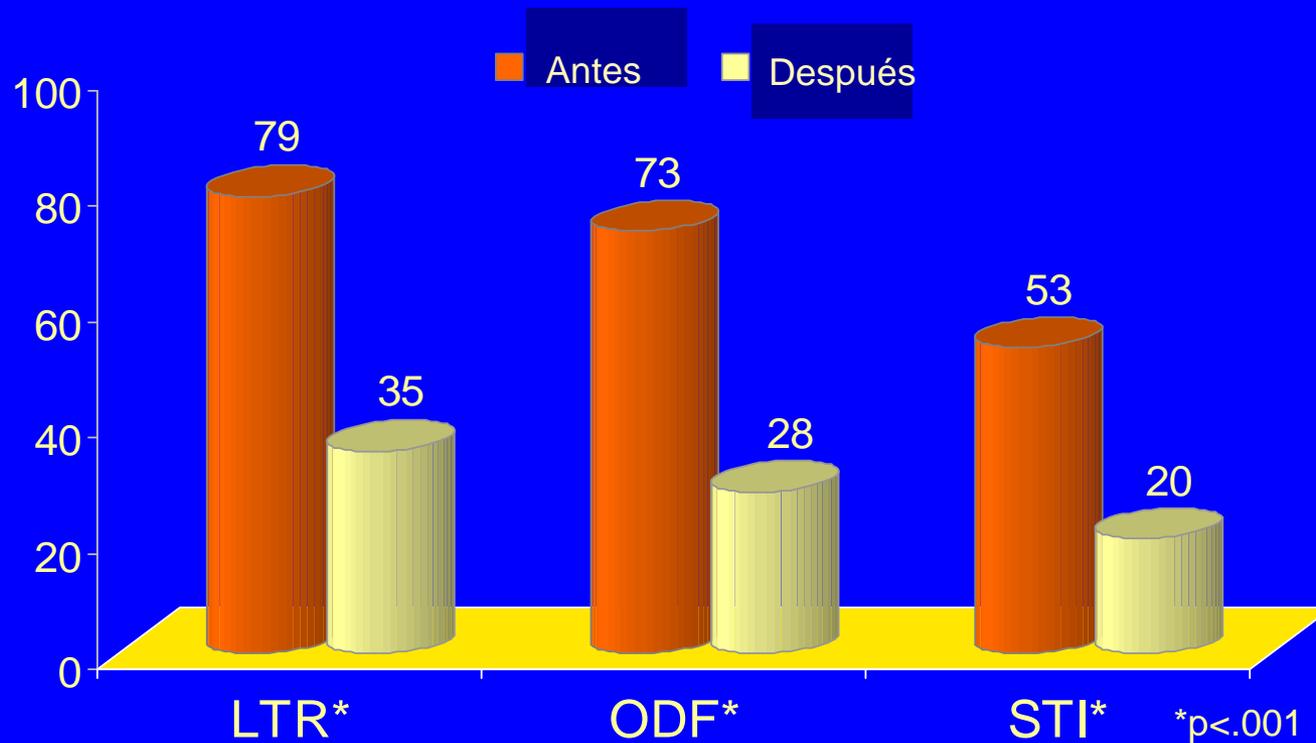
Consumo semanal de cocaína durante el último año

Cambios entre antes y después del tratamiento

	Antes	Después	Valor P
<i>LTR</i> (internación a largo plazo)	77%	24%	0,001
<i>ODF</i> (consejería ambulatoria)	58%	20%	0,001
<i>STI</i> (internación a corto plazo)	82%	26%	0,001

Encarcelamiento durante el último año

Cambios entre antes y después del tratamiento



Modalidad de tratamiento considerada por *DATOS*

Costos relacionados con delitos por cliente

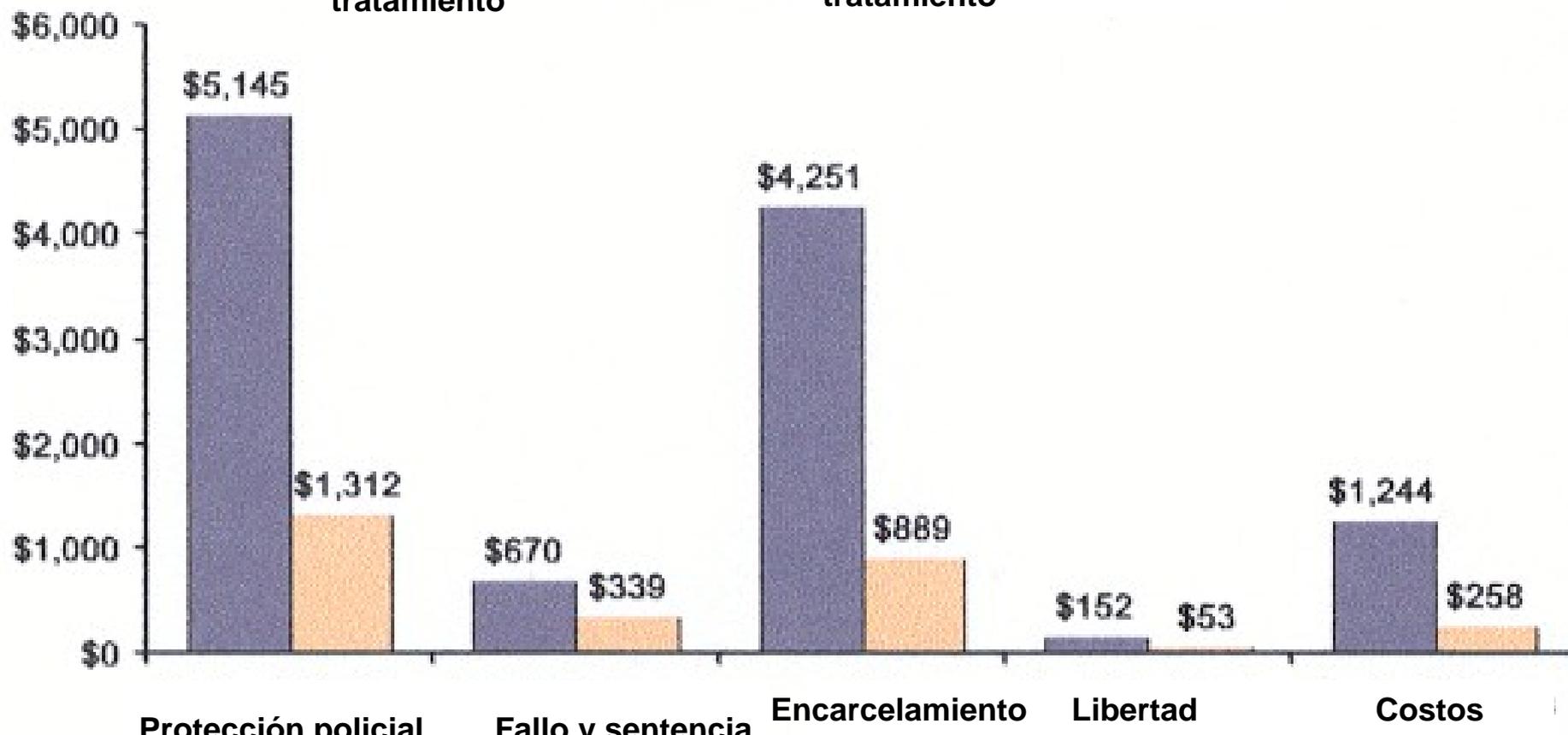
Antes y después del tratamiento por tipo de delito

(n=5,264)

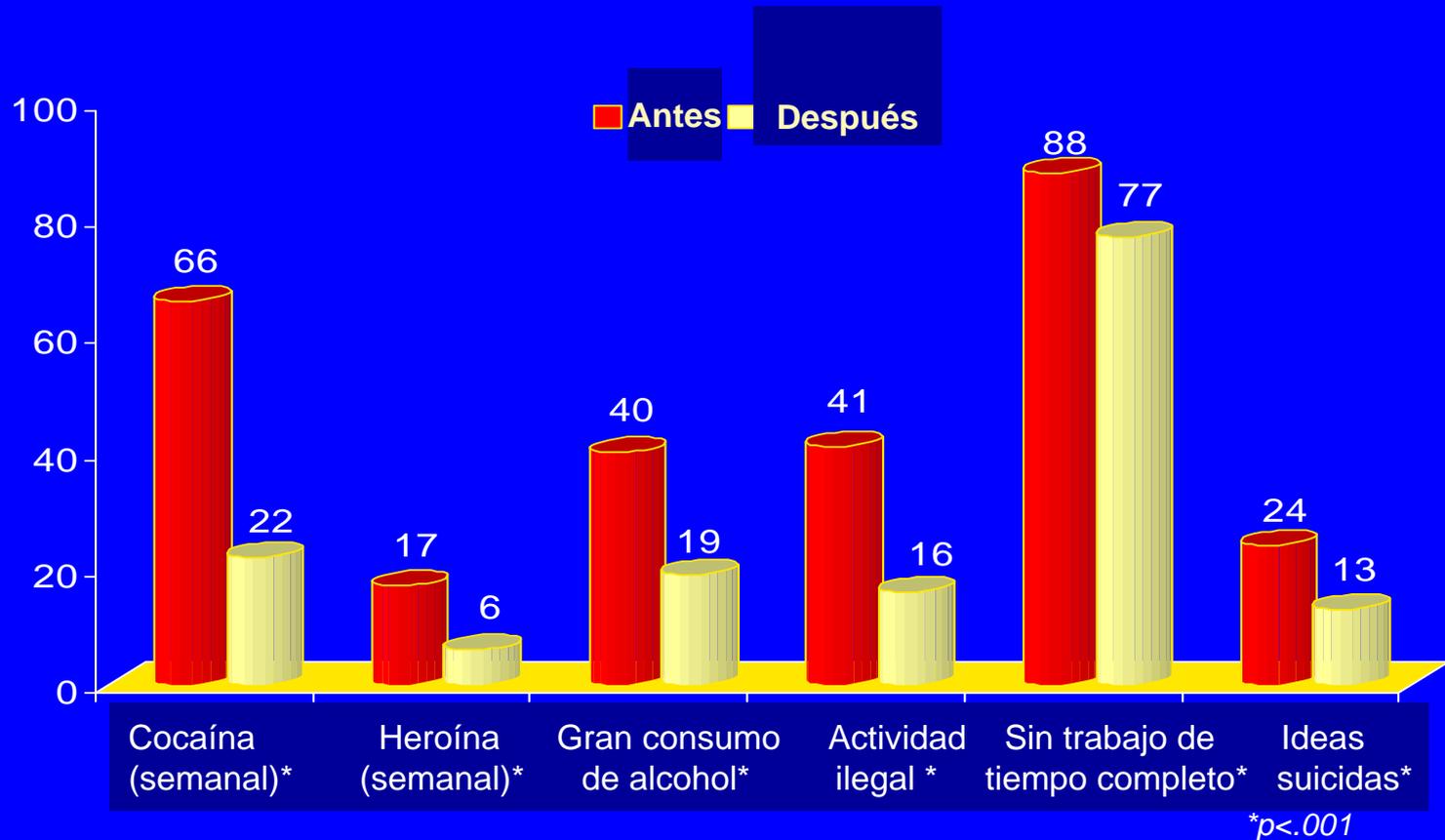
Costo promedio
por cliente

■ 12 meses antes del
tratamiento

■ 12 meses después del
tratamiento

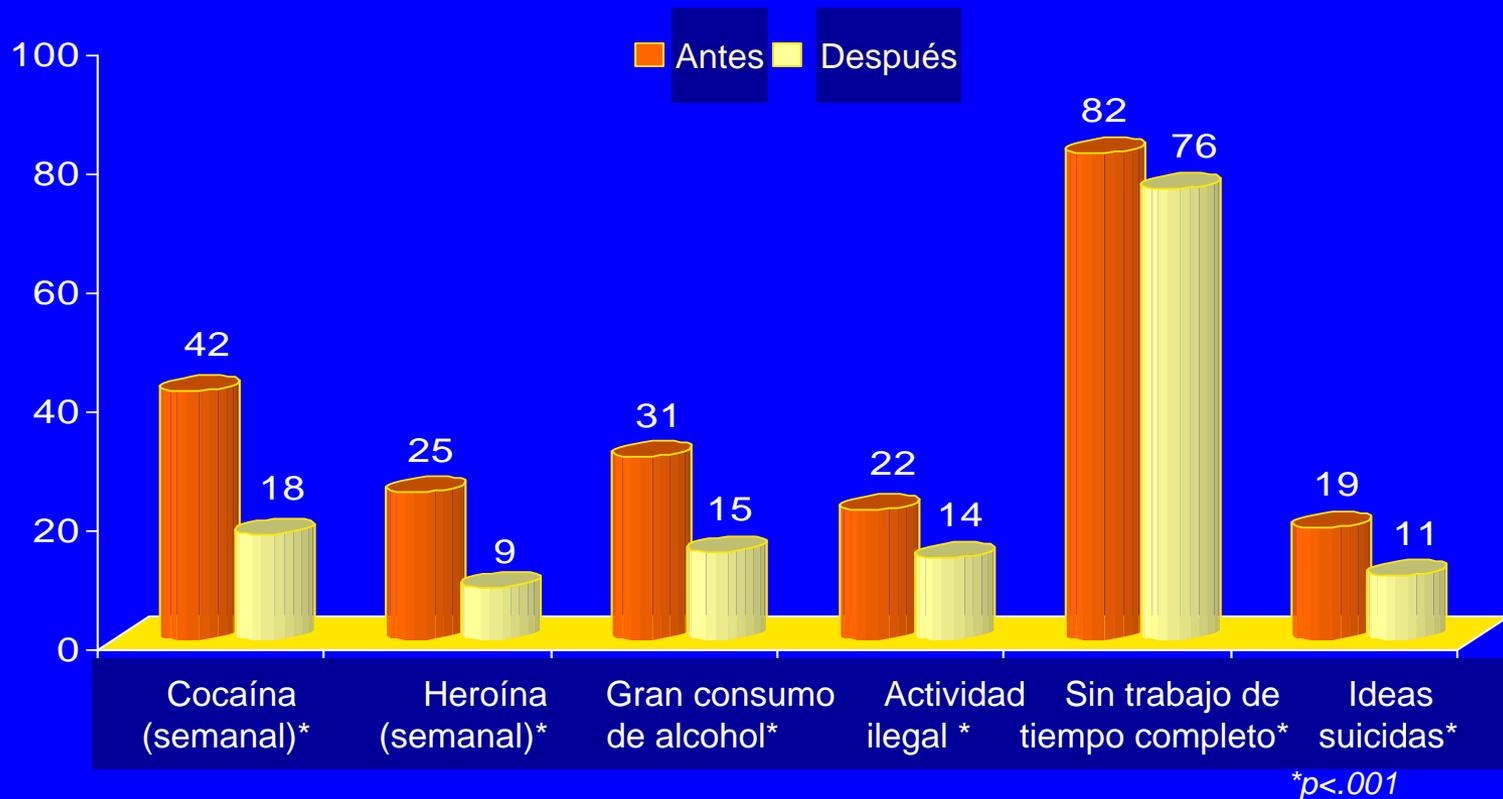


Tratamiento de internación a largo plazo (LTR) Cambios entre antes y después del tratamiento



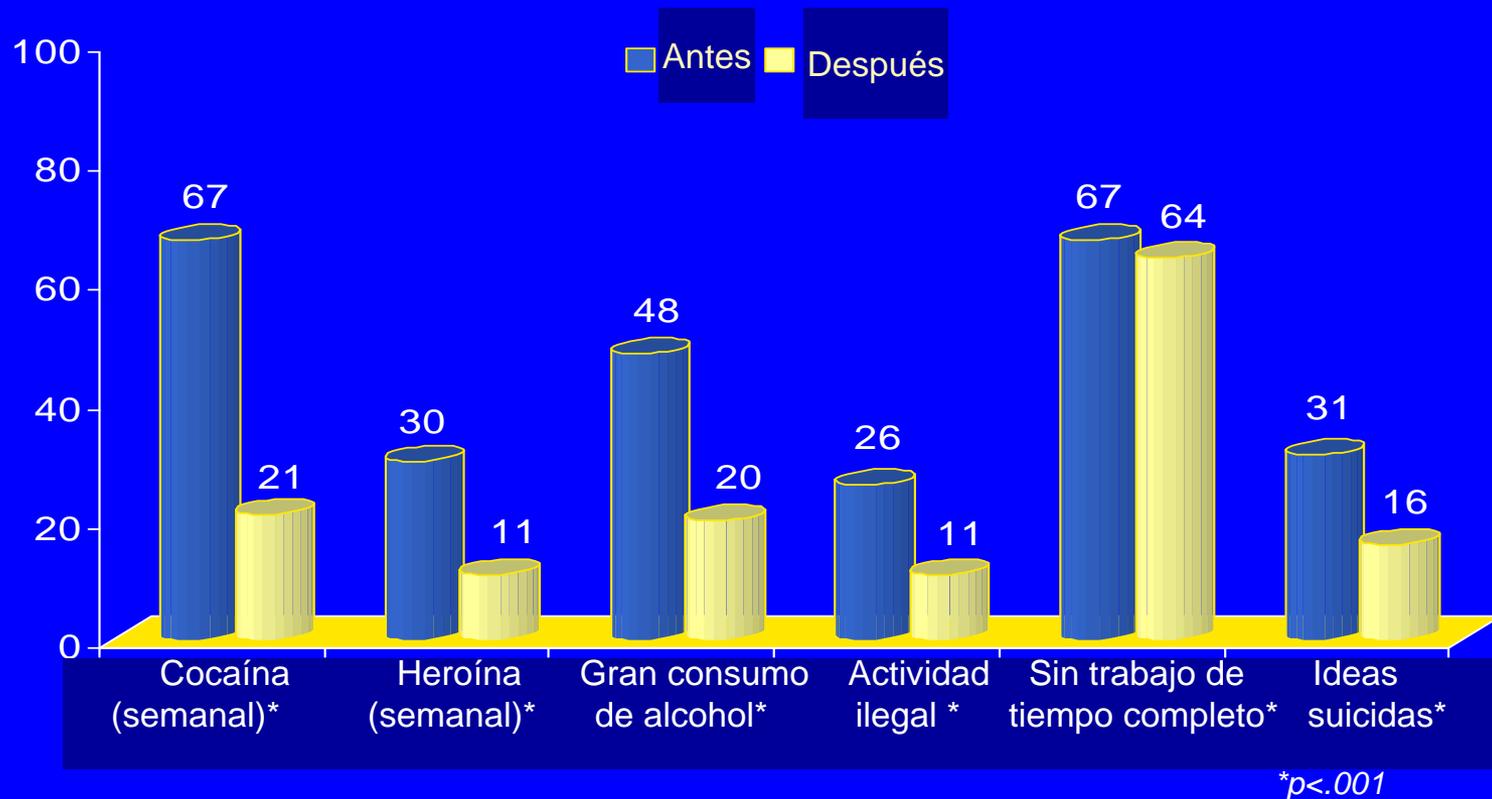
% de muestra de *DATOS* (N=676)

Tratamiento de consejería ambulatoria (ODF) Cambios entre antes y después del tratamiento



% de muestra de *DATOS* (N=764)

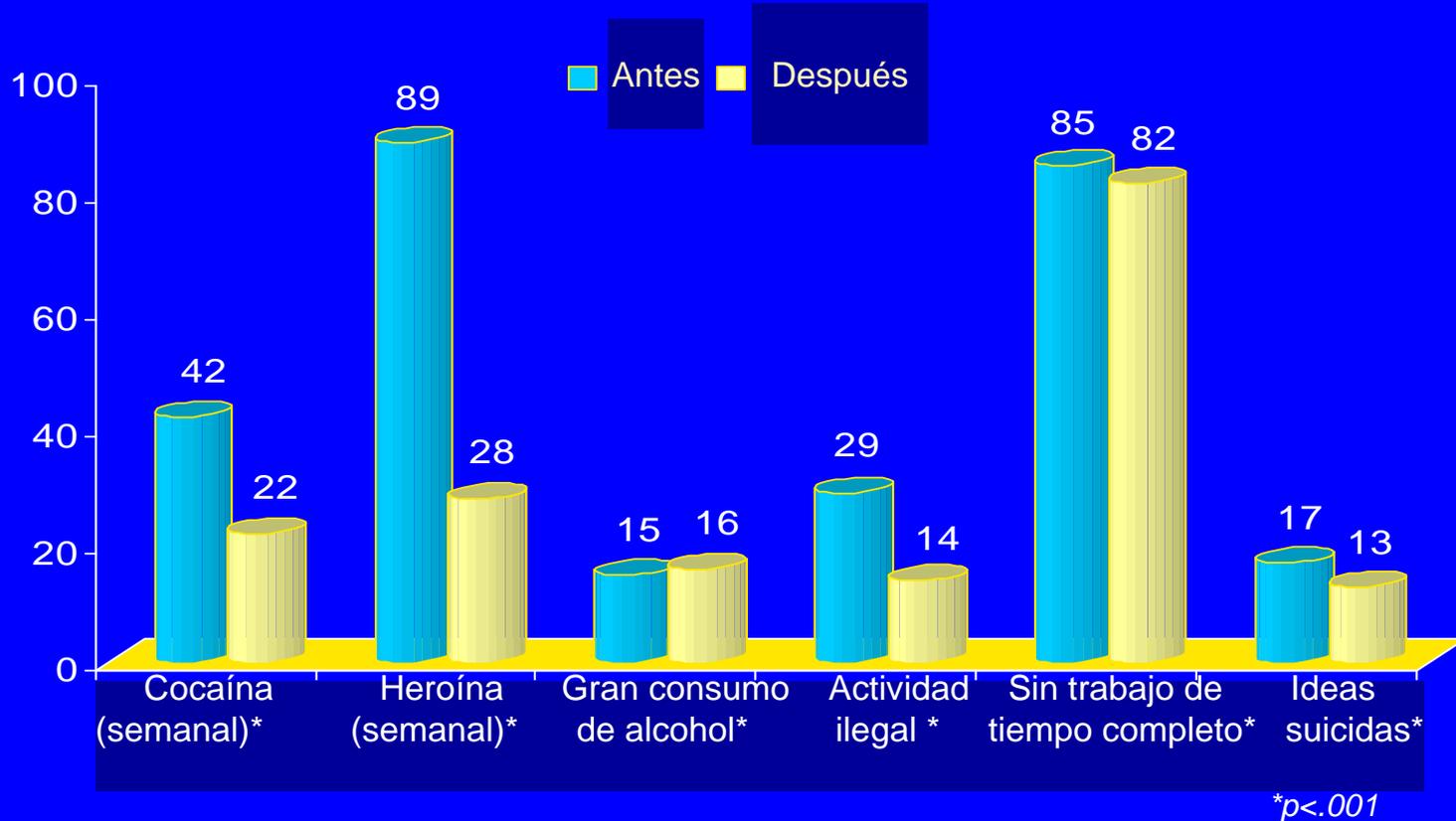
Tratamiento de internación a corto plazo (STI) Cambios entre antes y después del tratamiento



% de muestra de *DATOS* (N=799)

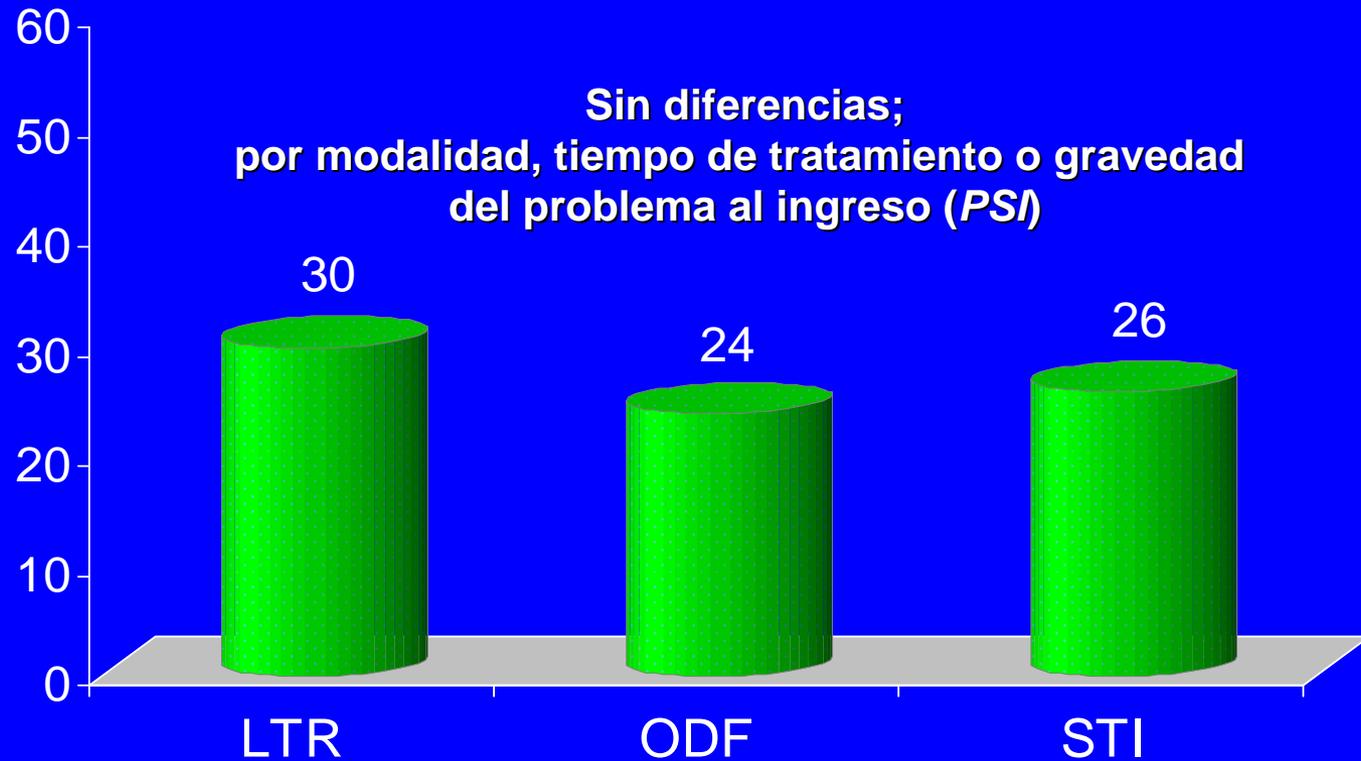
Tratamiento ambulatorio con metadona (OMT)

Cambios entre antes y después del tratamiento



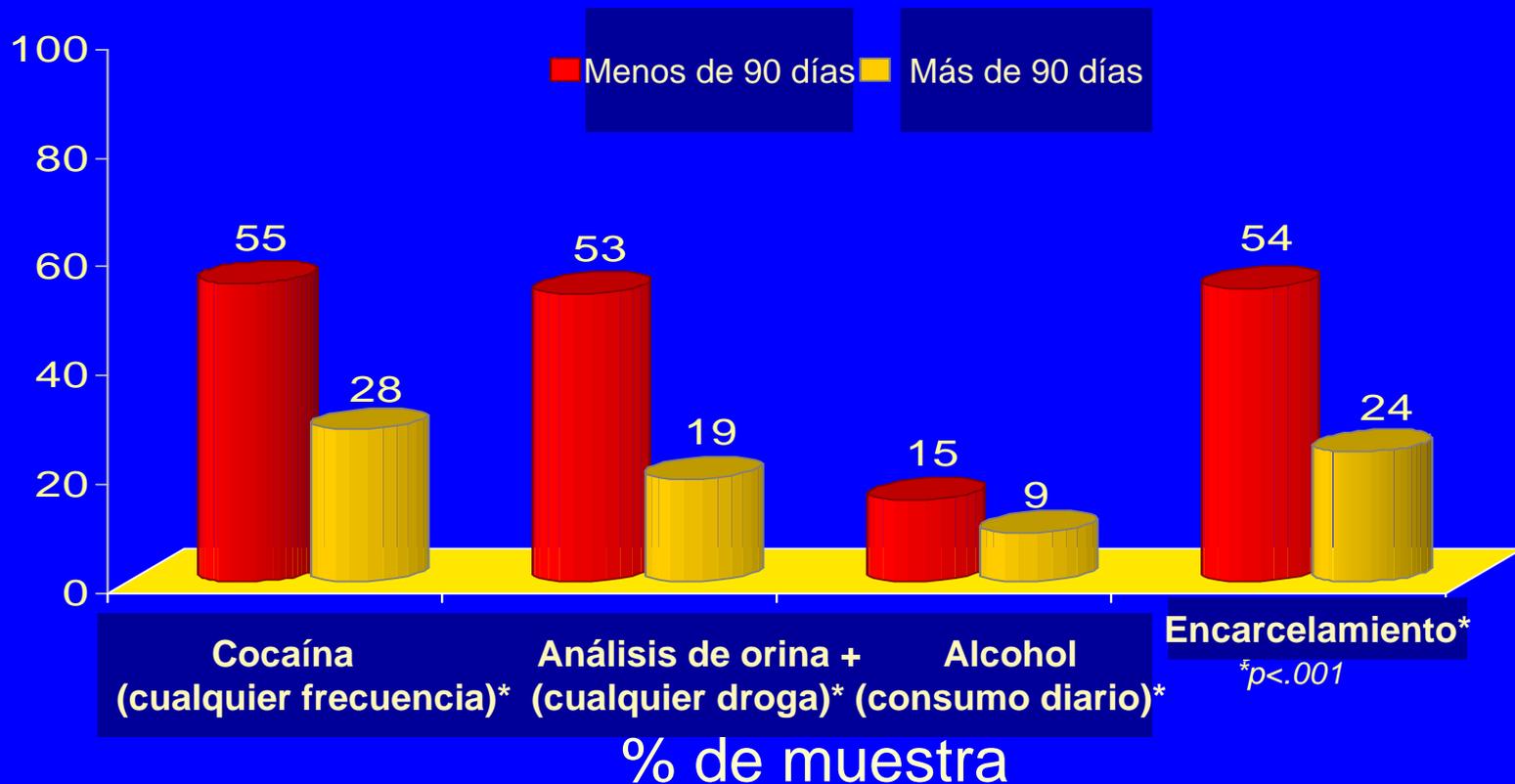
% de muestra de *DATOS* (N=727)

Regreso al tratamiento durante el primer año de seguimiento

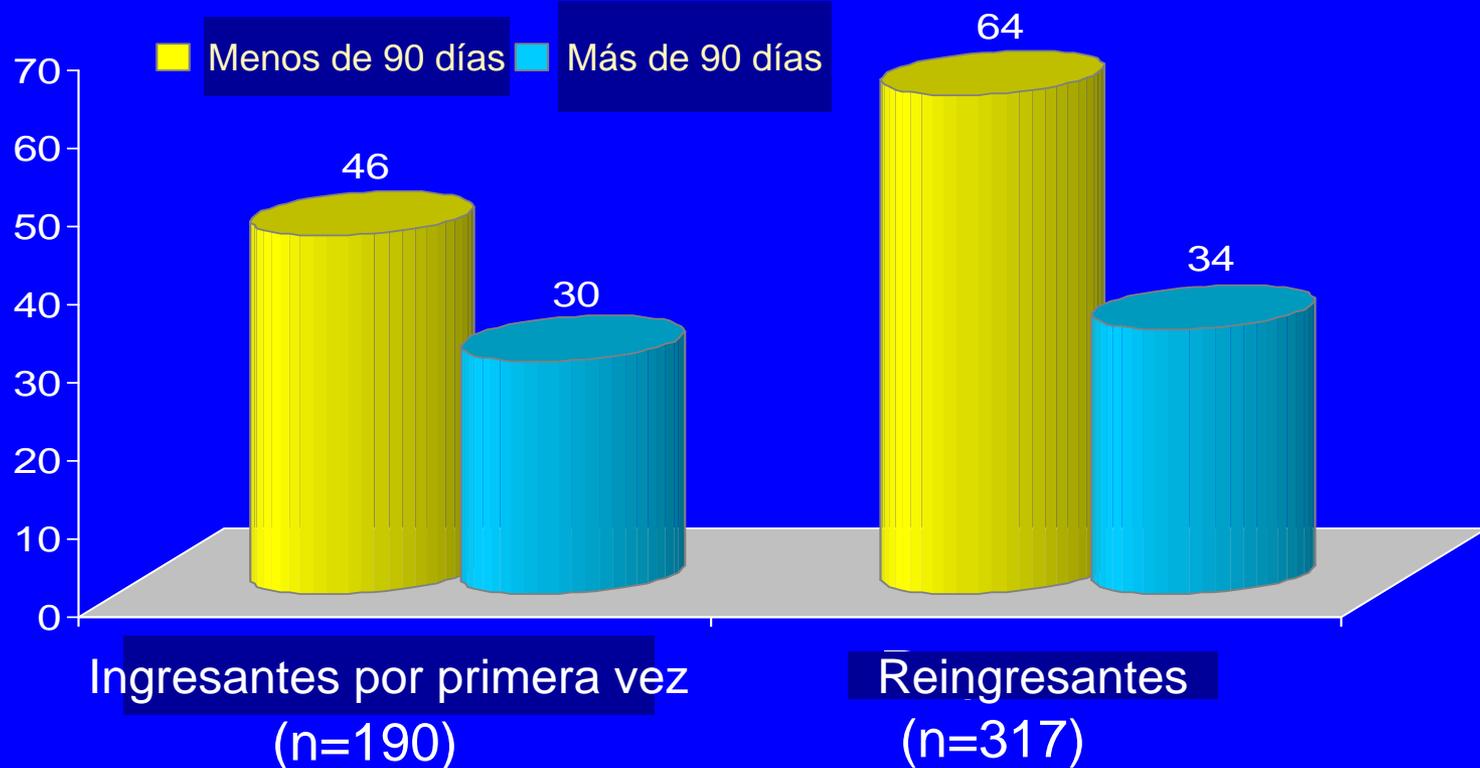


Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard y Anglin, 1999

Comparación de los resultados del año 1 por tiempo de tratamiento *LTR*



Un mayor tiempo de tratamiento mejora los resultados de “re-ingresantes”



% que consume cocaína durante el seguimiento

N=507; Hser, Joshi, Anglin y Fletcher, 1999, *AJPH*

Regreso a prisión de delincuentes del estado de Nueva York tratados en el centro Phoenix House

Fase 1 Comunidad terapéutica en prisión

Fase 2 Comunidad terapéutica tras salir de prisión

	<u>Entrevistados a los</u>	
	<u>18 meses</u>	<u>30 meses</u>
Población carcelaria general	25%	37%
Adictos sin Fase 1 completa	29%	45%
Adictos con Fases 1&2 compl.	16%	31%
Diferencia	-13%	-14%
Porcentaje de mejora	45%	31%

Reclusos no tratados que volvieron a las drogas tras salir de prisión

Vaillant: 447 adictos a los opiáceos	91%
Maddux y Desmond: 594 adictos a los opiáceos	98%
Nurco y Hanlon: 355 adictos a los opiáceos	88%
Hanlon y Nurco: 237 adictos a varias drogas	70%

Muchos otros estudios, entre ellos:

~~(Simpson, Wexler, Inciardi, Hubbard, Anglin)~~

Reclusos no tratados nuevamente encarcelados tras salir de prisión

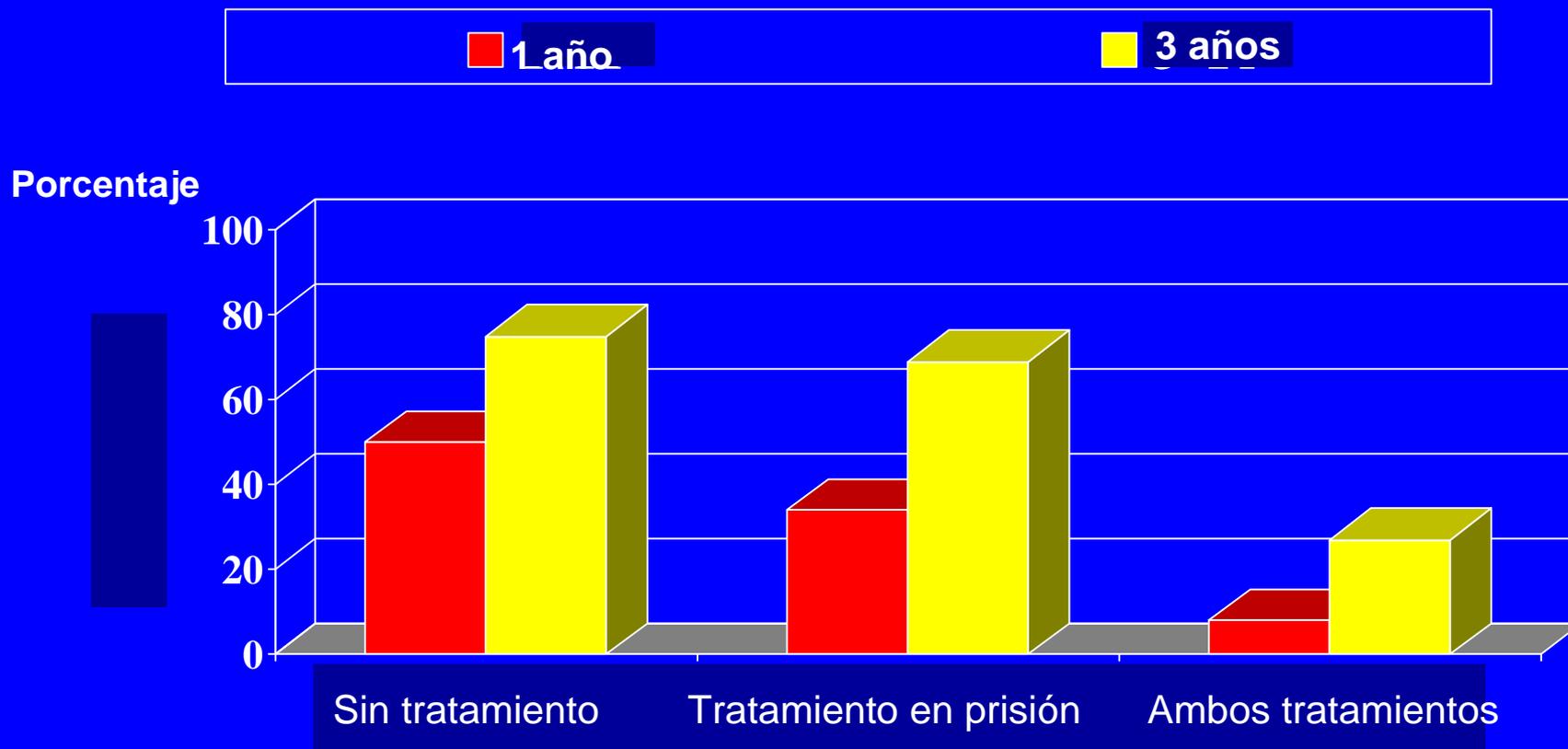
Nurco & Hanlon: 355 adictos a los opiáceos	58%
Beck & Shipley: 100.000 adictos, 11 estados	41%

Muchos otros estudios, entre ellos:

(Simpson, Wexler, Inciardi, Hubbard, Anglin)

Nuevo encarcelamiento, dentro del año y de los 3 años, de delincuentes adictos con tratamiento en prisión o en prisión y tras salir de prisión

Wexler y otros, *The Prison Journal*, 78(3)1999



Consumo de drogas y arresto de delincuentes adictos, dentro del año y los 3 años, con tratamiento en prisión o en prisión y tras salir de prisión

Knight, Simpson y Hiller, *The Prison Journal*, 78 (3) 1999



Sin drogas



Sin arrestos

Porcentaje

100

80

60

40

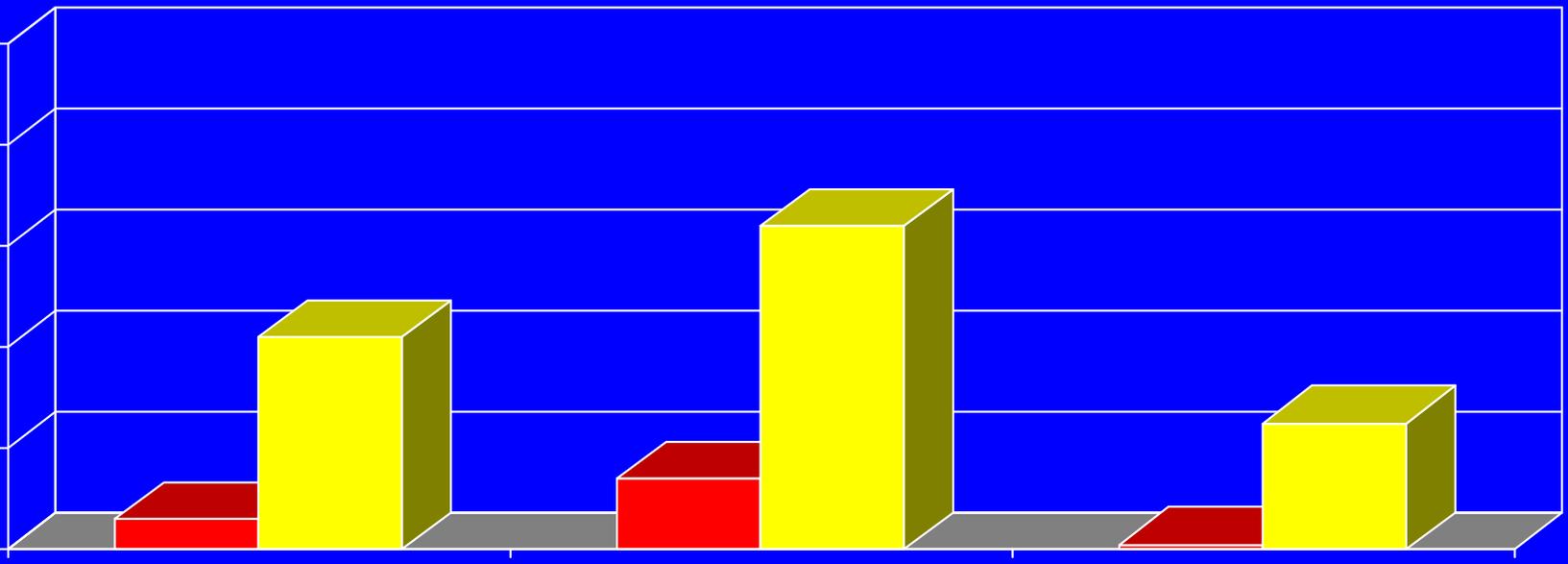
20

0

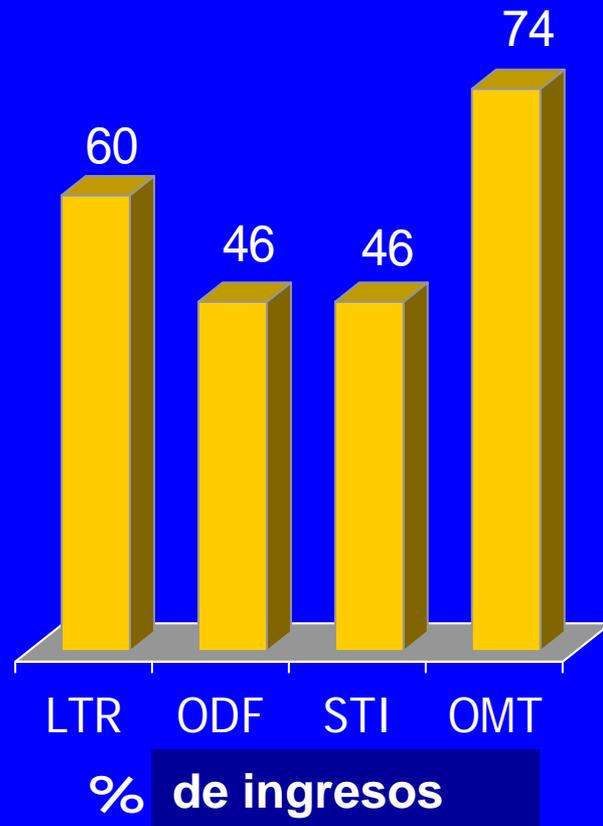
Sin tratamiento

Tratamiento en prisión

Ambos tratamientos

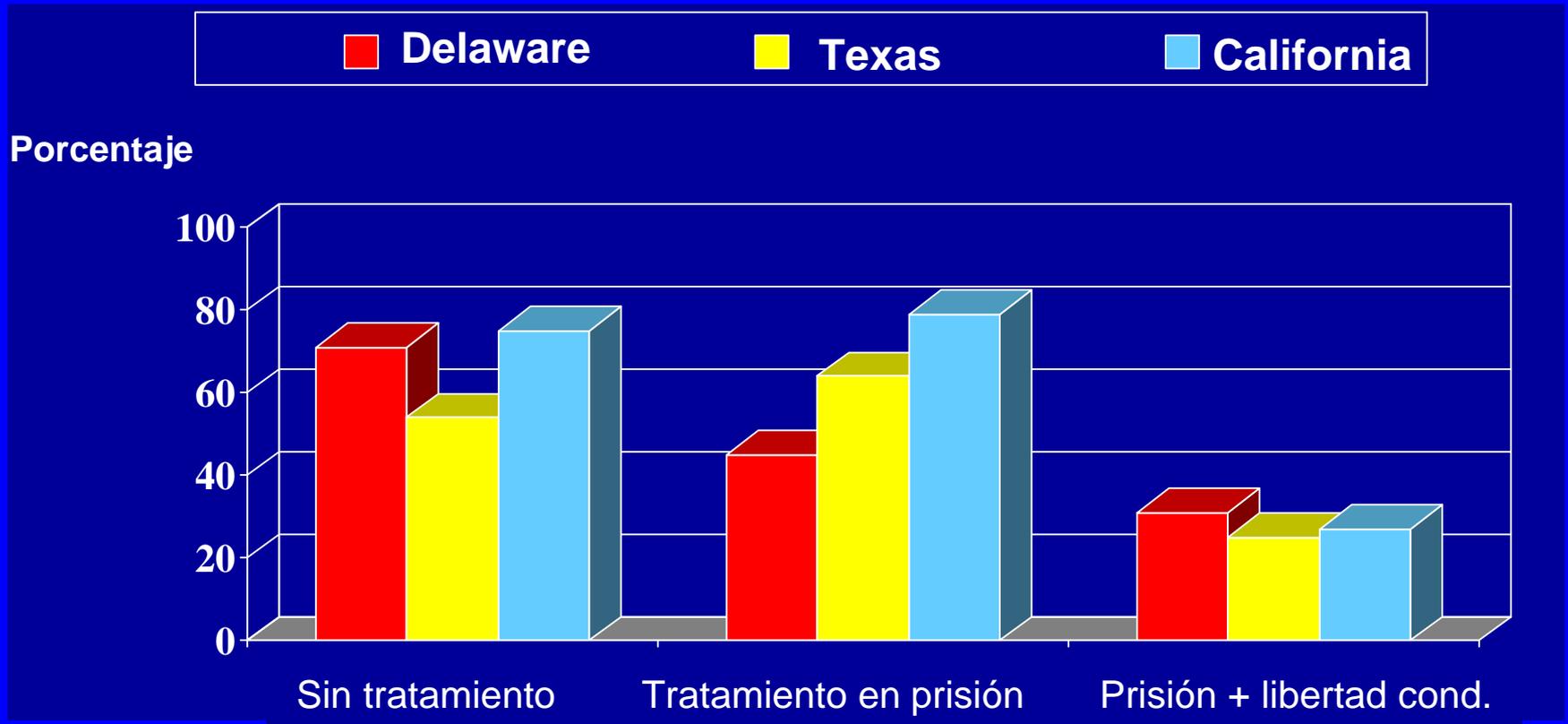


Pacientes con tratamiento previo



- Reingresantes a tratamientos
 - ✓ más problemas al ingreso
 - ✓ necesitan más servicios
 - ✓ mayor porcentaje de recaídas
- Los resultados mejoran con
 - ✓ retención más larga
 - ✓ más sesiones individuales

Nuevo encarcelamiento, dentro del año y de los 3 años, de delincuentes adictos con tratamiento en prisión o en prisión y tras salir de prisión



Evaluación de los tribunales especiales

- En los Estados Unidos, los más de 1.600 tribunales especiales para adictos se diferencian considerablemente unos de otros en términos de poblaciones atendidas, filosofía de tratamiento, servicios brindados y eficacia.
- La evaluación del tribunal especial para adictos de California halló 17% de nuevos arrestos de graduados, 29% de todos los participantes y 41% de un grupo de comparación.
- Los costos de procesamiento de los tribunales especiales ascendieron a 1.593 dólares por participante, monto levemente inferior al de los costos de procesamiento de los tribunales que no se especializan en adictos.
- El promedio de ahorro neto por participante fue de 4.312 dólares; si se consideran los costos de victimización, dicho monto asciende a 11.000 dólares.

Resumen: Eficacia del tratamiento

Todas las modalidades de tratamiento funcionan, pero la eficacia varía a causa de:

Características individuales al ingreso: grado de adicción, criminalidad, motivación para seguir el tratamiento

Diferentes incentivos para participar en el tratamiento y seguirlo

Capacidad del personal de sumar a los clientes al proceso de tratamiento y hacer que participen activamente

Empleo de servicios de asistencia social, cognitiva y conductual por parte de los programas

Capacidad de mantener a los clientes en tratamiento durante un período adecuado