



[Back
to navigation page](#)



Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas:

**Documento de debate
para la formulación de
políticas**



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

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

**Por qué invertir en el tratamiento
del abuso de drogas:**

Documento de debate para la formulación de políticas



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2003

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

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

Resumen

La toxicomanía genera problemas sociales graves, generalizados y costosos. Independientemente de que el abuso de sustancias sea un pecado, un delito, una mala costumbre o una enfermedad, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el "problema del abuso de drogas" sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas.

La ciencia ha hecho grandes progresos en los últimos años, pero todavía no se pueden explicar totalmente los procesos fisiológicos y psicológicos que transforman el "uso" voluntario controlado del alcohol o de otras drogas en una "dependencia" involuntaria incontrolada de esas sustancias para la cual todavía no existe cura. Lo que se puede hacer es tratar ese fenómeno "eficazmente" y ofrecer beneficios tangibles a cambio de la inversión que haga la sociedad en tratamiento.

Los ensayos clínicos controlados y los estudios de campo a gran escala han demostrado mejorías significativas a nivel estadístico y clínico en lo que respecta al consumo de drogas y a los problemas sanitarios y sociales conexos de las personas tratadas. Además, esa mejoría se traduce en reducciones sustanciales de los problemas sociales y de los costos para la sociedad. En el presente documento se compara la eficacia de diversas formas de tratamiento con otras opciones que no conllevan tratamiento —como la ausencia total de tratamiento— y con intervenciones de la justicia penal. En cada uno de los casos, los resultados de las investigaciones parecen indicar que es más eficaz administrar tratamiento que no hacerlo.

Las principales etapas del tratamiento del abuso de sustancias son la desintoxicación/estabilización, la rehabilitación y la atención continuada. En la bibliografía científica se establecen los componentes eficaces de los tratamientos, y la duración del tratamiento es la variable independiente que indica más claramente los efectos beneficiosos de éste. Por lo general, las modalidades de tratamiento que tienen una mayor duración recomendada obtienen mejores resultados, del mismo modo que los pacientes que continúan en tratamiento durante más tiempo, independientemente de la modalidad de éste.

Los trabajos de investigación han demostrado de forma concluyente que, para los que padecen graves formas de dependencia, los mejores tratamientos de que se dispone:

- Son tratamientos continuados como los de otras dolencias crónicas;
- Son capaces de abordar los múltiples problemas que constituyen un riesgo para la recaída, como son los síntomas físicos y psíquicos y la inestabilidad social;
- Están bien integrados en la sociedad para permitir fácil acceso a efectos de seguimiento y prevención de recaídas.

Un aspecto importante que revelan las investigaciones es que, si bien la motivación para someterse a un tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida en el mismo, la mayoría de los pacientes que hacen abuso de sustan-

Una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el "problema del abuso de drogas" debería disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas.

El mejor tratamiento para el abuso de drogas es una combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuados.

cias se someten al tratamiento como resultado de una combinación de factores de motivación interna y presiones familiares, laborales o judiciales. Esas presiones pueden combinarse con el tratamiento en beneficio del paciente y de la sociedad.

Los resultados de las investigaciones son convincentes en cuanto a que, en el estado actual de los conocimientos, es mejor considerar la adicción un trastorno crónico recurrente. Es cierto que no todos los casos de adicción son crónicos y que algunas personas a las que se podría diagnosticar dependencia de sustancias logran recuperarse completamente sin tratamiento. Sin embargo, muchas de las personas que padecen problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento y se piensa que siguen estando propensas a recaídas durante años o quizás durante toda la vida. Como muchas otras enfermedades, es imposible predecir si y en qué plazo una estrategia de cuidados intensivos puede dar lugar a la remisión completa. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión, si bien los cambios en la dieta, el ejercicio y el estilo de vida pueden reducirla en algunos pacientes sin medicación ni tratamiento continuado, muchos otros necesitan una asistencia continuada con medicación, además de una evaluación periódica de la dieta, el estrés y el ejercicio. Si la adicción se considera un trastorno crónico, ya no resulta sorprendente que ni la encarcelación ni un breve período de estabilización resulten eficaces.

Los resultados de las investigaciones son bastante categóricos en lo tocante a los siguientes aspectos:

- La educación no corrige la toxicomanía; no se trata simplemente de un problema de falta de conocimientos.
- Las consecuencias del consumo de alcohol y drogas (por ejemplo, la resaca, la pérdida del trabajo o la detención) parecen ser estímulos importantes para someterse al tratamiento.
- Muy pocos adictos logran beneficiarse de un planteamiento de tipo correctivo por sí solo. En todas las formas de intervención de la justicia penal se registran tasas de recaída de más del 70%.
- En el caso de la adicción, no se trata simplemente de que la persona se estabilice y elimine las drogas del organismo. Las tasas de recaída después de los tratamientos de desintoxicación son aproximadamente las mismas que después del encarcelamiento.

Así pues, se llega a la conclusión de que el mejor tratamiento para el abuso de drogas es una combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuados con objeto de obtener los máximos beneficios posibles y mantenerlos.

En recientes investigaciones farmacéuticas se han descubierto medicaciones eficaces para el tratamiento de la dependencia del alcohol, la nicotina y los opiáceos y se han encontrado posibles medicaciones prometedoras que ayudarán aún más a los médicos a tratar esas enfermedades. Así pues, cabe concluir que la farmacodependencia y el alcoholismo son enfermedades físicas tratables.

Si bien en el presente documento se compara la adicción con otras dolencias crónicas, existen muchas diferencias entre una y otras. Una de las más significativas es la repercusión de la enfermedad en la familia y la sociedad. Los principales objetivos de la

mayoría de los tratamientos de otras dolencias crónicas son la remisión de los síntomas y la recuperación de la función en beneficio del paciente. Esto también ha regido para muchos tratamientos de la adicción, lo que ha dado la sensación a la sociedad de que el principal objetivo del tratamiento de la adicción consiste simplemente en que el paciente se sienta mejor, algo que aquellos que han sufrido las consecuencias de la delincuencia, la pérdida de productividad y el desconcierto relacionados con la adicción no están dispuestos a hacer.

Se parte aquí de la base de que los encargados de proporcionar el tratamiento de la adicción deben ampliar sus responsabilidades y centrarse en los siguientes fines importantes desde el punto de vista social:

- Trabajar con los empresarios y los organismos de bienestar social para que los afectados recuperen sus puestos de trabajo o encuentren trabajo;
- Trabajar con los organismos de justicia penal y los agentes de libertad condicional y de libertad vigilada para conseguir que el paciente no vuelva a cometer delitos relacionados con drogas y a ser encarcelado;
- Trabajar con los organismos de bienestar familiar y con las familias para que los pacientes vuelvan a desempeñar su función familiar en forma responsable, o la asuman, especialmente la de padre o madre.

Estos son los problemas relacionados con la adicción que más afectan a la sociedad, y su reducción o eliminación es lo que la sociedad espera de toda intervención "eficaz".

En el presente documento se llega a la conclusión de que cabe esperar que los tratamientos del abuso de sustancias mitiguen los problemas de salud pública, las consecuencias sociales para los pacientes, y de que existen métodos para organizar la estructura y la prestación de servicios de atención para lograr esos resultados.

*Cabe esperar que los
tratamientos del
abuso de sustancias
mitiguen los
problemas de salud
pública y
las consecuencias
sociales para los
pacientes.*

ÍNDICE

RESUMEN	iii
INTRODUCCIÓN	1
1. ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN LA ACEPTACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO POR PARTE DE LA SOCIEDAD? EXPECTATIVAS DE LA SOCIEDAD CON RESPECTO A UN PLAN DE TRATAMIENTO “EFICAZ”	7
Razones que llevan a los toxicómanos a someterse a un tratamiento	7
Resultados esperados del tratamiento del abuso de sustancias	8
Esferas de resultados basados en las expectativas públicas	12
2. ALTERNATIVAS PARA ABORDAR EL ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO CONLLEVAN TRATAMIENTO	17
Comprobación de la eficacia del tratamiento	17
¿Qué pasa si el abuso de sustancias no es tratado?	17
Intervenciones que no conllevan tratamiento	21
Combinación de los planes de tratamiento con intervenciones que no conllevan tratamiento	23
3. COMPONENTES DE UN TRATAMIENTO CONTEMPORÁNEO DE LA ADICCIÓN	27
¿Qué componentes contribuyen a la eficacia de un tratamiento?	27
Etapas del tratamiento	27
Factores relativos a los pacientes y a los tratamientos que son importantes para determinar los resultados	30
4. ¿POR QUÉ LOS TRATAMIENTOS DE LA ADICCIÓN NO SON TAN EFICACES COMO LOS TRATAMIENTOS DE OTRAS ENFERMEDADES?	35
Consecuencias para la administración y la evaluación del tratamiento de la adicción	35
Cumplimiento del tratamiento, remisión de los síntomas y recaídas en el tratamiento de la adicción	35
Cumplimiento del tratamiento, remisión de los síntomas y recaídas en el caso de las enfermedades crónicas	36
Perspectiva de las enfermedades crónicas aplicada a la elaboración y evaluación del tratamiento	37
BIBLIOGRAFÍA	40

Introducción

Los problemas de la dependencia de sustancias suponen un alto costo para todas las sociedades en lo que se refiere a la pérdida de productividad, la transmisión de enfermedades infecciosas, trastornos familiares y sociales, delincuencia y, por supuesto, una excesiva utilización de los servicios de salud. Estos problemas relacionados con el alcohol y las drogas no solo menoscaban la seguridad pública y la calidad de la vida cotidiana, sino que también dan lugar a gastos considerables. Por ejemplo, se ha calculado que en los Estados Unidos de América el costo total del abuso del alcohol en 1990 fue de 99.000 millones de dólares de los EE.UU. y el abuso de drogas costó aproximadamente 67.000 millones de dólares, mientras que el costo total del consumo de drogas ilícitas en Australia se calculó en 1.684 millones de dólares australianos (1.237 millones de dólares de los EE.UU.) en 1992. Se estima que en el Canadá el costo total del abuso del alcohol en 1992 fue de 7.522 millones de dólares canadienses (6.223 millones de dólares de los EE.UU.) y que el costo total del consumo de drogas ilícitas fue de 1.371 millones de dólares canadienses (1.134 millones de dólares de los EE.UU.).

Como es comprensible, estos problemas también generan acalorados debates con respecto a lo que las familias, los colegios, los empresarios, el gobierno o la sociedad deberían hacer para reducir los gastos y los riesgos del abuso de sustancias para la salud y la seguridad públicas de los ciudadanos.

Pocos países, independientemente de su nivel de desarrollo económico, cuentan con un sistema público de tratamiento bien desarrollado, concebido para ocuparse de diferentes sustancias que son objeto de abuso y de los diferentes niveles o manifestaciones del amplio espectro de la drogadicción. Cabe preguntarse por qué las opciones de tratamiento no han recibido una consideración más favorable y no han sido mejor desarrolladas y divulgadas para abordar los problemas de la toxicomanía. Quizá la primera razón para esto sea la relativa prominencia de los problemas sociales causados por el abuso de las drogas y del alcohol. La delincuencia, los problemas familiares, la pérdida de productividad económica y la decadencia social son los efectos más fácilmente observables, más potencialmente peligrosos y más costosos de las drogas en los sistemas sociales de la mayoría de los países. Éste es un factor que contribuye poderosamente a forjar la opinión general de que la "cuestión de las drogas" es principalmente un problema de delincuencia que requiere un remedio social y judicial, en lugar de un problema de salud que requiere prevención y tratamiento.

Una segunda razón para que el tratamiento no desempeñe un papel importante en la mayoría de las políticas públicas relativas al abuso de drogas es que la mayoría de las sociedades son escépticas acerca de la eficacia de los tratamientos del abuso de sustancias y la mayoría de los gobiernos ponen en duda que "valga la pena" ofrecer tratamientos. Además, recientes estudios revelan incluso que la mayoría de los médicos generales y enfermeras consideran que los planes médicos o de atención de la salud disponibles actualmente no son adecuados ni eficaces para tratar la adicción.

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas no solo menoscaban la seguridad pública y la calidad de la vida cotidiana, sino que también dan lugar a gastos considerables.

Cabe preguntarse si el tratamiento de la adicción puede desempeñar una función en la política pública sobre drogas.

Una tercera razón por la que las opciones de tratamiento pueden no haber recibido más atención en las políticas públicas relativas al abuso de drogas es la opinión predominante de que la utilización de un tratamiento para solucionar el abuso de sustancias transmite el mensaje implícito de que la adicción –y los problemas relacionados con ésta– no son culpa de los toxicómanos, sino que esas personas "no pueden ayudarse a sí mismas" y no son responsables de los actos que llevaron a la adicción ni de los que se derivaron de ella. En este sentido, existe la opinión de que los tratamientos están concebidos exclusivamente para ayudar al consumidor de drogas, no a la sociedad. ¿Por qué una sociedad ha de gastar recursos en ayudar a una persona que puede haber causado daños sociales? Estos son mensajes que muchas personas encuentran ofensivos e injustos.

Así pues, las intervenciones terapéuticas que no pueden curar la adicción y que pueden considerarse encaminadas únicamente a ayudar a toxicómanos estigmatizados socialmente no gozan de gran aceptación en muchos sectores de la sociedad. Cabe preguntarse si esas percepciones son correctas y si el tratamiento de la adicción puede desempeñar una función en la política pública encaminada a reducir los problemas relacionados con las drogas. En el texto siguiente se examina esta cuestión desde varios puntos de vista. En la primera parte del documento se examina la perspectiva de un gobierno u organismo público que pone en duda el valor de todo plan orientado a los "problemas de drogas". ¿Qué debería lograr un plan "eficaz", independientemente de que fuera de carácter punitivo, de justicia penal, educativo, una nueva política social o un tratamiento? Al respecto, en el presente documento se examinan las características de los pacientes que se someten a un tratamiento de la adicción, es decir, se pregunta de dónde vienen, qué persona u organismo los ha remitido al tratamiento y qué resultados esperan esos organismos y organizaciones. La finalidad del examen es elaborar una lista de expectativas de resultados que harían que el tratamiento "valiera la pena" para la sociedad a la que se pidiera apoyo para ese plan o política.

En la segunda parte del documento se utilizan esas expectativas y las medidas necesarias para alcanzar los resultados que se derivan de ellas como definición operacional de "eficacia". A partir de esa definición, se analiza parte de la literatura de investigación publicada examinando las pruebas disponibles relativas a la eficacia de algunas de las formas más destacadas de tratamiento del abuso de sustancias, comparándolas con dos opciones comunes de políticas que no entrañan tratamiento: la ausencia total de tratamiento e intervenciones de justicia penal como el encarcelamiento.

Sobre la base de las expectativas de resultados y de las conclusiones empíricas de las dos primeras partes del documento, en la tercera sección figura una sinopsis de cómo podría construirse un sistema de tratamiento adecuado y eficaz. Se intenta presentar algunas de las cuestiones genéricas relacionadas con el tratamiento de la adicción, examinar algunos de los mecanismos de acción determinados entre las formas de tratamiento estudiadas y, por ese conducto, ofrecer sugerencias sobre algunos de los "ingredientes activos" que tienen posibilidades de ser eficaces para una amplia variedad de tipos de pacientes.

En la última parte del documento se aborda una importante cuestión para los encargados de formular las políticas: ¿por qué los tratamientos de la adicción no parecen ser tan potentes ni tan eficaces como los tratamientos de otros trastornos? Como base para el

debate, se comparan tratamientos de la adicción con los tratamientos de tres enfermedades crónicas bien estudiadas. Del examen de la cuestión se desprenden conclusiones especialmente importantes acerca de cómo percibe el público el tratamiento de la adicción, cómo se suele administrar ese tratamiento y cómo lo han evaluado los investigadores.

1 ¿Qué factores determinan la aceptación de un plan de tratamiento por parte de la sociedad?

Expectativas de la sociedad con respecto a un plan de tratamiento "eficaz"



1. ¿Qué factores determinan la aceptación de un plan de tratamiento por parte de la sociedad?

Expectativas de la sociedad con respecto a un plan de tratamiento "eficaz"

Razones que llevan a los toxicómanos a someterse a un tratamiento

Para determinar quiénes se someterán a un tratamiento del abuso de sustancias se han adaptado modelos generales de utilización de los servicios médicos. Sin embargo, los supuestos que sirven de base a estos modelos experimentales de utilización de asistencia médica suelen ser muy distintos de las circunstancias especiales que influyen en el hecho de someterse a un tratamiento del abuso de sustancias. En gran medida, las solicitudes de tratamientos médicos generales proceden directamente del futuro paciente y dependen de factores personales y estructurales como la manera en que éste perciba la gravedad de su trastorno primario, su acceso geográfico y financiero a los servicios y el hecho de que crea en la posible ayuda o alivio que obtendrá para sus síntomas primarios. Así pues, el uso de los servicios médicos generales suele ser un acto voluntario, que rara vez está determinado por una relación coercitiva con un tercero.

Al contrario de lo que sucede con los tratamientos médicos generales, la remisión a un tratamiento del abuso de sustancias por lo general se origina en una organización, una institución o un miembro de la familia, que se ha percatado indirectamente del abuso de sustancias al reconocer lo que se considera un problema social, familiar, financiero, laboral o médico "relacionado con la adicción". Durante el decenio pasado se ha llegado a considerar que muchos problemas de delincuencia, seguridad en el lugar de trabajo y propagación de diversas enfermedades infecciosas, e incluso de salud neonatal, son problemas "relacionados con la adicción". Así pues, actualmente las organizaciones y los organismos encargados de hacer frente a esos problemas sociales han pasado a desempeñar un papel muy importante en lo que respecta a la utilización de los tratamientos del abuso de sustancias, al proceder a remitir casos cuando creen que:

- Un problema observado se puede atribuir al abuso de sustancias;
- El alivio del problema de abuso de sustancias sería fundamental para producir los cambios deseados en el problema que se observa;
- Los tratamientos del abuso de sustancias pueden reducir lo suficiente el uso de éstas y, de este modo, producir la mejoría deseada del problema "conexo".

Para la mayoría de los organismos, los deseos del futuro paciente no son primordiales. En consecuencia, muchas veces se ejerce cierto grado de coerción externa para que la persona se someta al tratamiento.

Los servicios de atención primaria de la salud esperan que un tratamiento "eficaz" de la dependencia reduzca los graves riesgos médicos y de salud pública relacionados con el consumo de sustancias, entre ellos el SIDA, la hepatitis y la tuberculosis.

Cabe señalar que, para la mayoría de estos organismos, los deseos del futuro paciente no son primordiales. En consecuencia, muchas veces se ejerce cierto grado de coerción externa para que la persona se someta al tratamiento, ya sea mediante sentencias del sistema de justicia penal en casos de libertad condicional y libertad vigilada, mandato de los empleadores o presiones sociales de la familia y la comunidad. Debido a la influencia de esas presiones sociales, institucionales y familiares, el tratamiento del abuso de sustancias se ha venido modificando a lo largo del tiempo para adaptarse a los nuevos criterios de la opinión pública con respecto a los problemas de drogas, así como a los compromisos políticos relativos a la prestación de servicios accesibles. Estas presiones son de considerable importancia, tanto para el futuro paciente como para la sociedad, ya que conforman el contrato en virtud del cual se administra y evalúa el tratamiento.

Resultados esperados del tratamiento del abuso de sustancias

Muchas organizaciones públicas y privadas que se dedican a prestar servicios, como los sistemas de bienestar social y de justicia penal, las salas de emergencia, los orfanatos, los programas de asistencia al personal y los centros de atención de casos de violencia en el hogar, entran en contacto con los problemas de abuso del alcohol y de las drogas al cumplir su tarea de abordar problemas sociales, laborales y de atención de la salud. Con frecuencia, estas organizaciones remiten a los consumidores de sustancias atendidos por ellas a tratamientos complementarios del abuso de sustancias para hacer frente a los problemas "relacionados con la adicción". Estos motivos para la remisión de casos dan origen a muchas de las expectativas con respecto a los objetivos previstos de los tratamientos del abuso de sustancias. Por ejemplo, en muchos países los hospitales y demás organismos de atención de la salud son una de las fuentes más importantes de remisión de casos a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias. Estos servicios de atención primaria de la salud esperan que un tratamiento "eficaz" de la dependencia reduzca los graves riesgos médicos y de salud pública relacionados con el consumo de sustancias, entre ellos el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la hepatitis y la tuberculosis, así como el uso desproporcionado de servicios de atención primaria de la salud que es tan característico de los alcohólicos y/o drogadictos.

Los costos del desempleo y de los servicios de bienestar social han sido motivo de preocupación pública y política en los últimos años. Las personas atendidas por los servicios de bienestar social que padecen problemas de abuso de alcohol y drogas pueden ser remitidas a un tratamiento del abuso de sustancias, con la esperanza de que un tratamiento "eficaz" mejore sus perspectivas profesionales y laborales. De hecho, este tipo de objetivos de los tratamientos relacionados con la adicción se han incluido en los contratos entre los organismos de servicios públicos y los programas de tratamiento del abuso de sustancias que aceptan los casos remitidos por éstos. En los recuadros 1 a 3 figuran ejemplos del costo social que entraña el abuso de sustancias en diversos países.

Durante el pasado decenio también se hizo hincapié en el costo del abuso de sustancias en el lugar de trabajo, y un número creciente de empleadores iniciaron programas dirigidos por las patronales o los sindicatos con objeto de descubrir toxicómanos entre los trabajadores y remitirlos a programas de tratamiento. Por lo general, lo que más interesa a los empleadores y los sindicatos es que los empleados afectados por el problema recu-

peren un alto nivel de rendimiento laboral gracias al tratamiento y que sus compañeros de trabajo tengan la garantía de que no corren ningún peligro.

Recuadro 1

Costos del abuso de drogas en el Reino Unido

Según los resultados de un estudio publicado por el Ministerio del Interior en febrero de 2002, el costo económico anual del abuso de drogas en el Reino Unido es de 3.700 millones de libras esterlinas (5.600 millones de dólares de los EE.UU.) a 6.800 millones de libras esterlinas (10.300 millones de dólares). La mayoría de estos costos recaen en el sistema de justicia penal como resultado de la delincuencia relacionada con las drogas, que se manifiesta en forma de delincuencia organizada, robos con allanamiento de morada y atracos y actos de violencia. Otros costos sociales recaen en el sistema de salud (unos 235 millones de libras esterlinas (338 millones de dólares) en 2001, en relación con los servicios de atención primaria, accidentes y urgencias y el tratamiento del abuso de drogas), en el lugar de trabajo, los institutos de enseñanza y las familias (los costos sociales totales se calcularon en 10.900 millones de libras esterlinas (16.500 millones de dólares) a 18.800 millones de libras esterlinas (28.400 millones de dólares)).

Se estima que el 99% de los costos se relacionan con toxicómanos problemáticos. Dado que, según el estudio, existen 280.000 consumidores problemáticos en el Reino Unido, cada uno de ellos podría costar unas 30.000 libras esterlinas (45.000 dólares) por año.

Fuente: Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Ministerio del Interior, *Drugs minister highlights savings in criminal justice: costs of drug treatment expenditure*, comunicado de prensa de 12 de febrero de 2002.

Los costos derivados de la pérdida de productividad y de los casos de muerte prematura relacionados con las drogas en el Brasil corresponden al 7,9% del producto nacional bruto.

Recuadro 2

Costos sociales en Australia

En Australia se realizó un estudio para calcular el costo total del consumo de drogas ilícitas. En él se llegó a la conclusión de que en 1992 los costos tangibles totales ascendieron a 1.248 millones de dólares australianos (917 millones de dólares de los EE.UU.). Los principales componentes de esos costos fueron los costos netos de producción (relacionados con la mortalidad y la morbilidad de las personas en edad de trabajar) y de la fuerza pública.

Fuente: D.J. Collins y H.M. Lapsley, *The Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1988 and 1992*, Serie de monografías sobre la estrategia nacional de lucha contra las drogas (Canberra, Servicio de Publicaciones del Gobierno de Australia, 1996).

Recuadro 3

Costos sociales del abuso de drogas en el Brasil

Con objeto de calcular los costos derivados del abuso de las drogas y el alcohol, las investigaciones realizadas en el Brasil se han concentrado en el tratamiento médico, la pérdida de productividad en el trabajo y la pérdida para la sociedad resultante

Las estadísticas actuales de los Estados Unidos indican que hasta un 60% de los presos de las cárceles federales presentan trastornos que se pueden diagnosticar como dependencia de sustancias.

Recuadro 3 *continuación*

de la muerte prematura. Según el Ministerio de Salud del Brasil, los costos derivados de la pérdida de productividad y de los casos de muerte prematura relacionados con las drogas en ese país corresponden al 7,9% del PNB, lo que equivale a 28.000 millones de dólares de los EE.UU.^a.

Entre 1995 y 1997, los costos de hospitalización relacionados con el uso de sustancias psicoactivas ascendieron a 601.540.115,33 reales brasileños (que equivalen actualmente a 250 millones de dólares de los EE.UU.). Entre las causas de hospitalización figuran los accidentes de tráfico, casos de insuficiencia cardíaca, el cáncer y los intentos de suicidio.^a

El número total de casos de SIDA en el Brasil en junio de 2001 ascendía a 215.810. Según el Ministerio de Salud, el 25% de los casos de SIDA registrados están relacionados con la inyección de drogas (consumidores de drogas por vía intravenosa, sus parejas e hijos) y el 14% se debe específicamente al uso compartido de agujas hipodérmicas^b. Además, el 38,2% de las mujeres infectadas por el SIDA eran consumidoras de drogas inyectables o tenían un compañero que lo era y, en el caso del 36% de los niños con SIDA, la madre era consumidora de esas drogas o tenía un compañero que lo era.

Los trastornos mentales relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas fueron la segunda causa de ingresos psiquiátricos y constituyeron una de las cinco causas principales de todas las internaciones del país. Entre 1993 y 1997, casi un millón de ingresos se debieron a casos de psicosis motivadas por el alcohol o las drogas^a.

Los estudios realizados por el Centro Brasileño de Informaciones sobre Sustancias Sicotrópicas (CEBRID) en varias ciudades brasileñas en 1989 y 1993 revelaron que hasta el 90% de los niños y adolescentes que viven en la calle consumían drogas. La cifra más baja correspondía a Río de Janeiro, donde, los índices de consumo todavía superaban el 50%^c.

En un estudio realizado por la Federación de Industrias del Estado de São Paulo (FIESP) sobre los problemas de la toxicomanía y el alcoholismo en el lugar de trabajo, se señalaba que del 10% al 15% de los empleados padecían problemas de adicción y que esos problemas^d.

- daban lugar a tres veces más licencias de enfermedad que otras enfermedades;
- daban lugar al 50% de los casos de absentismo;
- quintuplicaban los riesgos de accidente en el lugar de trabajo;
- se relacionaban con el 15% al 30% de los accidentes laborales;
- multiplicaban por ocho los gastos de hospitalización;
- triplicaban la utilización de seguros sociales y médicos por parte de las familias.

Las recientes investigaciones^e revelaron que el 80% de los presidiarios eran casos de consumo problemático de drogas lícitas o ilícitas. Según el seminario nacional sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA y el consumo de drogas en las cárceles celebrado en Brasilia los días 16 y 17 de diciembre de 1999, en muchos estados el uso compartido de drogas inyectables es la principal forma de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los reclusos.

Recuadro 3

continuación

^a Brasil, Ministerio de Salud, Sitio sobre salud mental
www.saude.gov.br.Programas/mental/criar.htm#not1

^b Ministerio de Salud/Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil, Proyecto AJUDE/Brasil II, 2002, datos no publicados.

^c A.R. Noto, y otros, *III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras* (Centro Brasileño de Informaciones sobre Sustancias Sicotrópicas, 1993).

^d Dra. Magda Waismann, tesis de doctorado, Federación y Centro de las Industrias del Estado de São Paulo, 1995.

^e Departamento General del Sistema Penitenciario, Secretaría de Estado de Derechos Humanos y del Sistema Penitenciario, Río de Janeiro, 1999.

Por último, la mayoría de las sociedades están preocupadas por la delincuencia. Las estadísticas actuales de los Estados Unidos indican que hasta un 60% de los presos de las cárceles federales presentan trastornos que se pueden diagnosticar como dependencia de sustancias. De las estadísticas sobre delincuencia callejera de ese país se desprende que hasta el 50% de los delitos contra la propiedad se cometen bajo la influencia del alcohol y/o de las drogas, o con la intención de obtener alcohol y/o drogas con el producto del delito. La preocupación por la seguridad pública y el conocimiento de la relación que existe entre la delincuencia y el abuso de sustancias han obligado al sistema de justicia penal a considerar la posibilidad de recurrir a alternativas de tratamiento que no sean el encarcelamiento en el caso de delitos relacionados con las drogas. Así pues, la policía, los agentes de libertad condicional y libertad vigilada, los jueces y otros agentes del sistema de justicia penal han pasado a ser fuentes importantes de remisión de casos

*Se espera que un
tratamiento eficaz no
solo sirva para
producir abstinencia,
sino también para
abordar los
problemas onerosos y
socialmente
perjudiciales
relacionados con la
dependencia.*

Recuadro 4

Casos de abuso y de posesión de drogas en el sistema de justicia penal de Mauricio

Los datos estadísticos del Comisionado de Penitenciarías de Mauricio obtenidos hasta mediados de febrero de 2002 indican lo siguiente:

- a) Unos 706 de un total de 1.264 reclusos (el 56%) eran casos relacionados con drogas. De los 706 detenidos por problemas de drogas, 513 (el 73%) habían sido condenados por abuso/posesión de drogas y el resto por venta, tráfico y cultivo;
- b) El número de detenidos que se encontraban en las cárceles a la espera de ser procesados por delitos relacionados con drogas ascendía a 474, de un total de 921 detenidos que se encontraban en esa situación (el 51%). De los 474 detenidos que se hallaban en la cárcel a la espera de ser procesados por delitos relacionados con drogas, 352 (el 74%) estaban allí por abuso y/o posesión de drogas.

Los datos mencionados indican que, a nivel policial, judicial y carcelario, se necesita una cantidad de recursos proporcionalmente enorme para hacer frente al abuso y la posesión de drogas. La inversión en tratamientos culturalmente adecuados contribuiría a reducir esos costos, además de disminuir los sufrimientos humanos relacionados con esos problemas.

Fuente: Mauricio, Ministerio de Seguridad Social y Reforma de las Instituciones.

Cada dólar invertido en tratamiento genera una reducción de 4 a 7 dólares del costo de la delincuencia relacionada con las drogas, la justicia penal y los hurtos.

a los servicios de tratamiento del abuso de sustancias. Para ellos, la “eficacia” de los tratamientos se mide en función de la reducción de la delincuencia, de las violaciones de la libertad condicional y la libertad vigilada y del índice de encarcelamiento de los individuos afectados. Véanse en el recuadro 4 ejemplos de las consecuencias del abuso de drogas en el sistema de justicia penal.

En resumen, la sociedad, en su mayor parte, indudablemente espera que un tratamiento “eficaz” del abuso de sustancias no solo sirva para producir abstinencia, sino también para abordar los problemas onerosos y socialmente perjudiciales relacionados con la dependencia.

Esferas de resultados basados en las expectativas públicas

Sobre la base del debate anterior, cabe considerar tres esferas de resultados que son pertinentes tanto para el objetivo de la rehabilitación del paciente como para los objetivos de salud y seguridad públicas de la sociedad:

- a) *Eliminación o reducción del alcoholismo y del consumo de drogas ilícitas.* Éste es el objetivo más importante de todos los tratamientos del abuso de sustancias;
- b) *Mejoramiento de la salud personal y de la función social.* El mejoramiento de la salud física y psíquica, así como de la función social de los pacientes que abusan de sustancias, indudablemente es importante desde una perspectiva social, pero, además, también guarda relación con la prevención de recaídas;
- c) *Reducción de los riesgos para la salud y la seguridad públicas.* Los riesgos que puede plantear el abuso de drogas para la salud y la seguridad públicas se derivan de comportamientos que dan lugar a la propagación de enfermedades infecciosas y comportamientos relacionados con delitos contra la persona y la propiedad. Concretamente, la práctica del uso compartido de agujas y el comercio sexual con objeto de obtener drogas son riesgos considerables para la salud pública. La comisión de delitos contra la persona y la propiedad con objeto de conseguir drogas y el uso imprudente de automóviles o equipos bajo la influencia del alcohol son ejemplos de riesgos graves para la seguridad pública.

En la revisión que se hace a continuación se han utilizado estas tres esferas de resultados para evaluar la eficacia de los programas de tratamiento del abuso de sustancias y los componentes de los tratamientos.

Por otra parte, es evidente que las consideraciones esenciales al invertir en un tratamiento serán su costo y su eficiencia económica. En el recuadro 5 figuran ejemplos de los beneficios económicos de los tratamientos del abuso de drogas en los Estados Unidos. La figura I muestra los resultados de distintos criterios aplicados en ese país.

Recuadro 5

Beneficios sociales de los tratamientos del abuso de drogas en los Estados Unidos

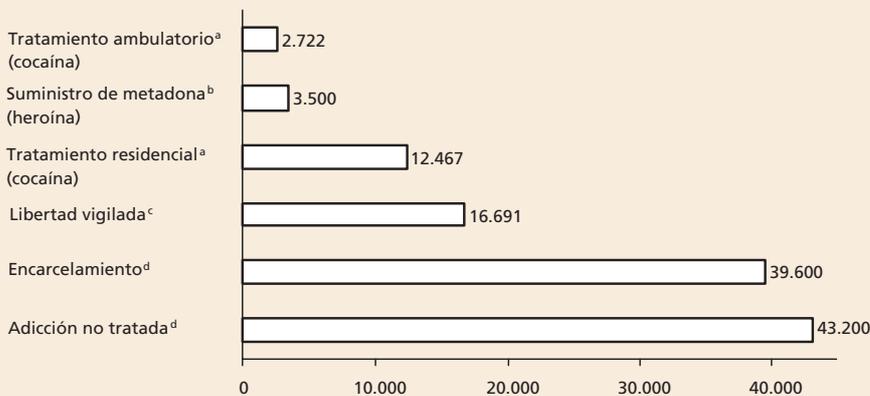
La disponibilidad generalizada de tratamiento y el fácil acceso a éste generan amplios beneficios sociales. Cada dólar invertido en tratamiento genera una reducción de 4 a 7 dólares del costo de la delincuencia relacionada con las drogas, la justicia penal y los hurtos. Cuando se añaden las economías en materia de atención de la salud, el total de economías estimadas puede superar los costos en una proporción de 12 a 1. Al ayudar a las personas a reducir o frenar la utilización de drogas inyectables, el tratamiento del abuso de drogas reduce la incidencia de las enfermedades transmitidas por la sangre, como el SIDA, la hepatitis B y la hepatitis C. El tratamiento también puede mejorar la estabilidad de la familia y de la vida en comunidad y mejorar las posibilidades de empleo de una persona.

Fuente: Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros de Control Profiláctico, *Policy Issues and Challenges in Substance Abuse Treatment*, 2002 (véase www.cdc.gov/du/facts/Policy.htm).

Figura I

Costos del tratamiento del abuso de drogas en los Estados Unidos de América, por persona por año

(en dólares EE.UU.)



^a Cifras de 1992. El costo medio de admisión es muy inferior a estas cifras porque la mayoría de los pacientes están en tratamiento menos de un año.

^b Cifras de 1993.

^c Cifras de 1992, ajustadas para tener en cuenta la inflación a partir de datos de 1983.

^d Cifras de 1991.

Fuente: Instituto de Medicina, *Pathways of Addiction: Opportunities in Drug Abuse Research* (Washington, D.C., Oficina de Publicaciones de la Academia Nacional, 1996), pág.199, Figura 8.1 (adaptada).

2 | **Alternativas para abordar el abuso de sustancias que no conllevan tratamiento**



2. Alternativas para abordar el abuso de sustancias que no conllevan tratamiento

Comprobación de la eficacia del tratamiento

En esta parte del documento de debate se plantea la cuestión de si cualquier tipo de tratamiento de la adicción puede ser eficaz y valioso para una sociedad, en comparación con las otras dos alternativas de política pública. Para facilitar el análisis riguroso necesario para la formulación de políticas, en el presente documento se han tomado como norma científica los estudios experimentales controlados.

Lamentablemente, si bien se necesitan pruebas de este tipo para elaborar un argumento sólido y pertinente en materia normativa, se han realizado muy pocos estudios experimentales controlados sobre la mayoría de las formas de tratamiento comunitarias o tradicionales. Por ese motivo, en el presente examen de pruebas experimentales no se abarcarán muchas de esas formas de tratamiento ampliamente utilizadas. El hecho de que todavía no se hayan realizado estudios de esas formas alternativas de tratamiento no puede considerarse una prueba de que no sean eficaces. A la inversa, el mero hecho de que una determinada forma de tratamiento se practique en forma generalizada no puede considerarse una prueba de que sea realmente eficaz.

La distinción entre "prueba de que un tratamiento es eficaz", "prueba de que un tratamiento no es eficaz" y "no se dispone de pruebas" es particularmente importante para la elaboración de cualquier política pública eficaz sobre la cuestión del abuso de drogas. Uno de los aspectos que cabe señalar aquí es que los tratamientos del abuso de sustancias pueden evaluarse utilizando las mismas normas científicas aplicadas actualmente a la evaluación de otras intervenciones sociales, de salud pública y de seguridad pública. Estos tratamientos deben evaluarse científicamente como parte de toda política responsable relativa a los problemas de abuso de drogas.

¿Qué pasa si el abuso de sustancias no es tratado?

Si bien en la mayoría de las sociedades no es posible, desde el punto de vista ético, negar tratamiento a las personas que parezcan necesitarlo, la bibliografía de investigación revela que existen situaciones en las que no se ha administrado tratamiento a toxicómanos. Estas situaciones dan cierta idea de lo que sucede con respecto al consumo de sustancias, a la salud personal y la función social de los adictos y a la salud pública cuando no se administra tratamiento. Tres estudios recientes brindan información al respecto.

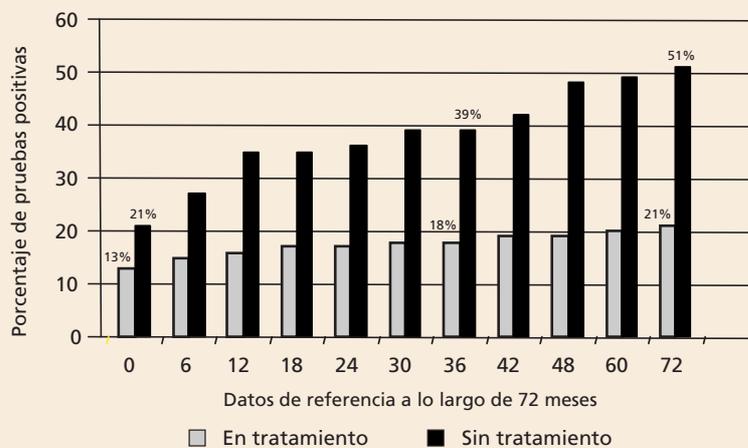
Para facilitar el análisis riguroso necesario para la formulación de políticas, en el presente documento se han tomado como norma científica los estudios experimentales controlados.

El tratamiento con metadona se relacionó con una reducción del 60% del riesgo de contraer el VIH.

Usuarios de drogas por inyección

Metzger y otros¹ examinaron las tasas de consumo de drogas, de la práctica de compartir agujas y de infección por el VIH en dos amplias muestras de pacientes adictos a opiáceos de una de las grandes ciudades de los Estados Unidos. El grupo de personas "en tratamiento" estaba compuesto por 152 pacientes elegidos al azar para ser admitidos en un amplio programa de suministro de metadona en la comunidad. Se pidió a esas personas que remitieran a amigos suyos consumidores de heroína de la misma vecindad que no hubiesen estado sometidos a ningún tipo de tratamiento de la dependencia de sustancias durante por lo menos un año. De ese modo, se consiguió reunir a 103 heroinómanos "sin tratamiento" que eran afines en cuanto a edad, raza, género, vecindad y muchos otros factores sociales y de antecedentes relacionados con el consumo de drogas. Se entrevistó a ambos grupos de pacientes y se examinó su estado serológico con respecto al VIH cada seis meses durante los seis años siguientes (tasa de contacto del 90% en cada entrevista). En la figura II se indican las tasas de infección por el VIH en cada ocasión a lo largo del período de seis años del estudio.

Figura II
Tasas de infección por el VIH al comienzo del estudio



Como puede apreciarse, el 13% de la muestra de personas en tratamiento y el 21% de la muestra de personas sin tratamiento eran seropositivas al comienzo de la evaluación. Al cabo de los seis años, el 51% del grupo no sometido a tratamiento y solamente el 21% del grupo en tratamiento eran seropositivos. Así pues, se consideró que el tratamiento con metadona estaba relacionado con una reducción del 60% de las posibilidades de contraer el VIH. Es importante señalar que, si no se hubiese contado con el otro grupo de personas no tratadas para la comparación, los datos sobre el grupo tratado con metadona podrían haber llevado a la conclusión de que el tratamiento no había tenido buenos resultados, ya que en ese grupo todavía había casos de consumo de drogas, personas que compartían agujas e incluso nuevos casos de VIH. No obstante,

¹ D.S. Metzger y otros, *HIV seroconversion among in and out of treatment intravenous drug users: A 18-month Prospective Follow-up AIDS*, vol. 6, núm. 9 (1993), págs. 1049 a 1056.

esos comportamientos imprudentes eran mucho menos frecuentes y menos graves que los del grupo que no estaba sometido a tratamiento.

Debe quedar claro que, si bien las diferencias entre los grupos respecto de estos importantes aspectos eran considerables, eso no prueba que el tratamiento fuera la causa de las diferencias observadas. Es posible, e incluso probable, que las personas no tratadas carecieran de la misma motivación para someterse a un tratamiento que tenían las personas en tratamiento, y que haya sido esa falta de deseo de superación, y no los efectos del propio tratamiento, lo que haya provocado las diferencias observadas. Por esta razón, es preciso equiparar los niveles de motivación al comienzo del tratamiento para poder emitir un juicio válido sobre su eficacia.

Personas sin motivación

Una forma de separar la eficacia del tratamiento de los efectos directos de la motivación consistiría en comparar a los adictos tratados y no tratados que hayan manifestado explícitamente que no estaban interesados en someterse a tratamiento. Recientemente, Booth y sus asociados² realizaron un estudio de estas características con 4.000 consumidores de drogas por vía intravenosa que solicitaron pruebas de detección del VIH y servicios relativos al SIDA en el marco de una iniciativa relacionada con el SIDA que se llevó a cabo en 15 ciudades de los Estados Unidos. En cada una de esas ciudades se ofreció a los usuarios de drogas por inyección la posibilidad de participar en un tratamiento del abuso de drogas que formaba parte de los servicios de reducción del riesgo del SIDA. En todas las ciudades, las personas fueron asignadas al azar a un plan "estándar" de asesoramiento y prueba del VIH o a un plan "mejorado", consistente en el plan estándar y una a tres sesiones de asesoramiento motivacional a cargo de un educador sanitario. En el seguimiento realizado al cabo de seis meses pudo observarse que la tasa de inyección de drogas en las personas asignadas al azar al plan mejorado era del 50% menos que la de las personas asignadas al azar a las sesiones de asesoramiento y prueba únicamente (20% frente a 45%), mientras que la tasa de abstinencia (confirmada por los análisis de orina) era cuatro veces mayor y las tasas de detención eran bastante inferiores (14% frente a 24%).

Este estudio es significativo por varias razones. En primer lugar, se llegó a la conclusión de que los esfuerzos sumamente modestos de los servicios de salud pública por reducir la práctica de compartir agujas y el consumo de drogas mediante el asesoramiento y la prueba del VIH habían originado reducciones considerables de esas clases de comportamientos, incluso entre personas que inicialmente no estaban motivadas para participar en esos planes. En segundo lugar, los esfuerzos más extendidos, aunque todavía modestos, por remitir pacientes a un tratamiento más formal en siete de los lugares del estudio se consideraron relacionados con mejoras incluso mayores y más sostenidas, con resultados socialmente significativos como la reducción de la práctica de compartir agujas y de las detenciones. De estas conclusiones se deduce que el hecho de someterse a un tratamiento no obedece simplemente a un deseo preconcebido de cambio, que habría

La detección precoz y el asesoramiento breve pueden influir en la motivación de los pacientes para someterse a tratamiento y en la evolución de su salud a largo plazo.

² R.E. Booth, T.J. Crowley y Y. Zhang, Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 42, núms. 1 y 2, págs. 11 a 20, 1996.

ocurrido de todas maneras; de lo contrario, las tasas de iniciación en el tratamiento en estos grupos asignados al azar habrían sido aproximadamente iguales. Los estudios sobre otras enfermedades demuestran que la detección precoz y el asesoramiento breve pueden influir en la motivación de los pacientes para someterse a tratamiento y en la evolución de su salud a más largo plazo. De los datos presentados anteriormente se desprende que eso rige incluso en el caso de adictos graves y crónicos.

El costo de la asistencia a las madres y a los bebés fue radicalmente inferior al promedio en el caso del grupo que recibió asistencia prenatal, pero no tratamiento de la farmacodependencia.

Costos de la adicción no tratada: un ejemplo extraído de la atención prenatal

Svikis y otros³ realizaron un estudio sobre el tratamiento del abuso de drogas en un entorno hospitalario con uno de los subgrupos de dependientes de sustancias más problemáticos y costosos: las embarazadas. Los peligros del consumo de drogas durante el embarazo son extremos, tanto para la madre como para el niño. Además, hasta los costos relacionados con la atención intensiva de los neonatos de mujeres drogadictas pueden ser extremos. En consecuencia, la finalidad del estudio era comprobar los efectos del tratamiento estándar de la farmacodependencia en combinación con un programa estándar de atención prenatal y perinatal, sobre el estado de salud y los costos de las madres y de sus hijos. Al igual que en el estudio de Booth, Crowley y Zhang², se evaluaron los efectos del tratamiento en personas que originalmente no lo habían solicitado. Todas las embarazadas del estudio habían solicitado simplemente servicios de atención prenatal y tuvieron resultados positivos con respecto a la cocaína en un análisis ordinario que se les practicó. Se compararon dos grupos: las 100 primeras embarazadas admitidas al programa combinado de tratamiento de la toxicomanía y atención prenatal y perinatal con 46 mujeres que también habían tenido resultados positivos en el análisis y que eran afines en cuanto a raza, estado mental, cobertura de seguros y condición social a las mujeres en tratamiento, pero que habían sido admitidas el año anterior al comienzo del programa de tratamiento experimental. El tratamiento de la drogodependencia consistió en una semana de atención en un medio residencial no hospitalario y un seguimiento ambulatorio a lo largo del embarazo. El tratamiento de internación se administró en el contexto de la atención prenatal y se centró en estabilizar a las pacientes y lograr que se comprometieran a seguir recibiendo asistencia. Después de la semana de tratamiento de internación se prestaron servicios ambulatorios de asesoramiento sobre la adicción dos veces por semana, coordinado con visitas prenatales programadas.

Las mujeres sometidas a tratamiento asistieron al doble de consultas prenatales (8 frente a 4), y, en el momento del parto, la tasa de consumo de drogas (comprobada por análisis de orina) de las pacientes tratadas fue del 37%, frente al 63% de las mujeres no tratadas.

En el cuadro 1 figuran tres de las principales conclusiones sobre ambos grupos. Como puede observarse, el grupo de mujeres tratadas tuvo bebés con un peso medio y una edad de gestación en el momento del parto superiores a los del grupo de comparación (2.934 gramos frente a 2.539 gramos y 39 semanas frente a 34 semanas respectiva-

³ D.S. Svikis y otros, Cost effectiveness of treatment for drug abusing pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 45, núms. 1 y 2, págs. 105 a 113, 1997.

mente). Después del parto, el 10% de los bebés de las mujeres tratadas necesitaron tratamiento en la unidad de cuidados intensivos de neonatos (duración media de estadía de 7 días), en comparación con el 26% de los bebés de las mujeres no tratadas (duración media de estadía de 39 días).

Cuadro 1 Peso, edad de gestación y costos

46 Mujeres controladas	100 Mujeres sometidas a tratamiento
2.534 gramos	* 2.939 gramos
34 semanas	* 39 semanas
46.700 dólares EE.UU.	14.500 dólares EE.UU.

La asistencia prestada a las madres y a los bebés del grupo tratado entrañó un gasto medio de unos 14.500 dólares, incluidos los costos del tratamiento del abuso de drogas. Esta cifra fue radicalmente inferior al promedio de 46.700 dólares gastados en el caso del grupo que recibió asistencia prenatal, pero no tratamiento de la farmacodependencia. Los autores señalan que estos cálculos son bastante moderados, ya que no incluyen los costos de los tribunales penales y de derecho de familia, de los servicios de atención al niño y la familia, ni de la asistencia sanitaria posterior a la madre y el niño. No obstante, los datos presentan pruebas concluyentes de que el tratamiento de la adicción puede ser eficaz en función de los costos para esta población gravemente afectada. De los datos se deduce que el tratamiento de la toxicomanía se puede combinar eficazmente con la tradicional asistencia médica perinatal y obtener así mutuos beneficios.

Aunque el encarcelamiento en sí mismo resulte eficaz para reducir el consumo de alcohol y drogas, no es necesariamente una alternativa rentable en comparación con el tratamiento.

Intervenciones que no conllevan tratamiento

Encarcelamiento

Las alternativas que se suelen sugerir en vez del tratamiento del abuso de sustancias entrañan la participación del sistema de justicia penal y consisten principalmente en el encarcelamiento, la libertad vigilada, la libertad condicional y, últimamente, los campamentos de educación y tratamiento. Al respecto, cabe recordar dos aspectos importantes que se refieren al valor relativo de abordar los problemas de abuso de sustancias con la cárcel.

En primer lugar, por lo menos en la mayoría de los países, la construcción y el mantenimiento de las celdas de las cárceles son muy costosos. En el cuadro 2 figuran algunos ejemplos de las estimaciones de costos de una celda por recluso. Las cifras de 1997 correspondientes a los Estados Unidos indican que cuesta unos 35.000 dólares construir una celda individual de una cárcel federal de mínima seguridad y unos 27.000 dólares al año mantener esa celda. Así pues, aunque el encarcelamiento en sí mismo resulte eficaz para reducir el consumo de alcohol y drogas, no es necesariamente una alternativa rentable en comparación con tratamientos que pueden costar una suma insignificante por años de asistencia (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos), o hasta 19.000 dólares por 28 días de tratamiento privado con internación. En el recuadro 6 figura un ejemplo de los costos del tratamiento y el encarcelamiento en un país en desarrollo.

Del 70% al 98% de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas que no fueron sometidas a tratamiento recayeron durante el año siguiente a su excarcelación.

Cuadro 2 Costo del mantenimiento de una celda por recluso por año

<i>País</i>	<i>Costo</i>
Australia	64.486 dólares australianos (equivalentes actualmente a 33.184 dólares EE.UU.)
Canadá	51.202 dólares canadienses (equivalentes actualmente a 31.778 dólares EE.UU.)
Estados Unidos de América	27.000 dólares EE.UU.
Irlanda	59.570 libras irlandesas (equivalentes actualmente a 84.738 dólares EE.UU.)
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	24.000 libras esterlinas (equivalentes actualmente a 34.139 dólares EE.UU.)

Fuentes: Abolish six-month terms to ease jail pressure, say MPs, *Sydney Morning Herald*; 14 de noviembre de 2001; Industry Canada: prison population and costs 1997/98, *M2 Presswire*, 6 de abril de 1999; Record levels of foreign inmates in British jails, *The Independent*, (Londres), 20 de octubre de 1999; More staff than inmates in prisons, *Irish Times* (Dublín), 7 de julio de 2001.

Recuadro 6

Costos de los tratamientos y las cárceles en Tailandia

En 1999, Tailandia calculó que el costo de los servicios institucionales de tratamiento del abuso de drogas se aproximaba a los 7 millones de dólares de los EE.UU. (calculados sobre la base de 38.044 hospitalizaciones, con un costo por hospitalización de aproximadamente 185,10 dólares de los EE.UU.).

Los costos sociales adicionales del abuso de drogas en ese mismo país corresponden a los servicios penitenciarios (penales), que siguen siendo una de las formas preferidas de intervención. En 2000, el presupuesto nacional de Tailandia para asuntos penitenciarios equivalía a unos 156 millones de dólares de los EE.UU. Una proporción considerable de reclusos estaban clasificados como narcodelinquentes (102.505 de los 156.126 reclusos que había en marzo de 2002).

Fuente: Tailandia, Oficina del Primer Ministro, Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes.

El segundo aspecto es el hecho de que solo en los Estados Unidos se han realizado más de 100 evaluaciones de reclusos que, después de haber cumplido su condena, han vuelto a la cárcel por delitos relacionados con drogas. Pese a los diferentes tipos de delitos y condenas y a los diferentes lugares y años en que se realizaron las evaluaciones, los resultados son sorprendentes por la similitud que presentan. En la parte superior del cuadro 3 figura una lista de varios de los estudios más amplios y mejor controlados que se llevaron a cabo y, como puede observarse, del 70% al 98% de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas que no fueron sometidas a tratamiento recayeron durante el año siguiente a su excarcelación. Además, como puede verse en la mitad inferior del cuadro 3, más de la mitad de los reclusos farmacodependientes regresaron a la cárcel por delitos relacionados con drogas durante el año siguiente a su excarcelación. Si bien el público puede sentirse protegido, con razón, de los efectos de los delitos relacionados con las drogas mientras los delinquentes están encarcelados, casi todos ellos acabarán saliendo de la cárcel y nada parece indicar que ésta pueda "darles una lección". Además, de estudios realizados en diferentes partes del mundo se desprende que las

Cuadro 3 Recaída de los adictos

Estudio	Toxicómanos	Porcentaje del grupo en estudio
<i>A. Recaída en la adicción después del encarcelamiento</i>		
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 más de una droga	70
<i>B. Casos de encarcelamiento posterior después del encarcelamiento</i>		
Nurco y Hanlon	355 adictos a los opiáceos	58
Beck y Shipley	100.000 adictos, 11 estados	51

condiciones de hacinamiento, el abuso de drogas y la disponibilidad limitada de servicios adecuados en las cárceles pueden tener efectos perjudiciales en la salud de los reclusos, debido en particular a que están expuestos a enfermedades que se transmiten por la sangre como el VIH/SIDA. Existe la posibilidad de que este tipo de efectos negativos sobre la salud se extienda al resto de la comunidad.

Combinación de los planes de tratamiento con intervenciones que no conllevan tratamiento

Una esfera de investigación importante y pertinente en materia normativa es la de examinar los efectos conjuntos de combinar el encarcelamiento u otras intervenciones del sistema judicial, como la libertad vigilada y la libertad condicional, con planes de tratamiento para determinar si estos dos criterios son compatibles y si existe alguna prueba de que se produzca un efecto sinérgico entre ellos. Un ejemplo reciente de los efectos de combinar un tratamiento con la libertad vigilada o la libertad condicional figura en un estudio en que se evaluó la eficacia de administrar tratamiento farmacológico con naltrexona⁴ a delincuentes federales que habían cometido delitos relacionados con opiáceos y que se encontraban en un régimen común de libertad vigilada o libertad condicional.

En el estudio, las personas sometidas a un régimen de libertad vigilada o de libertad condicional con un historial reciente de abuso crónico de opiáceos tuvieron la oportunidad de ser asignados al azar a un tratamiento de naltrexona acompañado de servicios

⁴ La naltrexona es un antagonista de opiáceos administrado por vía oral, de uso generalizado, que bloquea completamente los efectos de los opiáceos hasta 72 horas después de ser ingerido. Se han registrado pocos efectos secundarios entre los que han tomado esta droga, y esta medicación se ha combinado con asesoramiento estándar para ayudar a los adictos a los opiáceos a dominar sus impulsos de recaer tras haber logrado desintoxicarse. En realidad, este medicamento ha tenido un éxito limitado entre la población de adictos a los opiáceos en general, pero ha sido útil con los pacientes procedentes de niveles socioeconómicos más elevados (por ejemplo, médicos o abogados adictos), que se han visto sometidos a ciertas presiones externas para tomar la medicación regularmente (por ejemplo, la pérdida de la licencia para ejercer o la pérdida de un trabajo importante). Se dio por supuesto que la presión externa para cambiar de comportamiento era un factor importante para conseguir que el paciente siguiera el tratamiento con naltrexona y, de esta manera, generar y mantener la reducción del abuso de opiáceos y de los problemas conexos entre los adictos “de guante blanco”. También hay una considerable presión externa para cambiar de comportamiento cuando existe la amenaza de encarcelamiento o de volver a la cárcel para los que han estado encarcelados por delitos relacionados con opiáceos. Así pues, se llegó a la conclusión de que la amenaza de encarcelamiento que plantea para esas personas el hecho de volver a consumir opiáceos podría resultar el incentivo necesario para que la naltrexona constituyera un complemento eficaz del régimen estándar de libertad vigilada o libertad condicional.

Es posible combinar el tratamiento con un enfoque judicial para abordar el problema del abuso de sustancias.

ordinarios de atención de la salud, o a un régimen mejorado de libertad vigilada. Los dos planes eran prácticamente iguales en lo que atañe al tiempo total necesario de participación y al contacto total con el consejero o el agente de libertad vigilada o de libertad condicional.

Aproximadamente el 65% de los 50 primeros delincuentes federales en régimen de libertad vigilada o de libertad condicional continuaron con el tratamiento de naltrexona durante los seis meses que duró el estudio. Además, las personas tratadas con naltrexona tuvieron muchos menos resultados positivos en los análisis de orina, en relación con el consumo de opiáceos, que las personas del grupo de control sometido al régimen mejorado de libertad vigilada. Por otra parte, el 32% de las personas sometidas a tratamiento con naltrexona volvieron a ser detenidas y encarceladas durante los primeros 12 meses. Si bien este porcentaje sigue siendo excesivamente elevado para ser considerado satisfactorio, el de las personas asignadas al azar a la condición de placebo fue del 60%. Prácticamente todos los encarcelamientos, en ambos grupos, se debieron a detenciones relacionadas con drogas.

Ese estudio, así como muchos otros que no se exponen aquí, ilustran tres aspectos importantes. En primer lugar, es posible combinar el tratamiento con un enfoque judicial para abordar el problema del abuso de sustancias. Esas clases de intervenciones no tienen por qué excluirse mutuamente. Un segundo aspecto conexo es que añadir un tratamiento de abuso de sustancias a una intervención penitenciaria puede dar mejores resultados que si se utiliza solamente la intervención del sistema de justicia penal. En el caso que se examina, el tratamiento con naltrexona no solo aumentó, al parecer, los efectos del régimen de libertad vigilada o de libertad condicional, sino que la presión externa impuesta por el sistema de justicia penal parece haber potenciado el cumplimiento del tratamiento de naltrexona y, por ende, su eficacia. En tercer lugar, si bien el estudio se centró en una intervención farmacológica utilizada en el tratamiento de la adicción a los opiáceos, no hay motivo para que este paradigma no pueda utilizarse para evaluar otras formas de tratamiento psicosocial o de comportamiento, u otras intervenciones farmacológicas para tratar el abuso de sustancias en combinación con la intervención del sistema de justicia penal.

3 Componentes de un tratamiento contemporáneo de la adicción



3. Componentes de un tratamiento contemporáneo de la adicción

¿Qué componentes contribuyen a la eficacia de un tratamiento?

En la presente sección se examina brevemente la bibliografía de investigación sobre el tratamiento del abuso de sustancias para establecer las variables relativas a los pacientes y al proceso de tratamiento que revisten importancia para determinar los resultados de los esfuerzos de rehabilitación de la toxicomanía y, de esta manera, se intenta contribuir al debate sobre los aspectos del tratamiento que lo hacen "valioso" para la sociedad.

Para obtener un examen más completo y detallado de la bibliografía sobre este tema, se remite al lector a la publicación complementaria titulada "Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas".

Etapas del tratamiento

Se ha estudiado la influencia de los siguientes factores en los resultados de las diferentes etapas del tratamiento:

- El paciente y el entorno del tratamiento
- Los elementos y métodos de tratamiento
- La medicación para la desintoxicación y el mantenimiento
- La duración del tratamiento, el tiempo que el paciente se somete a éste y los criterios para concluirlo
- El entorno de la atención

En la publicación complementaria mencionada anteriormente se presenta una revisión completa de estos factores.

Etapa de desintoxicación y estabilización

La desintoxicación médica ha sido la etapa inicial y aguda de prácticamente todas las formas de tratamiento de la toxicomanía. Sin embargo, el término "desintoxicación" se ha utilizado tanto para describir el tratamiento de un verdadero síndrome de abstinencia (es decir, la neuroadaptación), como para describir simplemente la estabilización de síntomas fisiológicos y emocionales agudos relacionados con el cese del consumo de drogas que podrían no dar lugar a un auténtico síndrome de abstinencia.

La desintoxicación médica se requiere únicamente para determinados tipos de dependencia, más concretamente en relación con la nicotina, el alcohol, los opiáceos, los barbitúricos y las benzodiazepinas.

La etapa aguda de desintoxicación y estabilización no puede considerarse un tratamiento completo, sino únicamente la preparación para continuar el tratamiento.

La desintoxicación médica se requiere únicamente para determinados tipos de dependencia, más concretamente en relación con la nicotina, el alcohol, los opiáceos, los barbitúricos y las benzodiazepinas. Si bien para cada una de estas drogas los síndromes de abstinencia y los protocolos de desintoxicación son diferentes, en cada uno de estos casos (particularmente en lo que atañe al consumo de barbitúricos) el consumo persistente de una sustancia en dosis gradualmente crecientes y durante períodos cada vez más prolongados produce neuroadaptación o "tolerancia" a la droga, hasta el punto de que, por lo general, se necesitan mayores cantidades de la droga para producir euforia y –un aspecto importante– para eliminar los síntomas de abstinencia. Estos síntomas reflejan la reacción de un sistema fisiológico que ha sido alterado por el consumo de drogas durante un período considerable. Una vez más, si bien el síndrome de abstinencia provoca síntomas distintos en el caso de cada droga, por lo general esos síntomas pueden consistir en dolor de cabeza, dolor de las articulaciones, fiebre, escalofríos, ataques en casos extremos, ojos acuosos, congestión nasal, diarrea y profundos trastornos emocionales. Los opiáceos, en particular, pueden producir estos síntomas que, aun cuando sean sumamente incómodos, rara vez constituyen una amenaza de muerte. Es importante señalar que el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas también producen muchos de los síntomas descritos anteriormente y también irregularidades y ataques cardíacos que pueden constituir un peligro de muerte, según los antecedentes y el estado general de salud del usuario.

También es cierto que el consumo de prácticamente cualquier droga, por ejemplo, caféina, anfetaminas, cocaína y alucinógenos, producirá períodos de inestabilidad fisiológica y emocional aguda (de uno a tres días, por lo general, en el caso de la caféina y los alucinógenos y hasta dos semanas en el caso de las anfetaminas o la cocaína) a raíz de la interrupción brusca del consumo regular. Aunque esa inestabilidad resulta incómoda, casi siempre desaparece sin atención médica formal. Por eso en muchos países se admiten pocos pacientes en los hospitales o residencias para el tratamiento intensivo de la inestabilidad producida por estas drogas.

Indicadores de la eficacia de la etapa de desintoxicación y estabilización

La desintoxicación y la estabilización tienen como principal objetivo aliviar y estabilizar los síntomas agudos –médicos, psiquiátricos o de consumo de drogas– que estaban fuera de control y, por ende, estaban impidiendo que el paciente pudiera pasar directamente a la etapa de rehabilitación. No obstante, la etapa aguda de desintoxicación y estabilización no puede considerarse un tratamiento completo, sino únicamente la preparación para continuar el tratamiento. Así pues, solo puede decirse que la desintoxicación ha tenido éxito si poco después de haber sido dado de alta (es decir, a las dos o tres semanas), el paciente:

- Presenta una reducción considerable de la inestabilidad fisiológica y emocional (por lo menos en la medida necesaria para ser sometido a un régimen de rehabilitación ambulatoria);
- No ha tenido graves complicaciones médicas ni psiquiátricas;
- Se ha integrado y participa en un programa de rehabilitación adecuado.

Etapa de rehabilitación y prevención de recaídas

La rehabilitación es apropiada en el caso de los pacientes que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos del reciente consumo de drogas y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento con objeto de poder controlar la necesidad de utilizar sustancias. Los objetivos prácticos de esta etapa del tratamiento son impedir que se vuelva a un consumo activo de sustancias que requeriría desintoxicación y estabilización otra vez; ayudar al paciente a controlar la necesidad de utilizar alcohol o drogas, o ambos, generalmente mediante la abstinencia total sostenida de todo tipo de drogas y alcohol; y ayudar al paciente a que recobre o alcance un mejor estado de salud y su función en la sociedad, tanto como parte secundaria de la función de rehabilitación como porque estas mejoras del estilo de vida son importantes para mantener un control sostenido sobre el consumo de sustancias.

Existe una amplia gama de estrategias y tratamientos que pueden utilizarse en la fase de rehabilitación y prevención de recaídas para corregir o mejorar los problemas básicos de los pacientes y prestar apoyo continuo para lograr los cambios previstos de comportamiento. Las estrategias abarcan elementos tan diversos como la medicación con sustancias sicotrópicas para aliviar los “problemas psiquiátricos subyacentes”; la prescripción de medicamentos para aliviar la necesidad apremiante de consumir alcohol o drogas, comprendidas las terapias de sustitución; acupuntura para corregir desequilibrios metabólicos adquiridos; seminarios educativos, películas y terapias de grupo para corregir las falsas impresiones sobre el consumo de alcohol y drogas; asesoramiento en grupo e individual y sesiones de terapia con el fin de facilitar ideas, orientación y apoyo para modificar el comportamiento, y grupos de ayuda de personas que se encuentran en circunstancias parecidas (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) para prestar apoyo continuo a las modificaciones del comportamiento que se consideran importantes para mantener los resultados del tratamiento. Si bien la mayoría de los programas de tratamiento de rehabilitación se orientan hacia el objetivo de la abstinencia, en un número considerable de programas de rehabilitación en Australia, Europa occidental y América del Norte se administra a los pacientes una medicación cuya finalidad es bloquear los efectos de las drogas de que han abusado para impedir, de esa forma, que vuelvan a consumirlas.

Indicadores de la eficacia de la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas

Todas las formas de tratamiento de la toxicomanía orientadas a la rehabilitación tienen los mismos cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate. Los objetivos son:

- Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación;
- Propiciar y mantener la reducción del consumo de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total);
- Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud (por ejemplo, el VIH/SIDA) y la seguridad públicas;
- Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

Para que el tratamiento sea valioso para la sociedad, debe dar lugar a un mejoramiento sostenido de los problemas que hicieron necesario el tratamiento, que son importantes para el paciente y para la sociedad.

Es importante hacer referencia a la amplia perspectiva sobre la evaluación de la eficacia que se analizó en la sección 1. Concretamente, para que toda forma de plan de rehabilitación del abuso de sustancias sea valiosa para la sociedad, debe dar lugar a un mejoramiento sostenido de los problemas que hicieron necesario el tratamiento, que son importantes para el paciente y para la sociedad.

Tratamiento eficaz:

Tratamiento más prolongado

Orientación individual

Servicios especializados

Medicación

Refuerzo

Grupos de autoayuda

Factores relativos a los pacientes y a los tratamientos que son importantes para determinar los resultados

El examen de la bibliografía de investigación relativa al tratamiento del abuso de sustancias pone de manifiesto las principales características de los pacientes relacionadas con los mejores resultados de la rehabilitación:

- Dependencia leve;
- Escasos síntomas psiquiátricos en el momento de la admisión;
- Una motivación más profunda que la mera reflexión sobre el cambio;
- Ser empleado o económicamente independiente;
- Tener familia y apoyo social que impulsen al paciente a actuar con sobriedad.

En el cuadro 4 se resumen los principales componentes o variables del tratamiento relacionados con los mejores resultados de los tratamientos orientados a la rehabilitación.

Cuadro 4 Componentes de un tratamiento eficaz

Variables del tratamiento

- Permanencia más prolongada en el tratamiento
- Estímulos (incentivos financieros o vales por asistencia y abstinencia)
- Consejero o terapeuta individual
- Servicios especializados para tratar problemas psiquiátricos, laborales y familiares
- Medicación para:
 - Bloquear la necesidad apremiante de consumir drogas y los efectos de éstas
 - Aliviar los síntomas psiquiátricos
- Participación en grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) después de la rehabilitación

A la luz de estas conclusiones, resulta sorprendente que algunos de los elementos que más se utilizan en los tratamientos del abuso de sustancias no hayan arrojado mejores resultados. Por ejemplo, el examen de la literatura existente no parece indicar que alguno de los siguientes elementos haya dado lugar a resultados mejores o más duraderos después del tratamiento:

- Sesiones educativas sobre el alcohol y las drogas;
- Sesiones de terapia de grupo en general, especialmente sesiones de “confrontación”;
- Sesiones de acupuntura;
- Técnicas de relajación del paciente.

No obstante, como se señaló anteriormente, “la ausencia de pruebas” no demuestra que un tratamiento sea ineficaz. De hecho, algunos de los tratamientos, prácticas o convenios mencionados pueden resultar positivos para determinados pacientes o en determinadas circunstancias, pero en la literatura existente no existen estudios controlados de estos aspectos de los servicios de atención que demuestren su eficacia.

4 | **¿Por qué los tratamientos de la adicción no son tan eficaces como los tratamientos de otras enfermedades?**



4. ¿Por qué los tratamientos de la adicción no son tan eficaces como los tratamientos de otras enfermedades?

Consecuencias para la administración y la evaluación del tratamiento de la adicción

En las partes anteriores del presente documento se han examinado los tratamientos de la adicción desde el punto de vista de su valor para la sociedad. Al parecer, el examen proporcionaría una respuesta relativamente sencilla a lo que constituiría una pregunta directa de costo y valor. Sin embargo, no es una pregunta directa en absoluto. En el presente documento se ha tratado de demostrar que las expectativas razonables de una sociedad respecto de toda forma de intervención encaminada a “ocuparse del problema de las drogas” deben abordar muchas cuestiones diferentes, todas ellas relativas, por lo general, a los problemas “relacionados con la adicción”, que son tan alarmantes y costosos para la sociedad. Sin embargo, no es común que los resultados de las evaluaciones de las enfermedades físicas se consideren desde varias perspectivas. En el tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas se espera que un tratamiento “eficaz” alivie los síntomas, potencie las funciones de la persona y prevenga las recaídas, especialmente las recaídas costosas. Así pues, como perspectiva final sobre la cuestión de la eficacia y el valor de los tratamientos de la adicción, en la presente sección se evalúa la eficacia de los tratamientos utilizando los mismos criterios que se suelen aplicar a las evaluaciones de otras enfermedades crónicas.

Cumplimiento del tratamiento, remisión de los síntomas y recaídas en el tratamiento de la adicción

Cabe señalar que la adicción no debe considerarse crónica. Muchas personas a las que se puede diagnosticar dependencia de sustancias se recuperan completamente, incluso sin tratamiento. Otras gozan de largos períodos de remisión de los síntomas después del tratamiento. Sin embargo, muchas de las personas que padecen problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento y se piensa que siguen estando propensas a recaídas durante años o quizá durante toda la vida. Se podría argumentar que, por ahora, no existe una “cura” fiable para la toxicomanía. Por las razones expuestas anteriormente, es probable que los alcohólicos y drogadictos que intentan reducir el consumo, en vez de abstenerse completamente, tengan problemas para mantener un “consumo controlado”. Los pacientes que cumplen el régimen recomendado de educación, asesoramiento y medicación obtienen resultados favorables durante 6 a 12 meses, como mínimo, después de recibir tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que empiezan cualquier tipo de tratamiento lo abandonan antes de que ter-

En el tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas se espera que un tratamiento "eficaz" alivie los síntomas, potencie las funciones de la persona y prevenga las recaídas.

La hipertensión, la diabetes y el asma no son necesariamente mortales, mientras se siga el régimen de tratamiento con medicación, dieta y modificaciones del comportamiento.

mine, o hacen caso omiso de los consejos del médico de seguir tomando la medicación y participando en el postratamiento o en grupos de autoayuda. Es bien sabido que una situación socioeconómica precaria, una patología psiquiátrica concomitante y la falta de apoyo familiar o social son algunas de las variables más importantes relacionadas con la falta de cumplimiento del tratamiento de la toxicomanía y con la recaída después del tratamiento. Debido a las múltiples condiciones médicas y sociales anómalas concomitantes y al escaso cumplimiento del régimen de tratamiento, tanto en lo que respecta al aspecto médico como al comportamiento, ha quedado demostrado con estudios de seguimiento de un año de duración que, por lo general, apenas entre el 40% y el 60% de los pacientes tratados se abstienen del consumo, si bien otro 15% a 30% no ha vuelto a ser dependiente durante ese período.

Es muy desalentador para muchas de las personas que actúan en la esfera del tratamiento de la toxicomanía que tantos pacientes dependientes del alcohol y otras drogas no sigan el tratamiento recomendado y que tantos acaben reanudando el consumo de sustancias. Como se indicó anteriormente, en la actualidad existen varias medicaciones cuya eficacia ha sido demostrada en lo que respecta al tratamiento de la dependencia del alcohol y de los opiáceos. No obstante, para que esas medicaciones sean eficaces deben tomarse con regularidad, pues sus efectos se ven seriamente limitados por la falta de cumplimiento del paciente. Las investigaciones clínicas actuales en esta esfera se centran en la elaboración de medicamentos de acción más prolongada o "depot", así como en estrategias de comportamiento encaminadas a lograr que el paciente se atenga al tratamiento prescrito.

Cumplimiento del tratamiento, remisión de los síntomas y recaídas en el caso de las enfermedades crónicas

La hipertensión, la diabetes y el asma son trastornos crónicos bien estudiados, que exigen una atención continua durante la mayor parte de la vida del paciente, cuando no durante toda su vida. Al mismo tiempo, estos trastornos pueden aliviarse y no son necesariamente mortales, mientras se siga el régimen de tratamiento con medicación, dieta y modificaciones del comportamiento. Cabe explicar este último aspecto con más detalle. Los tratamientos de estos trastornos físicos dependen considerablemente de las modificaciones del comportamiento y del cumplimiento de la medicación para ser eficaces. En un examen recientemente publicado acerca de los estudios de los resultados de estos tratamientos, el hecho de que el paciente se atuviera al régimen médico recomendado era el factor más decisivo para obtener buenos resultados. Sin embargo, los estudios han revelado que menos del 60% de los diabéticos adultos insulino-dependientes del tipo 1 se atienen plenamente a su programa de medicación, y que menos del 40% de los pacientes hipertensos o asmáticos lo hacen. El problema es todavía peor en cuanto a las modificaciones del comportamiento y de la dieta, que son tan importantes para mantener los beneficios a corto plazo en estas enfermedades crónicas. Una vez más, un examen de estudios recientes en materia de diabetes de adultos, hipertensión y asma indica que menos del 30% de los pacientes sometidos a tratamiento por estos trastornos se atienen a la dieta prescrita o modifican su comportamiento con objeto de mejorar su situación funcional y reducir los factores de riesgo de que reaparezcan. En estos tres tipos de enfermedades físicas crónicas, los peores índices de cumplimiento y, en último término, de resultados, son los de los pacientes que se hallan en una situación socioe-

conómica inferior y que tienen escaso apoyo familiar y social o un alto grado de morbilidad psiquiátrica concomitante, como se resume en el cuadro 5.

Cuadro 5 Factores relacionados con las recaídas en el caso de la hipertensión, la diabetes y el asma

- Falta de seguimiento del régimen prescrito de medicación, dieta o modificación del comportamiento
- Situación socioeconómica precaria
- Escaso apoyo familiar
- Morbilidad psiquiátrica concomitante

El examen del cumplimiento de la medicación y de la modificación del comportamiento en el tratamiento de otras enfermedades físicas crónicas revela un importante paralelismo con el tratamiento de la farmacodependencia. En todos estos trastornos, el hecho de que el paciente no se atenga al régimen de tratamiento es el factor que más contribuye a que reaparezcan los síntomas, y en todos estos trastornos, los índices más bajos de cumplimiento son los de los pacientes que padecen problemas médicos, psiquiátricos, familiares y sociales concomitantes. Quizá debido a que existen similitudes en el cumplimiento del tratamiento, también hay similitud en las tasas de recaída o de reaparición de los síntomas en todos estos trastornos. De hecho, los estudios de los resultados indican que todos los años reaparecen los síntomas en un 30% a un 50% de los pacientes diabéticos adultos insulino-dependientes y en aproximadamente un 50% a un 70% de los pacientes hipertensos y asmáticos adultos, hasta el punto de que necesitan por lo menos la reestabilización de su medicación o más atención médica para lograr una vez más la remisión de los síntomas. Muchos de estos casos de reaparición de síntomas redundan en graves complicaciones para la salud. Por ejemplo, son muy frecuentes los casos de amputación de miembros o de ceguera entre los diabéticos que no han cumplido el tratamiento, y los derrames cerebrales y los ataques cardíacos son problemas corrientes cuando se exacerba la hipertensión.

Hay un importante paralelismo entre el tratamiento de la farmacodependencia y el tratamiento de otras enfermedades crónicas.

Perspectiva de las enfermedades crónicas aplicada a la elaboración y evaluación del tratamiento

En la presente sección se procura determinar si los supuestos que sirven de base al tratamiento de trastornos graves o crónicos son más adecuados para el tratamiento de la adicción.

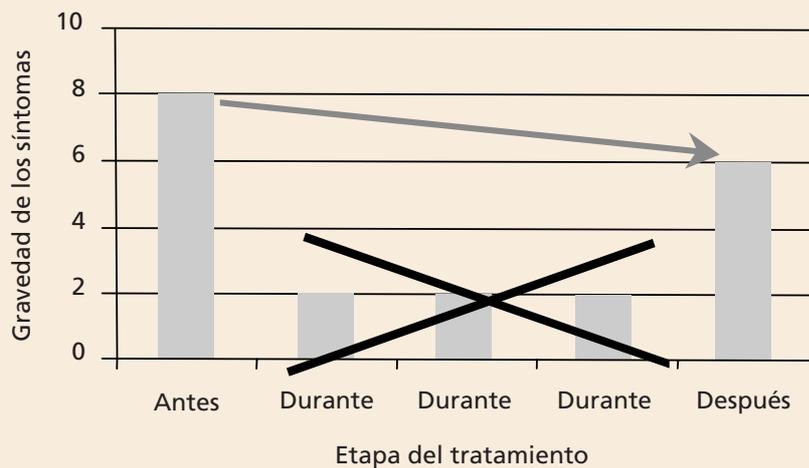
No existe una “cura” definitiva para ninguna de las enfermedades físicas crónicas examinadas en la presente sección. Con todo, resulta interesante que, pese a las tasas de cumplimiento y recaída bastante similares en todos los trastornos examinados, no se cuestione seriamente la “eficacia” de los tratamientos de la diabetes, la hipertensión o el asma, ni se discuta si deben contar o no con cobertura de los actuales seguros médicos. Sin embargo, estos aspectos sí se cuestionan seriamente en el caso de los tratamientos de las toxicomanías. Al respecto, resulta interesante que las tasas de recaída relativamente altas de los pacientes diabéticos, hipertensos y asmáticos una vez que dejan de tomar la medicación se hayan considerado una prueba de la eficacia de ésta y de la necesidad de establecer estrategias para fortalecer el cumplimiento. En cambio, las recaídas en el con-

Los tratamientos de la farmacodependencia no se han evaluado partiendo de los mismos supuestos que en el caso de otras enfermedades crónicas.

sumo de drogas y alcohol una vez que cesa el tratamiento de la adicción se suelen considerar una prueba del fracaso del tratamiento.

Los tratamientos de la farmacodependencia no se administran y, especialmente, no se han evaluado partiendo de los mismos supuestos que en el caso de otras enfermedades crónicas. Al respecto, es particularmente importante que esos tratamientos rara vez se administran en forma permanente, como en el caso de una enfermedad crónica. De hecho, excepto en el caso del suministro de metadona y de los grupos de autoayuda, la mayoría de los tratamientos contemporáneos de la toxicomanía son de corta duración. Por ejemplo, es frecuente que se admita a un toxicómano en un programa de rehabilitación ambulatoria de 30 a 90 días de duración, que no suele ir acompañado de un control médico ni de medicación. Por lo general, tras este período de tratamiento se da el alta al paciente y se le remite a "servicios comunitarios". Si bien el tratamiento de la adicción podría ser considerado de atención permanente por los que actúan en esa esfera, en la práctica se administra de modo muy semejante al tratamiento que se daría a un paciente de cirugía tras haberle implantado una prótesis. Generalmente se llevan a cabo evaluaciones de los resultados de 6 a 12 meses después del alta del tratamiento, ya que se espera que éste produzca una reducción duradera de los síntomas una vez concluido. A diferencia de los tratamientos de otras dolencias crónicas, en las expectativas con respecto a los tratamientos de la adicción no se ha considerado pertinente tener en cuenta la reducción de los síntomas durante el tratamiento (véase la figura III).

Figura III
Tratamiento hipotético de la adicción

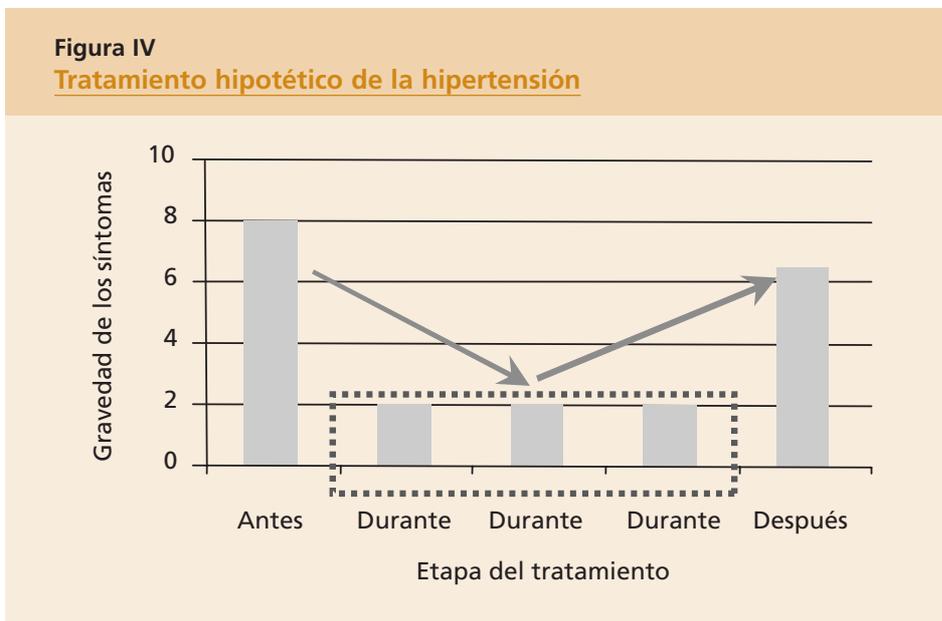


En cuanto a este argumento, no importa en absoluto si la adicción es fundamentalmente una enfermedad, una mala costumbre, un problema social o todo eso junto. También carece de importancia que la finalidad de la intervención sea corregir una anomalía biológica, resolver un proceso psicológico, enseñar un nuevo tipo de comportamiento o crear un sistema mejorado de apoyo social. Las expectativas se han centrado en conseguir, mediante una combinación finita de medicación, asesoramiento, terapia, servi-

cios sociales y/o sistemas de apoyo social, modificaciones esenciales de las causas fundamentales de la adicción, la eliminación de esas causas y la obtención de beneficios duraderos.

Una expectativa más realista es que los tratamientos de que se dispone en la actualidad no corregirán la esencia del problema de forma permanente; únicamente reducirán el número de síntomas y aliviarán su gravedad y mejorarán la función personal, siempre y cuando el paciente participe en el programa. Ésta es precisamente la misma expectativa que predomina actualmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas (véase la figura IV).

Una expectativa más realista es que los tratamientos de que se dispone en la actualidad no corregirán la esencia del problema de forma permanente; únicamente reducirán el número de síntomas y aliviarán su gravedad



Es más, esperar tratamientos "de corta duración" en estos casos es contraproducente e incluso absurdo. Por ejemplo, examinemos los objetivos actuales y la estrategia de evaluación predominante de los tratamientos de la adicción aplicados al tratamiento de la hipertensión. Los pacientes con diagnóstico de hipertensión serían admitidos a un programa ambulatorio de "rehabilitación de la hipertensión" de 30 a 90 días de duración en el que podrían recibir medicación, terapia para modificar el comportamiento, educación sobre nutrición y un régimen de ejercicio. Al final de ese período, se reduciría la medicación durante los últimos días del tratamiento y se remitiría a los pacientes a servicios comunitarios. A los seis meses, el equipo de evaluación volvería a ponerse en contacto con el paciente y determinaría si éste ha sido continuamente normotenso a lo largo del período posterior al tratamiento. Solamente se considerarían tratados "satisfactoriamente" los pacientes que cumplieran ese criterio. Es obvio que esta estrategia hipotética de administración del tratamiento y el planteamiento de evaluación pertinente son absurdos en cualquier enfermedad crónica, incluida la toxicomanía.

Bibliografía

Costos de la dependencia de sustancias

Collins D.J. y H.M. Lapsley, The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. *National Drug Strategy Monograph Series*, Canberra, Servicio de Publicaciones del Gobierno de Australia, 1996.

Single E. y otros, The costs of substance abuse in Canada, Ottawa, Centro Canadiense de Lucha contra la Toxicomanía, 1996.

Gerstein D. y H. Harwood, comp., Treating drug problems, Washington, D.C., Oficina de Publicaciones de la Academia Nacional, 1990 (vol. 1).

Instituto de Medicina. Broadening the base of treatment for alcohol problems, Washington, D.C., Oficina de Publicaciones de la Academia Nacional, 1990.

Rice D.P., S. Kelman, y L.S. Miller, Estimates of the economic costs of alcohol, drug abuse and mental illness, 1985 y 1988, *Public health reports*, vol. 106, núm. 3, 1991, págs. 281 a 292, 1991.

Actitud de los profesionales de la salud hacia el tratamiento de la toxicomanía

Schuckit M.A., Why don't we diagnose alcoholism in our patients? *Journal of Family Practice*, vol. 25, págs. 225 y 226, 1987.

Weisner C.M. y L. Schmidt, Alcohol and drug problems among diverse health and social services populations, *American Journal of Public Health*, vol. 83, págs. 824 a 829, 1993.

Modelos de utilización de los servicios médicos

Aday L. y R.A. Anderson, A framework for the study of access to medical care, *Health Services Research*, vol. 9, págs. 208 a 220, 1974.

Greenley J.R. y D. Mechanic, Social selection and seeking help for psychological problems, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 17, págs. 249 a 262, 1976.

Padgett D., E. Struening y H. Andrews, Factors affecting the use of medical, mental health, alcohol, and drug treatment services by homeless adults, *Medical Care*, vol. 28, núm. 9, págs. 805 a 821, 1990.

Schmidt L.A., The role of problem drinking in psychiatric admissions, *Addiction* vol. 90: núm. 3, págs. 375 a 389, 1995.

Weisner C., Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment, *Alcoholism: clinical and experimental research*, vol. 17, núm. 4, págs. 746 a 752, 1993.

Weisner C.M., The social ecology of alcoholism treatment in the U.S. En *Recent Developments in Alcoholism*, comp. por M. Galanter, Nueva York, Plenum Press, 1987, págs. 203 a 243.

Nuevos conceptos del tratamiento del abuso de sustancias

Musto D.F., The American disease: the origins of narcotic control. New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973.

Room R., T. Greenfield y C. Weisner, People who might have liked you to drink less: changing responses to drinking by U.S. family members and friends, 1979-1990, *Contemporary Drug Problems*, vol. 18 núm. 4, págs. 573 a 595, 1991.

Schmidt C.M. y L.S. Weisner, Spare people in the public sector human services. Documento presentado en la Conferencia Internacional sobre la Investigación de los Sistemas de Tratamiento del Alcoholismo y la Farmacodependencia. Kettil Braun Society, Toronto (Canadá), 18 a 22 de octubre de 1990.

Expectativas respecto de los tratamientos del abuso de sustancias

Harlow C.W., Comparing Federal and State Prison Inmates, Washington, D.C., Oficina de Estadísticas de Justicia 1994.

Harwood H.J., D. Fountain y G. Livermore, The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States. Bethesda, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, Publicación del Instituto Nacional de Salud, núm. 98-4327, 1998.

Instituto de Medicina, Managing managed care: quality improvement in behavioral health, Washington, D.C., Oficina de Publicaciones de la Academia Nacional, 1997.

National Center for Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Behind bars: substance abuse and America's prison population. Nueva York, 1998.

Weisner C.M., T. Greenfeld y R. Room, Trends in the treatment of alcohol problems in the U.S. general population, 1979 a 1990, *American Journal of Public Health*, vol. 85, núm. 1, págs. 55 a 60, 1994.

Eficacia comparativa: la alternativa de administrar o no administrar tratamiento

Booth R.E., T.J. Crowley y Y. Zhang, Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 42, núm. 1, págs. 11 a 20, 1996.

Svikis D.S. y otros, Cost effectiveness of treatment for drug abusing pregnant women, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 45, núms. 1 y 2, págs. 105 a 113, 1997.

Finnegan L. y S. Kandall, Maternal and neonatal effects of alcohol and drugs. En *Substance abuse: a comprehensive textbook*, J. Lowinson y otros, comp. 2ª edición, Williams y Wilkins, 1992, págs. 628 a 656.

Glantz J.K. y J.R. Woods, Cocaine, heroin and phencyclidine: obstetric perspectives. *Clinical and Obstetrical Gynecology*, vol. 36, págs. 279 a 301, 1993.

Metzger D.S., y otros, HIV seroconversion among in and out of treatment intravenous drug users: an 18-month prospective follow-up. *AIDS* vol. 6, núm. 9, págs. 1049 a 1056, 1993.

Haller D.L. y otros, Perinatal substance abusers: psychological and social characteristics, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 181, págs. 509 a 513, 1993.

Phibbs C.S., D.A. Bateman y R.M. Schwartz, The neonatal costs of maternal cocaine use, *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, págs. 1521 a 1526, 1991.

Robins L. y J. Mills, Effects of in-utero exposure to street drugs. *American Journal of Public Health*, vol. 83, págs. 123 a 129, 1993.

Costos de las opciones de encarcelamiento y de los programas de justicia penal

Inciardi J.A., Some considerations on the clinical efficacy of compulsory treatment: Reviewing the New York experience. En *Compulsory treatment of drug abuse: research and clinical practice*, C.G. Leukefeld y F.M. Tims (comp.) Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1988 (NIDA Research Monograph, vol. 86).

Jürgens R., HIV/AIDS in prisons; informe final. Canadian HIV/AIDS Legal Network y Canadian AIDS Society, Montreal, 1996.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. An overview study; assistance to drug users in European Union prisons. Informe científico del OEDT, Cranstoun Drug Services Publishing, 2001.

Combinación de los programas de tratamiento con programas que no entrañan tratamiento

Cornish J. y otros, Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, págs. 477 a 489, 1998.

El cumplimiento de los tratamientos de la toxicomanía y las recaídas

Alterman A.I. y otros, Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 182, págs. 157 a 163, 1994.

Hubbard R.L. y otros, Drug abuse treatment: a national study of effectiveness. Chapel Hill, North Carolina University of North Carolina Press, 1989.

Gerstein D. y H. Harwood, comp., *Treating drug problems; a study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington, D.C., Oficina de Publicaciones de la Academia Nacional, 1990, vol. 1.

Marlatt G.A., *Matching clients to treatment: treatment models and stages of change*, 1988. En *Assessment of addictive behaviors* D. M. Donovan y A. Marlatt, comp. Nueva York, Guilford Press, 1988, págs. 474 a 483.

Moos R.H., J.W. Finney y R.C. Cronkite, *Alcoholism treatment: context, process and outcome*. Nueva York, Oxford University Press, 1990.

Volpicelli J.R. y otros, *Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance*, *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, págs. 737 a 742, 1997.

Carroll K.M. y otros, *Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers*. *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, págs. 177 a 187, 1994.

Cumplimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas y remisión de los síntomas

Clark L.T., *Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations*. *American Heart Journal*, vol. 121, 2ª parte, págs. 664 a 669, 1991.

Dekker F.W. y otros, *Compliance with pulmonary medication in general practice*. *European Respiratory Journal*, vol. 6, núm. 6, págs. 886 a 890, 1993.

McLellan A.T. y otros, *Drug addiction as a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation*. *Journal of the American Medical Association*, núm. 284, pág. 13, 2000.

Gorlin R., *Hypertension and ischemic heart disease: the challenge of the 1990s*. *American Heart Journal*, vol. 121, 2ª parte, págs. 658 a 663, 1991.

Graber A.L. y otros, *Dropout and relapse during diabetes care*. *Diabetic Care*, vol. 15, núm. 11, págs. 1477 a 1483, 1992.

Herman W.H. y S.M. Teutsch, *Diabetic renal disorders*. En *Diabetes Data*. National Diabetes Data Group, Bethesda, Maryland National Institutes of Health, 1985.

Horowitz R.I., *Treatment Adherence and risk of death after a myocardial heart infarction*, *Lancet*, vol. 336, núm. 8714, págs. 542 a 545, 1993.

Kurtz S.M., *Adherence to diabetic regimes: empirical status and clinical applications*. *Diabetes Education*, vol. 16, núm. 1, págs. 50 a 59, 1990.

O'Brien C.P. y A.T. McLellan, *Myths about the treatment of addiction*, *Lancet*, vol. 347, págs. 237 a 240, 1996.

Schaub A.F., A. Steiner y W. Vetter, *Compliance to treatment*, *Journal of Clinical and Experimental Hypertension*, vol. 15, núm. 6, págs. 1121 a 1130, 1993.

Sinnock P., *Hospitalization of diabetes*. En *Diabetes Data*. National Diabetes Data Group, Bethesda, Maryland. National Institutes of Health, 1985.

www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html

