



# Fuente del Proveedor

## Un Boletín Trimestral del Proyecto de Tratamiento de Abuso de Sustancias en Adolescentes

“Construyendo Puentes, Cerrando Espacios”

Primavera del 2008  
Volumen 2, Edición 1

### En esta edición

Por parte del personal	1
El Manejo de Eventualidades: Historia y Práctica Actual	1
Prácticas Basadas en Evidencia	2
Financiamiento	2
Noticias que Usted Puede Usar	2-6
Participación Familiar	3
Recursos	3
La Práctica Basada en la Evidencia	4

Esta edición tiene todo que ver con el Plan de Manejo de Eventualidades (CM por sus siglas en inglés), un modelo de tratamiento que le provee incentivos a adolescentes mientras van cumpliendo con sus metas en su plan de tratamiento. La evidencia sobre esta estrategia, el plan de manejo de eventualidades, es bastante claro: funciona. Pero hasta ahora, casi toda la investigación se ha hecho con programas de tratamiento para adultos. Hasta ahora, los investigadores apenas están comenzando a examinar los resultados del plan de manejo de eventualidades con los adolescentes. ¿Estas pautas suenan familiares, no? Si funciona para los adultos, debe entonces funcionar también para los adolescentes. Aunque puede que esto sea cierto en lo que se refiere al plan de manejo de eventualidades, la respuesta no está clara.


Esta bola de hilo es un reto para desenredar. ¿Hay una base de evidencia que apoye reforzar algunos comportamientos sobre otros? ¿Por ejemplo, es mejor proveer un incentivo por llegar a una sesión de tratamiento o por

### Por parte del personal

pasar una prueba de orina? ¿Hay evidencia que apoye el usar algún tipo de incentivo en vez de otro? Usted leerá en el artículo sobre la participación familiar, que las investigaciones más recientes dicen que no hay diferencia en resultados en aquellas personas que reciben dinero y aquellas que reciben cupones para compras al detalle. Esto responde una de las preguntas pero igual deja muchas sin contestar. Lo único que queda claro en lo que se refiere a esta práctica, es que el involucramiento familiar potencialmente afecta los resultados de los adolescentes. ¿Suena esto familiar también? ¡Si no mire usted el sumario general del curso del Sistema de Cuidado! Los comportamientos que se deben reforzar deben ser aquellos que la familia y el adolescente piensen sean los más cruciales para su recuperación. Los incentivos deben ser aquellos que la familia pueda apoyar, al igual que apoyen los valores del adolescente. El rol del profesional es el de facilitar el proceso de la toma de decisiones e integrar estas decisiones al plan de tratamiento.

Esta edición presenta lo que usted necesita saber sobre el plan de manejo de eventualidades, incluyendo lo que dicta La División de Salud Mental de Carolina del Norte, el Departamento de Incapacidades de Desarrollo, y la política sobre los Servicios de Abuso de Sustancias, para la misma. Aprenderá la teoría tras la misma, la distintas maneras en la cuales se aplican en el tratamiento, como involucrar a las familias en la administración del plan de manejo de eventualidades, y cuales de los tratamientos basados en teoría, usan el plan de manejo de eventualidades. Esperamos nosotros, que usted tenga un mejor entendimiento de como usar esta práctica de tratamiento para mejorar los resultados de sus clientes. Tal vez sea la parte que de verdad mejore su programa. ¡Si actualmente usted está practicando el plan de manejo de eventualidades con clientes adolescentes, permítanos escuchar sus historias! Vean las próximas ediciones de “Coffee Talk”, la Hoja de Datos y el Resumen Investigativo que serán publicados en Mayo.

### El Manejo de Eventualidades: Historia y Práctica Actual



El Plan de Manejo de Eventualidades (CM – por sus siglas en inglés) es el uso de tácticas de refuerzo positivas o negativas en conjunto con otros tratamientos para pacientes en recuperación del abuso de sustancias. La meta primaria es la de animar el comportamiento positivo mediante la oferta de consecuencias positivas, tales como dinero en efec-

tivo o cupones para la compra de bienes al detalle, cuando los pacientes cumplen con metas de tratamiento, incluyendo el mantenerse limpio y sobrio. Si no se cumple una de las metas del tratamiento de mantenerse limpio y sobrio, habrán consecuencias negativas, tales como el reportaje de tal actividad al oficial de libertad condicional, o la negación de recursos al paciente. La CM trabaja mejor en conjunto con otras formas de tratamiento incluyendo la Terapia de Comportamiento (BT –

por sus siglas en inglés), y La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT – por sus siglas en inglés), lo cual también es parte de la serie del Tratamiento Juvenil de Cannabis (CYT – por sus siglas en inglés). La CM es también efectiva en la mejora en la asistencia de la persona a los programas de tratamiento y en el refuerzo de otras metas de tratamiento, tales como el cumplimiento

Vea “CM” en la página 5

Producida por El Centro para la Juventud, Familia, y Alianza comunitaria de la UNCG (“UNCG’s Center for Youth, Family, and Community Partnerships”), en asociación con la División de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo, y de los Servicios de Abuso de Sustancia de Carolina del Norte (“North Carolina Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Abuse Services”), con la ayuda financiera de la Administración de Abuso de Sustancia y Servicios de Salud Mental (“Substance Abuse and Mental Health Services Administration” o SAMHSA), el centro para el tratamiento de abuso de sustancias (“Center for Substance Abuse Treatment” o CSAT), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de ESTADOS UNIDOS (“U.S. Department of Health and Human Services”) (beca número 6 J79 T117387-02-2).



**SAMHSA**



NC DHHS  
DMH/DD/SAS  
Community Policy Management  
Substance Abuse Services  
3005 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-3005  
919-733-4670  
919-733-4556 (fax)

## Prácticas Basadas en Evidencia

El Plan de Manejo de Eventualidades (CM – por sus siglas en inglés) está comprobado como mejor práctica basada en la evidencia cuando es usado en conjunto con otros tratamientos comprobados como mejores prácticas (EBT – por sus siglas en inglés) para el tratamiento de trastornos del uso de sustancias. Dos de estos tratamientos son la Terapia de Comportamiento (BT – por sus siglas en inglés) y la Terapia Multidimensional Familiar (MDFT – por sus siglas en inglés).

El BT usa estrategias tales como los ejemplos por parte del terapeuta en referencia al comportamiento deseado, el reverso en comportamientos, tareas, auto evaluación entre sesiones, el repaso de los record, y los elogio extensivos por el progreso logrado en los cambios de tales comportamientos. Mucho de esto es logrado a través del control del estímulo. Esto incluye actividades positivas que no contribuyan al uso de sustancias y que controlen el impulso, lo cual es la interrupción de los provocadores para el abuso de sustancias. La CM cabe dentro de esto fácilmente porque enfatiza el uso de recompensas y/o castigos para aumentar el comportamiento positivo y disminuir el comportamiento negativo. Por ejemplo, los clientes reciben cupones para

compras como recompensa de la abstinencia comprobada del alcohol o drogas para reforzar la abstinencia continua.<sup>1</sup>

MDFT es el tratamiento usado para impactar en varios niveles, incluyendo miembros individuales de la familia, la unidad familiar, y como la unidad familiar interactúa con el ambiente social. Está enfocado en las soluciones y trabaja por alcanzar la provisión inmediata de resultados prácticos que aplican a todos los aspectos de la vida del adolescente. MDFT está basado en un enfoque tanto comunitario como hogareño, dirigiéndose hacia el ambiente diario del joven en la esfera individual, familiar, escolar y comunitaria. En varios estudios de SAMSHA el MDFT demuestra una reducción del 41% - 66% de abuso de sustancias desde la admisión al programa hasta la terminación con ganancias mantenidas hasta un año luego del tratamiento; el 93% de los jóvenes recibiendo el tratamiento reportaron ningún problema luego de un año después de su admisión al programa. Los estudios muestran una reducción en actitud/comportamiento negativo y un mejoramiento en sus funciones escolares, y un aumento en la participación de los padres. Un aumento en las destrezas para la crian-

za de los niños y una observada disminución en el estrés de los padres.<sup>2</sup>

Un componente clave para la implementación de CM es el tener la capacidad para determinar una abstinencia de drogas y alcohol verdadera. El análisis de drogas en la orina es la manera mas común de verificar la abstinencia entre aquellos que abusan de sustancias y/o alcohol. Porque las drogas se mantienen en el sistema por un periodo mas largo de tiempo, este método funciona extremadamente bien para algunas secciones de la población pero no para todas.<sup>3</sup> Los profesionales interesados en el uso de CM deben estar concientes de las potenciales limitaciones en la determinación de abstinencia y deben buscar maneras creativas para la evaluación de los hitos dentro del plan de tratamiento de sus clientes.

## Referencias

<sup>1</sup> Onken, L.S., Blaine, J.D., Boren, J.J. (1993) Behavioral treatments for drug abuse and dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse

<sup>2</sup> SAMHSA Model Programs. "Multidimensional Family Therapy." <http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/model/multi.pdf>

<sup>3</sup>Kaminer, Y. (2000). "Contingency management reinforcement procedures for adolescent substance abuse." *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10): 1324-1326.

## Financiamiento de CM dentro de la Práctica Clínica Común

La literatura actual que estudia la eficacia de la CM en el cambio del comportamiento del abusador de sustancias aparenta inferir una interrelación positiva entre el monto gastado por el proveedor y los resultados del comportamiento<sup>1</sup>. Sin embargo, para muchos de estos proveedores la idea de extender un presupuesto estricto, para acomodar un tratamiento nuevo basado en la evidencia aparenta ser un poco intimidante (EBT). Manteniendo conciencia de gastos secundarios o desapercibidos pueden incrementar la eficacia del protocolo de su programa de CM.

Con el pasaje de la sección 10.49(d) por

parte de la Legislatura de Carolina del Norte (ver "CM" en la página 4), su presupuesto tendrá un recurso de fondos para comenzar un protocolo modesto para su programa de manejo de eventualidades (CM)<sup>6</sup>. Este artículo le ayudará a identificar las "mejores prácticas" financieras que ya se estén usando con los proveedores de tratamiento de CM en ambientes clínicos o comunitarios<sup>2</sup>. La mayoría de los programas CM no son partícipes de fondos públicos, por esto hay una plétora de alternativas de bajo costo al sistema basado en dinero o en cupones. A fin de cuentas, los profesionales que estén usando CM en sus prácticas en-

contrarán barreras en su camino. Veamos cada barrera para la implementación individualmente.

### Costo de Incentivo

Si usted decide capturar la numerosa población de tratamiento CM, los controles de costo cuando compre incentivos se pueden extender al valor real de su presupuesto. Algunas recomendaciones sencillas para esta práctica incluyen<sup>2</sup>:

- Desarrollar incentivos específicos para los clientes, como comprar provisiones para pinturas si hay alguien que sea amante del arte o que se le dé tiempo a alguien para

Ver "Financiamiento de CM" en la Página 7

## Noticias que Usted Puede Usar, Poder del Padre y/o la Madre

El Centro Nacional sobre la Adicción y el Abuso de Sustancias de la Universidad Columbia quiere escuchar lo que tengan que compartir los padres y/o las madres para ayudarlos a escribir un libro nuevo de como criar niños saludables. El nombre del libro es "Parent Power" y han establecido un libro en el Internet para juntar retroalimentación sobre cosas tales como; como escuchan y hablan los padres con sus hijos sobre drogas y como les ayudan a manejar la presión de usar. Por favor animen a los padres que visiten el sitio: <http://parentpower.casacolumbia.org/>

## Envolver a la Familia en el plan de Manejo de Eventualidades

A través del boletín informativo de estos meses, estamos investigando los distintos puntos de vista de la viabilidad de los tratamientos basados en la evidencia (EBT – por sus siglas en inglés). Construyendo sobre la fundación sólida, el artículo examina el enfoque de una práctica que no se ha investigado demasiado pero que está basada en la evidencia, el tratamiento de abuso de sustancias para el adolescente (ASAT – por sus siglas en inglés) el plan de Manejo de Eventualidades, (CM – por sus siglas en inglés). La participación familiar en el desarrollo del CM se está convirtiendo en una práctica común<sup>1</sup>. Examinemos dos puntos de vista en este tema. ¿Primero, cual EBT mejor anima a la familia a que desarrolle su CM? ¿Segundo, que dicen los profesionales sea la mejor práctica para la participación familiar en la CM?

Un análisis comprehensivo que compara específicamente la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT – por sus siglas en inglés) y el tratamiento CM no se ha completado (*Vea Noticias que Usted Puede Usar, pg. 4*). Sin embargo, resultados inesperados de varias evaluaciones demuestran que la participación familiar en conjunto con CM mejora los resultados<sup>2</sup>.

La publicación reciente *Contingency Mana-*

*gement in Substance Abuse Treatment* (ver “*Lecturas Sugeridas*” pg. 5) presenta el análisis mas relevante de toda la literatura relevante que evalúa la CM en los resultados de ASAT<sup>2</sup>. Nuevamente, se presta poca atención a la participación familiar, pero se infieren ciertas conclusiones. La mayoría de estos estudios demostrando tratamiento significativo versus un grupo control incluyen participación familiar directa en el refuerzo y en el desaliento del comportamiento del adolescente.

La investigación muestra que la EBT que incluye la participación familiar anima resultados positivos<sup>1</sup>. La combinación de este entendimiento básico con las pautas que emergen mencionadas anteriormente, entonces dicta que la participación familiar en la CM es una herramienta viable. La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente publicó un estudio en el cual una familia que participaba con CM, en conjunto con las entrevistas motivacionales y la terapia de comportamiento cognitivo o familiar mejora los resultados del adolescente que busca tratamiento para el abuso de<sup>3</sup>. Este mismo estudio sugirió el generalizar el CM a otras partes del estilo de vida del adolescente, tales como la asistencia escolar o su socialización. Esto

sugiere que un enfoque integral a la participación en CM es como mejor funciona.<sup>3</sup>

Habiendo examinado el caso para las EBT’s en concierto con la participación familiar de CM, examinemos entonces la práctica que está ocurriendo con los profesionales hoy día. La información por parte de los profesionales en las mejores prácticas para la participación familiar en la CM es mayormente anecdótica y no están presentados en un formato científico. Mientras que la práctica de CM se desarrolló en los 1960s, los métodos administrativos y la implementación de las mejores prácticas en la participación familiar es tan diversa, como los profesionales que la utilizan.

Un enfoque novedoso basado en la práctica que ha sido adaptada por algunos profesionales incluye la participación familiar de la CM, usando refuerzo dirigidos por los padres y el desaliento enfocado hacia los problemas de conducta y de abuso de sustancias. Los encuentros iniciales son positivos; comportamientos sociales la asistencia a más de las sesiones de tratamiento, el evitar el conflicto familiar y la asistencia a la escuela han aumentado. Comportamiento de uso de sustancias tales como las recaídas y el número de días en los cuales se usan las

*Ver “Participación Familiar” en la página 4*

## Noticias que Usted Puede Usar, Disponibilidad de Unidades de Crédito Educativas

La entidad conocida como “Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center” (NFATTC – por sus siglas en inglés), la cual es financiada por SAMHSA, tiene oportunidades para educación continua a través de su boletín informativo, *Addiction Messenger*. Ellos cubren un tema actual en una serie de tres ediciones. Vea su sitio en el Internet para mayor información: <http://www.nfattc.org/addictionMessenger/default.aspx>

La entidad conocida como “Addiction Technology Transfer Center” (NATTC – por sus siglas en inglés) también ofrece entrenamiento y documentación en el tema de CM en: <http://www.nattc.org/>

## Recursos

- **Noticias de SAMHSA**  
[http://www.samhsa.gov/SAMHSA\\_News/index.htm](http://www.samhsa.gov/SAMHSA_News/index.htm)  
Información de campañas e iniciativas, becas, data sobre el abuso de drogas y el alcohol, actualizaciones en datos de tratamiento, y nuevas publicaciones.  
El más reciente boletín noticioso tiene una sección extensa sobre el abuso de sustancia de los adolescentes, incluyendo el abuso de medicamentos con o sin recetas médicas.
- **SAMHSA’s Repaso Mensual de la entidad conocida como “Co-Occurring Center for Excellence” (COCE – por sus siglas en inglés)**

<http://coce.samhsa.gov/products/pdf/MonthlyReviewDec07.pdf>

El repaso mensual del mes de diciembre se enfoca en las implicaciones de las encuestas epidemiológicas para las políticas y prácticas de temas mayores de salud mental y abuso de sustancias.

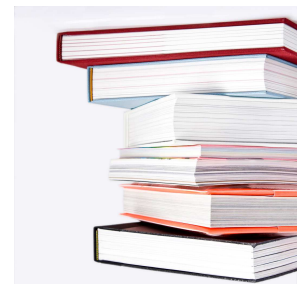
- **QuitlineNC**

<http://www.quitlinenc.com/>

Apoyo gratis y confidencial para aquellos que necesiten ayuda para dejar de fumar. Hay profesionales disponibles los siete días a la semana, de 8 a.m. hasta la media – noche.

- **NC Clearinghouse on Family & Child Well-Being**  
<http://www.clearinghousenc.org/home/>

Un recurso comprehensivo para oportunidades de entrenamiento y aprendizaje



## Noticias que Usted Puede Usar, Project Cork

Según declarado por la organización, <http://www.projectcork.org/>,

“La misión de Cork es la del ensamblaje y la actual desimación, de información autoritativa sobre el abuso de sustancias para los profesionales, proveedores de cuidado de salud, personal de servicios humanos y los que hacen las leyes. El Proyecto Cork produce una base de datos bibliográficos, crea conciencia sobre servicios corrientes, produce materiales de recurso, responde a peticiones específicas y colabora con esfuerzos de educación profesional. La base de datos CORK tiene más de 75,000 participaciones que se pueden buscar en línea.” El Proyecto Cork es un método rápido y fácil cuando se esté haciendo una búsqueda con cualquier cosa relacionada al abuso de sustancias. El Proyecto Cork es producido por Jean Kinney, miembro del cuerpo docente en la Escuela Médica de Dartmouth. ¡Sin mencionar que es un recurso gratis!

### La Práctica Basada en la Evidencia para el Plan de Manejo de Eventualidades: Una entrevista con April Gilfort, Ph.D.

Recientemente tuve el placer de entrevistar a la Dra. April Gilfort, Directora Clínica de “Dominion Ministries, Inc.”, en Durham, Carolina del Norte. Bajo su orientación, “Dominion Ministries” (DM – por sus siglas en inglés) practica técnicas del Plan de Manejo de Eventualidades (CM – por sus siglas en inglés) en su Programa Intensivo de Abuso de Sustancias para los Pacientes No Internados (SA-IOP – por sus siglas en inglés) para adolescentes y su Terapia Familiar Multidimensional (MDFT – por sus siglas en inglés). Lo siguiente debe sonar familiar. Ella confirmó todo lo que nosotros investigamos para esta edición y ella claramente estaba siguiendo la práctica basada en la evidencia. Lo mejor de este relato es que la Dra. Gilfort y DM utilizan sus experiencias con los adolescentes y sus familias para pulir su práctica de CM. Ellos consultan la literatura y siguen modelos de tratamiento basados en la evidencia, pero la evaluación de los resultados familiares es lo que de veras impulsa este programa. Si usted no puede captar por completo el concepto de la práctica basada en la evidencia (a diferencia de la evidencia basada en la práctica), siga leyendo. Este es un capítulo en el “manual instrucciones”.

#### La población clientela de DM

La población adolescente de la agencia es mayormente aquellos ordenados por las cortes a recibir tratamiento. Los adolescentes llegan a la agencia como parte de su libertad condicional; DM se comunica con las cortes con permiso de los adolescentes como parte del acuerdo de libertad condicional. DM puede reportar violaciones de la libertad condicional (incluyendo pruebas positivas de drogas en la orina) a los consejeros de la corte de los clientes. El ochenta por ciento de la población de clientes de la agencia son Afro – Americanos, aproximadamente el tres al cinco por ciento son Latinos y el resto son caucásicos.

#### CM en el programa de MDFT

DM comenzó a usar MDFT hace como dos años y medios y se comprometió a entrenar todos los terapeutas quienes trabajan el Programa de Terapia Familiar en la MDFT en Diciembre del

2007. La manera primordial que DM usa la CM es a través del entrenamiento de los cuidadores de los jóvenes (padres, o quien sea la persona legalmente responsable del adolescente) de establecer límites saludables con sus adolescentes y de usar el refuerzo positivo como recompensa por respetar estos límites. El programa MDFT en DM tiene tres fases. En la primera fase, el terapeuta trabaja con los padres para aumentar la confianza en el establecimiento de límites saludables para sus adolescentes. Esta fase tiene todo que ver sobre estar listos, preparando a las familias a trabajar juntos hacia la libertad de las drogas. Esto conlleva mucho psicodrama y la planificación de como reforzar comportamientos que son de agrado a los cuidadores. Las técnicas de tratamiento para la primera fase para el adolescente incluyen el trabajo con el terapeuta para respetar los límites establecidos por sus cuidadores. El terapeuta también trabaja con la unidad familiar en la comunicación mutua respetuosa. En la tercera fase el terapeuta ayuda a la familia a sellar los cambios positivos trabajando con los apoyos naturales para mantener los cambios establecidos, una vez que la terapia haya terminado.

La Dra. Gilfort ofreció un ejemplo útil. Una abuela estaba teniendo dificultades con que su nieta respetara un toque de queda, que era de 7:00 PM. La terapeuta le ayudó a la abuela a que examinara que la podría ser más exitosa en la comunicación de sus expectativas. El entrenar a los cuidadores para que se ubiquen para tener éxitos temprano en el proceso, es un concepto esencial en la CM. Tanto los cuidadores como los adolescentes necesitan construir su confianza lo cual conllevará la práctica continua de estas destrezas recientemente adquiridas. Al principio la abuela quería que la niña llegara a las 7 PM una semana continua antes de recibir una recompensa. Mientras la terapeuta y la abuela hablaban, ambas decidieron que la nieta necesitaba cumplir con tres días consecutivos. Si lo hacía, la nieta podía llamar para quedarse fuera el cuarto día, y la abuela le podía otorgar este privilegio. Si la nieta no cumplía, la abuela le podía denegar este privilegio y se lo

### Participación Familiar, continuado de página 3

sustancias disminuye. Por lo tanto, la literatura sugiere que la colaboración entre el adolescente y su familia es la mejor práctica<sup>5</sup>.

Esto significa que hay una maravillosa oportunidad para ustedes, como profesionales, para desarrollar una práctica de soluciones de basadas en la evidencia. Hoy día pensamos que la CM funciona mejor cuando las familias están involucradas. La

literatura basada en la evidencia no es decisiva de como implementar los programas. ¡Su experiencia e intuición pueden hacer la diferencia final de si la CM y la ASAT funcionan en una práctica real!

#### Referencias

- <sup>1</sup> Lewis, M.W. and Petry, N. (2005). Contingency management treatments that reinforce completion of goal-related activities... *Drug Alcohol Dependence*, pp. 267-271
- <sup>2</sup> Higgins, S., Silverman, K., Heil, Sarah. (2007) Contin-

Ver “Práctica Basada” en pg. 6

gency management in substance abuse treatment. The Guilford Press, New York, NY

<sup>3</sup> Kaminer, Y. (2000). Contingency management reinforcement procedures for adolescent substance abuse. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39(10):1324-1326

<sup>4</sup> Kamon, J., Budney, A., Stanger, C. (2005). A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 44(6) 513-521

<sup>5</sup> Hilarski C. (2005) Addiction, Assessment, and Treatment with Adolescents Adults, and Families Haworth Social Work Press, New York, NY

## Noticias que Usted Puede Usar, Investigaciones Nuevas sobre el Plan de Manejo de

La Universidad de Arkansas está actualmente reclutando a participantes para un estudio titulado “*Family based contingency management for adolescent alcohol abuse.*” La meta del estudio es la demostración de la efectividad del enfoque de CM basado en la familia. Las Terapias de Mejoras en Motivación y de y de Comportamiento Cognoscitivo serán usadas como el enfoque primario del grupo de prueba. La CM va incluir un programa de incentivos con un componente con el objetivo de entrenamiento para los padres y los adolescentes que ayudará a los padres aprender a como usar la CM en su ambiente en el hogar.

Si usted quisiera más información contacte a la Dra. Catherine Stanger a [cstanger@uams.edu](mailto:cstanger@uams.edu) o Alan Budney a [ajbudney@uams.edu](mailto:ajbudney@uams.edu), hagan referencia al número de identificación NCT00595478.

### CM, continuado de página 1

del régimen de medicamento o el alcance en las metas de vivienda o de trabajo.

#### *Como se desarrolló la CM y Porqué Funciona*

El marco conceptual tras la terapia CM es aquella del condicionamiento operante. El acondicionamiento operante es el uso del refuerzo positivo o de consecuencias punitivas para cambiar comportamientos voluntarios; los experimentos de Pavlov con los perros es el ejemplo más famoso de esto. La investigación del uso de CM en el tratamiento del alcoholismo comenzó en los 1960s con resultados positivos. Los practicantes de CM ven el abuso de sustancias como un comportamiento que es influenciado neurobiológica y ambientalmente, es por esto que la meta es el cambiar el refuerzo ambiental, que, a través del tiempo, afectarían los impulsos neurológicos. Por ejemplo, en un estudio, efectuado por Miller<sup>1</sup>, se encontró que si se le ofrecía refuerzo tangible por pruebas de alcoholímetros a aquellos que eran ofensores previos de borracheras públicas, hubo entonces una reducción en borracheras públicas.

#### *Evidencia que apoya la CM*

Se ha comprobado que la CM es efectiva en el tratamiento de abuso de sustancias y en el refuerzo de la abstinencia, cumplimiento con el medicamento, asistencia al tratamiento, y en otras metas relacionadas con el tratamiento. Este mismo estudio por parte de Miller<sup>1</sup> mostró que la CM, usada en conjunto con otras terapias para el tratamiento del problema con la bebida, resultó con la disminución de la borrachera pública y la tasa de arrestos. La CM también aumentó el promedio de horas trabajadas en contraste al grupo de control en el estudio. Los estudios usando la CM en conjunto con otras terapias para el tratamiento de abuso de sustancias demostraron una tasa mayor de éxito que las terapias sin el uso de CM. Programas de tratamiento con intervenciones CM pudieron retener a pacientes en centros de recuperación por periodos mas largos y a la vez pudieron reducir el uso global de drogas. Gallant et al.<sup>2</sup>, demostraron que el 90% de las personas bajo libertad condicional quienes recibieron CM asistieron a tratamiento en comparación con el 11% de las personas bajo libertad condicional que no recibieron la intervención de CM. Las tasas de asistencia fueron medidas seis meses luego de ser liberados de la cárcel.

#### *Implicaciones para Carolina del Norte*

El uso de refuerzo para afectar cambios de comportamiento

en la función familiar, estilo de vida, asistencia a la escuela, y socialización, pueden ofrecerles esperanza a los adolescentes que abusan sustancias en Carolina del Norte. El uso de CM en conjunto con otras estrategias como la terapia familiar, terapia cognitiva conductual y psicofarmacología le ofrece a los adolescentes una mejor oportunidad de obtener y mantener la abstinencia del alcohol y las drogas, que el tratamiento solo no puede obtener.

En reconocimiento del uso potencial de la CM, la Asamblea General de Carolina del Norte estableció guías para el uso de fondos estatales para el Plan de Manejo de Eventualidades (CM – por sus siglas en inglés) cuando se efectuara el tratamiento de trastornos de abuso de sustancias. Comenzando el 1 de Enero del 2008, la Sección 10.49.(d)<sup>3</sup> declara que las entidades de manejo local (LME – por sus siglas en inglés) pueden usar hasta el uno por ciento de sus fondos para el tratamiento de abuso de sustancias para proveer incentivos simbólicos para aquellos que hayan logrado hitos en sus protocolos de tratamientos. Estas guías aplican a todas las LMEs. Mientras que los dineros estatales tales como fondos federales asignados a la división califican bajo estas guías, los fondos de Medicaid no se pueden usar como incentivos nominales para la CM. Favor ver el documento adjunto para la introducción completa, los antecedentes, y el alcance de las pautas como también el procedimiento apropiado para recibir los dineros para CM.

### Referencias

- Miller, P.M.(1975) A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry* 32(7), 915-918
- Gallant, DM, Bishop, MP, Falukner, MA, Simpson, L, Cooper, A, Iathrop, D, Brisolara, AM, & Bossetta, JR. (1968a). “A comparative Evaluation of compulsory (group therapy and/or Antabuse) and voluntary treatment of the chronic alcoholic municipal court offender.” *Psychosomatics*, 9(3): 306-310.
- North Carolina Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of substance abuse treatment funds for nominal incentives for contingency management (CM) treatment approaches in child and adult substance abuse treatment programs. North Carolina Department of Health and Human Services. <http://www.ncdhhs.gov/mhddsas/announce/combulletins087/combulletins087sanominalincentives1-3-08.pdf> Published: January 3, 2008 Accessed: March 1, 2008.



### Lectura Indispensable

Publicados a finales del 2007, “*Contingency Management in Substance Abuse Treatment*” (CMSAT – por sus siglas en inglés) es el análisis mejor investigado y mas al día en el tema de CM en el tratamiento de abuso de sustancias. ¡Con secciones dedicadas a las preocupaciones del adolescente, participación familiar, guías de implementación y barreras financieras, la CMSAT es una lectura indispensable para todos los proveedores! Para mayor información, visite a la editorial al:

<http://www.guilford.com>, ISBN 978-1-59385-571-0

## Práctica Basada, continuado de página 4

podía conceder la próxima vez que cumpliera o podía re – establecer el periodo de cumplimiento (de nuevo a los tres días consecutivos). Cuando la abuela y la nieta llegasen a la fase dos del programa podrían recibir entrenamiento por parte de la terapeuta de como negociar nuevos límites y recompensas.

La fase dos envuelve que los cuidadores y a los adolescentes practiquen sus nuevas destrezas. Con el entrenamiento y los éxitos tempranos como parte de su experiencia, las familias pueden aprender a establecer límites y decidir recompensas apropiadas en conjunto. En este momento, las expectativas (toques de queda, buenas calificaciones, etc.) se convierten en lo que la Dra. Gilfort define como demandas de madurez. Los cuidadores les piden a los adolescentes que lleguen al nivel de madurez del cual son capaces. Si el adolescente no cumple con la expectativa, el cuidador usa castigos positivos para reforzar la madurez demandada. Puede que el cuidador decida que el adolescente necesita pasar más tiempo en el hogar estudiando si el mismo recibe una calificación mas baja de lo esperado (debe ser negociado previamente entre el cuidador y el adolescente) en una prueba. La Dra. Gilfort admite que este proceso de tres fases toma mucho tiempo, con puntos de éxito y de fracasos, pero ella dice que eventualmente funciona. La MFDT permite seis meses de tratamiento cabe bien dentro de la realidad rocosa de la negociación de límites saludables y de recompensas.

### *CM en el programa de SA-IOP para adolescentes*

DM también usa un programa de doce semanas de SA-IOP para adolescentes. Los adolescentes reciben recompensas en este programa, el más grande siendo el cumplimento de los hitos cumplidos. DM le saca provecho a los incentivos gratis en este programa, el más grande siendo dejar los servicios intensivos no internados. Los terapeutas de los clientes no internados de DM, le ayudan a los adolescentes a conectar sus éxitos con el tratamiento a la necesidad de menos tratamiento, lo cual significa más tiempo libre. Gilfort dice que los adolescentes ven este tiempo libre como un galardón codiciado. El programa de SA-IOP también les tiene celebraciones para los adolescentes cuando cumplen con hitos importantes, especialmente la graduación del programa. DM recibe donaciones comunitarias para proveer estas celebraciones. Puede que los adolescentes reciban también tarjeta – regalos de vez en cuando. Este programa también usa los castigos positivos. El adolescente usualmente tiene órdenes de la corte con las cuales tiene que cumplir. Si el o ella tiene una prueba de drogas en la orina positiva, DM debe contactar al consejero de la corte, y el adolescente puede que tenga que ir a un centro de detención, etc.

### *Manteniendo la fidelidad*

La meta de la Sra. Gilfort es de tener a todas las terapeutas entrenados en el MDFT., todos los supervisores del programa entrenados a supervisar MDFT y para que ella se convierta en entrenadora de entrenadores de MDFT (actualmente en proceso). Ella también planea para que otros en su práctica continúen al nivel de entrenadores de entrenadores para que haya una forma menos costosa para que sus profesionales puedan recibir entrenamiento de MDFT si hay cambios de personal. Ella cree tener un pequeño núcleo del personal comprometido a la práctica de MDFT que estén también comprometidos a quedarse con la organización.

Gilfort cree que este entrenamiento, y el tener a todos los terapeutas igualmente entrenados. Anima la fidelidad al modelo MDFT.

Porque DM está actualmente recibiendo entrenamiento en MDFT, todos los terapeutas están grabando sus sesiones en video y en audio y recibiendo retroalimentación por parte de los expertos de MDFT. Gilfort dice que este tipo de entrenamiento intensivo de veras le ayuda al personal a mantener la fidelidad al modelo. Cuando se le preguntó que cómo planifica ella asegurar que sus terapeutas mantengan su nivel actual de fidelidad, ella enfatiza su compromiso a la supervisión continua para su personal por parte de supervisores entrenados en MDFT. Los profesionales clínicos de primera línea continuarán a recibir retroalimentación durante las sesiones, las sesiones grabadas, y la orientación de supervisores entrenados en la MDFT. Esencialmente, ella está envolviendo el entrenamiento y la supervisión alrededor de todos los niveles de la práctica en DM. De esta manera, los adolescentes y sus familias caminan a una agencia unificada comprometida a proveerle la mejor calidad de cuidado en todo programa y a todo nivel.

### *El financiamiento de CM en DM*

Cuando yo la entrevistaba en Abril, sentí que el programa de DM personificaba “mejores prácticas”. Confirmó mi corazonada cuando hablamos de como financia su programa. Para ser verdaderamente un programa basado en la evidencia, una agencia debe enfocarse en la mejor manera de implementar sus programas. Esto no tan solo incluye políticas que animan la fidelidad, supervisión que apoya, y la promoción de tratamientos basados en la evidencia, también debe incluir un programa financiero que asegure el sustento y le saque ventaja de dineros solicitados por parte de sus clientes. Para aquellos de ustedes que estén preguntándose como poderlo hacer, aquí están los secretos. DM:

- Solicita donaciones para el apoyo de CM,
- Le saca provecho a las oportunidades de CM gratis, tales como menos tratamiento (más tiempo libre),
- Entrena a los padres a proveer CM apropiado que también puede ser gratis (extensión de su toque de queda),
- Recibe fondos del estado y del condado para el tratamiento y la CM, y se apoyo menos en el Medicaid (ya que los dineros ahí son más restringidos),
- Disponer de dólares no – UCR de fondos de la división apara pagar por los entrenamientos, y
- El uso de dólares del Fondo de Fideicomiso de Salud Mental para pagar los programas

DM decide que con tratamientos basados en la evidencia sería mejor servir a sus clientes y luego investigó maneras de pagarlo, en vez de mirar sus opciones de financiamiento y decidir que no tenían el presupuesto para poder costearlo. Piensen en el dicho, “Haga lo que ame, y el dinero le llegará.” En este caso sería, “Haga lo que usted piense sea mejor para sus clientes, y encontrará la manera de financiarlo.”

¡Gracias April! Yo sé que sus comentarios serán de mucha ayuda para nuestros lectores. La Dra. Gilford le da la bienvenida a la oportunidad de compartir su experiencia. Llámela al 919 – 416 – 1830 si quisiera usted más información sobre los programas de MDFT o el programa de SA – IOP para adolescentes de “Dominion Ministries.”

## Financing CM, continuado de página 2

pasar tiempo afuera que sea amante de la naturaleza

- Una rifa o un sistema de premios tipo “pecera” para bajar los costos, experimente con el número de rifas por comportamientos que tiene que reforzar para balancear el costo con la eficacia
- Experimente con alternativas, sistemas de refuerzo de bajo o ningún costo, tales como tiempo con medios de comunicación, juegos en equipo o viajes de entretenimiento o estudio
- Usar una “tienda de premios” que tenga bienes y servicios de bajo costo pero valor alto para los pacientes que estén internados

### La Regla de “Mitades”

Un metanálisis nacional de la eficacia según el costo de CM encontró que los sistemas de premios y rifas picaban aproximadamente al 25% - 50% de su costo posible<sup>2</sup>. Al consultar con sus contables puede usted darse cuenta que le permitan incluir en gastos de operación, tales como horas de personal y costos por transportación, a la compra de incentivos, dentro de la reserva presupuestal. Por lo tanto, un grupo de 30 adolescentes quienes podrían ganarse una tarjeta de regalo de \$10 por sesión grupal, requeriría una reserva prudente de \$1800, aunque el costo potencial puede llegar hasta \$3600. Como siempre la experiencia e intuición de sus profesionales pueden ser su mejor guía en la asignación de fondos para CM.

### El Juego Compulsivo

Una preocupación justificada de muchos profesionales es; ¿Cómo afecta el protocolo CM a las tendencias del juego compulsivo a sus clientes adolescentes? Un método simple y efectivo de tratar estas preocupaciones



es la inclusión de herramientas de evaluación durante la admisión del cliente. Un estudio que trata el tema del aumento en las tendencias del juego para aquellos que reciben incentivos encontró una correlación positiva<sup>4</sup>. Por lo tanto un adolescente que tenga las tendencias de desarrollar el hábito del juego, a quién se le suministra la evaluación, tiene un potencial bajo de desarrollar problemas con CM.

### Viabilidad

Una preocupación común financiera para los proveedores es el costo operacional de las pruebas de drogas por orina. Muy pocos proveedores no tratarán una población adolescente, para estimulantes, alcohol u otras sustancias difíciles de percibir. Un itinerario regular o variable de análisis de drogas en la orina o de análisis oral de drogas debe ser un componente importante del protocolo de tratamiento. Se debe discutir la viabilidad de costos cubiertos a través del 10.49(d)<sup>6</sup> con su entidad de manejo local.

### Costos Administrativos

Reduciendo los costos potenciales de CM para tratar un presupuesto insolvente

puede ser necesario. He aquí algunas ideas:

- Pagándole con descuentos a sus clientes contingente a su cumplimiento con ciertas metas de intervención
- Incluyendo los costos de incentivos como un detalle presupuestal en las becas globales/fondos para la infraestructura
- Implementar un plan de CM efectivo aumenta la asistencia y retención de los clientes, compensando así los gastos por incentivos<sup>5</sup>
- Solicite donaciones comunitarias de bienes y servicios para uso como incentivos

Para una guía paso a paso para el diseño de su propio sistema de incentivos, haga referencia a la sección de Diseminación del CMSAT (ver “*Lecturas Sugeridas* pg. 5”<sup>2</sup>).

## Referencias

- <sup>1</sup> Lussier, J.P., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J., & Higgins, S.T. (2006) A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- <sup>2</sup> Higgins, S., Silverman, K., Heil, Sarah. (2007) Contingency management in substance abuse treatment. The Guilford Press, New York, NY
- <sup>3</sup> Olmstead, T.A., Sindelar, J.L., Petry, N.M. Cost-effectiveness of prize-based incentives for stimulant abusers in outpatient treatment programs
- <sup>4</sup> Petry, N.M., Kolodner, K.B., Li, R., Peirce, J.M., Roll, J.M., Stitzer, M.L., et al.(2006). Prize-based contingency management does not increase gambling. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 269-273
- <sup>5</sup> Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., Roll, J. (2006) Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101 (11), 1546-1560
- <sup>6</sup> North Carolina Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of substance abuse treatment funds for nominal incentives for contingency management (CM) treatment approaches in child and adult substance abuse treatment programs. North Carolina Department of Health and Human Services. <http://www.ncdhhs.gov/mhddsas/announce/combulletins087sanominalincentives1-3-08.pdf> Published: January 3, 2008 Accessed: March 13, 2008.

## Noticias que Usted Puede Usar, Cambio de Liderazgo dentro de NC MHDDSAS

El Sr. Michael Moseley, Director de la División de Salud Mental, Incapacidades del Desarrollo, y los Servicios del Abuso de Sustancias del estado de Carolina del Norte anunciado el 22 de febrero su retiro. Dijo Moseley, “... Han habido muchos cambios en el sistema del estado durante mi ocupación en este puesto, y me siento orgulloso de las cosas que yo he hecho para mover las cosas hacia delante para las personas que dependían de este sistema para su cuidado...” (NCPAO)

La División está encabezada ahora por dos co – directores, el Dr. Michael Lancaster y la Sra. Leza Wainwright. El Dr. Lancaster, jefe anterior del departamento de política clínica, estará coordinando las actividades clínicas. La Sra. Wainwright estará encabezando las operaciones administrativas y dirigiendo las necesidades de las entidades de manejo local y el sistema de entrega de servicios, entre otras responsabilidades. Para m información en este tema, favor visitar:

[www.ncdhhs.gov/pressrel/2008/2008-2-29-new-management-mhddsas.htm](http://www.ncdhhs.gov/pressrel/2008/2008-2-29-new-management-mhddsas.htm)

<http://>