

Expertos Invitados

NUEVA MODALIDAD TERAPEUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA PARA FAVORECER LA INTEGRACION A LA SOCIEDAD

Autor:
Kim von Osterhausen
Columnista Experto de SIIC

Institucion:
University of Berne, Psychiatric Services, Berna, Suiza

Introducción

En el pasado, hemos visto tres «generaciones» metodológicas para el desarrollo y el perfeccionamiento de los procedimientos de entrenamiento en desempeños sociales.^{1,2} Inicialmente, en los años 60,³ este entrenamiento fue conducido «indirectamente»; por ejemplo, a través de acondicionamientos operativos (programas tomados de la economía). Estas intervenciones tuvieron éxito en activar a pacientes con síntomas negativos y en (re-) establecer su conducta social; pero desde el campo de las consideraciones éticas, este abordaje debería limitarse a pacientes con severos síntomas negativos y con resistencia a otras intervenciones terapéuticas. A comienzos de los años 70, el «modelo de aprendizaje» fue presentado para mejorar aptitudes generales «moleculares», tales como contacto visual, fluidez del discurso y gesticulación y aptitudes «molares», tales como el manejo de intereses negativos y la provisión de retroalimentación positiva.⁴ Los programas de tercera generación representan un mayor desarrollo de los programas de segunda generación, que incorporan abordajes cognitivos específicos suplementarios y presentan aspectos de la rehabilitación que son particularmente relevantes para los pacientes esquizofrénicos.^{5,6}

En años anteriores, nuestro grupo de investigación⁷⁻¹⁰ desarrolló la Terapia Psicológica Integrada para Pacientes Esquizofrénicos (TPI). Como se muestra en la figura 1, la TPI es un tratamiento de gran alcance que consiste en varios subprogramas: los dos primeros combinan principios de la terapia conductual para tratar pacientes con déficit en las funciones cognitivas básicas. Los otros subprogramas se basan en estos logros, al brindar entrenamiento en desempeños sociales y en la solución de problemas.

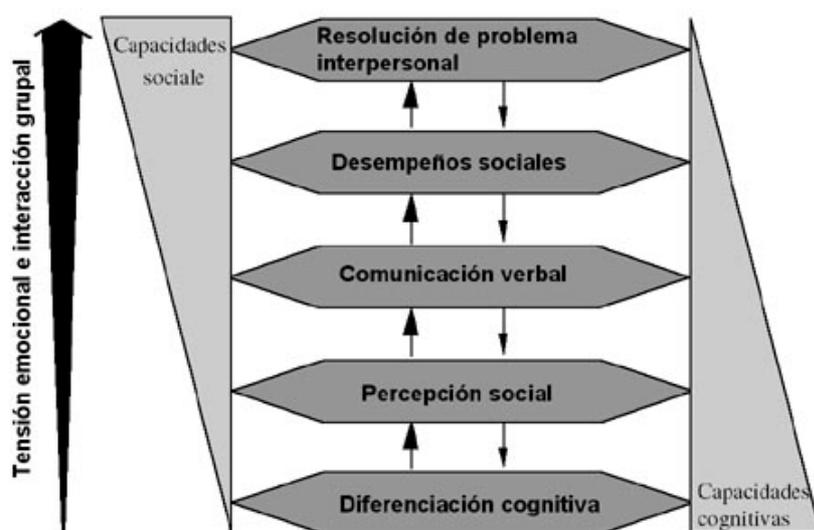


Figura 1. Terapia Psicológica Integrada (TPI) para pacientes esquizofrénicos.

Para disminuir la distancia que aún existe entre los métodos de la terapia cognitivo- conductual y los aspectos generales de la rehabilitación, expandimos los subprogramas de entrenamiento en aptitudes y desarrollamos tres nuevos programas cognitivos de desempeños sociales en los campos doméstico, vocacional y recreativo (usaremos las abreviaturas alemanas Wohnen, Arbeit, Freizeit: WAF).¹¹⁻¹⁴ La meta de estas intervenciones es integrar el entrenamiento de aptitudes dentro del contexto de un tratamiento psiquiátrico completo e individualizado y de un servicio de rehabilitación. Cada uno de los módulos WAF puede ser aplicado de modo completo independiente de la TPI. Una vez realizada la evaluación psiquiátrica y funcional, los pacientes pueden participar en los programas que sean más adecuados para sus necesidades individuales terapéuticas y de rehabilitación.



Figure 2: Possible differential indication for the therapy programs IPT und WAF

Figura 2. Posible indicación diferencial de programas terapéuticos IPT y WAF.

Cada módulo WAF comprende cuatro etapas. En la primera, los pacientes son alentados a esclarecer sus necesidades personales y a utilizar sus propios recursos en el área apropiada de intervención. En la segunda, los pacientes son guiados para determinar sus auténticas metas individuales. Los pacientes y el equipo terapéutico determinan en conjunto esas metas. En la tercera etapa, las aptitudes sociales relacionadas con la vida diaria y con las metas establecidas en la segunda etapa son aprendidas y practicadas en vivo. En el programa vocacional, por ejemplo, estas aptitudes pueden incluir la capacidad para realizar solicitudes de trabajo o para prepararse y presentarse ellos mismos a entrevistas. La cuarta etapa comprende intervenciones que se focalizan en las habilidades para enfrentar y resolver problemas. Ejemplos de problemas que los pacientes pueden encontrar son los siguientes: rechazo de una solicitud de trabajo, dificultades interpersonales con compañeros de trabajo, etc. Se tiende a que los contenidos con alto grado de importancia personal en enfrentar y resolver problemas promuevan la transferencia y la generalización de las aptitudes adquiridas. Pueden ser distinguidos cuatro formatos de intervención terapéutica: terapia grupal, terapia individual, ejercicios en vivo y tareas para el hogar. Los tres programas utilizan diferentes técnicas cognitivo-conductuales, tales como análisis de problema y de conducta, dramatización, entrenamiento en aptitudes de comunicación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, manejo del estrés y auto control.

Están disponibles para todos los programas terapéuticos, los manuales detallados y ampliamente estandarizados.¹⁵

Método

Para investigar la eficacia de los nuevos programas, se reclutaron pacientes provenientes de ocho instituciones psiquiátricas (cinco en Suiza, dos en Alemania y una en Austria), las cuales compartían estándares de atención en las áreas de tratamiento farmacológico, terapia social y terapia laboral. Se incluyeron en este estudio 105 pacientes, de acuerdo con los siguientes criterios de selección: diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo (CIE-10: F 20, F 25);¹⁶ historia previa de tres o más internaciones; deterioro continuo en los últimos 24 meses en las siguientes áreas de funcionalidad psicosocial: hogar, trabajo, tiempo libre y desempeños sociales (GAF, DSM- IV)¹⁷ y la necesidad de tratamiento en estas áreas. Los criterios de exclusión correspondían a evidencia de excesivo abuso de drogas o presencia de síndrome cerebral orgánico. Los grupos experimentales recibieron uno de los tres nuevos programas (entrenamiento en desempeños domésticos, vocacionales o recreativos), mientras que el grupo control recibió entrenamiento en desempeños sociales generales y en resolución de problemas de acuerdo con la TPI. Dentro del marco metodológico de desempeños sociales, los programas de tercera generación fueron comparados con los de segunda generación.

Los pacientes se incorporaron a los diferentes grupos de tratamiento de acuerdo con sus necesidades y los participantes en cada programa fueron seleccionados por edad, duración de las internaciones y de la enfermedad, dosis de medicación antipsicótica, psicopatología y grado de motivación para el tratamiento.

A cada grupo se le brindó una fase terapéutica de tres meses con dos sesiones grupales (90 minutos cada una) y una individual (30 minutos) en forma semanal, seguidas por una fase postterapéutica de tres meses con una sesión grupal semanal y una sesión individual semana de por medio. El seguimiento se llevó a cabo al año y a los dos años luego del ingreso al estudio. Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento (T1), después de tres meses (fase terapéutica intensiva, T2), después de 6 meses (fase postterapéutica; T3) y luego del primer (seguimiento I; T4) y del segundo año (seguimiento II; T5). Las herramientas utilizadas

en este estudio pueden clasificarse en medidas de las capacidades cognitivas, del desempeño social y de la psicopatología. Las capacidades cognitivas fueron evaluadas con diferentes pruebas de concentración, memoria y atención.¹⁸⁻²⁰ El desempeño social fue medido a través de la Escala de Evaluación de Desempeño Global (DSM-IV; puntaje de habilidad) [Global Assessment of Functioning Scale (DSM-IV; expert rating)]; el Catálogo de Entrevista Social [Social Interview Schedule],²¹ el Catálogo de Evaluación de Discapacidades [Disability Assessment of Well-Being]²² y la Escala de Puntaje de Intencionalidad [Intentionally Rating Scale].²³ La psicopatología se evaluó con la Breve Escala de Puntaje Psiquiátrico [Brief Psychiatric Rating Scale],^{24,25} la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos [Scale for the Assessment of Negative Symptoms]^{26,27} y la Escala de Evaluación de Bienestar [Scale for the Assessment of Well-Being].²⁸ La motivación a participar en el grupo y las influencias que motivaron a los pacientes durante el tratamiento fueron medidas con el Cuestionario de Motivación Terapéutica [Therapy motivation Questionnaire]²⁹ y el Coeficiente Intelectual con la Escala Abreviada de Inteligencia de Wechsler [Reduced Wechsler Intelligence Scale].³⁰

Resultados

Setenta y tres pacientes participaron en alguno de los grupos experimentales (grupo recreativo, vocacional o doméstico), treinta y dos lo hicieron en el grupo control (TPI: entrenamiento en desempeños sociales y en resolución de problemas). La tabla 1 presenta la muestra seleccionada por datos demográficos y clínicos.

Tabla 1. Panorama de las características de los pacientes (n = 105).

	Grupos experimentales (n=73)			Grupo control (n=32)
	Recreativo (n=29) Promedio (SD)	Vocacional (n=23) Promedio (SD)	Residencial (n=21) Promedio (SD)	TPI (n=32) Promedio (SD)
Edad	35.5 (7.5)	33.4 (6.9)	33.1 (7.5)	31.2 (7.1)
Coefficiente intelectual (WIP)	103.3 (16.1)	101.5 (11.7)	102.9 (11.6)	101.0 (9.6)
Duración de la internación (meses)	11.9 (11.2)	8.7 (10.2)	14.6 (10.3)	13.6 (16.4)
Duración de la enfermedad (años)	7.8 (5.0)	5.7 (3.4)	6.7 (5.6)	5.8 (4.4)
Dosis diaria de antipsicóticos (valores de clorpromazina)	330.1 (300.2)	268.5 (308.7)	370.5 (216.9)	342.6 (307.3)
Psicopatología (BPRS; puntaje total)	42.0 (10.4)	42.9 (7.0)	39.1 (4.7)	37.9 (7.1)
Motivación (FPTM; promedios)	2.72 (0.34)	2.82 (0.26)	2.67 (0.24)	2.59 (0.37)

TPI, grupo control que recibe entrenamiento en destrezas sociales generales de acuerdo con la Terapia Psicológica Integrada.

WIP, Escala Abreviada de Inteligencia de Wechsler [Reduced Wechsler Intelligence Scale] BPRS, Breve Escala de Puntaje Psiquiátrico [Brief Psychiatric Rating Scale] FPTM, Cuestionario de Motivación Terapéutica [Therapy motivation Questionnaire] SD, desviación estándar

De acuerdo con el análisis de factores, agrupamos las variables dependientes en cinco categorías: velocidad en el procesamiento de información, mantenimiento de la concentración, interés e integración sociales, bienestar social y desempeño psicosocial y psicopatología.

De acuerdo con la determinación de la magnitud del efecto de los cinco factores para cada programa, se calculó la magnitud del efecto global. Siguiendo a Cohen,³¹ ésta puede ser categorizada en pequeña (0.2), mediana (0.5) y amplia (0.8). En la evaluación de los tres meses (T2), se observó una magnitud mediana para los tres programas: 0.35 para el recreativo, 0.40 para el vocacional y 0.51 para el doméstico. En la evaluación de los seis meses (T3), la magnitud de los efectos fue 0.48 para el programa recreativo, 0.47 para el vocacional y 0.60 para el doméstico. Todos los pacientes continuaron con mejoras durante la fase postterapéutica. En el seguimiento al año (T4), las magnitudes fueron 0.58, 0.66 y 0.73, respectivamente. Comparada con la fase terapéutica, los avances durante la fase postterapéutica y el seguimiento se incrementaron y finalmente alcanzaron el grado de mayor magnitud de efecto global. El efecto terapéutico global para el grupo control fue de 0.18 en la evaluación de los tres meses (T2), de 0.39 en la de los seis meses (T3) y de 0.45 en el seguimiento al primer año.

Los índices de recaídas en los grupos experimentales (WAF) fueron comparados con los del grupo control (TPI) por un período de dos años (T5). Los resultados de este análisis son presentados en la figura 3.

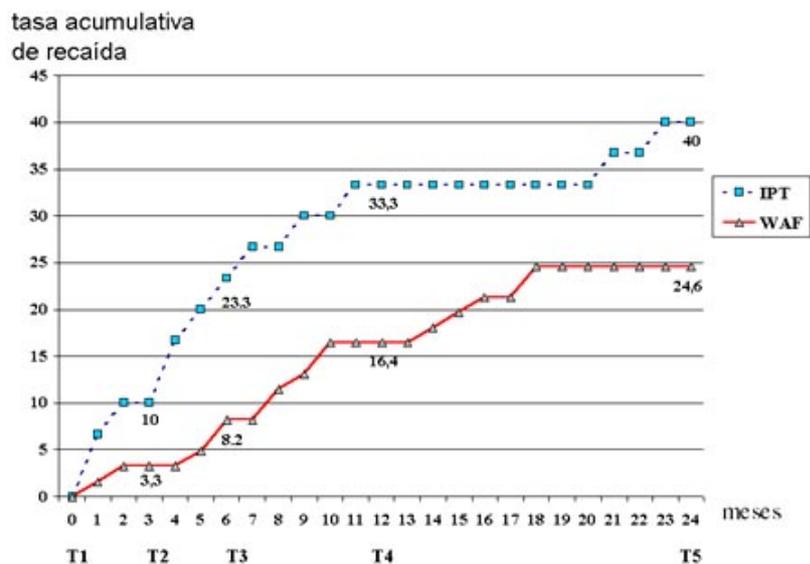


Figura 3. Tasas acumulativas de recaídas en el grupo TPI y en los grupos experimentales mostrados (WAF) entre T1 y T5 (análisis del estudio).

El 33.3% de los pacientes del grupo control y el 16.4% del grupo experimental sufrieron recaídas doce meses después del comienzo del tratamiento; mientras que el 40% de los pacientes del grupo control y el 24.6% del grupo experimental las presentaron veinticuatro meses después de iniciada la terapia.

Discusión

En el presente estudio, se hallaron avances tanto en el entrenamiento convencional de desempeños sociales generales (grupo control), como en los nuevos programas desarrollados de entrenamiento de «tercera generación» en las áreas específicas de terapia vocacional, recreativa y doméstica (grupos experimentales). Los efectos en la fase de tratamiento de tres meses son bastante modestos, pero los efectos globales del tratamiento se incrementaron más durante la etapa postratamiento en todos los grupos. Este resultado demuestra que la etapa posterapéutica de tres meses, aunque es menos intensiva, contribuye a posteriores mejoras; lo cual señala la necesidad de terapias a largo plazo para alcanzar efectos terapéuticos satisfactorios. Por ello, nuestros datos avalan la posición de Mueser y colaboradores³² de que, si el entrenamiento de desempeños sociales es efectivo, deberá extenderse por mayores periodos de tiempo. En resumen, encontramos mayores efectos globales del tratamiento en los grupos experimentales, comparados con el grupo control. Además, encontramos menos recaídas en los grupos experimentales. Los programas de entrenamiento en desempeños sociales de tercera generación pueden aportar valiosos formatos terapéuticos a aquellos más convencionales y con formas clásicas de entrenamiento. La diversidad de abordajes de entrenamiento en desempeños sociales debería facilitar una mayor individualización para la rehabilitación, al implementar programas específicos basados en la evaluación funcional y sintomática. En áreas específicas de rehabilitación, como lo son las terapias vocacional, doméstica y recreativa, los programas de tercera generación podrían representar extensiones promisorias dentro de un enfoque terapéutico multimodal en pacientes esquizofrénicos.

Estudios posteriores tienen que esclarecer el impacto de los diferentes tipos de entrenamiento en desempeños sociales sobre la neurocognición y la psicopatología y tienen que concentrarse en la indicación diferencial del tratamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia.

Bibliografía del artículo

- Roder, V.; Zorn, P.; Brenner, H.D. Verhaltenstherapeutische Ansätze zu sozialen Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten schizophrener Patienten: Ein Überblick. In: Böker, W.; Brenner, H.D. (eds.). *Behandlung schizophrener Psychosen*. Stuttgart, Germany: Enke, 111-135, 1997.
- Roder, V.; Zorn, P.; Brenner, H.D. Kognitiv-behaviorale Programme für schizophrene Erkrankte zum Aufbau sozialer Kompetenzen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Überblick und empirische Ergebnisse. *Verhaltenstherapie Psychosoziale Praxis*; 2: 195-211, 2000.
- Cohen, R.; Florin, I.; Grusche, A.; Meyer-Osterkamp, S.; and Sell, H. Dreijährige Erfahrung mit einem Münzsystem auf einer Station für extrem inaktive, chronisch schizophrene Patienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 2: 243-277, 1973.
- Smith, E.T.; Bellack, A.S.; and Liberman, R.P. Social skills training for schizophrenia: Review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 16:599-617, 1996.
- Liberman, R.P., and Eckman, T.A. Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilisation of a rehabilitation innovation. In: Brenner, H.D., and Böker, W., eds. *Schizophrenia as a systems disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 155(suppl. 5):117-122, 1989.
- Liberman, R.P.; Wallace, C.J.; Blackwell, G.; Eckman, T.A.; Vaccaro, J.V.; and Kuehnel, T.G. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations and Research*, 2:43-60, 1993.
- Brenner, H.D.; Hodel, B.; Roder, V.; and Corrigan, P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1):21-26, 1992.

8. Brenner, H.D.; Roder, V.; Hodel, B.; Kienzle, N.; Reed, D.; and Liberman, R.P. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, WA: Hogrefe & Huber, 1994.
9. Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; and Hodel, B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schizophrene Patienten. Munich, Germany: Psychologie Verlags Union, 1988.
10. Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrene Erkrankten (IPT). 5. überarbeitete Auflage. Weinheim, Germany: Beltz, 2002.
11. Roder, V.; Jenull, B.; Brenner, H.D.; Heimberg, D.; and Hirsbrunner, A. Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrene Erkrankten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: Erste Ergebnisse. Verhaltenstherapie, 5:68-80, 1995.
12. Roder, V.; Jenull, B.; and Brenner, H.D. Teaching schizophrenic patients recreational, residential and vocational skills. International Review of Psychiatry, 10:35-41, 1998.
13. Roder, V.; Zorn, P.; Müller, D.; Brenner, H.D. Improving Recreational, Residential and Vocational Outcomes for Patients with Schizophrenia. Psychiatric Services, 52 (11): 1439- 1441, 2001.
14. Roder, V.; Brenner, H.D.; Müller, D.; Lächler, M.; Zorn, P.; Reisch, T.; Bösch, J.; Bridler, R.; Christen, C.; Jaspen, E. Schmidl, F.; Schwemmer, V. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105: 363-371, 2002. Roder, V., Zorn, P.; Andres, K.; Pfammatter, M.; Brenner, H.D. Ein Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrene Erkrankter. Bern, Switzerland: Huber, 2002.
15. Dilling, H.; Mombour, W.; and Schmidt, M.H. Internationale Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD-10). Berne, Switzerland: Huber, 1991.
16. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: The Association, 1994.
17. Oswald, W.D., and Roth, E. Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT). Göttingen, Germany: Hogrefe, 1978.
18. Abels, D. Konzentrations-Verlaufs-Test (KVT). Göttingen, Germany: Hogrefe, 1961.
19. Brickenkamp, R. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2). Göttingen, Germany: Hogrefe, 1975. Hecht, H.; Faltermaier, A.; and Wittchen, H.U. Social Interview Schedule (SIS). Materialien zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Regensburg, Germany: Roderer, 1987.
20. Jung, E.; Krumm, B.; Biehl, H.; Maurer, K.; and Bauer-Schubart, C. Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung. Weinheim, Germany: Beltz, 1989.
21. Mundt, C.; Fiedler, P.A.; Pracht, B.; and Rettig, R. InSka (Intentionalitätsskalen) – ein neues psychopathometrisches Instrument zur quantitativen Erfassung der schizophrene Residualsymptomatik. Nervenarzt, 56:146-149, 1985.
22. Overall, J.E., and Gorham, D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 10:799-812, 1962.
23. CIPS Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum. Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim, Germany: Beltz, 1981.
24. Andreasen, N.C. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). University of Iowa City, 1981.
25. Ackenheil, M.; Dieterle, D.M.; Eben, E.; and Pakesch, G. Beurteilung der Minussymptomatik (SANS) - Münchener Version, University of Munich, Germany, 1985.
26. Zerssen, D.v. Die Befindlichkeits-Skala. Weinheim, Germany: Beltz, 1976.
27. Schulz, H.; Nübling, R.; and Rüdell, H. Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Therapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5:89-95, 1995.
28. Dahl, G. Reduzierter Wechsler-Intelligenztest (WIP). Testzentrale der Schweizer Psychologen, Berne, Switzerland: Huber, 1986.
29. Cohen, J. Statistical power analyses for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
30. Mueser, K.T.; Wallace, C.J.; and Liberman, R.P. New developments in social skills training. Behaviour Change, 12:31-40, 1995.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES TRATADOS POR TOXICOMANIAS



Autor:
Rudolf H. Moos
Columnista Experto de SIIC

Institucion:
Center for Health Care Evaluation. Department of Veterans Affairs and Stanford University School of Medicine, Palo Alto, California, EE.UU.

Introducción

Creciente número de informes indican que alrededor del 10% de los pacientes que se incorporan al tratamiento psiquiátrico por adicción a sustancias se deterioran durante el tratamiento o poco después de finalizado.^{1,3} En consecuencia, algunos estudios recientes han examinado la prevalencia del deterioro y los factores demográficos diagnósticos y de historia personal vinculados con el mismo.⁴ Hemos puesto el foco aquí en las diferencias existentes entre aquellos pacientes con adicciones que empeoran versus aquellos que permanecen estables o mejoran con el tratamiento (o poco después); en el desarrollo de un índice pronóstico que permita predecir la posibilidad de la exacerbación de los síntomas entre estos pacientes, y en la identificación de las características de tratamiento que puedan reducir el riesgo de exacerbación.

Prevalencia del deterioro

Mohr⁴ resumió el resultado de más de 40 estudios en los que se identificó deterioro de los pacientes; el porcentaje de enfermos que empeoraron osciló entre menos de 3% hasta un nivel tan elevado como 80%. En estos estudios intervinieron pacientes internados y ambulatorios, pacientes con neurosis, fobias, ansiedad y trastornos depresivos, procesos obsesivo-compulsivos y psicosis, juicios de médicos externos, calificaciones de los propios pacientes basadas en una variedad de procedimientos autoadministrados y un amplio número de parámetros para evaluar resultados: distrés incrementado, nuevos síntomas, problemas interpersonales y mortalidad.

Dos estudios recientes mostraron una tasa moderadamente elevada de deterioro entre personas con alteraciones en el uso de sustancias de adicción. Shaw y col.⁵ encontraron que el 30% de pacientes alcohólicos, tratados intensivamente, permanecían sin cambios o peor al año de seguimiento. Estos pacientes consumían más alcohol, exhibieron declinación en la autoestima y de la estabilidad social, y utilizaron los servicios asistenciales mucho más intensivamente que los pacientes que mejoraron. Un seguimiento de 9 años identificó deterioro continuado en 15% de estos pacientes.² Ouimette, Finney y Moos⁶ estudiaron una cohorte de más de 3 000 pacientes con trastornos en el uso de sustancias de adicción; encontraron que aproximadamente el 15% de los pacientes consumía más alcohol y el 8% estaba más deprimido o ansioso al año de seguimiento que al inicio del tratamiento.

Factores de riesgo asociados con el deterioro

Tres conjuntos de factores han sido asociados con el resultado general del tratamiento de las adicciones y es probable que permitan predecir la exacerbación de los síntomas vinculados al uso de dichas sustancias adictivas: características demográficas, historia y diagnóstico actual, intensidad del uso de sustancias adictivas y problemas psiquiátricos e interpersonales. Con respecto a los aspectos demográficos, los pacientes más jóvenes, solteros y con domicilio inestable, tienden a experimentar resultados más escasos con el tratamiento.^{7,10}

Historia, diagnóstico actual y gravedad del uso de sustancias adictivas. Cuanto más crónico es el problema de la utilización de sustancias adictivas, reflejado en una prolongada historia de alcoholismo o uso de drogas, y cuanto más prolongado es el problema de toxicomanías,^{8, 11-12} con mayor verosimilitud puede predecirse un peor resultado del tratamiento. Además, los tratamientos de toxicomanías previas recientes, especialmente en pacientes internados o ambulatorios, se relacionan con peor pronóstico.^{8- 10,12} Los hallazgos clave en el diagnóstico actual son que la presencia de adicción al alcohol y a drogas tiende a predecir peor resultado, como en el caso de dependencia de la cocaína.

^{10,13} La presencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante, especialmente una psicosis o personalidad psicopática,^{7,10,14-15} también tiende a asociarse con un resultado más desfavorable.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Además de los factores diagnósticos y la severidad de la toxicomanía, los síntomas psiquiátricos más graves, incluyendo celos y alucinaciones, deterioro del funcionamiento interpersonal (tal como lo indicaría una actitud hostil, conflictiva o de aislamiento social) y el concepto del paciente que piensa que sufre problemas graves, fueron asociados con escasos resultados del tratamiento.

^{4,11,16} Shaw y col.⁵ advirtieron que el deterioro psicológico podría ser uno de los mejores predictores de empeoramiento, entre los pacientes con toxicomanías.

Características del tratamiento que podrían prevenir el deterioro

Varios estudios han identificado los aspectos del tratamiento de las toxicomanías que están asociados con mejores resultados en general. La disponibilidad de servicios ambulatorios para adictos o servicios psiquiátricos, más que servicios médicos de atención primaria únicamente, tiende a producir mejores resultados, en parte porque parecería que los pacientes obtienen mejor atención y están más satisfechos con ella.^{17,21} También existen evidencias de una relación dosis-respuesta, entre la cantidad de tratamientos ambulatorios de salud mental y el resultado obtenido en los pacientes.

^{22,24} Los pacientes con toxicomanías que obtienen más atención en el plano de la salud mental, tienden a exhibir mejores resultados en el corto plazo, pero no resulta claro si el factor determinante es la duración de la atención o su cantidad.^{25,27} Respecto de la duración de la atención, los pacientes en tratamiento continuado ambulatorio durante 9 a 12 meses para su toxicomanía presentaron mejores resultados que aquellos pacientes que tuvieron una asistencia menos constante.¹⁵ Moos y col.²⁸ encontraron que la duración del tratamiento ambulatorio en salud mental, estaba asociada con mejores resultados en toxicomanías, y que después de considerar la duración, la cantidad de atención no se vinculaba con mejores resultados. De manera similar, Ritscher y col.^{29,30} observaron que la atención mental más prolongada estaba relacionada con mayor posibilidad de remisión a los 2 y 5 años, entre pacientes tratados por adicciones.

Pacientes y métodos

En los dos estudios conducidos por nuestro equipo, seleccionamos dos grupos principales de pacientes con toxicomanías y los equiparamos respecto de la cantidad de problemas que presentaban al inicio. Identificamos los ítems descritos en el Índice de Severidad de las Adicciones (ASI)³¹ para realizar la medición inicial del estado de los pacientes y en el seguimiento, y clasificar los pacientes como deteriorados o estables/mejorados. En ambos estudios, los ítems evaluados fueron el problema con alcohol o drogas y cubrió el consumo alcohólico, consumo de alcohol hasta la intoxicación, utilización de cualquiera de 8 drogas (tales como heroína, cocaína, marihuana y barbitúricos), problemas debidos al alcohol, problemas debidos a drogas. En el primer estudio también incluimos temas que evaluaban los síntomas psiquiátricos de los pacientes y problemas familiares (para detalles sobre el proceso de selección y equiparación utilizado en los 2 estudios, ver referencias bibliográficas #32 y #33).

A continuación desarrollamos la escala de puntuación del cambio (seguimiento menos problemas iniciales) para identificar dos grupos principales de pacientes: 1) pacientes que sufrieron deterioro, definido como crecimiento en el número de problemas entre el inicio y el seguimiento; y 2) pacientes que permanecieron estables o mejoraron, definidos como los que conservaron el mismo número de problemas o los disminuyeron durante el seguimiento, comparado con la situación inicial. Estos procedimientos produjeron muestras equivalentes de pacientes deteriorados y estables o mejorados en cada estudio. En promedio, el seguimiento fue realizado 10 a 11 meses después de la evaluación inicial.

Se utilizaron índices extraídos del ASI para la comparación de los grupos. Específicamente, además de las características sociodemográficas, se obtuvo información sobre la historia de las toxicomanías de los pacientes, alteraciones psiquiátricas, tratamientos, síntomas y funcionamiento en la evaluación inicial. Con la información de las historias clínicas de los pacientes se identificaron un episodio determinante en la atención y

los diagnósticos y datos sobre los servicios provistos en ese episodio determinante de la atención. También se examinaron los diagnósticos de los pacientes y la utilización de servicios en el año previo al episodio determinante (para detalles sobre la medición en los 2 estudios, ver referencias bibliográficas #32 y #33).

Comparación entre pacientes que se deterioraron y pacientes estables o mejorados

Factores demográficos, historia de la toxicomanía y tratamiento previo. Comparados con pacientes que luego mejoraron o permanecieron estables en tratamiento, los que luego sufrieron deterioro eran con mayor frecuencia más jóvenes, no casados y presentaban una residencia domiciliaria menos estable en el año anterior; además, era más probable que los últimos hubieran usado drogas (y más de una droga diariamente por 10 o más años), sido arrestados y tenido tratamientos previos por adicción (tabla 1).

Característica	Primer estudio	Segundo estudio
Historia de adicción y tratamiento		
Uso de drogas por 10 o + años	xxx	xxx
Uso + de 1 droga por 10 + años	xxx	xxx
Arresto	xxx	xxx
Tratamiento previo por etilismo	-	xxx
Tratamiento previo por adicción	xxx	xxx
Diagnóstico actual		
Alcohol y droga	xxx	xxx
Cocaína	xxx	xxx
Psicosis	xxx	xxx
Depresión	-	xxx
Personalidad	xxx	xxx
Autocalificación del paciente		
Severidad de la adicción	xxx	xxx
Necesidad de tratamiento	xxx	xxx
xxx: denota características del paciente cuyos síntomas empeoraron		

Coherente con esta historia de problemas más graves, era más probable que los pacientes deteriorados tuvieran adicción tanto al alcohol como a drogas además de diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en la atención de episodios anteriores.

Diagnóstico y tratamiento del episodio determinante. En comparación con los pacientes que luego permanecieron estables o mejoraron, era más probable que los pacientes que después presentaron deterioro presentaran adicción a alcohol y drogas, adicción o abuso de cocaína y psicosis concomitante, depresión o diagnóstico de personalidad psicopática en el episodio determinante de la atención. Los pacientes cuyos síntomas aumentaron, calificaron su problema de adicción como más grave y que requería más tratamiento, comparado con los que permanecieron estables o mejoraron.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Los pacientes cuyos síntomas de toxicomanía aumentaron informaban con mayor frecuencia la presencia de síntomas psiquiátricos de entidad durante toda la vida, alucinaciones actuales y tratamiento psiquiátrico previo en su domicilio o internados (tabla 2).

Característica	Primer estudio	Segundo estudio
Problemas psiquiátricos		
3 o + síntomas psiquiátricos graves	-	xxx
Alucinaciones por + 30 días	-	xxx
Severidad psiquiátrica según autocalificación del paciente	xxx	xxx
Necesidad de tratamiento psiquiátrico según autoevaluación del paciente	xxx	xxx
Tratamiento psiquiátrico previo	xxx	xxx
Problemas interpersonales		
Conflicto severo (con + 3 personas)	xxx	xxx
Falta de amigos cercanos	xxx	xxx
xxx: denota características del paciente cuyos síntomas empeoraron		

Además, estos pacientes calificaron sus problemas psiquiátricos como más graves e informaron que necesitaban más tratamiento para abordarlos. Con respecto a los problemas interpersonales, era más probable que los pacientes cuyos síntomas se intensificaron tuvieran conflictos de larga duración con familiares y amigos; también era menos probable que contaran con un amigo íntimo.

Tratamiento en el episodio determinante. Los pacientes que luego desmejoraron obtuvieron atención en salud mental de internación o residencial con frecuencia algo mayor que los que mejoraron o mantuvieron la estabilidad, pero era menos probable que obtuvieran atención especializada en toxicomanías. Además, recibieron menos atención ambulatoria en salud mental y menos atención ambulatoria especializada en toxicomanías y en salud mental que los que mejoraron o permanecieron estables. También presentaron episodios determinantes más cortos de atención que promediaron menos de 6 meses comparados con los 9 meses de los pacientes mejorados.

Índice pronóstico de exacerbación de síntomas

Hemos desarrollado un índice pronóstico para identificar al inicio los pacientes cuya toxicomanía podría incrementarse luego (para detalles metodológicos, ver referencia bibliográfica #33). Un conjunto de 12 variables independientemente predijeron los síntomas de exacerbación (tabla 3).

Factor de riesgo	"Odds Ratio"
Características demográficas	
Edad (18-39=1)	1.33
No casado	1.13
Inestabilidad domiciliaria	1.36
Problema de adicción	
10+ años adicción	1.34
Tratamiento previo de etilismo	1.31
Tratamiento previo de drogadicción	1.20
Adicción a alcohol y droga	1.13
Dependencia a cocaína	1.14
Severidad de la adicción	1.19
Problemas psiquiátricos	
3+ síntomas severos	1.15
Alucinaciones	1.36
Internación psiquiátrica previa	1.16

"Odds ratio" refleja la posibilidad que un paciente caracterizado por el factor de riesgo al inicio empeora sus síntomas en el seguimiento.

Tres características demográficas -menor edad (39 o menos), no casado, e inestabilidad domiciliaria o residencial- estaban independientemente asociadas con intensificación de los síntomas, así como también lo estaban tres aspectos de la historia del paciente vinculados con su toxicomanía y el tratamiento: haber tenido más cronicidad en la adicción, haber sido arrestado y haber tenido una historia de tratamiento del alcoholismo. Con respecto al diagnóstico actual y problemas de adicción, los pacientes que tenían la doble adicción (al alcohol y a drogas), usaban cocaína y calificaban su problema como más grave presentaban más frecuente exacerbación de los síntomas. Los pacientes que durante sus vidas tuvieron 3 o más síntomas psiquiátricos graves, alucinaciones en los últimos 30 días y atención en internación o ambulatorios por problemas psiquiátricos empeoraban más a menudo. En general, cada una de las 12 variables proveyó un incremento estadísticamente significativo de la predicción de deterioro.

Combinamos las 12 variables en un modelo de factores de riesgo. El modelo de 12 factores estaba fuertemente relacionado con la clasificación del grupo. El riesgo de deterioro aumentaba con el número de factores de riesgo. Por ejemplo, de los pacientes sin factores de riesgo, o con solamente uno o dos de ellos, sólo 19% tuvo incremento en los síntomas.

Este número aumentó a 26% entre los pacientes con 3 o 4 factores de riesgo y a 33% entre aquellos que tenían 5 o 6 de dichos factores, llegando a 42% entre pacientes con 7 u 8 y al 49% entre los portadores de 9 o más factores de riesgo.

Tratamiento y prevención de los síntomas de exacerbación

A continuación, examinamos si los aspectos específicos del tratamiento estaban asociados con reducción de las probabilidades de exacerbación de síntomas de toxicomanía. Utilizamos el número de factores de riesgo al inicio, la duración del episodio determinante de la atención, la intensidad promedio de la atención de salud mental ambulatoria y las interacciones entre el número de factores de riesgo iniciales y las dos variables vinculadas con el tratamiento para predecir si los síntomas del paciente empeorarían o no.

Tal como lo esperábamos, el número de factores de riesgo iniciales predijo significativamente la exacerbación de los síntomas. La mayor duración del tratamiento se relacionó con menor probabilidad de exacerbación de síntomas. Además, se asoció más estrechamente con reducción en la frecuencia de exacerbaciones, entre pacientes que tenían más factores de riesgo iniciales. Sin embargo, la atención en salud mental ambulatoria más intensiva estaba asociada con mayor probabilidad de exacerbación de los síntomas.

Prevalencia del deterioro

En general, encontramos que entre 10% y 15% de una muestra de pacientes con toxicomanía, representativa

del nivel nacional, exhibieron mayores problemas en el seguimiento que al inicio del tratamiento. Esta prevalencia es algo más elevada que el 7% identificado hace casi 50 años, entre pacientes psiquiátricos ambulatorios,³⁴ pero es comparable a muchos de los hallazgos obtenidos en diversos grupos tratados desde entonces.^{1,3-4,35-36} Resultados comparables arrojaron dos estudios previos de pacientes con toxicomanías. Ouimette y col.¹⁵ observaron que entre 4% y 15% de pacientes toxicómanos estaban peor luego de 1 año, que al comienzo del tratamiento, dependiendo del índice específico de resultado utilizado. En su seguimiento a largo plazo, Shaw y col.² concluyeron que 15% de toxicómanos tratados presentaban deterioro continuado.

Predictores del deterioro

Características demográficas. La menor edad (18-39 años), soltería e inestabilidad residencial o domiciliaria predijeron la exacerbación de síntomas. Estos hallazgos completan un trabajo anterior que indicaba que estas características estaban asociadas con pronóstico más desfavorable.⁷⁻¹⁰ En esta línea, las personas de edad media y pacientes mayores tienden a presentar resultados del tratamiento algo mejores que los más jóvenes.^{28,37-38}

Historia, diagnóstico actual y severidad de la adicción. Tres aspectos de la historia del paciente fueron predictores independientes de la exacerbación de síntomas: problemas crónicos con drogas de adicción (uso continuado de drogas por más de 10 años), problemas sociales vinculados con drogas (arrestos) y tratamiento previo por problemas de alcoholismo. Estas características son factores de riesgo general y se asocian con resultados más escasos del tratamiento;^{8,10,12,15} nuestros hallazgos muestran que también están ligados con la exacerbación de los síntomas de adicción durante o poco después del tratamiento. Los pacientes con ambas adicciones, alcohol y drogas, y los adictos o usuarios de cocaína, consideraban su problema como de mayor gravedad, y experimentaban intensificación de sus síntomas con frecuencia más alta. Estos hallazgos completan estudios anteriores, en los cuales los pacientes con adicción a drogas o alcohol y pacientes que tenían también dependencia de cocaína exhibían menores resultados del tratamiento.^{10,13,39} Ellos enfatizan el papel crítico de la acción comórbida de larga duración del alcohol y drogas, en detrimento de los pacientes, y subrayan la necesidad de desarrollar abordajes terapéuticos más eficaces para estos pacientes.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Tres índices de la gravedad del problema psiquiátrico estaban asociados con la exacerbación de las toxicomanías: tres o más síntomas psiquiátricos en la vida del paciente, alucinaciones recientes e historia de atención por problemas psiquiátricos en calidad de internado o atención residencial. La calificación del nivel de gravedad que el individuo asignaba a su padecimiento psiquiátrico y su sensación de necesidad de tratamiento estaban también asociadas con exacerbación de síntomas pero, debido a la superposición con los otros indicadores de gravedad de síntomas, ésta no fue una relación independiente. Los hallazgos sugieren que la gravedad de los síntomas psiquiátricos podría ser mejor predictor de la intensificación de síntomas de toxicomanía que el diagnóstico psiquiátrico *per se*. Con respecto a los problemas interpersonales, los pacientes que tuvieron conflictos importantes con tres o más personas y que carecían de amigos cercanos eran más proclives a presentar exacerbación de sus síntomas. Los hallazgos son coincidentes con un trabajo anterior que indica que los problemas interpersonales están asociados con menores resultados del tratamiento,^{40,41} y más específicamente con deterioro de los síntomas.⁴ Estos indicadores de problemas interpersonales no estaban independientemente asociados con resultados más escasos; sin embargo, los individuos más agresivos que intensifican los conflictos en las relaciones interpersonales pueden encontrar particularmente difícil establecer una eficaz alianza terapéutica.

Tratamiento y prevención de la exacerbación de síntomas

La mayor duración del tratamiento se asoció con reducida probabilidad de exacerbación de los síntomas de adicción. Más aún, la duración de la atención tuvo influencia protectora algo más intensa contra la intensificación de los síntomas en los pacientes de mayor riesgo que en los de riesgo menor. Estos hallazgos son coherentes con varios estudios que encontraron que una mayor duración de la atención, especialmente en el contexto de salud mental ambulatoria, estaba asociada con mejores resultados del tratamiento.^{15,22-23,28,42} Observaciones previas sobre la intensidad de la atención mental ambulatoria dan resultados mixtos, pero en general la duración de la atención está más vinculada con el resultado que la cantidad o intensidad de la atención.^{28,43} En parte, los médicos tienden a incrementar la intensidad de la atención cuando el paciente no muestra mejoría, lo que puede reflejarse en una relación entre más atención ambulatoria y exacerbación de síntomas.

Conclusiones y futuras direcciones

Los factores de riesgo que hemos identificado pueden ser utilizados para predecir la exacerbación de síntomas de toxicomanías y asignar el tratamiento. Es importante reproducir las asociaciones entre factores de riesgo y exacerbación de síntomas y aplicar el índice de factor de riesgo para la selección de pacientes para atención ambulatoria incrementada en salud mental. Algunos aspectos que deben ser estudiados son temas tales como identificar a los pacientes más motivados para tratamientos más intensivos, el papel comparativo entre duración *versus* intensidad de la atención, el intervalo de tiempo más apropiado entre sesiones de tratamiento, y el grado en el cual la participación en grupos de autoayuda podría reducir el riesgo de exacerbación de los síntomas, por sí mismo o en combinación con centros de atención de salud mental ambulatorios.

La investigación futura debería tratar de incluir un grupo de comparación con personas no tratadas, para proveer una línea de base de la historia natural y prevalencia del deterioro en una muestra no tratada. También necesitamos entender el grado en que dicho deterioro es causado por falta de respuesta al tratamiento y el grado en que es parte de un proceso general de deterioro, que finalmente puede revertirse por influencias externas al tratamiento. En este orden, dado que el tratamiento constituye solo un conjunto de factores involucrados en el resultado, necesitamos identificar el contexto extratratamiento, o factores de la vida que permitan predecir el deterioro con mayor exactitud.⁴⁴

Bibliografía del artículo

1. Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
2. Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., Dunn, G., & Thomson, A. D. (1997). Alcoholism: A long-term follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. *Alcohol and Alcoholism*, 32 (4), 527-535.
3. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
4. Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.
5. Shaw, G. K., Waller, S., McDougall, S., MacGarvie, J., & Dunn, G. (1990). Alcoholism: A follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. *British Journal of Psychiatry*, 157, 190-196.
6. Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. (1997). Twelve step and cognitive behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 220-234.
7. Hendryx, M. S., Dyck, D. G., & Srebnik, D. (1999). Risk-adjusted outcome models for public mental health outpatient programs. *Health Services Research*, 34, 172-195.
8. McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody G. E., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141-1158.
9. Ornstein, P., & Cherepon, J. A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(5), 425-432.
10. Phibbs, C. S., Swindle, R. W., & Recine, B. (1997). Does case mix matter for substance abuse treatment? A comparison of observed and case mix-adjusted readmission rates for inpatient substance abuse treatment in the Department of Veterans Affairs. *Health Services Research*, 31, 755-771.
11. Akerlind, I., Hornquist, J. O., & Bjurulf, P. (1988). Prognosis in alcoholic rehabilitation: The relative significance of social, psychological, and medical factors. *The International Journal of the Addictions*, 23(11), 1171-1195.
12. Booth, B. M., Yates, W. R., Petty, F., & Brown, K. (1991). Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 37-43.
13. Pettinati, H. M., Pierce, J. D., Belden, P. P., & Meyers, K. (1999). The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *The American Journal on Addictions*, 8, 136-147.
14. Alterman, A. I., & Cacciola, J. S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 401-409.
15. Ouimette, P.C., Moos, R., & Finney, J. (1998). Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 513-522.
16. Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 622-628.
17. Ettner, S. L., Hermann, R. C. & Tang, H. (1999). Differences between generalists and mental health specialists in the psychiatric treatment of Medicare beneficiaries. *Health Services Research*, 34, 737-760.
18. Horgan, C. M. (1985). Specialty and general ambulatory mental health services: Comparison of utilization and expenditures. *Archives of General Psychiatry*, 42, 565-572.
19. Katz, S. J., Kessler, R. C., Lin, E. L. & Wells, K. B. (1998). Medication management of depression in the United States and Ontario. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 77-85.
20. Olfson, M. & Pincus, H. A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns of utilization. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1289-1294.
21. Rogers, W. H., Wells, K. B., Meredith, L. S., Sturm, R. & Burnam M. A. (1993). Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for-service financing. *Archives of General Psychiatry*, 50, 517-525.
22. Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. J. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
23. Steenbarger, B. N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111-119.
24. Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
25. Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. & Chiochio, F. (1997). The impact of a treatment process for substance users as a function of their degree of exposure to treatment. *Substance Use & Misuse*, 32, 1993-2011.
26. Hoffman, N. G. & Miller, N. S. (1992). Treatment outcomes for abstinence-based programs. *Psychiatric Annals*, 22, 402-408.
27. Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1999). The relative impact of treatment program 'robustness' and 'dosage' on client outcomes. *Evaluation and Program Planning*, 22, 323- 330.
28. Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J., & Moos, B. (2001). Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' 1-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 273-287.
29. Ritscher, J. B., McKellar, J. D., Finney, J. W., Otilingam, P. G., & Moos, R. H. (2002). Psychiatric comorbidity, continuing care, and mutual-help as predictors of five-year remission from substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 709-715.
30. Ritscher, J., B., Moos, R. H., & Finney, J. (2002). Relationship of treatment orientation and continuing care to remission among substance abuse patients. *Psychiatric Services*, 53, 595-601.
31. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
32. Moos, R., Finney, J. W., & Moos, B. (2001). Predictors of deterioration among patients with substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1403-1419.
33. Moos, R., Nichol, A., & Moos, B. (2002). Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Addiction*, 97, 75-85.
34. Warne, M. M., Canter, A. H., & Wiznia, B. (1953). Analysis and follow-up of patients with psychiatric disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 7, 278-288.
35. Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (pp. 123-176). New York: Wiley.
36. Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25, 16-30.
37. Lemke, S., & Moos, R. (2002). Prognoses of older patients in mixed-age alcoholism treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 33-43.
38. Lemke, S., & Moos, R. (2003). Treatment outcomes at 1-year and 5-years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of*

- Substance Abuse Treatment, 24, 43-50.
39. Swindle, R. W., Phibbs, C. S., Paradise, M. J., Recine, B. P., & Moos, R. H. (1995). Inpatient treatment for substance abuse patients with psychiatric disorders: A national study of determinants of readmission. *Journal of Substance Abuse, 7*, 79-97.
 40. Booth, B. M., Russell, D. W., Soucek, S., & Laughlin, P. R. (1992). Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18*, 87-101.
 41. Humphreys, K., Moos, R. H., & Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 231-238.
 42. Moos, R., Finney, J. W., Federman, B., & Suchinsky, R. (2000). Specialty mental health care improves patients' outcomes: Findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 704-713.
 43. Finney, J., & Moos, R. (2002). Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2nd Ed., pp. 157- 168). New York: Oxford.
 44. Moos, R., Finney, J., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford.
-

Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, integra el Programa SIIC - Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) de Educación Médica Continuada