

Residencia diurna: una alternativa clínica para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos

Souza y Machorro Mario,¹ Quijano Barahona Elsy M,¹
Reséndez Rocío,¹ Arroyo Pacheco Florencio,¹ García Ramos Laura,¹
Quintanilla Bendek Jaime,² Díaz Barriga Salgado Lino,³ Guisa Cruz Víctor Manuel⁴

RESUMEN

Las intervenciones terapéuticas antiadictivas, además de ser integrales e individualizadas, deben fundamentarse en modelos de intervención de efectividad comprobada. Expertos en la materia aseguran que los mejores programas de atención proveen una combinación de terapias y servicios que cubren las necesidades particulares de cada paciente, de acuerdo con sus variables sociodemográficas y antecedentes terapéuticos. La disminución de las recaídas y la promoción de cambios sustantivos en los estilos de vida, como resultado de la aplicación de modelos de tratamiento, impulsa a crear mejores servicios en las unidades. Con miras a eficientar el escenario de la atención residencial, se integran modalidades de atención que otorgan servicios cuyas opciones se diseñan para las peculiares características y necesidades. Se propone, describe y documenta la ampliación y reforzamiento de un programa cuyo fin es aprovechar los ambientes estructurados y su organización social interna, en beneficio de un mayor número de casos, sin menoscabo de la calidad. La actualización y renovación de los alcances del tratamiento residencial permitirán el incremento de la actual cobertura y la operación, tanto de métodos tradicionales de tratamiento médico como nuevas técnicas psicológicas, dirigidas a la reducción o supresión del abuso y la dependencia. Frente a la diversidad de poblaciones solicitantes de los servicios y la complejidad acusada por la proliferación de nuevos patrones de consumo, el establecimiento de los programas que auguren resultados factibles, requiere consolidarse con pasos firmes en el manejo y el uso de técnicas que apoyen y aseguren el proceso terapéutico y rehabilitatorio.

Palabras clave: adicciones, hospital de día, tratamiento, rehabilitación, servicios de atención residencial, programas de atención residencial, internamiento diurno.

Rev Mex Neuroci 2006; 7(4): 308-324

Day internment: a clinical alternative for abuse patients/addict to psychotropics

ABSTRACT

In order to be whole and individualized, the therapeutic antiaddictive interventions must be based on intervention models of verified effectiveness. Experts in this field make sure that the best programs of attention provide a combination of therapies and services that cover the particular needs of every patient, in accordance with their socio-demographic variables and therapeutic precedents. The decrease of relapsing and the promotion of substantive changes in lifestyles, as result of the application of treatment models, impels to create better services in the units. Focused to make the stage of residential attention more efficient, attention models are integrated to grant services with options designed for the peculiar characteristics and needs. The enlargement and reinforcement of a program is proposed, described and documented, whose end is to make use of the structured ambiances and their social internal organization for the sake of a major number of cases, without impairment of quality. The update and renewal of the scopes of residential treatment will allow the increase of current coverage, and the operation not only of traditional methods of medical treatment, but also of new psychological techniques focused to the reduction or suppression of abuse and dependency. Facing the diversity of soliciting populations for services and the complexity accused by the proliferation of new patterns of consumption, the establishment of programs that promise feasible results, needs to be consolidated by firm steps in the handling and use of skills that support and assure the therapeutic and rehabilitation process.

Key words: Addictions, day hospital, treatment, rehabilitation, residential attention services, programs of residential attention, day internment.

Rev Mex Neuroci 2006; 7(4): 308-324

1. Personal de la Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos.

2. Director de Tratamiento y Rehabilitación.

3. Director General Adjunto Normativo.

4. Director General. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia:
souzaym@prodigy.net.mx

ANTECEDENTES

Los tratamientos antiadictivos son, en general, efectivos para reducir los problemas médico-psiquiátricos y psicosociales¹ de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos:² los inducidos por ellos (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico,

trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) y los derivados de su consumo –aislado, episódico o consuetudinario (dependencia y abuso)– de estimulantes, sedantes o psicodislépticos, solos o combinados.³⁻⁸ Asimismo, son efectivos para contener o resolver a una amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad,⁹⁻¹³ como la disfuncionalidad familiar,¹⁴⁻¹⁸ conductas delictivas,¹⁹ violencia psicofísica o sexual^{20,21} u otras problemáticas.²² Pero ningún tratamiento es efectivo por sí mismo, menos aún si se utiliza uno sólo de los variados recursos correctivos de la terapéutica actual.^{22,23} La gravedad, complejidad y extensión de esta patología se refleja en el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues aún con la participación de un equipo multi, trans e interdisciplinario, puede, en ocasiones, no consolidarse un resultado favorable, sin menoscabo de que su manejo demanda a la mayoría de los pacientes, mucho tiempo, gastado en forma constante y una adhesión terapéutica especial.²² De ahí que los programas terapéuticos que persisten a la fecha, incompletamente evaluados,²³ varíen tanto en sus abordajes, contenidos y efectividad.²²⁻²⁵ Se ha documentado que los tratamientos son eficaces preferentemente con cierto tipo de pacientes, mas no con otros.^{24,25} Al punto que se realizan correlaciones predictivas con varios grupos de pacientes.²⁵⁻²⁹

La investigación actual vinculada con la utilidad de los factores predictivos de la respuesta al tratamiento en pacientes abusadores/adictos, es un decisivo referente clínico que indica la existencia de ciertos elementos participantes del desarrollo de la patología adictiva y su posible peso específico; la identificación adecuada de cada uno ellos y el impacto que propina su conjunto. De modo que el análisis acucioso de su compleja dinámica^{29,30} ofrece datos que –aún siendo relativos– plantean un escenario al servicio de la comprensión de este complejo fenómeno y al apoyo que ha de brindarse a los pacientes y sus familiares, a través de un amplio espectro de acciones terapéuticas.³¹⁻³⁴ Los factores predictivos (Tabla 1) de la respuesta terapéutica,^{35,36} se observan en:

1. La vertiente biológica (papel de los neurotransmisores cerebrales, el sistema de neuropéptidos "Y"; proteína C quinasa; la dupla adenilciclasa-proteína C; trastornos del dormir; alteraciones neuropatológicas registradas al EEG e indicadores biológicos de reacción al consumo de alcohol).^{26,27}
2. En la vertiente psicosocial³⁴ (alteraciones de la función cognitiva; presencia de deseo-necesidad imperiosa de consumo [craving] y conducta de búsqueda

de la sustancia, D-NIC; estrés; ciertos rasgos de la personalidad; disfunción de la autoeficacia mostrada en labores de realización personal necesarias para el individuo; alteración de la capacidad individual para expresar adecuadamente las emociones; diversa comorbilidad psiquiátrica; nivel de dependencia alcanzado; respuesta previa al tratamiento farmacológico; severidad mostrada de la adicción; corroboración/descarte de interacciones entre los factores de predicción y el tratamiento psicosocial logrado; género; papel de la psicopatología y comorbilidad propia de los procesos adictivos, respecto de psicotrópicos de alta preocupación psicosocial: etanol, cocaína, opiáceos y nicotina).²⁹

Y aunque ambos grupos de factores no pueden considerarse concluyentes todavía, su diversidad y profundidad observacional aporta consideraciones no contempladas y opciones de conocimiento práctico no sistematizadas aún, para ser asumidas en la línea terapéutica de la patología adictiva.^{32,34}

El uso de una nosología individual,³⁷ a partir de características sociodemográficas, tipología, psicopatología, patrón de consumo, severidad sindromática y otros elementos de tipificación, representa un esquema propedéutico útil, no siempre asumido por todos quienes brindan manejo. La adecuación de las metas antiadictivas, debida al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes en distintos programas comunitarios, y a la información derivada de estudios de seguimiento y costo-efectividad, promueve filosofías y metas distintas. Ello hace esencial la discusión clínica detallada respecto de la participación de los factores biopsicosociales en la etiopatogenia adictiva y de modo especial, la calidad de los factores predictivos de la evolución terapéutica.^{29,30,38-49} La nosografía en la que se encuadra al paciente abusador/adicto con miras a su mejor manejo, se conoce desde hace años⁵⁰⁻⁵⁹ por su descripción en los catálogos internacionales; sin embargo, el encuadre sigue siendo desatendido.^{50,59,60} La "ecuación del método" para la mejor indicación terapéutica (paciente-modalidad terapéutica) descrita hace más de dos décadas, constata que la evaluación clínica completa de los pacientes a largo plazo, casi nunca se supervisa ni evalúa adecuadamente.^{23,55,56} Las investigaciones sobre el personal de salud que labora en salas de urgencia de clínicas y hospitales, indican que rara vez toma historias clínicas a los casos de abuso/adicción a psicotrópicos, ni evalúa la necesidad de tratamiento a largo plazo que todo paciente intoxicado requiere.⁵⁷⁻⁶⁰ Los resultados de ciertos estudios clínicos comparativos invitan al cumplimiento de tal necesidad: detectar

Tabla 1
Áreas de abordaje y factores predictores en adicciones *

I. Factores biológicos.
Alcohol
Dopamina y serotonina.
Opiáceos.
Papel de otros neurotransmisores cerebrales, neuromoduladores y procesos postsinápticos.
Trastornos del dormir y hallazgos al EEG
Pautas de medición de la reactividad biológica.
Tipos de alcoholismo.
II. Factores psicosociales.
Funciones cognitivas.
D-NIC (craving) y conducta de búsqueda de alcohol.
Estrés; factores de personalidad y expresión de las emociones.
Comorbilidad psiquiátrica.
Grado de severidad de la dependencia y respuesta clínica al tratamiento farmacológico.
Cocaína.
Severidad de la dependencia e interacción entre los predictores y el manejo psicosocial.
Predictores iniciales y posteriores; género.
Psicopatología; Psicotrópicos y comorbilidad alcohólica.
D-NIC (craving) y conducta de búsqueda de cocaína
Opiáceos.
Alto nivel de pretratamiento contra drogas de abuso.
Tratamiento antiadictivo previo contra opiáceos o contar con periodos de abstinencia previa.
Abstinencia de alcohol o un consumo ligero de éste.
Depresión; Altos niveles de estrés y desempleo.
Relación con personas consumidoras de psicotrópicos.
Breve duración de tratamientos previos.
Abandono precoz de tratamientos sin llegar a su finalización.
Alta gravedad del padecimiento adictivo y múltiples experiencias de pretratamiento.
Aceptación de la identidad como consumidor adicto; poca adhesión y participación en asuntos psicosociales.
Nicotina
Calidad y utilidad práctica de los predictores; grado de severidad de la dependencia y abstinencia.
Presencia de deseo-necesidad de consumo y su estirpe biológica y comorbilidad psiquiátrica.
Los problemas relacionados con el consumo de(los) psicotrópico(s).
Motivación y grado de compromiso y participación en los esfuerzos destinados a la abstinencia.
Duración del tratamiento y otras características del mismo.
Presencia de estados emocionales negativos, afectivos o cognitivos.
Rasgos de personalidad y sus modalidades de trastorno y habilidades para la adaptación.
Abuso múltiple de sustancias y contingencia y la coacción sobre el paciente.
Factores genéticos.
Arquitectura de los patrones del dormir.
Impulsividad e irreflexión conductual y autoeficacia.
Una pléyade de factores económicos y sociales, entre otros.

* Guisa CVM; Díaz Barriga SL; Souza y MM. *Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. Rev Mex Neuroci* 2004; Nov-Dic. 5(6): 581-98.

las características de los pacientes atendidos en servicio de urgencia causado por psicotrópicos, es hoy día un problema no resuelto,^{58,60} dado que los síndromes de intoxicación o abstinencia graves –por uno o varios psicotrópicos a la vez–, son frecuentes, requieren diagnóstico formal y manejo adecuado posterior a la intervención aguda.^{22,53,54,60,61} En tal sentido, el desarrollo de un sistema nacional de tratamiento para adicciones⁶⁰ se hace imprescindible para contender este grave problema, que re-

presenta al menos un tercio de los casos atendidos en urgencias, que se suman a las varias decenas de miles de consultas (ambulatorias, hospitalarias y residenciales) por año,^{56,57} otorgadas por las distintas organizaciones e instituciones del país.⁵⁸⁻⁶⁰

DESCRIPCIÓN

No obstante la eficacia disponible de la terapéutica actual,^{26,27} los diferentes tipos de programas no recurren a igual metodología, y su varianza máxi-

ma, tratándose de enfoques, contenidos y efectividad, aún no se consideran de rutina, las características individuales de cada paciente.^{31,61} La reducida eficacia de ciertos abordajes requiere mejor selección metodológica y sobre todo, de la evaluación de la indicación correspondiente, para emplear así, bajo evaluación supervisada,^{23,31-33} los más adecuados a cada problema.⁶²⁻⁶⁹ Como puede apreciarse, se trata de la consolidación de una actividad necesaria: la profesionalización de una actividad psiquiátrica.^{22,27,31} El reto terapéutico asistencial en adicciones, enfocó desde los años noventa, dos asuntos tributarios entre sí: el costo-beneficio y la clasificación nosográfica para fines terapéuticos. Los dos promueven el uso del manejo antiadictivo ambulatorio y favoreciendo el manejo diurno, sin omitir la condición médico-psiquiátrica de los pacientes. La hospitalización parcial, como parte complementaria de la terapéutica integral, ofrece en ciertos casos, iguales o mejores resultados que la rehabilitación lograda en ambientes residenciales típicos. Para optimizar la calidad de su cuidado se determinan las características individuales del paciente, el grado compromiso y la participación esperables, en aras de un mejor pronóstico rehabilitatorio.⁶²⁻⁶⁷ Y no obstante la experiencia acumulada, la investigación en la materia no ha documentado resultados concluyentes. Los datos actuales sostienen que los estudios que tipifican clínicamente a sus pacientes y los que no lo hacen, tienen resultados inmediatos parecidos, no así los logrados con posteridad. Lo cual implica que el proceso aún requiere de afinar mejor la tipificación de la modalidad terapéutica correlativa y en consecuencia, de la ubicación clínica correcta del paciente en el más adecuado nivel de atención,^{66,70-74} a efecto de lograr un mejor y más completo manejo sostenido a largo plazo.^{29,31,56,58,61} La experiencia de manejo documenta que a mayor lapso de tratamiento rehabilitatorio, participación y permanencia en la unidad terapéutica (realizando labor lúdica, taller laboral y otras), se consolidan mejores resultados a largo plazo, en términos de evitación de recaídas y establecimiento de una mejor capacidad para la rehabilitación psicosocial de los afectados.⁷⁵⁻⁸³ De hecho, la OMS recomienda, que frente a la multifacética etiopatogenia de la dependencia: dar tratamiento es mejor que no hacerlo; que cuanto mayor sea la duración, mejores los resultados; que la patología adictiva debe considerarse un trastorno crónico igual que otros; que la atención a la comorbilidad es indispensable; que la motivación para el tratamiento es fundamental de la rehabilitación, donde el D-NIC causante de recaída –parte ineludible del padecimiento– precisa controlarse con recursos específicos y que el mejor tratamiento es la combinación de terapia

ambulatoria, medicación y seguimiento continuados con bases psicoterapéuticas.^{84,85}

Complementa esta opinión, la sólida argumentación de apoyo a las medidas del postratamiento a favor de los distintos tipos de pacientes y sus peculiares características, así como las instituciones participantes. Y documenta también, que en materia terapéutica del abuso de analgésicos, alcohol –en adultos mayores–, metanfetaminas, cocaína o tabaco y alcohol –en jóvenes–, los programas de tratamiento a largo plazo, como el de uso de metadona u otras sustancias, se refuerzan con la participación de programas residenciales diurnos.⁸⁶⁻⁹⁵ Se sabe que la buena evolución de los pacientes en el postratamiento depende de distintos factores de significación personal, que influyen en su adhesión al tratamiento, involucran la motivación y el desempeño en las actividades programadas. Al efecto, se señala la participación de diversos factores:

1. Institución (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc.; características del personal y organización y recursos destinados al manejo).
2. Tratamiento (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad de la condición clínica a tratar y sus resultados).
3. Paciente (grado de afectación, conciencia de enfermedad [mental], motivación y recursos disponibles).
4. Familia (grado de participación, abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adhesión).
5. Socioculturales (estigma grado de aceptación y simpatía a la labor y esfuerzo de los afectados, etc.).⁹⁶⁻¹⁰³

En todo caso, la labor terapéutica que reciban los pacientes, extra a las maniobras rehabilitatorias que el caso requiera, debe enriquecerse con un desempeño empático, orientador, de apoyo informativo-correctivo que ofrece la modalidad psicoterapéutica, vinculada con la detección y combate del D-NIC y su conducta de búsqueda de sustancia.^{22,32,34,37} Todo lo cual tiende a eliminar la recaída, permite reforzar la permanencia en el manejo y la toma de conciencia de enfermedad (mental), así como la participación activa de los afectados para disminuir las dificultades naturales del manejo de este tipo de proceso crónico-reiterativo de la patología adictiva.¹⁰⁴⁻¹²⁰ Se presentan a continuación, los aspectos histórico-técnicos que orientan y facilitan el quehacer de los equipos de salud, en una unidad residencial diurna para la atención de personas con problemas de abuso/adicción a psicotrópicos y su comorbilidad, a la

usanza de como se realiza con pacientes discapacitados físicamente para reducir la invalidez, a efecto de normalizar sus condiciones y circunstancias patógenas. El Hospital de Día –modelo de la residencia diurna para pacientes abusadores/adictos–, constituye de acuerdo con la experiencia realizada en varios países,¹²¹ un programa que enfatiza de manera esencial la resolución oportuna, integral, ambulatoria y comunitaria de la problemática adictiva; se orienta a la atención de los trastornos por consumo de sustancias en ámbitos clínicos y de rehabilitación, durante el periodo de agudización o en su periodo de transición entre la hospitalización residencial y su egreso a Consulta Externa.¹²² Este modelo de abordaje, iniciado en Moscú, en 1932, para pacientes psiquiátricos, se extendió más tarde a otros países con la experiencia simultánea de Boyle, en Chichester, Inglaterra, y de Woodall, en Boston, EUA, e indujo, tras la Segunda Guerra Mundial, en 1946, a que Cameron, en Montreal y Bierer, en Londres, promovieran la “fórmula experimental de hospitalización” para otros grupos de enfermos mentales”.¹²¹ Su desarrollo lento fue impulsado por el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña y en el decenio de los años sesenta, la mayoría de los países industrializados iniciaron a reemplazar el tradicional hospital psiquiátrico por el nuevo modelo de atención llamado “comunitario”.^{123,124} Contexto en el cual, bajo condiciones sociales y técnicas particulares, se facilita el desarrollo de una residencia parcial. Tal dispersión contó con ciertos factores que explican la consolidación de la modalidad en las redes de servicios:

1. Utilización óptima del tiempo terapéutico con economía de recursos de inversión/operación.
2. Evitación del desarraigo y segregación de los pacientes, que clarifica y demanda un compromiso de éstos con su tratamiento.
3. Fomento de intervenciones psicoterapéuticas y sociofamiliares, dirigidas a objetivos más definidos y específicos, e incluso técnicamente mejor evaluadas.^{125,126}

En su calidad de modelo de abordaje cumple varias funciones:

1. Alternativa a la hospitalización de tiempo completo.
2. Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios.
3. Instancia de rehabilitación para enfermos crónicos.
4. Como unidad específica para el tratamiento de enfermos ancianos, niños, abusadores/adictos u otras condiciones.^{125,126}

Además, muchas de las unidades al combinar sus funciones inspiran su práctica a otros enfoques (médico tradicional; comunidad terapéutica; rehabilitación psicosocial, etc.).^{122,125,126} En la actualidad el énfasis se coloca sobre la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial.^{117,118,121} Y como la opción representa a la vez, una alternativa a la hospitalización de pacientes con trastornos adictivos y un manejo post-alta residencial, acorta los tiempos de internación y garantiza el manejo previo a la consulta ambulatoria. Su práctica intenta consolidar la atención semihospitalaria; prevenir la discapacidad y asegurar la continuidad de atención, al privilegiar un tipo de atención ambulatoria más económica. Pero, cabe señalar que aunque esta modalidad dispone de elementos lúdicos, es primordialmente un recurso terapéutico como alternativa clínica hospitalaria o abreviando su duración; al derivar sus altas a la atención especializada ambulatoria, provoca una menor estigmatización psicosocial; facilita la reinserción social y laboral de los usuarios –tanto éstos como sus familiares–, quienes alcanzan igual o mayor satisfacción que con la hospitalización completa tradicional.^{126,127} La residencia diurna refuerza su perfil de opción clínica especializada de alta resolutiveidad de crisis y descompensaciones, al disminuir la demanda de camas de corta estancia.^{121,122} Conceptuado así, se define como una instancia cuyo desarrollo conjuga objetivos clínicos y de salud pública que vigorizan el modelo de atención curativa, al enfatizar la resolución integral y ambulatoria de los trastornos adictivos articulados a otros recursos. Sus objetivos se dirigen al tratamiento y la rehabilitación de los trastornos relacionados con sustancias que requieren manejo en el periodo agudo de su sintomatología o se encuentran en transición, de una hospitalización breve hacia una atención secuencial externa.^{117,118,121-125}

Como unidad especializada, la residencia diurna está indicada para los portadores de trastornos por abuso/dependencia, que:

1. Requieran de cuidado intensivo, con una razonable probabilidad de controlar el consumo, fuera de un ambiente controlado de máxima protección o restricción como el residencial u hospitalización cerrada.
2. Recién egresan de algún otro tratamiento residencial u hospitalización completa y presentan una elevada probabilidad de recaída (insuficiente motivación, comorbilidad psiquiátrica u otra causa).
3. En los egresos previos sufrieron recaídas inmediatas o próximas entre sí.
4. Retornan a ambientes de alto riesgo, donde existe alta disponibilidad de drogas y/o escaso soporte social.

5. Muestran bajo rendimiento en manejos ambulatorios previos.

En adición, esta residencia constituye una alternativa para usuarios con comorbilidad, cuyo régimen psicofarmacológico adecuado, permite que el paciente pernocte en su domicilio. De acuerdo con ello, las funciones se dirigen a:

1. Atender en forma ambulatoria a pacientes abusadores/adictos.
2. Usar el esquema de abordaje alternativo a la hospitalización cerrada.
3. Ofrecer tratamiento integral: psicoterapéutico, farmacológico y social.
4. Dar continuidad al proceso de estabilización clínica en el marco de un confinamiento de corta estancia, cuyo manejo intensivo dispone de supervisión más estrecha que la otorgada a pacientes ambulatorios.
5. Evaluar el funcionamiento social y la discapacidad, para establecer un plan integral de rehabilitación psicosocial individual-familiar, durante la fase inicial del proceso rehabilitatorio.
6. Proveer tratamiento de soporte, que evita interrupciones en el periodo posterior al alta.
7. Canalizar desde la hospitalización.
8. Mejorar la adhesión terapéutica.
9. Dar soporte social a familiares y cuidadores (suministro y/o devolución de información, participación y entrenamiento).
10. Ofrecer intermediación entre el usuario y el sistema general de salud para asegurar una atención integral (de las demás especialidades médicas, otros profesionales y técnicos de la salud).
11. Observar continua y sistemáticamente al paciente durante un corto periodo con el fin de clarificar dudas diagnósticas, terapéuticas u otras procedentes de la dinámica relacional o familiar.
12. Ofrecer pautas informativo educativas en la materia,^{26,27,31,32,128} con los siguientes propósitos:
 - a) Contribuir a la reducción del estigma en las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
 - b) Favorecer la continuidad de cuidados del paciente en el ámbito comunitario.
 - c) Reducir costos respecto a la hospitalización clásica.
 - d) Optimizar el costo-efectividad del tratamiento integral de abusadores/adictos.
 - e) Favorecer el inicio del proceso rehabilitatorio.^{126,127} En tal contexto, su pretensión clínica es:

- Mejorar la resolutiveidad de los episodios agudos.
- Prevenir recaídas.
- Disminuir número y tiempo de las hospitalizaciones cerradas.
- Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a un paciente bajo tratamiento.
- Promover y mantener la adhesión terapéutica.
- Prevenir y resolver los problemas de salud general –vinculados a las adicciones no atendidos previamente–, a menudo causantes de descompensación y hospitalización.
- Favorecer la incorporación familiar al proceso terapéutico.^{117,-119,124-127}

En consecuencia, el contexto clínico descrito demanda de los usuarios:

- Ser portador de patología adictiva.
- Haber sido dado de alta de una unidad residencial.
- Cursar un periodo de agudización o requerir tratamiento clínico intensivo, con abordaje integral, tanto por la composición del equipo tratante como por la consideración en profundidad de los factores familiares y contextuales.^{117-119,124-127}

El carácter ambulatorio de la modalidad también demanda de los usuarios estar en condiciones de concurrir diariamente y/o en días previamente definidos en forma conjunta entre el profesional, el equipo y el paciente cada semana, por un periodo variable de varias semanas hasta seis meses, en el marco de la realidad y las necesidades del usuario. La accesibilidad, derivada de la localización física de la unidad, su relación con los medios de transporte público, etc., son factores críticos a considerar, de influencia decisiva sobre la calidad y cantidad de la demanda; como tal, debe ser considerada en el desarrollo de proyectos y operación de las unidades, ya que influye en el perfil de los usuarios.^{117-119,124-127}

Asimismo, el sistema de referencia, factor decisivo en el funcionamiento de toda unidad, ocurre:

1. Desde y hacia la unidad de hospitalización de corta estancia, de acuerdo con protocolos y/o normas previamente establecidos por la organización o institución de que se trate.
2. Desde los servicios de urgencias.
3. Hacia los equipos de salud mental de atención primaria para atención general.

4. Hacia otras especialidades. Por tanto, la ubicación geográfica debe facilitar la accesibilidad, siendo parte de la unidad residencial o estando cerca de ésta.

De acuerdo con criterios previamente seleccionados, la referencia y contrarreferencia pertinente, se rige por la normatividad institucional en apego a la Ley General de Salud y demás lineamientos,¹²⁹⁻¹³² a efecto de lograr una óptima articulación entre dispositivos que aseguren la continuidad de la atención. De ahí que la dinámica de trabajo tiene por característica fundamental el trabajo en equipo, cuyo éxito es uno de los elementos esenciales de su efectividad. En él, profesionales y técnicos del equipo de salud han de establecer:

1. Una adecuada interacción terapéutica.
2. Diagnósticos: nosológico, apegado a la clasificación internacional vigente. Descriptivo, de acuerdo con las modalidades psicoterapéuticas empleadas en el programa y los diagnósticos diferenciales pertinentes a cada caso).
3. Plan terapéutico integral. A partir de interacciones adecuadas y un intercambio frecuente y permanente acerca de y con los usuarios, se efectúa una atención eficaz y planificada para cada uno de ellos, en un ambiente normalizador.^{126,127}

Además de la labor específica que desarrolla cada miembro, el equipo actúa en función de una estrategia terapéutica general que observa todos los momentos de desarrollo, compartiendo el conocimiento de los incidentes, dificultades y logros de cada una de las diferentes actividades realizadas. Y como se trata de una modalidad ambulatoria, el ingreso a ésta no se asume técnica ni culturalmente, en su calidad de internamiento clásico.

El proceso de evaluación y diagnóstico integral realizado al ingreso,^{120,121,133,134} se efectúa de manera interdisciplinaria a través de:

1. Aspectos clínico-psiquiátricos.
2. Psicológicos.
3. De función y disfunción ocupacional.
4. Familiar.
5. Psicosocial.

Su objetivo es aceptar los ingresos pertinentes y formular, en un plazo máximo de siete días, un plan terapéutico personalizado, que junto con la mejoría clínica permitan actuar eficazmente sobre los factores que influyen negativamente en la respuesta futura a los objetivos de estabilidad clínica y ajuste psicosocial.³¹

En tal proceso, así como en el momento del alta, resulta necesario un diálogo activo con los profesionales y miembros del equipo que refiere o recibe al paciente, a fin de maximizar la continuidad y calidad de los cuidados.¹³⁵⁻¹³⁸ El manejo psicofarmacológico, base del recurso de primera instancia, busca controlar al paciente, según sea el caso, por la indicación de psicofármacos, típicos y atípicos, orales y parenterales, de efecto corto y de depósito, favoreciendo el estrecho contacto del binomio usuario/equipo, para observar los efectos terapéuticos y colaterales de las prescripciones, así como asegurar la toma efectiva de la medicación prescrita.^{11,22,75,77,83,99} Por su parte, las intervenciones psicoterapéuticas, efectuadas en el marco de un plan de manejo personal y de las orientaciones generales de trabajo de la unidad, se suministran bajo esquemas individual, grupal y/o familiar. Se privilegian las intervenciones psicológicas grupales y su valor terapéutico en el tipo de personas que atiende.^{5,22,77,139-145} Las acciones informativo-educativas, recomendadas en la literatura en sus distintos ámbitos y modalidades,³¹ se destinan a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la patología adictiva y su comorbilidad, y mejorar la calidad de vida de los afectados. Sus impactos favorables se verifican tanto en la adhesión al tratamiento como en el beneficio del pronóstico.³²⁻³⁴ Sus contenidos incluyen, entre otros:

1. Naturaleza de la enfermedad.
2. Manifestaciones clínicas.
3. Importancia de factores concomitantes (estrés, vulnerabilidad, comunicación, etc.).
4. Tratamiento farmacológico (beneficios, efectos colaterales, etc.).
5. Tratamiento psicosocial (beneficios y alternativas, etc.).
6. Derechos y alternativas de apoyo social.
7. Reconocimiento precoz de la sintomatología y signos de descompensación.
8. Advertencia de las complicaciones del abuso/adicción de todos los psicotrópicos, conductas de riesgo, accidentes, problemas familiares, laborales, socio-legales; y de modo especial, reconocimiento de signos de alerta de riesgo suicida, todo lo cual es susceptible de evaluación.^{31-34,123,125,137,146,147}

El manejo integral se complementa con la visita especializada de trabajo social al hogar, trabajo y/o escuela de la persona, para:

1. Prevenir o revertir la interrupción del proceso terapéutico y en su caso, a modo de rescate.
2. Ejecutar intervenciones informativo-educativas individualizadas del programa de educación en salud mental.

3. Evaluar condiciones físicas y sociales relacionadas con el proceso terapéutico.
4. Diseñar, aplicar y supervisar el programa de manejo ambiental.
5. Facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación.
6. Vincular al paciente egresado con espacios comunitarios laborales, recreativos y de participación social.

Además, como parte del proceso de rehabilitación psicosocial, susceptible de efectuarse a través de estas actividades programáticas, se dirigen esfuerzos constantes a la compensación clínica vía supervisión y reporte de irregularidades.^{148,149} Su propósito evaluativo integral del comportamiento social-ocupacional del paciente, es:

1. Conocer e intervenir en el ambiente de su desempeño.
2. Identificar los objetivos personales relacionados con el egreso, integración comunitaria y su comportamiento.
3. Mantener bajo promoción continua, sus habilidades remanentes, de acuerdo con la motivación intrínseca y con los objetivos personales (habilidades sociales, de procesamiento, hogareñas, instrumentales, etc.), con miras a: potencializar el autoconcepto y elevar la autoestima; cumplir las metas terapéuticas previstas y mejorar el desempeño de papeles satisfactorios en los ámbitos social, laboral y personal. Por tanto, sus objetivos deben explicitarse invariablemente en el plan terapéutico y rehabilitatorio institucional y sus logros, evaluados al egreso y reintegro.^{31,122,133,135,147,148}

De ser necesario, las intervenciones médicas o psicológicas de urgencia, se atienden con actividades psicoterapéuticas en la modalidad intervención en crisis.^{31,127,139,149-152} El apoyo activo, remoto o presencial otorgado al usuario en crisis ocurridas fuera de la unidad se efectúa a solicitud del paciente, su familia, personas de su entorno o profesionales que lo atienden. Concluida su estadía, debe procurarse el aseguramiento de la continuidad de cuidados. Sin embargo, por sus características, es ineludible que el equipo de salud de la unidad responda a situaciones críticas.¹⁵³⁻¹⁶⁷

El personal, formado con base en los programas a desarrollar,^{8,31,51,168-174} reúne: médico psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y terapeuta ocupacional, además de personal administrativo, u otros que sean necesarios, según sea la capacidad de la unidad y políticas de cada institución.

1. Médico psiquiatra. Tiene por funciones: efectuar la evaluación del paciente y realizar su diagnóstico psiquiátrico, participar en la formulación del plan terapéutico individual, indicar tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, participar en la ejecución del Programa de Salud Mental y Adicciones, PSMA, otorgar altas, referir a interconsulta a otros especialistas y contrarreferir, según el dispositivo de referencia que emplee la institución; suministrar y devolver información a los pacientes y a sus familiares, efectuar y coordinar la intervención psicosocial grupal especializada, participar en el entrenamiento de habilidades psicosociales, fomentar la participación en grupos de usuarios, realizar evaluación y diagnóstico social y familiar, efectuar intervención en crisis, prevenir y/o reducir el impacto de acciones hetero y/o autoagresivas, efectuar contención emocional, realizar intervención y actividad comunitaria, realizar actividades grupales de sensibilización e intercambio de información, realizar actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación, evaluar en conjunto con equipo de salud general y de Urgencia, a personas afectadas y sus familias; participar en reuniones clínico-técnicas y de coordinación, efectuar capacitación al equipo de atención primaria a la salud, participar en capacitación de personal a cargo y de otros equipos de la red, participar en docencia de alumnos en práctica y enseñanza incidental, participar en actividades de administración y gestión, participar en programación de actividades de la Unidad, participar en reuniones del equipo de la Unidad, participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud y/o intersectoriales, participar en auditorías a fin de evaluar la atención médico-psiquiátrica, participar en la evaluación del equipo en el cumplimiento de los objetivos trazados, generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio, efectuar investigación clínica y reportar los hallazgos para la producción de materiales educativos y su publicación.

2. Psicólogo. Tiene por funciones: evaluar y diagnosticar el componente psicológico de los trastornos relacionados con sustancias y demás problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas (factores de personalidad, historia vital, organicidad, etc.), realizar diagnóstico y evaluación psicológica y psicosocial de factores que gravitan sobre el curso, pronóstico y el proceso de rehabilitación (aplicación de tests), defi-

nir objetivos y medios de la intervención psicológica en el marco del plan terapéutico institucional, efectuar intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y diseño definido seleccionado para la unidad; participar en la ejecución del programa de educación en salud mental y adicciones, entrenar en habilidades psicosociales, resolución de conflictos, afrontamiento, etc., a pacientes y familiares, participar en actividades de rehabilitación social y laboral, entregar información a pacientes y familiares, orientar hacia la participación en grupos de usuarios, intervenir en crisis, prevenir y/o reducir impacto de acciones hetero y/o autoagresivas, efectuar contención emocional, derivar a otros profesionales del equipo, coordinar la derivación al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, participar en la Visita de Salud Mental, prevenir abandonos de tratamiento y reincorporar personas que han abandonado, participar en evaluación y diagnóstico social y familiar, participar en programación de actividades residenciales, participar en reuniones del equipo, entrenar en habilidades psicosociales al equipo, participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo, con otros niveles de atención en salud, con el programa de salud mental del Servicio de Salud e intersectoriales; participar en evaluación, generar y participar en actividades de investigación pertinente a las necesidades del Servicio, participar en el diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal, participar en la capacitación del personal de la Unidad y otros equipos del sistema.

3. Enfermera. Tiene por funciones: efectuar proceso de atención de enfermería en términos de evaluación y diagnóstico de enfermería en usuarios de su unidad, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales participantes; identificar los cuidados de enfermería que el paciente adicto y psiquiátrico requieren de acuerdo con el grado de insatisfacción de sus necesidades biopsicosociales, planificar y organizar la atención de enfermería requerida por los pacientes de la unidad, de acuerdo con las prioridades detectadas; coordinar la formulación y aplicación del plan individual de tratamiento, participar en la ejecución del programa de educación en Salud Mental y Adicciones, participar en entrenamiento en habilidades psicosociales.

4. Trabajador social. Tiene por funciones: efectuar diagnóstico y evaluación social del usuario y su grupo familiar, efectuar diagnóstico y evaluación del entorno del usuario, su familia y de las redes sociales de apoyo; efectuar evaluación funcio-

nal del caso en conjunto con el resto del equipo acorde al espíritu de la Ley General de Salud y las recomendaciones de las Normas Oficiales Mexicanas al efecto, participar en la aplicación del plan individual de tratamiento y rehabilitación, promover la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de rehabilitación y en la conformación de grupos de Ayuda Mutua y otras asociaciones de usuarios y familiares, efectuar visita de salud mental especializada, participar en reuniones de coordinación con otras unidades de trabajo y otros niveles de atención en salud del sector, entrenar en habilidades sociales y psicosociales, apoyar actividades de rehabilitación psicosocial, apoyar en el desarrollo e implementación de actividades de rehabilitación y reinserción socio-laboral, entrenar en comportamientos de autoayuda; coordinar actividades en apoyo a la integración social, participar en actividades de capacitación, asesoría y consultoría; realizar actividad grupal de sensibilización e intercambio de información, dar asesorías y coordinación de personas, organizaciones de usuarios, familiares, comunitarias, instituciones y medios de comunicación; generar y participar en actividades de investigación de acuerdo con las necesidades del servicio, participar en el PSMA, participar en reuniones del equipo de salud, participar en la evaluación.

5. Terapeuta ocupacional. Tiene por funciones: efectuar evaluación funcional en las distintas áreas de la ocupación humana, efectuar evaluación ambiental, física y social del apoyo al proceso de rehabilitación; establecer diagnóstico de rehabilitación y programa de evaluación periódica, elaborar e implementar un plan individual de rehabilitación dentro del plan terapéutico institucional, orientar en la toma de decisiones, resolución de problemas, elección ocupacional, manejo de estrés y desarrollo de confianza personal; promover en la familia apoyo para el proceso de rehabilitación, apoyar desempeño de papeles satisfactorios en las distintas áreas de ocupación, entrenar en habilidades funcionales en las distintas áreas de la ocupación, efectuar visita de salud mental especializada, realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria, entrenar y supervisar práctica de habilidades funcionales en situaciones reales de la vida; capacitar y supervisar a monitores de rehabilitación, diseñar, aplicar y supervisar programa de manejo ambiental con relación a la readecuación del ambiente físico y social para facilitar la función en las distintas áreas de la ocupación; realizar actividades grupales de sensibilización, intercambio de información en relación con la

reinserción de personas con patología adictiva y psiquiátrica; participar en actividades de capacitación, asesoría y coordinación con personas, organizaciones de usuarios y comunitarias, instituciones y medios de comunicación, participar en el PSMA, participar en reuniones del equipo de salud, participar en evaluación, generar y participar en actividades de investigación pertinentes a las necesidades del servicio.^{8,31,51,168-175}

El plan terapéutico ambulatorio, de carácter intensivo, representa un conjunto de prestaciones destinadas a los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos y/o psicofármacos con afectación biopsicosocial moderada o severa, con o sin morbilidad psiquiátrica o adictiva.

Por su carácter resolutivo, el plan se dirige a:

1. Realizar diagnóstico clínico y evaluación del grado de afectación biopsicosocial.
2. Definir la estrategia nosológica de intervención terapéutica y educativa, dirigida al paciente y sus familiares; intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
3. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo, fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio, intervenir en estrategias de prevención de recaídas.
4. Reeducación en habilidades sociales.
5. Orientar y fomentar la reinserción social.
6. Reestructuración del estilo de vida, dar de alta y referir al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones. Incluye, además, actividades comunitarias con fines terapéuticos:
 - a) Alojamiento y alimentación y todos los procedimientos terapéuticos y rehabilitatorios.
 - b) Consultas profesionales (médicas generales, psiquiátricas, psicológicas).
 - c) Consultas de salud mental.
 - d) Intervención psicosocial de grupo.
 - e) Psicoterapia individual, familiar o grupal.
 - f) Psicodiagnóstico (incluye aplicación de tests psicológicos).
 - g) Exámenes de laboratorio.
 - h) Farmacoterapia y plan de seguimiento, por un periodo no menor a tres meses, extensivo a seis meses, cuando el caso lo amerite; visitas domiciliarias.

La duración diaria y frecuencia de asistencia semanal al tratamiento en residencia diurna es variable y en lo posible, se establece según sean los requerimientos del paciente. Puede extenderse a 8 h/día, cinco días/semana y paulatinamente, irse dis-

minuyendo en función del progreso terapéutico. La experiencia clínica de distintos países sugiere ofrecer las actividades en porciones flexibles de 4-6 h/día a lo largo de 4-5 días/semana. La duración, si bien se recomienda un periodo aproximado de seis meses, ésta varía de acuerdo con el plan terapéutico y la diversidad de servicios ofrecidos, su accesibilidad y coordinación. Determinados pacientes pueden ser referidos a otros centros de tratamiento, de acuerdo con sus características y necesidades.^{31,190} De igual forma, cabe considerar las concomitancias clínicas de la comorbilidad psiquiátrica, ya que la co-incidencia en una misma persona de trastornos relacionados con psicotrópicos y cuadros psiquiátricos de otra índole (psicosis, trastornos afectivos, ansiosos y otros) representa una dificultad extra para su manejo, a considerar desde el inicio del plan. Por ello la residencia diurna debe estar preparada para actuar en ambas patologías, lo cual permite aprovechar al máximo los recursos de infraestructura y personal; mejorar la relación costo-beneficio e innovar en el desarrollo de servicios de calidad o de perfeccionar experiencias ya realizadas.^{23,66,114,118} Complementa esta sucinta visión, el papel de los familiares de los pacientes en el plan terapéutico, dentro del marco técnico de una psiquiatría de las adicciones.^{26,32,33} De hecho, esta modalidad, por sus características y ubicación en el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, se torna objetivo trascendente. Su contexto ha de impulsar la superación de los problemas tenidos hasta ahora, en aras de favorecer una relación de estrecha colaboración entre los protagonistas, a efecto de contribuir al bienestar y estabilización de los pacientes, y al alivio de la circunstancialidad patogénica de los familiares. Tal promoción ha de consolidarse con: el incremento de las capacidades y competencias personales para activar los propios recursos y del entorno, para resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades, lo cual implica una auto-percepción como sujeto competente y válido; la incorporación sistemática al PSMA, con miras a producir conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad (psiquiátrica) adictiva y mejorar la calidad de vida de los involucrados; se promueve la inclusión de los involucrados en la evaluación y perfeccionamiento del programa y sus materiales de apoyo, y en el fomento de la sociabilidad entre paciente y familiares, para constituirlos en interlocutores-partícipes del proceso de atención a la salud; en la superación del estigma y su plena incorporación a la sociedad.¹¹²⁻¹²⁶ Y dado que la opinión acerca de la estigmatización es frecuente en la comunidad, si bien existen diferencias para ella en los distintos trastornos, las campañas para reducirla deben tener en cuenta tales

diferencias como la necesidad de abordar a los jóvenes.¹²⁷

DISCUSIÓN

El informe de la Oficina Regional para Europa de la OMS, acerca de la eficacia de los distintos tipos de servicios residenciales diurnos (referentes primarios de los programas para adictos), destinados a pacientes con trastornos mentales severos,¹²⁸ consideró recientemente que este tipo de atención es un componente útil e importante de servicios asistenciales psiquiátricos comunitarios, aunque la evidencia no sea aún del todo concluyente.¹²⁸ La evaluación de cinco formas de atención y cuidados diurnos en adultos con trastornos mentales severos (hospital de día psiquiátrico agudo; hospital de día psiquiátrico de transición; programas profesionales diurnos de rehabilitación; empleo y preformación profesional; centros de atención diurna tipo guardería y centros de descarga diurna), incluyen trabajadores adultos en edad productiva (18-65 años en promedio), por lo que los resultados no pueden generalizarse a poblaciones infanto-juveniles ni de adultos mayores. Asimismo, sus criterios de inclusión no consideraron los trastornos adictivos (TA), cerebrales orgánicos, de personalidad ni alimentarios, por lo que no permiten extrapolar resultados a estos grupos de pacientes. Sin embargo, las conclusiones indican la existencia de pruebas de efectividad clínica de los servicios diurnos, comparada con las actividades brindadas por la atención hospitalaria tradicional, en términos de su factibilidad, mejoría más pronta y menor tiempo de estancia para la recuperación, pese a lo cual, las cifras de readmisión entre uno y otro, no varían significativamente.¹²⁸ Se documentó la evidencia de un menor costo del hospital de día respecto al tradicional, pero aún se ignora el costo-beneficio implicado.^{146,148,150-162,190} Los distintos resultados obtenidos a la fecha, derivados de estudios practicados en EUA no pueden generalizarse ni aplicarse a todo tipo de pacientes,^{128,151} por lo que aún se requieren pruebas de eficacia clínica convincentes para adoptar el cambio de políticas en pacientes con diversos trastornos mentales severos.¹⁵²⁻¹⁶² La utilidad de los programas de residencia diurna en el manejo de pacientes con TA, ha sido ampliamente corroborada desde los años noventa, como una variedad de manejo adecuada y aceptable para las condiciones de cierto tipo de necesidades personales.^{43-49,191,192} Investigaciones recientes indican que los tratamientos contra el TA son eficaces, toda vez que reducen el consumo de alcohol y drogas y alivian los problemas médicos, sociales, psicológicos y demás trastornos familiares que a menudo se vinculan con esta patología.^{14,15,19-21,34,157,158,168} No obstante, como ya fue

señalado, ningún tratamiento aislado es totalmente eficaz en cada caso, por lo que los programas de manejo difieren ampliamente en su eficacia.^{37,164-167} La presunción acerca de que la mayor parte de programas de manejo son eficaces con al menos algunos pacientes, conduce a una presunción de corolario: los distintos programas pueden ser eficaces con diferentes tipos de pacientes. Los costos y los criterios para otorgar financiamiento a dichos programas, exigen ahora al personal de salud, mayor rentabilidad en el manejo de los casos y aunque hace más de 50 años se iniciaron los métodos para empaquetar el tipo de caso a un tipo de servicio o modalidad terapéutica, no se ha logrado, dada su complejidad, un programa modelo que sea a la par, eficaz y duradero.^{25,76-88} La corriente de investigación que se basa en los resultados de la tecnología avanzada, indica que los estudios predicen tratamientos óptimos cuando se trata de manejo de grupos relativamente grandes de pacientes "homogéneos", pero ahí el problema: no es todavía posible predecir resultados individualizados o manejo óptimo para un paciente individual,⁸⁰⁻⁸⁶ su condición particular no lo permite.

CONCLUSIÓN

Un amplio conocimiento actual apoya el desarrollo de métodos terapéuticos antiadictivos a través del empate de las características paciente-modalidad de manejo, en particular respecto de problemas derivados del consumo de alcohol y otros psicotrópicos. Se han identificado muchas variables relacionadas con las modalidades de tratamiento disponibles en sus niveles de atención. Pero el personal de salud que provee atención terapéutica, usa actualmente distintas variables de correspondencia para atender el TA sobre bases individualizadas que incluyen diversas variables: factores demográficos (edad, género, cultura), tipología y severidad (edad de inicio de consumo; severidad de la intoxicación/adicción; abstinencia; cantidad y frecuencia de consumo, tipo(s) de sustancia(s), etc.), características personales (diagnóstico psiquiátrico, función cognoscitiva, autoeficacia, etapa de cambio), y función interpersonal (estabilidad social y tipo de apoyo, demanda de tratamiento, eficacia en la relación interpersonal). La evolución de criterios formales para la ubicación terapéutica adecuada de pacientes, a partir de ciertos criterios clínicos,^{71,72,192,193} algoritmos para el tratamiento a través del empate de las características del paciente-modalidad de manejo, niveles de ubicación terapéutica, etc.^{25,71,192-194} es un proceso utilizado en aquellos lugares donde existen unidades especializadas, sociedades profesionales y demás unidades de atención médico-psicológica.

En la actualidad, los métodos de aproximación por empate, confían más en las recomendaciones derivadas de los estudios consensuados que en datos empíricos de correspondencia derivados de la experiencia no documentada.^{195,196} Pero los avances tecnológicos en este sentido son cada vez más sofisticados. Y aunque la validez predictiva no ha sido corroborada por estudios multicéntricos, existe una importante tendencia de investigación, cuyo interés en los asuntos de salud pública, son una respuesta sólida a la presión que ejercen los criterios de costo-beneficio. La utilidad del enfoque es su interés en ofrecer más y mejores servicios a menor precio, y hacer crecer la calidad y disponibilidad de los mismos,^{71,72,174,191-194} situación harto necesaria, especialmente cuando se busca el bienestar y la equidad comunitaria, en ámbitos de la sociedad donde tradicionalmente no han mostrado interés muchos de sus sectores. La patología adictiva y su repercusión psicosocial, es, sin duda, un asunto que atañe a la comunidad entera.

REFERENCIAS

1. Babor TF. Alcohol and drug use history, patterns and problems. In: Rounsaville BJ, Tims FM, Horton A (eds.). *Diagnostic sourcebook on drug abuse research and treatment*. Rockville, MD: NIDA; 1993.
2. American Psychiatric Association, APA. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington: 2000.
3. Hodgins DC, El Guebaly N. More data on the addiction severity index: reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 197-201.
4. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1141-58.
5. Carroll KM, Rounsaville BJ. Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. In: Edwards G, Strang J, Jaffe JH (eds.). *Drugs, alcohol, and tobacco. Making the Science and Policy Connections*. N.Y.: Oxford Univ Press; 1993.
6. Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain* 1996; 11: 307-15.
7. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS, Tourian KA, Rutherford MJ, Merikle EP. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59: 215-21.
8. Booth BM, Blow FC, Cook CA. Persistence of impaired functioning and psychosocial distress after medical hospitalization for men with co-occurring psychiatric and substance abuse disorders. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 57-65.
9. Copeland A, Sorenson JL. Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug Alcohol Depend* 2001; 62: 91-5.
10. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C. *Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram*. N.Y.: Oxford Univ Press; 2001.
11. Carroll KM. Manual guided psychosocial treatment: a new virtual requirement for pharmacotherapy trials? *Arch Gen Psychiatry* 2002; 23: 43-51.
12. Currie SR, Hodgins DC, Crabtree A, Jacobi J, Armstrong S. Outcome form integrated pain management treatment for recovering substance abusers. *J Pain* 2003; 4(2): 91-100.
13. Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D. ASAM-Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders. Washington, DC: American Society of Addiction Medicine; 1991.
14. McCrady BS, Epstein EE. Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In: Jacobson NS, Gurman AS (eds.). *Clinical Handbook of Couples Therapy*. N.Y.: Guilford; 1995, p. 369-93.
15. Souza y MM. *Alcoholismo: conceptos básicos*. Ed. México: Manual Moderno; 1988.
16. Anton RF, Hogan I, Jalali B. Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend* 1981; 8: 157-68.
17. Souza y MM. Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina. 1a. ed. Sevilla, España: Ed. Trillas-MAD, S.L.; 2005.
18. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 652-66.
19. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría* 2003; 19(1): 14-27.
20. Souza y MM, Rochin GG. Violencia sexual: revictimización, recidivismo y pautas para su manejo. *Psiquiatría* 1999; 15(2): 28-33.
21. Martínez MJ, Souza y MM. Violencia sexual y psicotrópicos. Aspectos psicodinámicos. *Psiquiatría* 2002; 18(1): 44-56.
22. Souza y MM. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Ed. Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
23. Díaz BSL, Souza y MM, Romero RR, Quijano BE, Guisa CVM. Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos. México: Dirección General Adjunta Normativa y Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C.; 2005.
24. Souza y MM. "Adicción" al sexo, compulsión y controversia. *Ginecología y Obstetricia de México* 2002; 70: 477-90.
25. Gastfriend DR, McLellan AT. Treatment matching. Theoretic basis and practical implications. *Med Clin North Am* 1997; 81(4): 945-67.
26. Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.
27. Souza y MM. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 52-66.
28. McLellan AT, Grissom GR, Brill P. Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 243-54.
29. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 581-98.

30. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczek J, Nalan IE. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiat Clin North Am* 2003; 26(2): 36-72.
31. Souza y MM. Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría* 2005; 21(1): 25-37.
32. Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
33. Souza y MM. Dos palabras sobre la terapéutica actual de las adicciones. *Liber@ddictus*; 2004, p. 12-20.
34. Souza y MM, Martínez AJ, Martínez MJ, Mercado CG, Tagle OI. Craving, adicción etílica y terapéutica. *Arch Neuroci Méx* 2000; 5(4): 201-4.
35. Markianos M, Lykouras L, Moussas G, Hatzimanolis J. Changes in dopamine receptor responsivity during alcohol detoxification may predict relapse. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64: 363-5.
36. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM. Predicting treatment response in naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict* 2001; 10: 258-68.
37. Souza y MM. Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(2): 166-79.
38. Bauer LO. Predicting relapse to alcohol and drug abuse via quantitative electro-encephalography. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25: 332-40.
39. Litt MD, Cooney NL, Morse P. Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction* 2000; 9(5): 889-900.
40. Rohsenow DJ, Monti PM. Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Research and Health* 1999; 23: 225-32.
41. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 1996; 91: S155-S172.
42. Vielva I, Iraurgi I. Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001; 96: 297-303.
43. Kampman KM, Alterman AI, Volpicelli JR, Maany I, Muller ES, Luce DD. Cocaine withdrawal symptoms and initial urine toxicology results predict treatment attrition in outpatient cocaine dependence treatment. *Psychol Addict Behav* 2001; 15: 52-9.
44. Reiber C, Ramirez A, Parent D, Rawson RA. Predicting treatment success at multiple timepoints in diverse patient populations of cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 35-48.
45. McMahon RC, Malow R, Loewinger L. Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers. *Am J Addict* 1999; 8: 1-8.
46. Hartz DT, Frederick-Osborne SL, Galloway GP. Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 269-76.
47. Brewer DD, Fleming CB, Haggerty KP, Catalano RF. Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. *Violence Vict* 1998; 13: 107-15.
48. Avants SK, Margolin A, McKee S. A path analysis of cognitive, affective, and behavioral predictors of treatment response in a methadone maintenance program. *J Subst Abuse* 2000; 11: 215-30.
49. Killen JD, Fortmann SP, Kraemer HC, Varady A, Newman B. Who will relapse? Symptoms of nicotine dependence predict long-term relapse after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 797-801.
50. Kadden RM, Cooney NL, Getter H. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 698-704.
51. McLachlan J. Benefit from group therapy as a function of patient-therapy match on conceptual level. *Psychother Res Pract* 1972; 9: 317-23.
52. McLellan AT, O'Brien CP, Kron R. Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual-methodological approach. *Drug Alcohol Depend* 1980; 5: 189-95.
53. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes Part I. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 7-29.
54. Center for substance abuse treatment. The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders. Treatment improvement protocol (TIP). Series 13. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1995.
55. Normand J, Lempert RO, O'Brien CP (eds.). Under the influence? Drugs and the American Committee on Drug Use in the Workplace. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
56. Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Annals of Emergency Medicine* 2003; 41(6): 802-13.
57. Bernstein E, Bernstein J, D'Onofrio G. Patients who abuse alcohol and other drugs: emergency department identification, intervention, and referral. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds.). *Emergency Medicine: a comprehensive study guide*. 5th ed. N.Y.: McGraw Hill; 1999.
58. Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN. Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *JAMA* 2001; 285: 2355-62.
59. Center for substance abuse treatment. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment improvement protocol (TIP) Series 35. Rockville, MD: Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1999. DHHS Publication No. (SMA) 99-3354.
60. Souza y MM, Guisa CVM, Díaz BSL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. México: Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
61. Miller NS, Ninonuevo FG, Klamen DL, Hoffman NG. Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29(3): 239-48.

62. Annis H. Patient-treatment matching in the management of alcoholism. *NIDA Res Monogr* 1988; 90: 152-61.
63. Project MATCH Research Group. Matching alcohol treatments to client heterogeneity: posttreatment drinking outcomes Part II. *J Stud Alcohol* 1997; 59: 35-43.
64. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series Vol. 2. DHHS Publication No. (ADM) 92-1894. Rockville, MD: NIAAA; 1992.
65. Hser Y. A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *J Drug Issues* 1995; 25: 209-24.
66. US Preventive Services Task Force. Mental disorders and substance abuse. Screening for drug abuse. In: *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Available at: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/gcps0063.html>. Accessed October 11, 2001.
67. McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1999 Emergency Department Summary. Advance Data from Vital and Health Statistics; No. 320. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2001.
68. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 627-38.
69. Souza y MM. Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica. Simposio Personalidad y Adicciones. Sección Académica de Farmacodependencia y Alcoholismo Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste "Trastornos de la personalidad y su comorbilidad". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. San Carlos, Mpo. Guaymas, Sonora. 3-6 de junio, 2004.
70. Bachman S, Batten H, Minkoff K. Predicting success in a community treatment program for substance abusers. *Clin Update Series* 1992; 1: 155-67.
71. Mee-Lee D, Hoffmann NG. LOCI-Level of care index: a concise summary of ASAM criteria's factors to document for placement, continued stay, and discharge. St Paul, MN: New Standards; 1992.
72. Book J, Jarbin H, Marques C. The ASAM and Green spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *Am J Addict* 1995; 4: 187-97.
73. Babor TF, Longabaugh R, Zweben A. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol* 1994; 12(Suppl.): 101-11.
74. Barry KL. Consensus Panel. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment improvement protocol (TIP) Series 34. Rockville, MD: Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1999. DHHS Publication No. (SMA) 99-3353.
75. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C. One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 989-97.
76. Carroll KM, Rounsaville BJ. Implications of recent research on psychotherapy for drug abuse. In: Edwards G, Strang J, Jaffe JH (eds.). *Drugs, alcohol, and tobacco: Making the science and policy connections*. New York: Oxford University Press; 1993.
77. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996; 4: 46-54.
78. Carroll KM, Power MD, Bryant KJ, Rounsaville BJ. One year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers psychopathology and dependent severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 71-9.
79. Finney JW, Keller DS, Dermatis H, Egelko S. The impact of managed care on substance abuse treatment: a report of The American Society Addiction Medicine. 2000; 19: 13-34.
80. Friedman PD, Lemmon SC, Anderson BJ, Stein MD. Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug Alcohol Dependence*; 2003, p. 243-51.
81. Fudala PJ, Berkow LC, Fralich JL. Use of naloxone in the assessment of opiate dependence. *Life Sci* 1991; 49: 1809-14.
82. Galanter M. Network therapy for and drug abuse: a new approach in practice. New York: Basic Books; 1993.
83. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon L, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FM. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 177-87.
84. PNUFID. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento debate para la formulación de políticas. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Nueva York: 2003.
85. Puchol ED. Trastornos adictivos (I): principios clave del tratamiento. *Revista de psicología* www.hispavista.com 2005.
86. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine dependent men. *Drug Alcohol Depend* 1996; 40: 227-33.
87. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 229-47.
88. Morey LC. Patient placement criteria: Linking typologies to managed care. *Alc Health and Research World* 1996; 20: 36-44.
89. Chase Ch. Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders. *American Society of Addiction Medicine, Inc*; 1996, p. 205.
90. Mulvaney F, Alterman AI, Boardman CR, Kampman KM. Cocaine abstinence symptomatology and treatment attrition. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16: 129-35.
91. Hser Y, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B. Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health* 1999; 89(5): 666-71.
92. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. October 18, 2001.
93. Green CA, Polen MR, Dickinson MD, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictions of initiation, retention

- and completion in a HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 285-95.
94. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G. Six month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 217-24.
 95. Portenoy RK. Opiate therapy for chronic nonmalignant pain. *Pain research and management* 1996; 1: 17-28.
 96. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992; 47: 1102-14.
 97. Project MATCH Research Group: Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching alcoholism patients to treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17: 1130-45.
 98. Rawson RA, Huber A, Brethen P, Obert J, Gulati V, Shoptaw S, Ling W. Methamphetamine and cocaine users differences in characteristics and treatment retention. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32: 233-8.
 99. Rounsaville BJ. Can psychotherapy rescue naltrexone treatment of opioid addiction? In: Onken LS, Blaine JD (eds.). Potentiating the efficacy of medications: integrating psychosocial therapies with pharmacotherapies in the treatment of drug dependence. NIDA Research Monograph Series Number 105. Rockville, MD: NIDA; 1995, p. 37-52.
 100. Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatr Med* 2003; 19(4): 1-17.
 101. Schneider Institute for Health Policy. Substance abuse: the nation's number one health problem. Waltham, MA: Schneider Institute for Health Policy; 2001.
 102. Shwartz M, Mulvey KP, Woods D, Brannigan P, Plough A. Length of stay as an outcome predictor in an era of managed care. An empirical study. *J Subst Abuse* 1997; 14: 11-18.
 103. Silverman K, Higgins ST, Brooner RK. Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 409-15.
 104. Simpson DD, Jos GW, Broome KM. A National 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiat* 2002; 59: 538-44.
 105. Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG. Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 2002; 97: 887-9.
 106. Timko C, Moos RH, Finney JW, Lessar MD. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 529-40.
 107. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. Section 26-22. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
 108. Vaslamatzis G, Katsouyanni K, Markidis M. The efficacy of a psychiatric halfway house: a study of hospital recidivism and global outcome measure. *Eur Psychiatric*. 1997; 12: 94-7.
 109. Walker JM, Strangman NM, Huang SM. Cannabinoids and pain. *Pain Research and Management* 2002; 6: 74-91.
 110. Weisner C, Ray RG, Mertens JR, Satre DD, Moore CH. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol and Dependence* 2003; 71: 281-94.
 111. Weisner C, Schmidt L. Rethinking access to alcohol treatment. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15: 107-36.
 112. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile: Enero; 2000.
 113. Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría. Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Noviembre; 2001.
 114. Olivos P y cols. Evaluación de la efectividad del Hospital Diurno del Hospital Psiquiátrico de Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1982; 20: 119-25.
 115. Pang J. Partial hospitalization: an alternative to inpatient care. *Psychiat Clin North Am* 1985; VIII(3): 587-95.
 116. Gomberoff L, Olivos P. Hospitalización diurna en Psiquiatría. En: Manual de Psiquiatría. Cap. 14. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1986.
 117. Horwitz-Lennon M, Sharon-Lise TN, Gaccione P, Frank R. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001; 158: 676-85.
 118. Olivos P. El Hospital Diurno como organización. *Rev Psiquiat* 1986; III(10-11): 233-8.
 119. Olivos P. El Centro Psiquiátrico Irarrázabal, una estructura en la comunidad para el apoyo y tratamiento del paciente psiquiátrico crónico. *Rev Psiquiat* 1989; VI: 35-40.
 120. Silva H, Jerez S y cols. Estructura y funcionamiento del Hospital Diurno de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. *Rev Psiquiat Clin* 1987; 26(1): 55-62.
 121. Grupo de Trabajo URAs de Andalucía. La Unidad de Rehabilitación de Área: URA. Mimeo. Servicio Andaluz de Salud, Andalucía, España: Octubre-Noviembre de 1999.
 122. Meltzoff J, Blumenthal RL. The day treatment center: principles, application and evaluation. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1966.
 123. Creed F, et al. Randomized controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 1990; 300: 1033-7.
 124. Dick P, et al. Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Brit J Psychiat* 1985; 147: 246-9.
 125. Schene AH, et al. The utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 87: 427-36.
 126. Rakfeldt J, Tebes J, Steiner JDO, Walter P, Davidson L, Sledge W. Normalizing acute care: a day hospital/crisis residence alternative to inpatient hospitalization. *J Nervous and Mental Disease* 1997; 185(1): 46-52.
 127. Crisp A, Gelder MG, Goddard E, Meltzer H. Estigmatización de las personas que sufren enfermedades mentales: un estudio de seguimiento del Royal College of Psychiatrists en el contexto de la campaña "Cambiemos nuestras mentes". *World Psychiatry* 2005; 3(2): 36-46.
 128. Marshall M. How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). World Health Organization, Copenhagen, Denmark; 2005.

129. Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2001; 2(1): 25-7.
130. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y MM. Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría* 2004; 20(3): 25-37.
131. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. *Diario Oficial*. Ciudad de México, lunes 7 de diciembre de 1998.
132. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. *Diario Oficial*. Ciudad de México, miércoles 15 de noviembre de 1995.
133. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *Diario Oficial*. Ciudad de México, viernes 18 de agosto de 2000.
134. Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Área Salud Mental Granada Sur. Unidad de Rehabilitación de Área (URA). Cartera de Servicios. Mimeo. Servicio Andaluz de Salud, Granada, España, enero de 1998.
135. Olivos P. Historia de los hospitales diurnos. *Rev Psiquiat* 1985; II: 23-7.
136. Olivos P. Taller sobre instituciones intermedias en la rehabilitación. *Rev Psiquiat* 1985; I: 129-31.
137. Olivos P. El hospital diurno como organización. *Rev Psiquiat* 1986; (10-11): 233-8.
138. Equipo hospital de día servicio de psiquiatría, Hospital Barros Luco-Trudeau. Resumen de la primera jornada de evaluación y planificación del hospital de día del servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco-Trudeau. Mimeo. Santiago de Chile, enero 2001.
139. Aguirre R. Rol del terapeuta ocupacional en los hospitales de día. Mimeo, Santiago de Chile, febrero 2001.
140. Kazdin AE. Methods of psychotherapy research. In: Bongar B, Beutler LE (eds.). *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. N.Y.: Oxford University Press; 1995.
141. Rounsaville BJ, Carroll KM. Interpersonal psychotherapy for drug users. In: Klerman GL, Weissman MM (eds.). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1993.
142. Luborsky L, DeRubeis RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clin Psychol* 1984; 4: 5-15.
143. Rounsaville BJ, Carroll K. Individual psychotherapy for drug abusers. In: Lowinsohn JH, Ruiz P, Millman RB (eds.). *Comprehensive textbook of substance abuse*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
144. Souza y MM, Mercado CG, Martínez AJ, Arciniéga TA, Solís RL y col. Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud. Subdirección de Investigación y Adicciones. Fideicomiso para los institutos de niños de la calle y las adicciones, FINCA. México: Gobierno del Distrito Federal; 2000.
145. Marshall M. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *The Cochrane Library*; 2003, p. 4.
146. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>.
147. Zwerling I, Wilder JF. An evaluation of the applicability of the day hospital in the treatment of acutely disturbed patients. *Israel Ann Psychiatry and Related Disciplines* 1964; 2: 162-85.
148. Beard JH, et al. Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 33: 701-12.
149. Crowther R. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *The Cochrane Library*; 2003, p. 4.
150. Sledge WH. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. Part I. Clinical outcomes. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1065-73.
151. Kiejna A, Kallert TW, Rymaszewska J. Treatment in psychiatric day hospital in comparison with inpatient wards in different European health care systems-objectives of EDEN project. *Psychiatria Polska* 2002; 36(Suppl. 6): 361-7.
152. Weldon E, et al. Day hospital versus outpatient treatment: a controlled study. *Psychiatric Quarterly* 1979; 51: 144-50.
153. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals. *BMJ* 2003; 327: 116-17.
154. Herz MI, et al. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1971; 10: 1371-82.
155. Kris EB. Day hospitals. *Current Therapeutic Research* 1965; 7: 320-3.
156. Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalization for people with severe mental illness. *The Cochrane Library*; 2003, p. 4.
157. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL. Brief hospitalization of patients with families: initial results. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 413-18.
158. Hirsch SR. Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *BMJ* 1979; 1: 442-6.
159. Dush DM. Reducing psychiatric hospital use of the rural poor through intensive transitional acute care. *Psychiatric Rehabilitation J* 2001; 25(1): 28-34.
160. Marshall M, et al. Day hospital versus outpatient care for psychiatric disorders. *The Cochrane Library*; 2003.
161. Glick ID, et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically ill patients. *Am J Psychiat* 1986; 143: 1551-6.
162. Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hosp Comm Psychiatry* 1982; 33(8): 645-50.
163. Ball J, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag; 1991.
164. McLellan AT, Grissom GR, Brill P. Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 243-54.
165. Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *J Ment Health* 2001; 10: 411-17.
166. Lehman AF, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(2): 165-72.
167. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. *The Cochrane Library*; 2003, p. 4.
168. McFarlane WR, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70(2): 203-14.

169. Meisler N. Rural-based supported employment approaches: results from the South Carolina site of the employment intervention demonstration project. 155th Philadelphia: Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 18-23 May 2002.
170. McLellan A, Luborsky L, Cacciola J. New data from the Addiction Severity Index-reliability and validity in three centers. *J Nerv Mental Dis* 1985; 173: 412-23.
171. Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL. Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J Subst Abuse* 1991; 3: 73-84.
172. DiClemente CC, Carroll KM, Connors GJ. Process assessment in treatment matching research. *J Stud Alcohol* 1994; 12: 156-62.
173. Miller WR, Cooney NL. Designing studies to investigate client-treatment matching. *J Stud Alcohol* 1994; (Suppl.)12: 38-45.
174. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity Project MATCH posttreatment drinking longterm outcom. *J Stud Alcohol* 1999; 73: 53-64.
175. Creed F. Cost effectiveness of day and in-patient psychiatric treatment. *BMJ* 1997; 314: 1381-5.
176. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Diario Oficial de la Federación, México, 14 de mayo de 1986.
177. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, México, 6 de enero de 1987.
178. Diario Oficial. NOM-001-SSA1-1993. Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
179. Diario Oficial. NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 16 de noviembre de 1995.
180. Diario Oficial. NOM-010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y Modificación de fecha 22 de junio de 2000.
181. Diario Oficial. NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud del escolar. 4 de Octubre, 1994.
182. Diario Oficial. NOM-017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica. 12 de octubre, 1999.
183. Diario Oficial. NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico y modificación de fecha 22 de agosto de 2003. 1 de octubre, 1999.
184. Diario Oficial. NOM-039-SSA2-2002. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
185. Diario Oficial. NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales y modificación de fecha 21 de enero de 1999.
186. Diario Oficial. NOM-003-SSA2-1993. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
187. Centros de Integración Juvenil, A. C. Alternativas de Rehabilitación en Salud Mental. Vol. 14. México: CIJ; 1996.
188. Guisa CVM, Díaz BSL, Sánchez HR, Souza y MM. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México: Centros de Integración Juvenil; 2003.
189. Guía técnica de atención curativa. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.; 2005.
190. Alterman AI, Kampman K, Boardman CR, Cacciola JS, Rutherford MJ, McKay JR. A cocaine-positive baseline urine predicts outpatient treatment attrition and failure to attain initial abstinence. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46(1-2): 79-85.
191. Annis H. Patient-treatment matching in the management of alcoholism. *NIDA Res Monogr* 1988; 90: 152-61.
192. Bachman S, Batten H, Minkoff K. Predicting success in a community treatment program for substance abusers. *Clin Update Series* 1992; 1: 155-67.
193. Book J, Jarbin H, Marques C. The ASAM and Green Spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *Am J Addict* 1995; 4: 187-97.
194. Hoffmann N, Halikas J, Mee-Lee D. ASAM-Patient Placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders. Washington, DC: American Society of Addiction Medicine; 1991.
195. Souza y MM. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría* 1998; 14(3): 100-6.
196. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría* 2000; 16(3): 110-16.

