



Health Santé
Canada Canada

Prácticas Óptimas

Tratamiento y rehabilitación
de la juventud
con problemas de consumo de drogas



Canada

Nuestra misión consiste en ayudar a la población de Canadá a mantener y a mejorar su salud.
Health Canada

Publicación autorizada por el Ministro de Salud

Este documento se puede obtener en formatos alternativos (disquete de ordenador / impreso en caracteres grandes / casete de audio / braille)

Se pueden solicitar ejemplares adicionales a:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel.: (613) 954-5995

Fax: (613) 941-5366

Esta publicación se puede encontrar también en Internet en la dirección siguiente:

<http://www.cds.sca.com>

Este documento se ofrece asimismo en francés con el título: *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*

Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores, y no reflejan necesariamente los puntos de vista de Health Canada.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001
N.º Cat. H49-154/2001E
ISBN 0-662-29819-5

Prácticas Óptimas
Tratamiento y rehabilitación
de la juventud
con problemas de consumo de drogas

por
Janet C. Currie, Focus Consultants
para
Canada's Drug Strategy Division
Health Canada

>>>> *estrategia canadiense contra la droga*

Agradecimientos

Deseamos dar las gracias a las siguientes personas por su ayuda en la elaboración de ese estudio:

- Virginia Carver (Canada's Drug Strategy Division, Health Canada), por sus consejos, su apoyo y asistencia práctica a lo largo de todo este trabajo.
- Nancy Poole, por el interés y el apoyo mostrados, así como por su asistencia en la definición, revisión y respaldo a los objetivos y el contenido del proyecto.
- Los miembros del Working Group on Accountability and Evaluation Framework and Research Agenda del Federal/Provincial/Territorial Committee on Alcohol and Other Drug Issues, por su apoyo y asistencia en la identificación de expertos y recursos clave, y por habernos dado sugerencias para los diversos borradores del proyecto.
- Bette Reimer (Canadian Centre on Substance Abuse) y Rob Harvey (B.C. Ministry for Children and Families), por su asistencia en la búsqueda de material de referencia.
- Todos los especialistas importantes que han contribuido de forma voluntaria y entusiástica a la realización de este estudio.

Personal del proyecto

Directora del estudio:
Janet Currie

Consultora especial del estudio:
Nancy Poole

Personal de investigación:
Susana Jani
Joanne Myers
Peggie-Ann Kirk

Traducción del documento:
Hispanet Inc.

Índice

Resumen del informe	i
Sección I: Antecedentes y descripción del proyecto	1
1. Introducción y organización de este informe	1
1.1 Introducción y antecedentes	1
1.2 Organización de este documento.....	1
2. Objetivos del proyecto y preguntas	1
3. Fuentes de información.....	2
3.1 Entrevistas con expertos clave	2
3.1.1 Identificación y características de los expertos clave	2
3.1.2 Entrevistas con los expertos clave: Metodología	4
3.1.3 Extensión y procedimiento de las entrevistas.....	4
3.2 Revisión de la literatura	5
3.2.1 Parámetros de revisión de la literatura.....	5
3.2.2 Fuentes de la literatura inicial.....	5
4. Parámetros y definiciones del proyecto.....	6
4.1 Orientación a la juventud y a grupos específicos	6
4.2 Definiciones: Tratamiento y prácticas óptimas	6
4.2.1 Tratamiento.....	6
4.2.2 Definición y ámbito de las prácticas óptimas.....	7
4.3 Definición de consenso.....	7
5. Limitaciones del proyecto.....	7
5.1 Ámbito de revisión de la literatura.....	7
5.2 Temas y grupos con necesidades especiales que no aborda el informe	8
Sección II: Resultados	9
6. Patrones de consumo de drogas por la juventud: Visión de conjunto.....	9
6.1 Patrones de consumo de drogas por la juventud	9
6.2 Problemas de consumo de drogas por la juventud	10
6.3 Factores asociados a los problemas de consumo de drogas por la juventud	12
7. Información resumida relativa a grupos de población específicos.....	13
7.1 Juventud callejera, sin techo y marginada	13
7.2 Minorías étnicas y culturales.....	14

7.3 Juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental.....	14
7.4 Juventud que se inyecta drogas y que convive con portadores del VIH / SIDA y de los virus de las hepatitis B y C.....	15
7.5 Juventud aborigen	15
7.6 Juventud con causas delictivas.....	16
8.0 Barreras al tratamiento.....	16
8.1 Barreras generales al tratamiento: Perspectivas de los expertos clave.....	16
8.1.1 Barreras personales.....	17
8.1.2 Barreras relacionadas con la familia y las relaciones de grupo	17
8.1.3 Barreras estructurales y relacionadas con los programas	18
8.2 Barreras que experimentan grupos específicos	19
8.2.1 Juventud callejera, sin techo y marginada.....	19
8.2.2 Juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental.....	20
8.2.3 Juventud que practica punciones cutáneas frecuentes (drogadictos por inyección).....	20
8.2.4 Juventud que pertenece a minorías étnicas y culturales	21
8.2.5 Juventud aborigen.....	22
8.2.6 Juventud con causas delictivas	22
8.3 Barreras al tratamiento: Revisión de la literatura.....	24
9.0 Prácticas óptimas: Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento.....	25
9.1 Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave	25
9.1.1 Ubicación y accesibilidad física de los programas.....	25
9.1.2 Enfoques y filosofía de los programas.....	26
9.1.3 Estrategias de información a los posibles beneficiarios de los programas	26
9.1.4 Estructura y contenido de los programas	26
9.2 Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento: Revisión de la literatura	27
10. Conservación del cliente en el tratamiento	28
10.1 Conservación del cliente en el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave	28
10.1.1. Comentarios generales	28

10.1.2. Evaluación y admisión.....	29
10.1.3 Filosofía y enfoque de los programas.....	29
10.1.4 Información a las familias de los posibles beneficiarios.....	30
10.1.5 Contenido de los programas	30
10.1.6 Necesidades de los grupos específicos	31
10.2 Conservación en el tratamiento: Revisión de la literatura.....	31
11. Principios y valores del tratamiento	32
11.1 Principios y valores del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave.....	32
11.2 Valores y filosofía del tratamiento: Revisión de la literatura	34
12. Enfoques y métodos del tratamiento	36
12.1 Enfoques y métodos del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave.....	36
12.1.1 Enfoques del tratamiento destinados a abordar cuestiones de salud física	36
12.1.2 Enfoques del tratamiento destinados a abordar cuestiones personales (incluidos los trastornos de salud mental)	38
12.1.3 Enfoques del tratamiento destinados a abordar cuestiones interpersonales.....	38
12.2 Prácticas óptimas destinadas a abordar la gestión y la prevención de reincidencias	39
12.3 Enfoques del tratamiento: Revisión de la literatura	41
13. Estructura, duración e intensidad de los programas.....	42
13.1 Estructura y duración de los programas: Perspectivas de los expertos clave.....	42
13.1.1 Estructura de los programas	42
13.1.2 Duración de los programas	43
13.2 Estructura, duración e intensidad de los programas: Revisión de la literatura	43
14. Servicios de apoyo: Tipo e integración.....	45
14.1 Servicios de apoyo necesarios: Perspectivas de los expertos clave	45
14.2 Integración óptima de los servicios: Perspectivas de los expertos clave.....	45
15. Prácticas óptimas adicionales: Perspectivas de los expertos clave	46
15.1 Características del personal.....	46
15.2 Implicación de adultos sanos / terapia de grupo	47
15.3 Ampliación del ámbito de disponibilidad del tratamiento	47

15.4 Prácticas óptimas adicionales: Revisión de la literatura	48
15.4.1 Características del personal	48
16. Evaluación de los resultados del tratamiento	50
16.1 Evaluación de los resultados del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave.....	50
17. Elementos de los programas modelo	51
18. Bibliografía seleccionada	55

Lista de tablas

Tabla 1: Antecedentes de los expertos clave	3
Tabla 2: Distribución geográfica de los expertos clave.....	3
Tabla 3: Tipos de programas representados por los expertos clave.....	3
Tabla 4: Barreras generales: Perspectivas de los expertos clave.....	19
Tabla 5: Barreras al tratamiento: Juventud con necesidades especiales: Perspectivas de los expertos clave	23
Tabla 6: Prácticas óptimas relacionadas con la información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave	28
Tabla 7: Conservación del cliente en el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave	31
Tabla 8: Principios y valores del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave.....	32-33
Tabla 9: Enfoques y métodos de tratamiento específicos destinados a apoyar un tratamiento eficaz: Perspectivas de los expertos clave.....	40
Tabla 10: Estructura, duración e intensidad de los programas: Perspectivas de los expertos clave	43
Tabla 11: Elementos adicionales de las prácticas óptimas: Perspectivas de los expertos clave	48
Tabla 12: Elementos de los programas modelo: Perspectivas de los expertos clave.....	52

Resumen del informe

Este informe identifica elementos de prácticas óptimas en el tratamiento y la rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Las prácticas óptimas se identifican y describen en las áreas de información a los posibles clientes beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento, conservación del cliente en el tratamiento, valores y filosofía globales del tratamiento, enfoques y métodos específicos, prevención de las reincidencias y estructura e integración de los servicios de apoyo pertinentes. Las recomendaciones de prácticas óptimas se basan tanto en los resultados de entrevistas mantenidas con 35 expertos clave, como en una revisión de la literatura actual relacionada con estas áreas temáticas. El informe aborda asimismo las barreras al tratamiento que afectan a la población joven.

Con el fin de ofrecer un contexto que permita examinar las barreras al tratamiento y los enfoques eficaces destinados a la juventud, este informe resume los patrones generales de consumo de drogas en Canadá, proporcionando una visión de conjunto de los factores asociados a dicho consumo. Se describen asimismo las características de grupos de población específicos, como la juventud callejera, la juventud aborígen o la juventud con causas delictivas.

Las barreras personales, familiares, de la comunidad (de grupo) y estructurales (relacionadas con los programas) se analizan dentro del marco de la juventud en su conjunto y de estos grupos de población específicos. La mayoría de los expertos clave identificaron barreras estructurales y relacionadas con los programas (falta global de programas, inaccesibilidad geográfica a los servicios, falta de información a los posibles beneficiarios y largas listas de espera) como las barreras más importantes que afectan el acceso de los jóvenes al tratamiento.

Se describe una gama de barreras al tratamiento de aplicación a grupos específicos; por ejemplo, según los expertos clave, la juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos mentales / psiquiátricos se ve más afectada por problemas relacionados con la coordinación y la prestación de los servicios, mientras que las creencias y las prácticas culturales y familiares representan barreras para la juventud perteneciente a las minorías étnicas y culturales.

Los expertos clave identificaron prácticas óptimas en el área del contacto y el compromiso con el tratamiento en relación con la ubicación física del tratamiento, el enfoque y la filosofía globales de los programas, la información a los posibles beneficiarios y el contenido y la estructura de los programas. Se consideran elementos decisivos de una estrategia de información a los posibles beneficiarios la importancia de la presencia física del personal de los programas en los lugares donde la juventud se congrega y el apoyo directo y la formación del personal que trabaja con los organismos que atienden a la juventud (de manera especial, los centros educativos).

Una visión realista de las reincidencias, una orientación a la reducción de los peligros, un enfoque flexible del tratamiento centrado en los clientes y la implicación de la familia, constituyen enfoques esenciales para retener a la juventud en el tratamiento. Un amplio enfoque psicosocial orientado a la creación de habilidades, actividades culturalmente adecuadas (cuando proceda) y un componente recreativo, se consideran componentes óptimos del tratamiento de los jóvenes.

Este informe identifica asimismo prácticas óptimas que permiten abordar cuestiones interpersonales y relativas a la salud física y mental, así como la gestión y la prevención de las recaídas. Algunas de las prácticas óptimas identificadas son: una exhaustiva valoración de la salud física, una respuesta holística a las cuestiones de salud, la educación nutricional, la modelación de un estilo de vida saludable, los enfoques prácticos y creativos de creación de habilidades, la implicación directa de los padres, un enfoque de “aprendizaje” de las recaídas y un énfasis en el trabajo de grupo y las interacciones de apoyo con este último.

También se identifican como prácticas óptimas las características específicas del personal, como mostrar respeto y confianza, un enfoque no jerárquico, la aceptación y la comprensión de las recaídas y la capacidad para modelar estilos de vida saludables.

Existe consenso entre los expertos clave, consenso éste que apoya la literatura, en el sentido de que el tratamiento de los jóvenes se debe separar del tratamiento de los adultos, debiendo ofrecer acceso a los sistemas de asistencia y a un tipo y una duración de tratamiento adaptados específicamente a las necesidades de los clientes. Existe asimismo un consenso general sobre la necesidad de ofrecer una buena accesibilidad a servicios accesorios coordinados de diversas maneras.

El informe aborda igualmente la cuestión de la evaluación de los resultados y la eficacia del tratamiento. Tanto la literatura, como los expertos clave, sugieren que el “éxito” del tratamiento se debe evaluar de manera multidimensional utilizando una gama de evaluaciones de la “calidad de vida”, una valoración de los clientes y una reducción del consumo de drogas.

Este informe está organizado en dos secciones principales. La Sección I consta de la introducción y los antecedentes del proyecto, comprendiendo sus definiciones, parámetros y limitaciones. La Sección II presenta los resultados del proyecto, con un resumen de la opinión de los expertos clave y los resultados de la revisión de la literatura. Cada subsección está organizada por área temática (p. ej., barreras al tratamiento). Cada una de las áreas temáticas presenta tanto la opinión de los expertos clave, como resúmenes de la literatura (cuando estén disponibles).

Sección I: Antecedentes y descripción del proyecto

1. Introducción y organización de este informe

1.1 Introducción y antecedentes

Este proyecto de prácticas óptimas relacionado con el tratamiento de los jóvenes fue iniciado por Health Canada (Ministerio de Sanidad de Canadá) como parte de la agenda de investigación desarrollada por el Comité Federal-Provincial-Territorial sobre el Alcohol y otras cuestiones relacionadas con las Drogas (Federal / Provincial / Territorial Committee on Alcohol and Other Drug Issues).

El proyecto se realizó bajo la dirección de un comité consultivo: el Grupo de Trabajo sobre Responsabilidad, Marco de Evaluación y Agenda de Investigación (Working Group on Accountability and Evaluation Framework and Research Agenda) del Comité Federal-Provincial-Territorial sobre Alcohol y otras cuestiones relacionadas con las Drogas. El mandato de este grupo de trabajo consiste en desarrollar recomendaciones relativas a un marco de rendición de cuentas y evaluación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación de Alcohol y Drogas [Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR)], y en estimular el desarrollo de programas innovadores de tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas mediante la identificación de prácticas óptimas, la evaluación de programas modelo de tratamiento y rehabilitación, la realización de investigación innovadora sobre cuestiones emergentes y la difusión de información puntera a través del país.

Este proyecto se emprendió de manera simultánea con otro proyecto sobre prácticas óptimas destinado al tratamiento y la rehabilitación de mujeres con problemas de consumo de drogas. Ambos proyectos se basan en un trabajo inicial realizado por Health Canada con el fin de abordar prácticas óptimas de tratamiento y rehabilitación publicado como *Best Practices – Substance Abuse Treatment and Rehabilitation* (Health Canada, 1999a).

1.2 Organización de este documento

Este informe está organizado en dos secciones principales. La Sección I consta de la introducción y los antecedentes del proyecto, comprendiendo sus definiciones, parámetros y limitaciones. La Sección II presenta los resultados del proyecto, con un resumen de la opinión de los expertos clave y los resultados de la revisión de la literatura. Cada subsección está organizada por área temática (p. ej., barreras al tratamiento). Cada una de las áreas temáticas presenta tanto la opinión de los expertos clave, como resúmenes de la literatura.

2. Objetivos del proyecto y preguntas

La meta global de este proyecto es la siguiente:

- Poner a disposición de todo el país información actual sobre prácticas óptimas de tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas.

El objetivo del proyecto es el siguiente:

- Definir “prácticas óptimas”, componentes y apoyos clave basados en evidencia destinados a la oferta de programas de tratamiento y rehabilitación de la juventud.

De manera específica, el proyecto aborda las preguntas siguientes:

- ¿Cuáles son las barreras que dificultan el acceso al tratamiento o su utilización por parte de los jóvenes?
- ¿Cuáles son las prácticas óptimas que arrojan los resultados más acertados en las extensas áreas siguientes relacionadas con el tratamiento?
 - ⇒ información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento
 - ⇒ conservación del cliente en el tratamiento
 - ⇒ valores y filosofía globales del tratamiento
 - ⇒ enfoques específicos del tratamiento (cuestiones físicas, personales e interpersonales)
 - ⇒ prevención de las reincidencias
 - ⇒ estructura del tratamiento (duración, intensidad y organización)
 - ⇒ integración de los servicios de apoyo pertinentes
- ¿Cuál es el modo más pertinente, realista y eficaz de definir el “éxito” de un tratamiento de los jóvenes?
- ¿Cuáles son los elementos de un programa modelo de tratamiento de los jóvenes?

3. Fuentes de información

El proyecto utilizó dos fuentes principales de información con el fin de identificar las prácticas óptimas relacionadas con el tratamiento de los jóvenes que describimos en detalle a continuación:

- entrevistas exhaustivas con expertos clave implicados en el tratamiento de los jóvenes o relacionados con el mismo
- una revisión focalizada de la literatura reciente que describe los elementos de tratamiento con mayor probabilidad de arrojar resultados positivos

3.1 Entrevistas con expertos clave

3.1.1. Identificación y características de los expertos clave

Se elaboró un listado inicial de expertos clave a partir de recomendaciones del grupo de trabajo federal-provincial-territorial del proyecto. Los expertos clave se recomendaron en función de su familiaridad con una amplia gama de enfoques de tratamiento de los jóvenes y de sus competencias en identificación de elementos óptimos de tratamiento. Este grupo de expertos clave estaba formado por:

- clínicos que trabajan directamente con jóvenes en tratamiento

- administradores y personal afín que imparte tratamiento a la juventud
- gestores de programas y políticas de los gobiernos federal, provinciales y territoriales

Tabla 1: Antecedentes de los expertos clave

Papel del experto clave	Número
Proveedor de tratamiento (directo)	5
Director / coordinador consejero de programas de tratamiento	23
Consultor de tratamiento o políticas	5
Número total de expertos clave	33

Tabla 2: Distribución geográfica de los expertos clave

Provincia / territorio	N.º total de expertos por provincia / territorio	Provincia / territorio	N.º total de expertos por provincia / territorio
Columbia Británica	8	Quebec	2
Alberta	2	Nuevo Brunswick	2
Saskatchewan	3	Nueva Escocia	1
Manitoba	4	Terranova	3
Ontario	7	Territorios del Noroeste	1
N.º total de expertos			33

Treinta y tres expertos clave participaron en la encuesta de prácticas óptimas. En varios casos, los comentarios y recomendaciones se amalgamaron en una agrupación final de 28 “respuestas”. Estuvieron representados la mayoría de las provincias y territorios (con la excepción de la Isla del Príncipe Eduardo y Yukón¹).

Hubo un equilibrio entre los tipos de tratamiento representados por los grupos de expertos clave. A pesar de que el mandato de los programas es con frecuencia amplio (los programas residenciales suelen ofrecer asistencia posterior al tratamiento o información a los posibles beneficiarios), la totalidad de los tipos básicos de tratamiento estuvieron representados.

Tabla 3: Tipos de programas representados por los expertos clave

Tipo de programa representado	N.º de expertos clave
Programas principalmente de desintoxicación	2
Programas multiniveles (prevención, pacientes externos y residenciales)	9
Principalmente residencial	8
Principalmente pacientes externos	7
Programa intensivo de día	2
Desarrollo de programas y políticas	5
Número total de expertos clave	33

3.1.2 Entrevistas con los expertos clave: Metodología

¹ No fue posible ponerse en contacto con entrevistados en todas las áreas.

Los expertos clave fueron entrevistados por teléfono utilizando un formato detallado de entrevista de preguntas cualitativas. Se les pidió que identificasen y describiesen lo siguiente:

- Las necesidades de los jóvenes y las barreras que impiden su acceso al tratamiento
- Protocolos de prácticas óptimas, enfoque de principios y prácticas en cada una de las áreas sustantivas siguientes:
 - ⇒ información a los posibles clientes beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento
 - ⇒ conservación de los clientes
 - ⇒ valores y filosofía del tratamiento
 - ⇒ enfoques del tratamiento (destinados a abordar cuestiones interpersonales y de salud física y mental)
 - ⇒ prevención de las reincidencias
 - ⇒ estructura del tratamiento (duración, intensidad y organización)
 - ⇒ integración de servicios de apoyo adicionales
 - ⇒ el modo más pertinente, realista y eficaz de determinar el “éxito” de un tratamiento de los jóvenes
 - ⇒ elementos de un programa de tratamiento modelo para la juventud

Los expertos clave tuvieron la oportunidad de examinar cada pregunta con detalle, de acuerdo con sus propios conocimientos, competencias y antecedentes. No todos respondieron a todas las preguntas. En algunos casos, solicitaron una entrevista en grupo. En un caso, un experto clave cumplimentó una guía de entrevista en lugar de ser entrevistado por teléfono. A lo largo de este documento, se utilizan con mucha frecuencia las citas de los expertos para ilustrar o ampliar cuestiones clave. Las citas (en la versión en inglés) mantienen el vocabulario y el énfasis de los expertos clave.

3.1.3 Extensión y procedimiento de las entrevistas

Los expertos clave potenciales se contactaron inicialmente por teléfono. A continuación, se les envió un fax explicándoles con más detalle los antecedentes, el objeto y el contenido de la entrevistas. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 45 minutos y 2 horas, siendo la duración media por entrevista de aproximadamente una hora y cuarto. Después de haberse realizado las entrevistas, se envió otro fax agradeciendo a los participantes su participación.

3.2 Revisión de la literatura

3.2.1 Parámetros de revisión de la literatura

Se llevó a cabo una revisión focalizada de la literatura con el fin de ofrecer una perspectiva basada en la investigación de las áreas temáticas específicas definidas (se intentó poner el acento en la literatura posterior a 1990). La revisión de la literatura se basó en fuentes que resumían resultados de investigación y evaluación con el objetivo de identificar prácticas óptimas. Estas fuentes incluyeron las siguientes:

- encuestas de datos de resultados de tratamiento de los jóvenes
- estudios comparativos de programas que utilizan diversos enfoques o métodos
- datos de evaluación de programas

Una fuente importante de referencia de este estudio fue *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse* (Spooner, Howard and Matick, 1996), publicada por el Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol (National Drug and Alcohol Research Centre), de la Universidad de Gales del Sur. Este documento incluye extensas revisiones internacionales de la literatura y análisis por área temática (causas y consecuencias del abuso de drogas, investigación de resultados de tratamiento y conservación del cliente en el tratamiento), al igual que resultados de consultas con proveedores de tratamiento y clientes.

Se reconoce que parte de la literatura relativa a los resultados del tratamiento del abuso del alcohol y las drogas se caracteriza por una gama de problemas metodológicos, como diseño inadecuado, asignación no aleatoria, falta de grupos de control no receptores del tratamiento y escasos datos iniciales sobre el consumo de drogas y los clientes (Eliany y Rush, 1992). Los problemas metodológicos se citan cuando son aparentes; sin embargo, no fue posible realizar una crítica importante de la fiabilidad o la validez de las fuentes utilizadas.

3.2.2 Fuentes de la literatura inicial

Se utilizaron una variedad de recursos y búsquedas bibliográficas de amplia base y especializadas, con el fin de generar los recursos de referencia inicial para la revisión de la literatura, a saber:

- National Clearinghouse on Substance Abuse: Búsqueda de bibliografía específica sobre el tratamiento de jóvenes con problemas de alcohol o drogas (Canadá)
- National Institute on Drug Abuse: Anotada (bibliografía concentrada en el tema), resúmenes de investigaciones del NIDA (bibliografía)
- Addiction Research Foundation-Adolescent alcohol/drug problems y otra bibliografía seleccionada
- Búsqueda de resúmenes de PREV: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information
- Búsqueda de NEDTAC (National Evaluation Data and Technical Assistance Centre)

- Uncover (Document Access Service): Búsqueda mediante palabras clave
- Lindesmith Centre Library Database Search
- Una variedad de estudios genéricos elaborados por Health Canada y su Drug Strategy División

4. Parámetros y definiciones del proyecto

4.1 Orientación a la juventud y a grupos específicos

Este proyecto está orientado a las barreras al tratamiento y a las prácticas óptimas relacionadas con el tratamiento de problemas de consumo de drogas entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 21 años. Estas edades reflejan a grandes rasgos los criterios de admisión utilizados por los expertos clave dentro de sus programas y la literatura relativa al tratamiento de los jóvenes.

Si bien el proyecto identifica barreras y resultados relacionados con la juventud en general, el informe analiza asimismo prácticas óptimas en relación con los grupos siguientes con necesidades especializadas:

- juventud aborígen
- juventud perteneciente a minorías étnicas y culturales
- juventud que se inyecta drogas / que vive con portadores del VIH / SIDA
- juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental
- juventud con causas delictivas
- juventud marginada, aislada o sin techo

Con la excepción de la sección relativa a las barreras (donde los expertos clave formulan comentarios concretos relacionados con subgrupos), los comentarios suelen hacer referencia a todos los tipos de clientes. En aquellos casos en que se identifican prácticas óptimas particulares relativas a grupos específicos, éstas se anotan en el texto.

4.2 Definiciones: Tratamiento y prácticas óptimas

4.2.1 Tratamiento

A los efectos de este informe, el tratamiento se define como “un conjunto organizado de enfoques y estrategias que ayudan a los clientes a reducir o a eliminar el consumo problemático de alcohol u otras drogas, y que contribuyen a un funcionamiento personal e interpersonal saludable”. A pesar de que el término “tratamiento del abuso de las drogas y el alcohol” supone una única entidad, de hecho, incluye una red de servicios compleja y variable.

Según la descripción que ofrece la *Canada's Drug Strategy (Estrategia canadiense contra las drogas)* (Health Canada), los servicios canadienses de tratamiento y rehabilitación incluyen lo siguiente:

... servicios de desintoxicación, identificación e intervención precoces, valoración y remisión, asesoramiento básico y gestión de casos, intervención terapéutica, asistencia posterior al tratamiento y seguimiento clínico. El tratamiento se ofrece sobre una base de paciente externo, paciente de día o paciente interno, incluida atención residencial a corto y largo plazo (Health Canada, 1998:9).

4.2.2 Definición y ámbito de las prácticas óptimas

La definición de prácticas óptimas relacionada con la entrega de los programas en el campo sanitario ha sido enfocada con grados variables de rigor:

Dentro de la asistencia sanitaria, la aplicación de la idea de “prácticas óptimas” ha abarcado desde la mera publicación de prácticas específicas bajo la rúbrica de “óptimas”, ... hasta una identificación sistemática de aquello que sería “óptimo” dentro de una cuestión o área de práctica sanitaria particular, ... o hasta una rigurosa investigación basada en un estudio destinado a identificar la evidencia asociada a prácticas concretas. (Varcoe, 1998:4)

En este proyecto, definimos las prácticas óptimas como “un consenso de los expertos clave sobre los enfoques y elementos de tratamiento que parecen arrojar los resultados de tratamiento más acertados para los jóvenes”.

Las prácticas óptimas se basan aquí en la experiencia, el criterio y la perspectiva de los expertos clave. La literatura relacionada aporta un apoyo adicional a los puntos de vista y conclusiones de los expertos clave.

4.3 Definición de consenso

Los expertos clave identificaron una amplia gama de prácticas óptimas en respuesta a cada pregunta de la encuesta. No obstante, solamente se incluyen en este informe las respuestas que revelaron un consenso. Se consideró que una “respuesta consensual” era aquella con la cual al menos cuatro expertos clave estaban de acuerdo. Cuando hay un alto grado de consenso se indica en el texto. Se incluyen también algunas opiniones y recomendaciones que recibieron un menor apoyo en torno a puntos concretos, porque ilustraban o tocaban algún tema importante.

No se indica en cada respuesta el número de expertos clave que respondieron (N), al haberse utilizado un cuestionario de respuestas libres y no haberse efectuado preguntas adicionales con el objetivo de llegar al consenso.

5. Limitaciones del proyecto

5.1 Ámbito de revisión de la literatura

La revisión de la literatura ofrece una perspectiva adicional de las áreas temáticas definidas en el estudio (Sección 2.0). No ofrece una visión de conjunto detallada de los patrones o características del consumo de drogas de los jóvenes, de la necesidad de tratamiento o de la experiencia en entornos de tratamiento. Si bien se facilita alguna información general (p. ej., sobre las variables asociadas a los problemas del consumo de drogas), ésta solamente se provee como contexto del informe.

La revisión reveló ciertos vacíos en la literatura, especialmente en relación con las barreras al compromiso con el tratamiento de la población joven. Hubo asimismo una falta de investigación empírica que asociase enfoques y métodos de tratamiento específicos con sus resultados y efectos. Dentro de estas áreas temáticas, los expertos clave aportaron la información primaria. Hubo asimismo una falta de literatura relativa a las necesidades de tratamiento y a las experiencias de grupos específicos, como las minorías étnicas y culturales o la juventud aborígen.

5.2 Temas y grupos con necesidades especiales que no aborda el informe

En el mandato inicial del proyecto hubo varios grupos concretos (p. ej., la juventud homosexual y la juventud con necesidades especiales) que no se tuvieron en cuenta y que, por tanto, no han sido tratados específicamente en el estudio. Algunos expertos clave hicieron referencia a las barreras adicionales experimentadas y a las necesidades de tratamiento especializado de los gays y las lesbianas jóvenes.

Los expertos clave no abordaron específicamente dos áreas adicionales, pertinentes al tratamiento de los jóvenes, siendo éstas consideradas solamente de forma marginal en la literatura:

- Necesidades y enfoques eficaces diferenciados del tratamiento de hombres y mujeres jóvenes con problemas de consumo de drogas. El tratamiento de los jóvenes se sigue considerando desde un ángulo unidimensional, a pesar de que existen pruebas claras de que los hombres y las mujeres jóvenes exhiben diferentes necesidades y características de desarrollo. Existen diferencias de sexo aplicables al tratamiento de los adultos (p. ej., al parecer, las mujeres responden mejor a un modelo “relacional” de tratamiento), pero estas diferencias no han sido examinadas específicamente en relación con las mujeres. Spooner et al. (1996) observaron que estudios iniciales sugerían que a pesar de que los patrones de consumo de drogas entre hombres y mujeres jóvenes podían ser similares, las mujeres estaban más motivadas e incentivadas por el apoyo y las relaciones interpersonales que los varones.
- Diferencias entre los grupos de edad. La literatura y los expertos clave no establecen diferencias entre la juventud más joven (11-14) y de mayor edad (15+), aunque existen claramente diferencias cognitivas y otras diferencias de desarrollo dentro de estos grupos de edad que pueden probablemente influir en el tratamiento. Nuevamente, es escasa la literatura que aborda estas implicaciones y diferencias de edad.

Sección II – Resultados

6. Patrones de consumo de drogas por la juventud: Visión de conjunto

6.1 Patrones de consumo de drogas por la juventud

El consumo de drogas por la juventud difiere del de los adultos no solamente en cuanto a los patrones generales de consumo y las sustancias consumidas, sino también en cuanto al significado y a los factores asociados a dicho consumo. Una revisión de varios estudios de consumo de alcohol y drogas entre adolescentes y adultos jóvenes (Harvey-Jansen, 1994; Hewitt et al., 1995; Weinberg et al., 1998; Adlaf et al., 1999; Faist y Health Canada, 1999b, 1999c) llegan a las conclusiones siguientes:

- El alcohol, el cannabis y el tabaco son las drogas que con más frecuencia consumen los jóvenes.
- Las diferencias de sexo en materia de consumo de drogas son menores entre la juventud en comparación con otros grupos de edad.
- La investigación de las dos últimas décadas ha encontrado por lo general un descenso del consumo de alcohol entre los jóvenes, pese a que esta tendencia podría estar invirtiéndose.
- El consumo excesivo de alcohol (5+ copas en una sola ocasión) es más frecuente entre los jóvenes a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta en comparación con otros grupos de edad.
- Algunas encuestas informan sobre un incremento del consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes.
- El alcohol y la marihuana son las sustancias que con mayor frecuencia se pueden traducir en problemas graves.
- El consumo de marihuana aumentó considerablemente a finales de los noventa, después de una tendencia general descendente durante las dos décadas anteriores, según encuestas tanto nacionales, como provinciales o territoriales.
- El consumo de otras drogas ilegales, como cocaína, anfetaminas, disolventes y alucinógenos, parece estar aumentando entre la juventud.
- Las tasas de consumo de heroína suelen ser bajas.
- Existe una tasa baja de consumo de medicamentos.
- Los medicamentos notificados como de consumo más frecuente (y potencialmente adictivos) son los estimulantes y la codeína, el Demerol o la morfina.
- El consumo de múltiples drogas es común entre los consumidores de drogas.
- Los períodos de consumo de drogas y alcohol tienden a ser cortos (debido a factores relacionados con la edad).

La Ontario Student Drug Survey²: 1977-1999 (Adlaf et al.) llegó a la conclusión de que las tasas de consumo de drogas, que disminuyeron durante los ochenta, están de nuevo incrementándose. Tal como observan los autores de este informe: “Desde 1993, el consumo de drogas legales e ilegales ha experimentado una fase ascendente, en tal grado que, en 1999, el consumo de solamente 2 de 16 drogas era considerablemente inferior al de 1979”. (Adlaf et al., 1999:iii)

Nueva Escocia y Nuevo Brunswick³ registran asimismo una tendencia ascendente en el consumo de drogas ilegales por la juventud. Por ejemplo, el porcentaje de estudiantes que consumen cannabis, estimulantes médicos o no médicos, psilocibina, mescalina, tranquilizantes, cocaína o crack, PCP y heroína, se incrementó de forma pronunciada, llegando con frecuencia a duplicarse (entre 1991 y 1998) (Provincia de Nueva Escocia, 1998:4). En Terranova, a pesar de que el porcentaje total de consumidores de drogas no varió entre 1996 y 1997, la proporción de politoxicómanos se incrementó (Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey, 1998). La Addictions Foundation of Manitoba Student Survey on Alcohol and Other Drugs (1997) encontró que mientras que el consumo de alcohol entre los estudiantes había descendido de manera significativa, el consumo y la aceptación de drogas distintas al alcohol estaba aumentando.

6.2 Problema de consumo de drogas por la juventud

A pesar de que las encuestas canadienses, tanto nacionales como provinciales, indican una tendencia descendente del consumo de alcohol entre la población joven durante las dos últimas décadas, ahora este consumo podría estar aumentando. De manera especial, las tasas de consumo excesivo de alcohol, de intoxicación o de problemas con el alcohol no han exhibido el mismo descenso (Adlaf et al., 1999, Health Canada, 1999b, 1999c); por ejemplo, el porcentaje de estudiantes bebedores de Ontario que consumen cinco o más copas en una sola ocasión, y cinco o más veces durante las últimas semanas, ascendió en 1995 del 3,9 % de los bebedores del año pasado hasta el 7,1 % en 1999. Sin embargo, la encuesta no identificó cambio alguno en los problemas registrados con el alcohol. Adicionalmente, en 1999, se informó de un número de estudiantes incapaces de dejar de consumir drogas mayor que en 1997 – 6,5 % frente a 2,9 % (Adlaf et al., 1999). Nacionalmente, el porcentaje de estudiantes que indicaron que habían estado “realmente bebidos” dos o más veces descendió entre 1990 y 1994; sin embargo, volvió a ascender ligeramente entre 1994 y 1998 para los estudiantes de 8º a 10º grado (Health Canada, 1999c). Entre las mujeres jóvenes de edades comprendidas entre 20 y 24 años, la proporción clasificada como bebedoras compulsivas llegó casi a duplicarse entre 1994 – 1995 y 1996 – 1997 (Health Canada, 1999b).

Las encuestas, tanto nacionales como provinciales o territoriales, han notificado una tendencia hacia el consumo de sustancias ilegales, particularmente de cannabis. El consumo de cannabis se asocia a otras conductas de alto riesgo para la salud, como beber y fumar, tener amigos drogadictos, no ir a clase o provocar peleas (Health Canada, 1999c).

² La Addiction Research Foundation (actualmente Centre for Addictions and Mental Health) Ontario Student Drug Use Survey: 1977-1999 abarca 22 años, siendo el estudio de mayor duración sobre el consumo de drogas por parte de la juventud en Canadá.

³ Una revisión exhaustiva de datos específicos a esta provincia estuvo fuera del ámbito del informe. Los datos se extrajeron principalmente de la Ontario Drug Use Survey y de varias encuestas provinciales de estudiantes realizadas entre 1991 y 1998.

Tendencias similares se han registrado asimismo en Estados Unidos, donde los datos indican un pronunciado resurgimiento del consumo de drogas entre la juventud en los noventa. No obstante, solamente un subconjunto de consumidores reúnen los criterios de abuso y dependencia de drogas (1 % a 3,5 % identificados en tres estudios nacionales) (Weinberg et al., 1998).

Con todo, podría resultar difícil identificar en qué reside un problema de consumo de drogas entre los jóvenes, cuando la propia adolescencia se caracteriza por un cambio vinculado a la realización de actividades de desarrollo importantes, entre las que se cuentan:

- La separación de la familia
- El establecimiento de la propia autonomía e identidad
- El desarrollo de un sistema de valores personal (que incluye una tendencia hacia la originalidad)

Por estas razones, cierta implicación en el alcohol, las drogas y el tabaco es estadísticamente “normativa”, principalmente al final de la adolescencia. Jessor observaba que la adolescencia es:

... un período en el que una variedad de conductas pertinentes a la salud se aprenden y prueban inicialmente – tanto aquellas que pueden comprometer potencialmente la salud, como el consumo de drogas o la actividad sexual precoz, como aquellas que pueden probablemente mejorar la salud ... (Jessor, 1991:7).

Los patrones de consumo en la adolescencia podrían no ser predictivos de problemas de consumo de drogas a largo plazo. George y Skinner (1991) llegaron a la conclusión de que las tasas de recuperación con respecto a un consumo excesivo de alcohol inicial son altas (73 % a 88 % en las mujeres, 55 % a 80 % en los varones). Estos autores identifican dos posibles subgrupos entre los adolescentes que beben en exceso o que tienen problemas con la bebida:

- una mayoría de adolescentes que van a superar el consumo excesivo, con frecuencia sin intervención formal alguna
- un número más reducido que es probable que evolucionen hacia una dependencia crónica del alcohol

Sugieren que existe un patrón similar entre los jóvenes que consumen drogas distintas al alcohol.

La identificación de este grupo de riesgo es compleja, soliendo ser identificado por medio de una valoración multidimensional de los factores siguientes:

- el nivel y la intensidad del consumo de drogas
- el impacto del consumo en otras relaciones personales, sociales y familiares
- el impacto del consumo en la salud (George y Skinner, 1991; Wilkinson y Martin, 1991)

6.3 Factores asociados a los problemas de consumo de drogas por la juventud

Un análisis de diversas y extensas revisiones de la literatura relativa a las necesidades y la eficacia del tratamiento de los jóvenes (Wilkinson y Martin, 1991; Spooner et al., 1996; Weinberg et al., 1998) sugiere que los factores siguientes se suelen asociar con mucha frecuencia a los problemas que tienen los jóvenes con el alcohol y las drogas:

- factores de grupo (podrían ser menos importantes de lo que anteriormente se pensaba) (Scheier et al., 1997)
- factores relacionados con los centros educativos
- factores genéticos y biológicos
- sexo (masculino)
- actitudes, rasgos de personalidad, temperamento (relación de los sujetos con su entorno, grado de aislamiento e impotencia)
- cuestiones de identidad (p. ej., etiquetado negativo)
- nivel de autoestima
- mecanismo para hacer frente al estrés
- factores macroambientales (p. ej., estrés)
- salud mental (existe un alto grado de relación entre los problemas de consumo de drogas y los trastornos psiquiátricos, incluidos la depresión clínica, los trastornos del ánimo, los trastornos alimenticios, los trastornos bipolares y la ansiedad)
- disfunciones o dificultades cognitivas con autoregulación de la conducta (planificación, criterio, autocontrol como consecuencia del consumo directo por los propios jóvenes o de una exposición uterina)
- grado de conocimiento
- edad del primer consumo
- prevención de las recaídas, habilidades para hacer frente al problema (dejarse llevar por impulsos o antojos)
- variables / composición y riesgo de las drogas, y actitud hacia las mismas
- consumo parental de alcohol y drogas
- antecedentes de abusos físicos y sexuales en la infancia
- personalidad antisocial o trastornos psiquiátricos parentales (p. ej., depresión materna)
- estrés familiar

- factores socio-económicos (aunque controvertidos, parece que influyen ciertamente)

A pesar de que existe un consenso general sobre la importancia de estos factores asociados, algunos son controvertidos, estando sujetos a variables mediadoras o exigiendo un examen o análisis más detallado.

7. Información resumida relativa a grupos de población específicos

Basándose en la literatura disponible, esta sección ofrece un resumen de los patrones generales de consumo de drogas y de las necesidades de tratamiento de los grupos de población específicos definidos en este estudio.

7.1 Juventud callejera, sin techo y marginada

En este estudio, la juventud callejera se define como aquella que vive en situaciones transitorias sin residencia (familiar) fija. La juventud callejera suele consumir alcohol y drogas para hacer frente a violencia familiar pasada y al infortunio de vivir en la calle.

Pese a que dos estudios sobre la juventud callejera realizados en Toronto (1990 – 1992) sugieren que el consumo de drogas ilegales entre la juventud callejera está descendiendo⁴, (Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction Research Foundation 1997), en general, la juventud callejera registra altos niveles de consumo de alcohol y drogas en comparación con la juventud en general.

El *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1999*, más reciente (Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health, 1999) indicó que entre un cuarto y la mitad de los jóvenes callejeros informan de un frecuente consumo excesivo de alcohol. En términos de consumo de otras drogas, el porcentaje que consume cannabis oscila entre el 66 % y el 88 %, oscilando la cifra entre el 18 % y el 64 % para la cocaína. La juventud callejera exhibe también un abanico mucho más amplio de problemas asociados al consumo excesivo de drogas, incluidos problemas de trabajo, legales, psicosociales, educativos y de salud (Smart y Ogborne, 1994).

De manera similar, en Estados Unidos, una revisión de cuatro estudios nacionales (Greene et al., 1997) que examinaban la prevalencia del consumo de drogas por la juventud que ha huido de casa y sin techo, de edades comprendidas entre los 12 y los 21 años, encontró que el consumo de drogas (marihuana, alucinógenos, cocaína, inhalantes y drogas intravenosas) era considerablemente superior entre la juventud callejera, mientras que el consumo de alcohol era superior entre la juventud no callejera. Azrin et al. (1994) concluyeron que la politoxicomanía era también considerablemente más alta dentro de la población joven callejera.

Las infecciones por el VIH constituyen un importante riesgo para la juventud callejera debido al consumo de drogas, a las jeringuillas compartidas, a las prácticas sexuales inseguras, a la mala higiene y a la falta de recursos ofrecidos por los programas. Las tasas de drogadicción por inyección de por vida entre la juventud callejera canadiense oscilan entre aproximadamente el 11 % en una muestra nacional, y el 48 % de los varones y el 32 % de las mujeres entre la juventud callejera de Vancouver (Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health, 1999).

⁴ Este estudio informó que entre 1990 y 1992, una proporción más reducida de la juventud callejera de Toronto había notificado que consumía cannabis, LSD, cocaína, tranquilizantes, anfetaminas, heroína o "Ice".

7.2 Minorías étnicas y culturales

La literatura relativa a los patrones de consumo entre las minorías étnicas y culturales jóvenes no es extensa. Un estudio AUS (National Institute on Drug Abuse, 1995) sobre la incidencia, prevalencia, morbilidad, mortalidad y consecuencias para la salud de consumo de drogas entre las poblaciones raciales / étnicas llegó a la conclusión de que la juventud asiáticoamericana solía registrar niveles muy bajos de consumo de drogas en comparación con otros grupos de población. No obstante, se reconoce que los problemas de consumo de drogas dentro de los grupos minoritarios podrían no estarse notificando debido a factores culturales, al racismo reinante entre la sociedad en general o a la falta de programas adecuados culturalmente (Longshore et al., citado en Spooner et al., 1996).

Westermeyer (1997), en una encuesta realizada entre jóvenes refugiados con problemas de consumo de drogas, encontró que el grupo de jóvenes pertenecientes a esta minoría étnica y cultural se caracterizaba por lo siguiente:

- un sinnúmero de problemas, que incluyen trastornos psiquiátricos, problemas de salud, alejamiento social, violencia y conductas antisociales
- ruptura familiar
- desarrollo rápido del trastorno (incremento del consumo de drogas durante un período corto de tiempo)
- mayor acento en el consumo de otras drogas, antes que en el de alcohol

7.3 Juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental

A pesar de que existen vacíos en la investigación epidemiológica relativa a la juventud y a los problemas con valoración de trastornos mentales, la investigación establece con claridad una alta prevalencia del consumo de drogas concurrente con trastornos mentales entre los jóvenes (paralela a la evidencia en las poblaciones adultas), si bien la interpretación de esta relación no está bien definida.

En una revisión de estudios de población, de estudios clínicos y de estudios sobre la juventud con trastornos psiquiátricos o con consumo de drogas en escenarios de pacientes internos, Greenbaum et al. (1996) llegaban a la conclusión de que en *todos los estudios revisados*, se registraba un nivel considerable de consumo de drogas concurrente con trastornos mentales. Se describía que aproximadamente la mitad de todos los jóvenes receptores de servicios de salud mental exhibían un trastorno concurrente. Entre la juventud con trastornos concurrentes, los trastornos de salud mental identificados con mayor frecuencia fueron los trastornos conductuales y la depresión.

7.4 Juventud que se inyecta drogas y que convive con portadores del VIH / SIDA y de los virus de las hepatitis B y C

La Ontario Student Drug Use Survey bianual informó del consumo de drogas por inyección (Adlaf et al., 1997). Entre 1991 y 1997, el porcentaje de estudiantes que se habían inyectado drogas no médicas durante los 12 meses anteriores a la encuesta correspondiente a los años 1991 a 1997 había oscilado entre un elevado 1,5 % en 1995 y un bajo 0,8 % en 1997. El porcentaje que notificó que había compartido jeringuillas en el año anterior permaneció por debajo del 0,5 % en relación con todos los años. Las tasas de inyección y jeringuillas compartidas son superiores entre la juventud callejera. Un estudio reciente realizado en Montreal concluyó que el 36,1 % se había inyectado drogas en algún momento de su vida, habiendo el 58 % compartido jeringuillas (Roy, 1999).

En Canadá, el SIDA es raro entre la juventud. Al 31 de diciembre de 1999, el 0,4 % de los casos de SIDA registrados eran de adolescentes (10 – 19 años), habiendo sido diagnosticado el 15,7 % en adultos jóvenes (20 – 29 años); dado el prolongado período de tiempo que transcurre entre la infección inicial y el diagnóstico del SIDA, este último grupo bien podría haberse infectado en la adolescencia (Health Canada, 2000). Entre los adolescentes más jóvenes (10 – 19 años), el SIDA está casi siempre asociado a una exposición a sangre infectada o a productos sanguíneos. No obstante, entre aquellos que pertenecen al grupo de edad de 15 –19 años, un 4 % de los casos se atribuyó al consumo de drogas y otro 4 % a varones homosexuales / drogadicción por inyección. Este mismo patrón es válido también para el VIH (Health Canada, 2000).

Un estudio canadiense sobre la juventud callejera notificó tasas del 3,9 % de infección por el VIH, del 26,5 % para la hepatitis C y del 16,2 % para la hepatitis B.

7.4 Juventud aborígen

Según el *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, 1999* (Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health, 1997, 1999), la juventud aborígen:

- corre un riesgo dos o tres veces mayor para cada problema relacionado con el alcohol que sus homólogos de la población en general.
- aspira disolventes con más frecuencia que otros jóvenes canadienses. Uno de cada cinco jóvenes aborígenes ha aspirado disolventes; un tercio de todos los que aspiran disolventes es menor de 15 años, y más de la mitad de todos aquellos que aspiran disolventes comienzan antes de los 11 años.
- tiene una mayor probabilidad de consumir cualquier tipo de drogas ilegales (juventud perteneciente a las Primeras Naciones y Mestizos) que la juventud no indígena.
- comienza a consumir drogas (tabaco, disolventes, alcohol y cannabis) a una edad mucho más temprana que la juventud no aborígen.

La juventud aborígen está asimismo sobrerrepresentada en muchas de las poblaciones más vulnerables a contraer la infección por el VIH, como las poblaciones de los centros urbanos, las personas que se dedican a la prostitución y las poblaciones penitenciarias.

7.6 Juventud con causas delictivas

Parece existir una fuerte relación entre el abuso de drogas por la juventud y la implicación directa en causas delictivas, aunque la naturaleza de esta relación no está clara. En un estudio realizado entre 847 jóvenes participantes en 11 programas de abuso de drogas en Ontario, Smart y Ogborne (1994) se concluyó en lo siguiente:

- El 48 % de la juventud callejera y el 36 % de la juventud no callejera estaba en libertad condicional / libertad bajo palabra / bajo fianza o a la espera de juicio.
- El 30 % de la juventud callejera y el 16 % de la juventud no callejera había estado en un reformatorio en los últimos seis meses.

Una revisión de 121 jóvenes remitidos para asesoramiento por adicción como pacientes externos individuales o en grupo en Toronto (83 % de todas las remisiones en un período de seis meses) encontró que el 50 % de la muestra había estado implicada, a algún nivel, en problemas con la justicia, debiendo 18 % de la muestra recibir tratamiento por orden de los tribunales (Ogborne, 1997).

Muchos jóvenes con causas delictivas están afectados por el Síndrome del Alcoholismo Fetal o exhiben otros efectos relacionados con el alcohol. Un estudio realizado en Columbia Británica entre 287 jóvenes remitidos para una valoración psiquiátrica y psicológica forense en el sistema judicial juvenil (1995 – 1996) llegó a la conclusión de que el 23,3 % estaban afectados por el Síndrome del Alcoholismo Fetal o trastornos afines (Fast et al., 1999).

Los jóvenes con trastornos por consumo de drogas que tienen asimismo causas delictivas suelen manifestar lo siguiente:

- problemas múltiples (socio-económicos / psicosociales / conductuales)
- antecedentes sociales caóticos, con una educación y apoyo familiar limitados (Kosky et al., citado en Spooner et al., 1996)
- poca motivación o ambivalencia hacia el tratamiento, si el tratamiento se imparte por imperativo legal
- problemas de violencia que puedan dificultar la participación en el tratamiento

8. Barreras al tratamiento

8.1 Barreras generales al tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Los expertos clave describieron tres tipos de barreras que afectan o limitan el acceso de la juventud al tratamiento:

- barreras personales relacionadas con la percepción que los jóvenes tienen de sí mismos, falta de conocimientos o presencia de problemas personales coexistentes
- barreras relacionadas con la familia y las relaciones de grupo
- barreras estructurales o relacionadas con los programas

8.1.1 Barreras personales

La principal barrera personal (identificada por 16 expertos clave de 28) es una falta de reconocimiento de que existe un problema de consumo de drogas y su negación. Un entrevistado describió esta “negación” diciendo que incluía lo siguiente:

- incapacidad para identificar un problema debido a que el joven está convencido de que su conducta es normativa, y que forma sencillamente parte del desarrollo de un adolescente
- incapacidad para identificar los problemas en razón de una imposibilidad para conceptualizar cuestiones o utilizar pensamiento abstracto
- temor a analizar cuestiones más profundas subyacentes a los problemas de consumo de drogas (p. ej., abuso sexual o emocional)
- sentimientos de ser invencibles y de “saberlo todo”
- tendencia a minimizar los problemas graves

Una segunda barrera personal descrita por los expertos clave es la falta de confianza y la presencia de problemas de salud mental y personales (p. ej., baja autoestima, depresión, presencia de discapacidades de aprendizaje y trastornos psiquiátricos o mentales concurrentes) que mitigan la definición de la necesidad del tratamiento o la capacidad para acceder al mismo. Un experto clave observó que los jóvenes que experimentaban un abuso físico, sexual o emocional a largo plazo podían insensibilizarse y carecer de motivación para acceder al tratamiento. Estos jóvenes consumen alcohol y otras drogas para hacer frente a sus situaciones personales, sintiendo que no tienen otras opciones.

Finalmente, los expertos clave apuntan que la juventud está a menudo aislada y no comprende qué programas están disponibles, cómo están organizados y qué podrían ofrecer. Cuando esta falta general de conocimiento se asocia a una precaria información a los posibles beneficiarios de los programas, el resultado es un contacto pobre.

8.1.2 Barreras relacionadas con la familia y las relaciones de grupo

Los expertos clave destacaron tres barreras relacionadas con la familia. En primer lugar, es posible que los propios padres de los jóvenes tengan problemas con el alcohol y las drogas que incidan en su capacidad para apoyar o acceder al tratamiento de sus hijos. En segundo lugar, los padres podrían no apoyar o no desear estar involucrados en el tratamiento porque niegan la amplitud o la gravedad del consumo de drogas de su hijo. En tercer lugar, de acuerdo con los expertos clave, la ruptura de la familia y el abuso en el seno de la misma se pueden traducir en relaciones familiares disfuncionales, donde los padres carecen de capacidad para influir en la toma de decisiones de los jóvenes.

Se identificó una cultura de grupo negativa (valores y relaciones de grupo) como una fuerte barrera que impide que los jóvenes busquen tratamiento del abuso del alcohol y las drogas. Las actividades y los valores de grupo podrían “normalizar” el consumo de alcohol y drogas hasta el punto de dificultar el reconocimiento o la comprensión del impacto negativo del consumo de estas sustancias. La cultura de la juventud ofrece

una alternativa al control y la autoridad que ejercen los adultos, incluso en aquellas circunstancias en que los valores reinantes son negativos.

8.1.3 Barreras estructurales y relacionadas con los programas

Los expertos clave identificaron más barreras estructurales o relacionadas con los programas que barreras personales y familiares. Hubo asimismo un mayor consenso sobre las barreras relacionadas con los programas que limitan el acceso de la juventud al tratamiento. Se identificaron las siguientes barreras estructurales y relacionadas con los programas:

- En todo el país, existe una falta generalizada de programas específicamente orientados a las necesidades exclusivas de la juventud.
- Los programas existentes son con frecuencia inaccesibles, principalmente para los jóvenes que viven en áreas geográficas o poblaciones remotas.
- Existe una falta de trabajadores especializados en asesorar a la juventud.
- Existe una precaria información a los posibles beneficiarios y una falta de información accesible basada en la comunidad en relación con el tratamiento de los jóvenes. Los jóvenes no suelen saber qué tipo de tratamiento está disponible o qué les puede ofrecer éste.
- Existe una falta específica de tratamiento residencial disponible para aquellos jóvenes que necesitan un entorno intensivo y altamente estructurado.
- Los programas suelen tener largas listas de espera que desalientan un tratamiento oportuno.
- Los altos costes (p. ej., del transporte) podían limitar el acceso al tratamiento.

Según muchos expertos clave, las cuestiones relativas a la *disponibilidad* de los programas siguen siendo la principal barrera del tratamiento de los jóvenes:

Nuestro problema es la falta de recursos –programas de “carne con patatas” para todos los jóvenes y programas básicos para la juventud callejera–.

Tenemos una epidemia en la provincia, pero apenas si disponemos de 20 camas residenciales (financiadas).

Tabla 4: Barreras generales: Perspectivas de los expertos clave

Principales barreras personas	Principales barreras relacionadas con la familia	Principales barreras estructurales / relacionadas con los programas
<ul style="list-style-type: none"> • Negación / falta de reconocimiento del problema • Los valores de grupo y la pertenencia al grupo normalizan el consumo • Las cuestiones personales que mitigan el acceso (autoestima, problemas de salud mental y cognitivos) • Falta de conocimiento de las opciones de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso parental • Problemas parentales de consumo de drogas • Falta de apoyo / negativa parentales • Ruptura de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de programación orientada a la juventud • Largas listas de espera • Falta de accesibilidad a los programas existentes • Falta de trabajadores que asesoren a la juventud • Precaria información a los posibles beneficiarios • Falta de tratamiento residencial especializado

8.2 Barreras que experimentan grupos específicos

Se pidió a los expertos clave que identificasen las barreras relacionadas con grupos con necesidades específicas. Muchas de las barreras identificadas fueron las mismas que aquellas indicadas para la juventud en general, a pesar de que el énfasis específico en las barreras varía según el grupo. En la mayor parte de los casos, se insistió más en las barreras estructurales o relacionadas con los programas.

8.2.1 Juventud callejera, sin techo y marginada

Los expertos clave observaron que la juventud callejera, sin techo y marginada experimentaba todas las barreras identificadas en relación con la juventud en general, pero de forma más intensa. No es tradicional que la juventud sin techo o callejera acuda por sí misma a los programas de tratamiento, siendo poco probable que esté familiarizada con los puntos de acceso al proceso de remisión. Condiciones de vida altamente estresantes (p. ej., pobreza, falta de vivienda adecuada) y consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental contribuyen también a que esta autorremisión sea problemática. La juventud callejera y sin techo presenta asimismo un mayor grado de desconfianza y hostilidad hacia el conjunto de las instituciones, soliendo carecer de un apoyo familiar que la ayude a acceder al tratamiento y con sus costes o su planificación.

En el ámbito estructural y de los programas, los expertos clave identificaron los factores siguientes como barreras para este grupo:

- una falta de accesibilidad inmediata a los servicios (24 horas), incluido el acceso a servicios de desintoxicación seguros
- requisitos restrictivos de admisión al tratamiento que podrían resultar difíciles de cumplir por los jóvenes callejeros

- una falta de servicios accesorios, como una vivienda estable y segura, que constituyen requisitos previos para una utilización eficaz del tratamiento

La juventud necesita un entorno de vida estable. A los jóvenes les resulta difícil acceder a un programa de día cuando no se sienten seguros donde viven.

8.2.2 Juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental

Los expertos clave identificaron como más importantes para este grupo las barreras estructurales o relacionadas con los programas, específicamente la mala integración y coordinación de los sistemas de tratamiento de los trastornos de salud mental y del abuso de drogas. Esta falta de integración guarda relación con las diferencias entre las filosofías de cada sistema, sus definiciones de los roles y su enfoque. Los entrevistados describieron la relación entre ambos sistemas como caracterizada por lo siguiente:

- malentendidos “culturales” basados en diferentes interpretaciones de las necesidades y sus prioridades
- desacuerdo entre el personal encargado del tratamiento de los trastornos de salud mental y el del abuso de drogas sobre “cuál es la prioridad absoluta para el cliente”
- una falta de personal con habilidades “cruzadas”
- una falta de psiquiatras infantiles a los que pueda acceder el sistema de tratamiento de abuso de drogas
- una falta de coordinación entre los servicios y de “opción de conversión” entre ambos sistemas
- un contenido limitado de los programas de tratamiento de abuso de drogas que responda a las necesidades de salud mental de los clientes y viceversa
- una falta de gestión coordinada de casos y una mala definición de los roles, de la estructura y del proceso

Los expertos clave identificaron también la falta de capacidad del sistema de tratamiento del abuso de drogas para generar diagnósticos exhaustivos que ayuden al personal a administrar eficazmente el tratamiento, la falta de personal formado para manejar tanto los problemas de consumo de drogas, como las cuestiones de salud mental, y la falta de programas especializados con capacidad de tratar a clientes con ambos tipos de problemas.

8.2.3 Juventud que se inyecta drogas

Los expertos clave describieron las numerosas barreras al tratamiento que experimenta la juventud que se inyecta drogas y que vive con portadores del VIH / SIDA. Dos barreras personales principales fueron puestas de manifiesto:

- el aislamiento y marginación general de la juventud que se inyecta drogas y la distancia (emocional y física) respecto a los sistemas en general

- un nivel alto de desconfianza y hostilidad hacia el conjunto del sistema que revela la existencia de problemas difíciles, o que hace que los jóvenes que se inyectan drogas se muestren reacios a participar en el tratamiento

No se observaron barreras familiares o comunitarias. Sin embargo, se identificaron cierto número de barreras estructurales o relacionadas con los programas centradas en dos temas:

- la falta de programas eficaces de mantenimiento con metadona destinados a los jóvenes de más edad y a aquellos que necesitan o reúnen los requisitos para esta forma de tratamiento
- la falta de servicios especializados que reconozcan las necesidades diferenciadas de la juventud que se inyecta drogas y de aquellos jóvenes que viven con portadores del VIH / SIDA

Los entrevistados apuntaron que la juventud que se inyecta drogas se caracteriza por problemas múltiples y un sentido de “distanciamiento” reforzado por conductas en ocasiones consideradas ritualistas. Las víctimas del VIH / SIDA están más marginadas, y tienen poco en común con otros jóvenes que siguen un tratamiento. Es necesario que los programas cubran necesidades prácticas (p. ej., que proporcionen agujas limpias) inicialmente sin imponer demasiadas restricciones o “condiciones” al acceso o a la ayuda que se presta en una fase temprana del tratamiento.

8.2.4 Juventud que pertenece a minorías étnicas y culturales

Los expertos clave identificaron varias barreras personales, familiares y estructurales / relacionadas con los programas que experimentan los grupos que pertenecen a minorías étnicas y culturales. La principal barrera personal se describió como un conjunto de creencias culturales en el seno de numerosas minorías étnicas y culturales que desalienta que se reconozcan, analicen y aborden los problemas relacionados con las drogas y el alcohol. Dentro de la cultura asiática, por ejemplo:

Existe un importante estigma asociado a los problemas (alcohol / drogas) ... no airean sus problemas fuera de su cultura.

Las tradiciones culturales podrían apoyar a los jóvenes que reciban ayuda de redes informales (apoyadas por la cultura), antes que de recursos externos (basados en la comunidad). Las familias podrían reforzar este patrón desalentando enfoques basados en recursos externos o no comprendiendo las necesidades de sus hijos. En algunos casos, este malentendido es el reflejo de un conflicto intergeneracional.

Una falta de sensibilidad, de habilidades transculturales y de formación de los trabajadores fueron asimismo descritas como barreras para esta población. El idioma se considera otra barrera que impide acceder a servicios y recursos. Los padres, y en ocasiones los propios jóvenes, podrían no estar suficientemente familiarizados con el inglés o el francés para apoyar el tratamiento o participar en el mismo. Los expertos clave identificaron igualmente como barrera adicional una falta de información a los posibles beneficiarios que sea culturalmente receptiva a las comunidades minoritarias. Los enfoques eficaces incluyen los elementos siguientes:

- la información a los posibles beneficiarios se debe facilitar directamente “en la calle”

- utilización de enfoques étnicos y culturales específicos
- consideración de las barreras lingüísticas

8.2.5 Juventud aborígen

Los expertos clave identificaron barreras familiares / comunitarias y estructurales / relacionadas con los programas para la juventud aborígen. Determinado número de expertos clave identificaron barreras lingüísticas. Los problemas idiomáticos podrían ser especialmente importantes para los padres, impidiéndoles participar en la recuperación de sus hijos. Muchos jóvenes aborígenes fueron asimismo descritos como provenientes de un entorno de “consumo” de drogas más problemático. Responder al abuso del alcohol podría resultar más difícil en el seno de determinadas comunidades aborígenes.

Los expertos clave mencionaron también que los programas de tratamiento de los jóvenes no cuentan a menudo con el apoyo de la comunidad aborígen, y que los padres no piden con frecuencia ayuda debido tanto a factores comunitarios, como a su propio historial de abuso o ruptura familiar. Se llegó a un amplio consenso en el sentido de que los programas de tratamiento suelen ser alienantes o culturalmente inadecuados para la juventud aborígen. Algunos entrevistados identificaron los elementos de adecuación siguientes:

- idioma adecuado
- inclusión de un componente espiritual (creencias y prácticas) en el tratamiento
- dotación de personal aborígen
- información culturalmente adecuada a los posibles beneficiarios
- conexión de la juventud aborígen con los sistemas de servicios sociales y apoyo a esta población

8.2.6 Juventud con causas delictivas

Los expertos clave describieron a los jóvenes con causas delictivas como el grupo que mayor probabilidad tiene de oponerse al tratamiento (que es a menudo administrado por imperativo legal), debido a la falta de motivación⁵ y a la ausencia o práctica ausencia de apoyo familiar. Las barreras estructurales identificadas por los expertos clave incluyen las siguientes:

- Una falta de tratamiento disponible en el sistema judicial o en el sistema de tratamiento del abuso de drogas. El sistema correccional no suele ofrecer tratamiento, y el sistema de tratamiento del abuso de drogas podría no poner el tratamiento a disposición de los delincuentes juveniles, principalmente si las cuestiones legales siguen pendientes.
- Los trabajadores correccionales podrían carecer del conocimiento y la comprensión de las opciones de tratamiento, no procediendo a remitir a los jóvenes a los programas adecuados basados en la comunidad.

⁵ A pesar de que varios expertos clave observaron que la juventud que recibe tratamiento por imperativo legal podría “librarse” de tener que hacer frente a cuestiones de abuso de drogas.

- La “cultura cerrada” de los delincuentes juveniles, que dificulta el tratamiento del grupo. Esta cultura se caracteriza por el secretismo y la fidelidad al grupo.

Éstos son de muchas maneras nuestros chavales más difíciles. Conocen el sistema y saben cómo cumplir los requisitos, pero no aprenden (qué tendrían que cambiar).

**Tabla 5: Barreras al tratamiento: Juventud con necesidades especiales:
Perspectivas de los expertos clave**

Grupo	Barreras personales	Familiares / comunitarias	Estructurales / relacionadas con los programas
Juventud callejera	<ul style="list-style-type: none"> • No acude por iniciativa propia • Problemas múltiples • Desconfía del conjunto del sistema • No comprende los puntos de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar y de otros apoyos importantes para acceder y utilizar el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de programas eficaces de información a los posibles beneficiarios • Falta de flexibilidad de los servicios • Admisión restrictiva al tratamiento • Falta de servicios accesorios (p. ej., vivienda) que apoyen el tratamiento
Juventud con consumo de drogas concurrente con trastornos de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • No existe consenso entre los expertos clave 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe consenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de planificación, coordinación y comprensión entre los sistemas de tratamiento de los trastornos de salud mental y del consumo de drogas • Diagnósticos precoces inadecuados o incapacidad para ofrecerlos • Número insuficiente de programas para abordar las necesidades específicas de los clientes • Falta de personal formado que pueda tratar ambos tipos de problemas
Juventud que se inyecta drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras múltiples • Aislamiento y marginación respecto de la sociedad • Desconfianza / hostilidad hacia el conjunto del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento general y falta de relaciones de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de mantenimiento con metadona inadecuado / inaccesible • Falta de comprensión de las necesidades especializadas • Imperativo de que las necesidades prácticas sean abordadas antes y al mismo tiempo que las necesidades de tratamiento de abuso de drogas
Juventud que pertenece a minorías étnicas y culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Las creencias culturales refuerzan la negativa y la evitación de los problemas • Mayor estigma asociado a los problemas con las drogas y el alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias podrían negar los problemas • Podrían no apoyar el tratamiento / intentar solucionar el problema dentro de su propia comunidad • Malentendido y conflicto intergeneracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras lingüísticas (incluidas las barreras idiomáticas parentales) • Falta de programas culturalmente adecuados

Juventud aborígen	<ul style="list-style-type: none"> No existe consenso 	<ul style="list-style-type: none"> Alto nivel de consumo de drogas en algunas comunidades aborígenes El tratamiento de los jóvenes podría no contar con apoyo o no ser considerado adecuado Las familias no piden ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de programas correccionales que aborden los problemas de consumo de drogas Barreras que impiden acceder a los programas comunitarios Difícil trabajo de grupo con los delincuentes El personal correccional carece de conocimientos sobre el sistema de tratamiento de abuso de drogas – con frecuencia no remite a los jóvenes con problemas de consumo de drogas
Juventud con causas delictivas	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia al tratamiento administrado por imperativo legal Cultura de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia, falta de apoyo de la familia 	

8.3 Barreras al tratamiento: Revisión de la literatura

Es escasa la literatura específicamente relacionada con las barreras que experimentan los jóvenes, especialmente dentro de los subgrupos que identifica este estudio. Esto se debe en parte a que la admisión al tratamiento dentro de la población joven se basa en un mayor grado de acceso no voluntario, donde las barreras personales podrían ser un factor menos importante. Los expertos clave citaron una gama de cuestiones relacionadas con la negativa o el temor a reconocer los problemas de consumo de drogas como barreras principales del tratamiento. Homel (citado en Spooner et al., 1996) examinó también la cuestión de esta negativa. En un estudio relativo a los consumidores de drogas ilegales entre jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 21 años, llegó a la conclusión de que “los adolescentes consumían drogas con una frecuencia que con toda probabilidad estaba incidiendo en su capacidad para funcionar de manera productiva en la sociedad, pero que esto no se consideraba un problema”. En cambio, la definición de los participantes de problema era que “... la dependencia era tan enorme que no podían dejar de consumir” (Spooner et al., 1996:3 – 15).

En lugar de preguntar a los jóvenes si habían tenido un problema de abuso de drogas, Bungey y Faulkner (citados en Spooner et al., 1996) les preguntaron si su consumo de drogas les había creado problemas en los doce meses anteriores. Esta pregunta llevó a los entrevistados a informar sobre numerosos problemas personales, legales, financieros, laborales y relacionales. Este estudio sugiere que la juventud puede identificar problemas específicos relacionados con el consumo de drogas, pero que se muestra menos dispuesta a considerar el *propio* consumo de drogas como un problema.

La literatura confirma la relevancia de los factores siguientes que los expertos clave definieron como barreras al tratamiento, p. ej., la ocurrencia simultánea de trastornos psiquiátricos y factores de riesgo (Bulkstein et al., 1989; Weinberg et al., 1998), la asociación de la influencia del grupo (Spooner et al., 1996) y la presencia de victimización en la infancia (Blood y Cornwell, 1996). Sin embargo, en la literatura, estas características no estaban claramente definidas como barreras de acceso al tratamiento, sino como factores que influyen en el resultado del mismo.

9. Prácticas óptimas: Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento

9.1. Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Los expertos clave describieron cierto número de prácticas óptimas relacionadas con la información a los posibles beneficiarios, el contacto y el compromiso de la juventud con el tratamiento. Los comentarios de los expertos clave se clasificaron en cuatro áreas generales:

- Ubicación y accesibilidad física del tratamiento
- Enfoque y filosofía de los programas
- Estrategias de información a los posibles beneficiarios de los programas
- Estructura y contenido de los programas

9.1.1. Ubicación y accesibilidad física de los programas

Los expertos clave identificaron la importancia de que el personal que trabaja directamente con los posibles beneficiarios del tratamiento esté presente en todos los lugares de la comunidad donde se reúne la juventud (centros comerciales, centros educativos, calle, centros de salud mental, clubes, instalaciones recreativas). Se puso de manifiesto una fuerte relación con la presencia del personal dentro de los centros educativos:

Con la juventud marginada, no se puede esperar que vengan; hay que ir a los centros comerciales, a los locales donde acuden, a los centros donde se dejan caer, a los centros educativos.

Se subrayó que la “información a los posibles beneficiarios” no se refiere sencillamente a una ubicación geográfica, sino que implica una determinada clase de personal y de relación con el cliente.

El personal que trabaja en la calle está al nivel de la juventud callejera; estos trabajadores muestran que se preocupan y que pueden satisfacer necesidades prácticas.

Es necesario que los programas de tratamiento del abuso de drogas desarrollen relaciones de colaboración y apoyo a largo plazo con las personas de la comunidad que trabajan directamente con la juventud, principalmente con el personal de los centros educativos. Los entrevistados identificaron la importancia de que los programas sean accesibles a algún nivel (p. ej., a través de un componente de “dejarse caer”) para la juventud, *según las necesidades*. Los jóvenes deben poder acceder a algún nivel de servicios en cualquier momento, sin restricciones de horarios de oficina. Esto es particularmente importante para la juventud callejera. Los entrevistados observaron asimismo que se deben imponer un mínimo de restricciones en la fase inicial de admisión a los servicios. La exhibición de una conducta violenta sería una de las pocas restricciones de admisión que se necesitarían para la remisión a un programa más especializado capaz de abordar las necesidades de los jóvenes con problemas graves de conducta.

9.1.2 Enfoques y filosofía de los programas

Los expertos clave describieron cierto número de elementos de prácticas óptimas relacionadas con el enfoque y la filosofía de los programas, a saber:

- un enfoque de aceptación, de respeto y de no emisión de juicios sobre la juventud
- familiaridad con la realidad y la jerga de la juventud
- las metas y el objeto del tratamiento deben estar determinados por los jóvenes y sus necesidades (centrados en el cliente)
- la importancia de establecer un entorno de tratamiento físico y emocionalmente seguro (donde los jóvenes se sientan protegidos y cómodos, y donde se satisfagan sus necesidades básicas)

9.1.3 Estrategias de información a los posibles beneficiarios de los programas

Muchos de los profesionales (profesores y asesores de los centros educativos, trabajadores de salud mental, personal que trabaja en la calle) constituyen el primer punto de contacto con la juventud. Los expertos clave subrayaron la necesidad de que el personal de los programas imparta formación y mantenga relaciones de apoyo y de colaboración con estos trabajadores, con el fin de facilitar el acceso al tratamiento. Los expertos clave identificaron igualmente una necesidad de que los programas incorporen estrategias que faciliten el acceso a miembros de la familia que puedan prestar apoyo, incluso antes del contacto con los jóvenes.

A menudo, un padre o un amigo llaman en nombre de un joven, y los organismos deberían estar dispuestos a ver a estas personas, tal vez incluso sin que el joven esté presente la primera vez.

Nuestro programa envía una carta de orientación / invitación a los padres de todos los jóvenes asociados al programa.

9.1.4 Estructura y contenido de los programas

Hubo un importante consenso en torno a dos elementos del contenido del tratamiento que apoyan el compromiso del cliente:

- La importancia de que los jóvenes se comprometan de inmediato ofreciéndoles diversas actividades recreativas que sean divertidas y no amenazadoras, y que establezcan una relación de confianza positiva entre el cliente y el personal.

Al principio, un trabajador clave se va de excursión (p. ej., en kayak) con uno o dos jóvenes. Los captamos en la calle, les ayudamos a que se desintoxiquen, conseguimos que se comprometan y luego les ofrecemos asesoramiento.

- La importancia de desarrollar y apoyar actividades de prevención basadas en los centros educativos o en la comunidad, como una “ventana” menos amenazadora a través de la cual la juventud pueda acceder al tratamiento.

Tabla 6: Prácticas óptimas relacionadas con la información a los posibles beneficiarios, contactos y compromiso con el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Área de prácticas óptimas	Temas del entrevistado
Ubicación / acceso a los programas	<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia del personal que trabaja directamente con los posibles beneficiarios del tratamiento en los lugares que frecuenta la juventud ● Desarrollar relaciones altamente eficaces de apoyo a largo plazo entre el personal y el cliente ● Apoyar las relaciones entre los programas y los centros educativos ● Ofrecer acceso inmediato (24 horas) a los jóvenes ● Utilizar los programas de prevención comunitarios como componentes básicos del acceso ● Umbral bajo de acceso (pocos criterios de admisión)
Información a los posibles beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> ● Componente de “dejarse caer” como apoyo al acceso ● Mantener redes de remisión amplias ● Formar a las fuentes de remisión ● Implicar a los miembros de la familia antes de ponerse en contacto con los jóvenes, si así se desea
Enfoque / filosofía	<ul style="list-style-type: none"> ● Personal respetuoso que no emita juicios ● Familiaridad con la realidad y la jerga de la juventud ● Tratamiento orientado al cliente ● Establecer un entorno de tratamiento seguro, estable y cómodo
Estructura / contenido de los programas	<ul style="list-style-type: none"> ● Incluir actividades recreativas (divertidas y no amenazadoras) ● Actividades de prevención basadas en los centros educativos y en la comunidad

9.2 Información a los posibles beneficiarios, contacto y compromiso con el tratamiento: Revisión de la literatura

Existe una falta de literatura específica que aborde los aspectos del tratamiento que apoyan el compromiso inicial del cliente. Spooner observó lo siguiente:

Los servicios tienden a ser poco atractivos para los adolescentes: éstos tienen miedo de la mayoría de los servicios, de los miembros del personal y de aquello que estos últimos puedan hacerles. Esto actúa a modo de barrera para la búsqueda de tratamiento y, una vez allí, los adolescentes no desean permanecer en servicios que no les gustan o donde no se sienten cómodos (Spooner, 1996:29).

Spooner llegó a la conclusión de que el escenario físico del tratamiento debe ser atractivo y no clínico, y la atmósfera relajante e informal, aunque estimulante. Brown apuntó que las instalaciones de tratamiento destinadas a servir a los adultos podrían proyectar un ambiente clínico que disuada a los clientes. Indicó asimismo lo siguiente:

La insistencia en concertar y cumplir citas debe ser sustituida por un formato de trabajo que permita que los jóvenes hagan visitas sin tener cita para obtener algunos servicios (Brown, citado en Spooner, 1996:39).

Un estudio realizado por Aquilar y Munson (1992) apoya la utilidad del ocio y la recreación como estrategias de intervención y tratamiento para la juventud con problemas de drogas y alcohol; sin embargo, no asocia estos hallazgos directamente con el compromiso del cliente con el tratamiento.

10. Conservación del cliente en el tratamiento

10.1 Conservación del cliente en el tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

10.1.1 Comentarios generales

La literatura sugiere que la conservación de los clientes en el tratamiento es una cuestión que se enmarca dentro de una gama de servicios relacionados con la salud, que incluye el tratamiento del abuso de drogas. Es un hecho generalmente aceptado que los clientes que abandonan el tratamiento en una fase temprana tienen una probabilidad mucho mayor de reincidir en el consumo problemático de drogas (Stark, citado en Spooner et al., 1996). Al mismo tiempo, se reconoce que el abandono del tratamiento es “normativo” a través de todas las modalidades de tratamiento, y que sigue siendo beneficiosa una implicación a corto plazo en el tratamiento. Los jóvenes representan un caso especial de tratamiento debido a lo siguiente:

No tienden a utilizar voluntariamente los servicios de tratamiento. La mayoría están coaccionados por la familia, los centros educativos, el sistema legal u otras figuras importantes. Con frecuencia, los adolescentes consideran que el tratamiento es inaccesible, irrelevante, aterrador, desagradable y no muy útil (Spooner et al., 1996:72).

Algunos expertos clave involucrados en este estudio se mostraron críticos con el concepto de la conservación en el tratamiento, pues creen que se trata de un enfoque “estático” que no refleja la realidad de la juventud.

Los jóvenes están atravesando un proceso – un programa no tiene que retenerlos para tener éxito.

Los jóvenes volverán a un programa si están obteniendo algo – es necesario que los programas respeten que abandonar forma parte del proceso.

Los expertos clave identificaron prácticas óptimas relacionadas con la conservación en el tratamiento en las áreas siguientes:

- valoración y admisión
- filosofía y enfoque de los programas
- información a las familias de los posibles beneficiarios
- necesidades de los grupos específicos

10.1.2 Valoración y admisión

Dos aspectos de la valoración y la admisión fueron identificados como prácticas óptimas que apoyan la conservación de los jóvenes en el tratamiento:

- La importancia de la adaptación (en una fase inicial) del cliente al tratamiento que considere y trate de adaptar la preparación del cliente de cara a los objetivos y métodos del tratamiento. Varios entrevistados recomendaron el modelo de “Fases de Cambio” como herramienta que contribuye a la adaptación del cliente al tratamiento.

Es necesario que adaptemos el tratamiento a la fase en que se encuentran los jóvenes; por ejemplo, no podemos administrar el tratamiento si los jóvenes se encuentran en la fase de contemplación previa.

- La importancia de poner a disposición, tanto del cliente como de la familia, información de admisión detallada relativa a los programas presentada de modos creativos e interesantes.

Reciben un folleto llamado “Bienvenidos a ___”, que lo explica todo, como los privilegios de uso del teléfono. No hay sorpresas.

Ofrecemos un seminario de tratamiento de un día a los chavales resistentes (al tratamiento) – participan en juegos de roles, comen pizza, hacen una evaluación y a veces se dan cuenta de que no es tan malo venir aquí.

10.1.3 Filosofía y enfoque de los programas

Existe un fuerte consenso entre los expertos clave en el sentido de que tanto una comprensión / aceptación de las reincidencias, como una orientación a la reducción de los peligros, constituyen los enfoques óptimos que apoyan la conservación de los jóvenes en el tratamiento. Este doble enfoque (aceptación de las reincidencias / utilización de un modelo de reducción de los peligros) fue descrito de diversas maneras, si bien parece incluir los elementos comunes siguientes:

- aceptación de las reincidencias de los jóvenes como una parte inevitable de su recuperación
- consideración de las reincidencias no como un fracaso, sino como una oportunidad de aprender sobre los factores que desencadenan el consumo de drogas y los modos de reducción de dicho consumo
- una necesidad de concentrarse en las metas que los clientes tienen en la vida y en el impacto que el consumo de drogas tiene en ellas, en lugar de concentrarse principalmente en el consumo de drogas
- el desarrollo de una relación de apoyo a largo plazo entre el cliente y el personal que acepte las reincidencias y las analice
- la presencia en los programas de estrategias que apoyen una renovación del compromiso de los jóvenes con el tratamiento, si y cuando la recaída haya tenido lugar

Aunado a este doble enfoque, estuvo el fuerte consenso de los expertos clave en relación con el valor del enfoque al cliente, que apoya la implicación de este último en la fijación de los objetivos y en la planificación del tratamiento.

Establecemos un contrato con el chaval – éste determina en qué va a trabajar (como reducir el consumo o afrontar a la familia), cuáles van a ser sus indicadores del éxito, la frecuencia de las sesiones – esto permite que sientan que controlan la situación.

También fue puesto de manifiesto un enfoque flexible del resultado del tratamiento. El “éxito” del tratamiento no está siempre claro. Las necesidades varían y los jóvenes aprenden a su propio ritmo.

Para diversos subgrupos de jóvenes, la estructura y la duración podrían variar – no es necesario hacer todo diferente, sino permitir que los jóvenes trabajen a su propio ritmo.

Finalmente, un enfoque respetuoso y de apoyo a los clientes por parte del personal fue descrito como uno de los factores más importantes que favorecen la conservación de los jóvenes en el tratamiento.

No puedes depender de una terapia académica si verdaderamente valoras a los jóvenes, si crees en ellos y realmente los consideras magníficos y brillantes supervivientes - hay que respetarlos realmente; así obtendrás mucho de ellos. Conseguirás que vengan y trabajen. Si se consideran valorados, se sentirán valiosos y desearán trabajar por sí mismos.

10.1.4 Información a las familias de los posibles beneficiarios

Hubo un amplio consenso entre los expertos clave en relación con la importancia de implicar activamente a la familia en el tratamiento. El compromiso como mínimo de un miembro de la familia (un hermano o uno de los padres) se considera esencial. Se reconoce que las familias tienen necesidades diversas (de terapia, educación y apoyo) que los programas deben abordar. A veces, el trabajo en una fase temprana con los padres constituye el punto de entrada al tratamiento de los jóvenes.

Podríamos trabajar año y medio con los padres o con figuras adultas de la vida de un joven y apenas ver a los chavales.

10.1.5 Contenido de los programas

Los expertos clave identificaron un amplio enfoque psicoeducativo como el modo óptimo de conservar los jóvenes en el tratamiento (véase en la Sección 12.0 información más detallada sobre los enfoques de tratamiento). A este amplio enfoque, se aúna la importancia de ofrecer un entorno de tratamiento que sea seguro y divertido, y que incorpore una gama de actividades recreativas.

10.1.6 Necesidades de los grupos específicos

En la mayoría de los casos, los comentarios generales de los expertos clave son también de aplicación a los jóvenes pertenecientes a subgrupos específicos. No obstante, se formularon varios comentarios relacionados específicamente con estos subgrupos. Los expertos clave llegaron a un consenso en el sentido de que:

- La juventud callejera / aborígen necesita, sobre todo, un entorno de tratamiento seguro y estable.

- La juventud aborígen necesita programas que incorporen las creencias y prácticas tradicionales de su comunidad. Se necesita un componente del tratamiento que aborde sus necesidades, prácticas y creencias espirituales.

**Tabla 7: Conservación del cliente en el tratamiento:
Perspectivas de los expertos clave**

Áreas de prácticas óptimas	Resumen de las perspectivas de los expertos clave
Valoración y admisión	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la adaptación adecuada del cliente al tratamiento (p. ej., intervención adaptada al modelo de Fases de Cambio) • Disponibilidad de información concreta (en una fase temprana) sobre el programa
Enfoque de los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de reducción de los peligros • Enfoque flexible y abierto • Personal respetuoso, que brinde apoyo y que se comprometa • Comprensión / aceptación y gestión de las recaídas • Orientación a metas más amplias en la vida • Personal capaz de conseguir que los jóvenes se vuelvan a comprometer con el tratamiento en el caso de una recaída
Información a las familias de los posibles beneficiario	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación de la familia (en una fase temprana) • Valorar y abordar diversas necesidades de la familia
Contenido de los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Amplio enfoque psicoeducativo • Actividades culturalmente adecuadas • Componente recreativo • Entorno seguro • Divertido, creativo

10.2 Conservación en el tratamiento: Revisión de la literatura⁶

Existe escasa literatura que aborde específicamente la conservación de los jóvenes en el tratamiento. Sin embargo, estas cuestiones se abordan a menudo a la hora de considerar los enfoques, los métodos y la eficacia del tratamiento. Dentro de la literatura orientada a los adultos, los principales predictores de conservación incluyen un mix de variables demográficas, familiares y relativas a los programas. Spooner et al. (1996) resumieron los factores más estrechamente relacionados con la conservación del cliente en el tratamiento:

- edad
- nivel de educación
- tipo de psicopatología (p. ej., depresión)
- grado de apoyo de la familia y los amigos
- nivel de abuso previo de drogas

⁶ La Sección 12 aborda asimismo cuestiones relativas a la conservación.

- condiciones de vida (estables o inestables)

Cierto número de elementos de los programas de tratamiento han sido asociados a la conservación (continuada) en el tratamiento (para los adultos), a saber:

- revisión y valoración continuas del progreso
- atención a las cuestiones psicológicas
- atención a las necesidades de la familia
- atención individual
- mayor atención a los clientes del tratamiento más recientes (en escenarios residenciales) (Condelli y De-Leon, citados en Spooner et al., 1996).

Miller (citado en Spooner et al. 1996), en una recopilación de opiniones del personal, identificó los elementos de un programa con la mayor probabilidad de conservar a los clientes jóvenes. Estos elementos incluían altos niveles de apoyo a la espontaneidad del cliente, un apoyo a la actividad del cliente y al desarrollo de su autonomía, una orientación práctica y personal de la solución de los problemas y un estímulo a la expresión de los sentimientos. Se mencionaron asimismo un nivel razonable de orden y organización, la claridad del programa y el control del personal (destinados a garantizar la seguridad de los clientes). También se pensaba que un entorno seguro era de aplicación a la conservación a más largo plazo.

Schonberg (citado en Spooner et al., 1996) observó la importancia de una cuidadosa adaptación del tratamiento al cliente a efectos de su conservación. El tratamiento de los clientes supone una valoración y una ponderación de factores múltiples, como el nivel de toxicidad, los efectos de un abandono del consumo y la consideración de cuestiones médicas, interpersonales y ambientales.

11. Principios y valores del tratamiento

11.1 Principios y valores del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Los expertos clave identificaron 12 principios filosóficos o valores operativos que en su opinión subyacen a un tratamiento acertado de los jóvenes. Algunos de estos principios ya han sido abordados (Sección 10.0), habiendo sido descritos como aplicables a todos los jóvenes en tratamiento.

Tabla 8: Principios y valores del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Principio	Comentarios de los expertos clave
1. La planificación y la administración del tratamiento deben ser altamente individualizadas, debiendo estar centradas en el cliente y dirigidas a éste. Herramientas como el modelo de "Fases de cambio" y las entrevistas motivacionales apoyan este enfoque.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaya donde, comience donde y respete donde se encuentren los jóvenes. • El tratamiento se debe diseñar para cumplir planes de tratamiento individuales y apoyar a los residentes para que alcancen sus metas.

<p>2. Si bien a veces hay una lucha entre los modelos de “reducción de los peligros” y de abstinencia, el enfoque de reducción de los peligros es más eficaz y receptivo a las necesidades de los jóvenes y a la fase de la vida en la que se encuentran. Enseñar a la juventud a “mantenerse a salvo” es la “piedra angular” de este enfoque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenga a los chavales tan seguros como sea posible en términos de reducción de los peligros. ● Si los jóvenes van a consumir, enséñeles cómo pueden hacerlo con seguridad. ● La mayoría de los sujetos vencen la adicción. Ofrecer un puesto de trabajo es garantizar que venzan su adicción sin peligro e intactos.
<p>3. El tratamiento debe ofrecer elección y basarse en ella. Es preferible un modelo ecléctico multidimensional a otro basado en un enfoque unidimensional del tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Los proveedores de tratamiento deben conocer todos los enfoques disponibles – y pasar de uno a otro, en caso necesario. ● Ofrezca un menú de oportunidades.
<p>4. El tratamiento debe considerar a los jóvenes dentro de un sistema – de familia, grupo, comunidad y otros (profesores, asesores y personal correccional).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Los chavales deben relacionarse con todos los miembros de su comunidad, por ejemplo, con la tercera edad. ● Escuche con mucha atención aquello que el cliente dice sobre la comunidad y sobre quienes son en su opinión los trabajadores de la comunidad que ellos respetan.
<p>5. El clima del tratamiento debe ser atento, respetuoso, seguro y abierto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● En nuestro programa, no hay cuestión que no se pueda poner sobre el tapete. ● Ofrézcales un sentido de comunidad, de vivir en un lugar seguro, un amor incondicional. ● Respételos como seres humanos y trátelos como tales.
<p>6. Siempre que sea posible, las familias deben jugar un papel importante en el tratamiento. Si no hay una familia “estable” por el momento, se debe crear una familia de adultos “importantes”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La familia debe participar, y si el joven no tiene familia, debemos crearle una – una “familia de elección”. Usted elige las personas de la comunidad que deben ser su familia.
<p>7. Es necesario que el tratamiento considere el yo espiritual, mental, emocional y físico y las necesidades de los jóvenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hay que dar una orientación espiritual a los chavales aborígenes. ● Lograr que asistan a sus ceremonias tradicionales
<p>8. Los programas deben adherir el principio del “tratamiento menos invasor” como primera opción (basándose en una valoración adecuada y en una adaptación del tratamiento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Un error consiste en imponer un programa de mano dura altamente intensivo.

<p>9. El personal debe respetar y valorar a los jóvenes en tratamiento, confiando en su motivación básica y valor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los chavales valen; se armarán un lío, pero saldrán adelante. • Ayude a los jóvenes a crear una historia “más consistente” de sí mismos – de que <i>son valiosos, de que van a conseguir un trabajo.</i> • Enséñeles otras maneras de verse a sí mismos.
<p>10. Siempre que sea posible, el aprendizaje debe basarse en la experiencia y tener lugar en una variedad de lugares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administre un tratamiento basado en actividades (por ejemplo, artes marciales y deportes) en la comunidad, estudiando sus intereses y empujándolos para que sigan desarrollándolos.
<p>11. El tratamiento debe estar orientado a lo positivo y no a las deficiencias de la vida de los jóvenes. El “Modelo del Poder de Recuperación” es un enfoque útil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concéntrese en lo positivo, y no en aquello que hay que solucionar. Identifique, concéntrese y consolide las fortalezas positivas de los jóvenes. • Evite pensar en las deficiencias – consolide las habilidades que ya existen. • No los etiquete como adictos – esto no les <i>da margen para mejorar.</i>
<p>12. El tratamiento debe estar orientado a la creación de habilidades específicas que mejoren la autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un objetivo clave consiste en mejorar la competencia del chico en diferentes aspectos de su vida que le ayudarán a aprender a tomar decisiones. • Ofrecer a los jóvenes una caja de herramientas que les ayude a comprender qué necesitan hacer en beneficio propio, cómo pueden tomar decisiones responsables, cómo fijar metas y alcanzarlas.

11.2 Valores y filosofía del tratamiento: Revisión de la literatura

En una revisión exhaustiva de la literatura relativa al tratamiento del abuso de drogas por la juventud, Spooner et al. (1996), conjuntamente con una amplia consulta de la comunidad y los clientes, identificaron tres principios iniciales de tratamiento dirigidos a la juventud. Según Spooner y sus colegas, los programas eficaces deben:

- Ser holísticos y exhaustivos, y abordar una variedad de problemas (p. ej., problemas prácticos, abuso infantil) por medio de una gama de estrategias (asesoramiento, formación en habilidades, apoyo y remisión).
- Abarcar la reducción de los peligros. Si bien la abstinencia sigue siendo una meta útil, la mayoría de los jóvenes no están dispuestos a cambiar sus vidas fundamentalmente; en consecuencia, la abstinencia a largo plazo es probablemente poco realista. Incluso cuando la abstinencia es una meta, se necesitan estrategias de *minimización de los peligros.*
- Ser adecuados para los jóvenes. Las necesidades y experiencias de los jóvenes difieren esencialmente de aquellas de los adultos. Debe evitarse un enfoque del tratamiento orientado a los adultos.

Spooner y sus colegas (1996) identificaron asimismo otros principios o valores de tratamiento, que incluyen la importancia de:

- un tratamiento básico en las fases de desarrollo de los jóvenes y sus necesidades
- considerar el tratamiento como un proceso, y no como una serie de acontecimientos
- comprender que el consumo de drogas tiene una función para los jóvenes. La formación en el desarrollo de habilidades y en estrategias para afrontar situaciones debe abordar estas necesidades.
- implicar a los jóvenes en el desarrollo, la aplicación y la revisión de las reglas y fronteras de los programas
- evitar las etiquetas negativas para los jóvenes en tratamiento
- diseñar un sistema de tratamiento en colaboración que libere a los jóvenes de la presión de identificar y acceder a una gama de recursos por sí mismos

Muchos de estos comentarios resumidos se reflejan en los principios de prácticas óptimas que describen los expertos clave (Sección 11.1).

Una revisión de la investigación basada en resultados realizada por Catalano (1990 – 1991) ratifica el valor del apoyo de la familia al tratamiento y la eficacia de la enseñanza de habilidades. Una revisión de la literatura relativa a la eficacia del tratamiento del abuso de drogas y alcohol realizada por Faist y Harvey-Jansen (1994) identificó también los enfoques siguientes, que apoyan los principios arriba presentados. Este estudio puso de manifiesto la importancia de:

- un tratamiento flexible
- valoraciones formalizadas que se traduzcan en una adaptación adecuada del tratamiento a los clientes
- la participación de la familia en la terapia
- la oferta de un abanico de servicios accesorios de apoyo

Un estudio más amplio llevado a cabo por Chinman y Linney (1998) identificó el modelo de capacitación (empowerment model) como útil para mejorar los resultados de los jóvenes en una variedad de escenarios de prevención e intervención. Este modelo de capacitación incluye muchos de los valores de tratamiento óptimos que los expertos clave identificaron como:

- una orientación a las fortalezas de los jóvenes, y no a sus deficiencias
- un enfoque de colaboración (centrado en el cliente) de la prevención y la intervención
- una orientación al desarrollo de habilidades que apoye la autocorrección

- la utilización de una teoría del cambio orientada al desarrollo (nuevas percepciones y capacidades conducen a un nuevo conocimiento, que conduce a nuevas elecciones)
- la valoración de las crisis y los conflictos como impulsos de la acción y el cambio
- la utilización de un lenguaje de capacitación
- la presencia de canales de apoyo (actividades, participación en la comunidad)

12. Enfoques y métodos del tratamiento

12.1 Enfoques y métodos del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

Se pidió a los expertos clave que identificasen enfoques y métodos de tratamiento eficaces que abordaran las cuestiones principales que afectan a la juventud con problemas de consumo de drogas. Dichos enfoques y métodos se analizaron en relación con las áreas de necesidad siguientes:

- problemas de salud de los jóvenes en tratamiento (p. ej., trastornos alimenticios)
- cuestiones personales, como salud mental, autoestima o necesidades derivadas de los cambios relativos al desarrollo
- cuestiones interpersonales importantes para los jóvenes (relaciones con la familia y el grupo)
- gestión y prevención de las reincidencias

12.1.1 Enfoques de tratamiento destinados a abordar cuestiones de salud física

El abuso de drogas incide directa e indirectamente en la salud de los consumidores, a pesar de que la literatura relativa al abuso de drogas aborda principalmente los efectos a largo plazo en los adultos. Los impactos en la salud varían según las sustancias consumidas, la dosis, la frecuencia y la duración del consumo, el modo de administración (de la sustancia) o los resultados del consumo.

Los problemas relacionados con la salud asociados al consumo de alcohol / drogas por los jóvenes y los adultos (resumidos por Spooner et al, 1996) incluyen los siguientes:

- reacciones a los productos químicos contenidos en las drogas
- efectos tóxicos agudos
- síntomas del abandono del consumo
- infección por el VIH
- otras infecciones virales transmitidas por la sangre (hepatitis)
- infecciones en el lugar de la inyección

- tentativas de suicidio y suicidio
- lesiones (accidentes de coche)
- trastornos de salud mental (p. ej., depresión)
- problemas y deficiencias nutricionales
- trastornos alimenticios

Un estudio australiano (English and D'Arcy, citado en Spooner et al., 1996) llegó a la conclusión de que el 18,3 % de todas las muertes ocurridas en Australia (1992) entre los jóvenes (15 – 19) estaban relacionadas con el abuso de drogas. El abuso del alcohol estaba relacionado tanto con los accidentes de coche, como con el suicidio. Las personas que realizan un consumo excesivo de drogas durante la adolescencia exhiben una tasa de mortalidad cinco veces superior al comienzo de la vida adulta. Sin embargo, muchos de los efectos adicionales del abuso de drogas en la salud tienen lugar después de años de consumo regular.

Los expertos clave identificaron los enfoques siguientes a la hora de abordar las cuestiones de salud de los jóvenes durante su tratamiento:

- una valoración exhaustiva de la salud física (que involucre a una gama de proveedores de atención sanitaria) en la admisión al tratamiento

Utilizamos una exhaustiva herramienta de diagnóstico sistemático que identifica los trastornos alimenticios y (otras) cuestiones de salud mental.

Realizamos una valoración médica antes de comenzar el tratamiento – muchos de los jóvenes están recibiendo medicación – acuden a citas (es decir, al nutricionista, al médico, al alergólogo, al psicólogo).

- una interpretación holística de la salud y su valoración (incluidos los componentes físicos, psicológicos y nutricionales)
- un componente de programa educativo específico que facilite información nutricional exhaustiva
- fácil accesibilidad por parte de los clientes y el personal a una gama de especialistas (p. ej., especialistas en trastornos alimenticios, nutricionistas)
- un enfoque cognitivo-conductual del tratamiento que ayude a los jóvenes a analizar, identificar y practicar elementos de un estilo de vida saludable. Es necesario que los programas pongan a disposición de los jóvenes una amplia variedad de información, de tal manera que éstos puedan acceder a lo que necesitan y utilizarlo.

Las cuestiones de salud han sido habitualmente enfocadas desde un ángulo educativo / conductual, que tiene sentido para un estilo de vida saludable. Por ejemplo, sexo protegido, cuidar la salud, comer, dormir y hacer ejercicio.

- la disponibilidad de asesoramiento personal que permita analizar con detenimiento las cuestiones de salud
- personal que modele elecciones de un estilo de vida saludable
- un enfoque proactivo de los recursos sanitarios. Algunos entrevistados subrayaron que les gusta acompañar a los jóvenes a las consultas de los médicos o a las clínicas, con el fin de ofrecer coordinación y apoyo.

12.1.2 Enfoques del tratamiento destinados a abordar cuestiones personales (incluidos los trastornos de salud mental)

Existe una fuerte asociación entre el consumo de drogas y los trastornos de salud mental. Se les pidió a los expertos clave que identificasen enfoques y métodos de tratamiento que abordaran eficazmente las cuestiones relacionadas con la salud mental. En la mayoría de los casos, las recomendaciones de prácticas óptimas estuvieron dirigidas a los jóvenes con trastornos menos graves (falta de confianza, baja autoestima).

Si bien hubo una gama de respuestas a esta pregunta, se llegó a un consenso en torno a un único enfoque – el método óptimo para abordar las cuestiones personales es un enfoque de creación de habilidades que apoye el desarrollo de una identidad positiva y una mejor autoestima. Los expertos clave definieron la creación de habilidades de la manera siguiente:

- Comprende cierto número de elementos que incluyen:
 - ⇒ la creación de autoestima
 - ⇒ analizar el significado de un estilo de vida saludable y su creación
 - ⇒ herramientas de aprendizaje y de gestión de la ira y el estrés
 - ⇒ habilidades de autoafirmación
- Se enseña en una variedad de lugares y escenarios utilizando miniseminarios, ejercicios creativos, terapia artística, psicodrama, asesoramiento personal, trabajo en grupo y terapia familiar
- Imparte enseñanzas culturalmente adecuadas (en el caso de las comunidades aborígenes, que incluyan habilidades y prácticas tradicionales, y que incorporen ceremonias tradicionales)
- Práctica y orientada a soluciones
- Divertida, creativa y basada en la experiencia (como artes, artesanías, juegos y otras oportunidades recreativas)

12.1.3 Enfoques del tratamiento destinados a abordar cuestiones interpersonales

Parece existir una fuerte asociación entre los problemas de consumo de drogas y las relaciones familiares problemáticas.

En un estudio realizado entre 1.483 jóvenes (de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años) que habían asistido a programas de tratamiento en Estados Unidos, el 73

% afirmaron que consumían drogas para afrontar problemas familiares o escapar de ellos, mientras que el 54 % lo hacían para “pertenecer a los amigos” (Bergmann, 1995:455). Una proporción considerable de estos jóvenes provenía de familias descritas como disfuncionales; el 24 % notificaron abuso y el 38 % abuso parental de drogas (padre).

Los expertos clave pusieron de manifiesto la importancia de incorporar a las familias en el tratamiento a través de una variedad de medios, incluidos el apoyo familiar, la terapia familiar y la educación de los padres. Las estructuras recomendadas para involucrar a las familias variaban, incluyendo los elementos siguientes:

- grupos de educación de los padres de 8 semanas (semanales)
- grupos de apoyo semanales
- seminarios o talleres de trabajo intensivos
- asesoramiento directo a las familias
- implicación en los círculos curativos de las familias

La importancia de implicar a las personas mayores y a la familia se subrayan en relación con la juventud aborigen. Un grupo más reducido de entrevistados identificaron la importancia de utilizar grupos e interacciones con otros jóvenes para apoyar el análisis de las cuestiones interpersonales (Véase la Sección 15.2).

Fomentamos el aprendizaje basado en el grupo, y utilizamos grupos de otros jóvenes para modelar y practicar las habilidades.

12.2 Prácticas óptimas destinadas a abordar la gestión y la prevención de las reincidencias

Los expertos clave consideran la prevención y la gestión de las reincidencias como parte integral del tratamiento. Se identificaron seis elementos de prácticas óptimas que apoyan la gestión o la prevención de las reincidencias:

- Un enfoque filosófico que perciba la reincidencia no como un fracaso, sino como algo probable y una oportunidad de crecimiento y cambio del cliente

Minimizar la importancia de la reincidencia – no hacer que parezca una pérdida; forma parte de la limpieza. La abstinencia podría no ser la única vía que se recorra. Si los jóvenes quieren estar completamente limpios, repase lo que ha sucedido cuando puedan aprender de ello.

- El desarrollo (con el cliente) de un plan de tratamiento y de un conjunto de metas personales - metas pequeñas alcanzables a corto plazo que sean visibles para al cliente y que apoyen sentimientos de éxito
- Una orientación a la identificación de los factores que desencadenan el consumo de drogas y a enseñar habilidades específicas y concretas que permitan gestionar el consumo en momentos críticos (es decir, cuáles son las situaciones de alto riesgo, los factores que desencadenan el consumo, las estrategias de evitación, los apoyos del entorno y los planes para gestionar las situaciones de riesgo)

- El examen de otras cuestiones relacionadas con las reincidencias (p. ej., cómo afrontar el estrés)
- El desarrollo de un sistema de asistencia posterior al tratamiento y contacto en el marco de un programa. Dicho contacto podría ser necesario durante un año, o durante más tiempo en algunos casos.
- El desarrollo de conexiones de la juventud con la comunidad (apoyo de asesoramiento, recursos recreativos y otros) que puedan servir de apoyos y oportunidades de creación de habilidades después de que el tratamiento haya terminado

Tabla 9: Enfoques y métodos de tratamiento específicos destinados a apoyar un tratamiento eficaz: Perspectivas de los expertos clave

Áreas de prácticas óptimas	Temas de los expertos clave
Cuestiones de salud física	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración exhaustiva de la salud en la admisión al tratamiento • Valoración de la salud que incluya el estado físico, psicológico y nutricional • Educación nutricional ofrecida por el programa • Fácil acceso a especialistas (p. ej., trastornos alimenticios) • Enfoque cognitivo-conductual que ayude a definir metas de salud y estilo de vida • Asesoramiento personal que analice las cuestiones de salud • Personal que modele estilos de vida saludables • Personal que ayude al cliente a acceder a los recursos sanitarios
Cuestiones de salud personal (mental), autoestima y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de creación de habilidades que: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ sea ecléctico ⇒ enseñe estilos de vida saludables, gestión de la rabia, reducción del estrés ⇒ sea práctico y orientado a soluciones ⇒ sea divertido y creativo ⇒ sea culturalmente adecuado y se presente con una variedad de lugares (asesoramiento de grupo / individual)
Cuestiones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque proactivo de la implicación de las familias en el tratamiento de una variedad de maneras • Apoyo a la interacción con el grupo (aprendizaje, modelación, apoyo)
Prevención de las reincidencias	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación filosófica de las reincidencias • Metas alcanzables a corto plazo determinadas con los jóvenes • El tratamiento analiza los factores que desencadenan la recaída y las respuestas • El tratamiento examina otras cuestiones relacionadas con las reincidencias (p. ej., el estrés) y modos de abordarlas • El programa ofrece asistencia posterior a largo plazo • Desarrollo de conexiones de los jóvenes con la comunidad, que actúa como apoyo continuado

12.3 Enfoques del tratamiento: Revisión de la literatura

Una revisión focalizada de la literatura relativa al tratamiento ratifica en líneas generales las opiniones de los expertos clave, si bien se reconoce que “es necesario incrementar considerablemente la investigación de los métodos de tratamiento antes de poder identificar y reconocer la eficiencia de un procedimiento en comparación con otro” (Spooner et al., 1996:6 – 14).

Catalano et al. (1990 – 1991) observaron que las tasas de reincidencia de la juventud posteriores al tratamiento son elevadas (35 % a 85 %), siendo el proceso de reincidencia variable.

Las recaídas pueden ser consumos puntuales infrecuentes o episodios infrecuentes de consumo excesivo durante varios días. Ninguna conduce invariablemente a un consumo compulsivo incontrolado. Algunos sugieren que estas recaídas podrían constituir incluso experiencias de aprendizaje positivas (Brownell et al. y Marlatt y Gordon, citados en Catalano et al., 1991:1005).

La investigación de los resultados de revisión del tratamiento realizada por Catalano et al. (1990 – 1991) asoció los elementos siguientes al éxito del tratamiento:

- la disponibilidad de servicios especiales que apoyen el desarrollo de las habilidades de los clientes (educación, formación, relajación, educación sexual y recreación)
- la disponibilidad de actividades recreativas activas y de oportunidades recreativas basadas en habilidades
- la participación de los padres o de una figura parental en el tratamiento (si los padres pueden contribuir de forma constructiva)
- la disponibilidad de una terapia familiar, de una terapia de conducta familiar y de enfoques estructurales / conductuales combinados

El estudio posterior al tratamiento realizado por Bergmann et al. (1995) entre 1.483 jóvenes participantes en más de 30 programas de tratamiento de pacientes internos y residenciales en América del Norte llegó a la conclusión de que los jóvenes que exhibían los resultados más precarios seis meses después del tratamiento tenían el menor número de estrategias y habilidades para afrontar las reincidencias.

Emrich (citado en Bergmann et al., 1995) encontró que una terapia y una asistencia continuadas posteriores al tratamiento de los pacientes internos son predictivas de un resultado de tratamiento acertado. El apoyo de la familia en el proceso de recuperación está asimismo firmemente asociado al éxito posterior al tratamiento. Sin embargo, Bergmann et al. (1995) observaron que la participación de la familia en el tratamiento debe ser individualizada para satisfacer las necesidades del cliente:

La participación de la familia, en general, es un predictor muy importante de un resultado positivo. Un programa familiar estructurado “de talla única” nunca alcanzará su efecto potencial en el resultado del tratamiento. Entre determinados subgrupos de varones, las cuestiones familiares principales en las cuales hay que concentrarse deben girar en torno al consumo parental de drogas, las cuestiones de abuso y el establecimiento de parámetros conductuales mientras se viva en casa que faciliten la recuperación. Para las chicas, el programa familiar podría ser más eficaz si se centra en cuestiones de

autoestima, la ansiedad y el ofrecimiento de un entorno de apoyo a la recuperación (Bergmann et., 1995:459).

En un metaanálisis combinado con una revisión de la literatura, Stanton y Shadish (citados en Weinberg et al., 1998) ratifican la superioridad de la terapia familiar (en oposición a la psicoeducación familiar o los grupos de apoyo) de la juventud en tratamiento. Joanning et al. (1992) observaron la eficacia de una terapia familiar estructural-estratégica que implique a todos los miembros de la familia, participen o no en el tratamiento. Otro éxito integrado (la terapia familiar multidimensional) ha demostrado también el éxito del tratamiento. En un estudio de grupo controlado, Azrin et al. (1994) llegaron a la conclusión de que los enfoques cognitivos-conductuales (entre los que se incluyen el modelado terapéutico, el ensayo de conductas, la autograbación y los deberes escritos en el marco de una terapia, el control de los estímulos y los impulsos, y el control y la contratación sociales) estaban asociados al éxito posterior al tratamiento.

Pese a que Spooner et al. (1996) reconocieron una falta de investigación que definiese los tratamientos eficaces, tomando como base una revisión de 17 estudios llegaron a la conclusión siguiente:

Las estrategias de tratamiento tienden a favorecer la terapia familiar, la formación en habilidades y la terapia cognitiva-conductual, elementos todos éstos que parecen tener algún efecto en el resultado del tratamiento. Sin embargo, con la terapia familiar, no todos los adolescentes cuentan con un apoyo suficiente de sus familias que facilite el resultado del tratamiento, lo cual disminuye el valor de esta forma de tratamiento en algunos adolescentes (Spooner et al., 1996:6-14).

13. Estructura, duración e intensidad de los programas

13.1 Estructura y duración de los programas: Perspectivas de los expertos clave

13.1.1 Estructura de los programas

Hubo un fuerte consenso entre los expertos clave en el sentido de que el tratamiento de los jóvenes debería separarse del tratamiento de los adultos. Las razones de una separación clara incluyen las siguientes:

- la necesidad de que el tratamiento de los jóvenes se centre en cuestiones de desarrollo que no interesan a los adultos
- la incapacidad de los jóvenes para analizar “cuestiones de la infancia” que son importantes para los adultos
- las diferencias en la motivación que tienen los adultos y los jóvenes respecto al tratamiento
- las diversas perspectivas que tienen los adultos y los jóvenes de la vida y las necesidades
- el riesgo de que la juventud sea explotada en escenarios de tratamiento de adultos

Un segundo elemento de prácticas óptimas que definieron los expertos clave fue la importancia de la “adaptación” del tratamiento al cliente. Las opciones de tratamiento deben ser flexibles y estar basadas en una valoración de las necesidades y la motivación de los jóvenes. Los expertos clave identificaron también la necesidad de un *continuo* de servicios, que incluirían los siguientes:

- servicios de desintoxicación
- información a los posibles beneficiarios en la calle
- prevención
- servicios residenciales
- tratamiento de día para pacientes externos
- asistencia continuada

Se describió que dicho continuo de servicios debía iniciarse con el nivel de servicios menos invasivo, para después pasar a un nivel más invasivo.

La mayoría de los entrevistados describieron todos los modos de tratamiento como válidos, concluyendo que la forma de tratamiento específica se debe determinar conforme a las necesidades individuales. Un pequeño grupo de entrevistados identificó el tratamiento de pacientes externos como la forma más eficaz de tratamiento para la mayoría de los jóvenes, porque permite que los clientes practiquen habilidades y estrategias que les permitirán afrontar la vida en escenarios realistas. Los jóvenes que más probabilidades tienen de necesitar tratamiento residencial son aquellos que:

- aspiran disolventes
- provienen de familias donde los padres abusan de drogas, o donde hay un nivel alto de desatención
- tienen una aflicción no resuelta debido a cuestiones históricas de abuso
- han tenido un éxito limitado en un tratamiento en el pasado debido a la presencia de otras cuestiones que se podrían minimizar en un escenario residencial

13.1.2 Duración de los programas

Se formuló un abanico de recomendaciones relacionadas con la duración óptima del tratamiento. Los expertos clave subrayaron que no existe un enfoque “que determine con precisión” la duración del tratamiento, dependiendo ésta de las necesidades del cliente, de su fase de desarrollo y de la “fase de cambio”. Hubo consenso general en el sentido de que la duración del tratamiento de los pacientes externos se debiera situar en una gama de entre tres y seis meses que *no* incluyan forma estructural alguna de asistencia continuada.

La duración varía en función de las necesidades – algunos chavales necesitan meses o años de tratamiento de día; otros necesitan dos o tres meses de tratamiento residencial o algún tratamiento a largo plazo hasta de seis meses,

mientras que otros necesitan al menos 30 días, además de asistencia posterior continuada.

Tenemos un programa modular rotativo, es decir, un mes de tratamiento curativo aborígen, un mes en habilidades para la vida, un mes en estrategias específicas de reducción de los peligros, de tal manera que los jóvenes acuden al programa en cualquier momento.

Los expertos clave observaron que los grupos específicos (p. ej., los jóvenes que aspiran disolventes) podrían necesitar hasta dos años de tratamiento.

Tabla 10. Estructura, duración e intensidad de los programas: Perspectivas de los expertos clave

Áreas de prácticas óptimas	Temas de los expertos clave
Estructura de los programas	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento de los jóvenes separado del tratamiento de los adultos ● La adaptación al cliente determina el tipo de tratamiento ● Necesidad de un continuo de servicios ● Primero el tipo de tratamiento menos invasivo ● Los tratamientos de pacientes externos y residenciales son útiles ambos para clientes diferentes ● El tratamiento de pacientes externos es más útil para la práctica de habilidades ● El tratamiento residencial es mejor para los clientes con trastornos o cuestiones más severos (p. ej., familias que no brindan apoyo, aspiración de disolventes)
Duración de los programas	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque no normalizado, basado en las necesidades del cliente y en su fase de cambio ● 3 – 6 meses como mínimo para los pacientes externos ● Otros (p. ej., aquellos que aspiran disolventes) 1 – 2 años ● Crítica continuada (hasta 1 año)

13.2 Estructura, duración e intensidad de los programas: Revisión de la literatura

El impacto de la estructura del tratamiento (programas residenciales, no residenciales o de día) en los resultados del tratamiento ha sido motivo de controversia en la literatura. En una revisión de nueve estudios importantes que examinan el impacto del tratamiento residencial frente al tratamiento de una sesión, Spooner et al. (1996) encontraron que no existe evidencia que sugiera que el tratamiento residencial es más eficaz que la intervención de una sesión en el tratamiento de la dependencia del alcohol. Los autores llegan a la conclusión siguiente:

El argumento de que el tratamiento residencial se debe mantener como sostén principal de la intervención contra la dependencia de drogas en los adolescentes o en los adultos no es convincente. Sin embargo, hay argumentos válidos a favor de la utilización de las instalaciones residenciales para el cliente sin techo, o cuyo entorno habitual lo induzca de tal manera el consumo de drogas, que una forma de asistencia residencial sería adecuada (Spooner et al. 1996:6 – 9).

En una revisión de varios estudios de tratamiento de los adultos, Catalano et al. (1990 – 1991) encontraron que la duración del tratamiento guardaba una mayor relación con el éxito del tratamiento en los clientes residenciales que en los pacientes externos. Feigelman et al. (1988) llegaron a la conclusión de que los jóvenes que habían seguido un tratamiento más prolongado (1 año en comparación con 6 meses) consumían menos drogas después del tratamiento y tenían menos problemas asociados. No obstante, el tiempo de tratamiento era menos importante que otras variables de los programas (p. ej., las características del personal).

14. Servicios de apoyo: Tipo e integración

14.1 Servicios de apoyo necesarios: Perspectivas de los expertos clave

Los expertos clave llegaron a un consenso general en el sentido de que un tratamiento acertado de los jóvenes es holístico, ecléctico y abarca una gama de servicios asociados. Se pidió a los expertos clave que identificasen los servicios accesorios más decisivos:

- servicios de salud mental especializados y conexiones con terapeutas clínicos y psiquiatras infantiles
- servicios sanitarios (que aborden las cuestiones de salud física en general)
- servicios educativos (gama completa de servicios educativos y apoyo desde apoyo en los centros educativos hasta estudio y tutoría domiciliaria)
- servicios de apoyo en materia de vivienda que ofrezcan una vivienda estable y segura a la juventud callejera
- servicios recreativos que apoyen la creación de habilidades
- servicios aplicables directamente a los jóvenes inuitas y de las Primeras Naciones que enseñen y aborden cuestiones lingüísticas, y faciliten prácticas y vinculaciones de apoyo cultural (p. ej., prácticas espirituales y tradicionales)
- Trabajo y formación de aprendizaje

14.2 Integración óptima de los servicios: Perspectivas de los expertos clave

Los expertos clave identificaron varias maneras de integrar estos servicios de apoyo decisivos. La opción de integración de los servicios recomendada con más frecuencia es un modelo de gestión de casos que reúne a los actores principales utilizando un enfoque coordinado centrado en las necesidades individuales de los jóvenes.

Necesitamos equipos multidisciplinarios (las personas en la vida de los jóvenes) – los profesores, los funcionarios de libertad condicional – se deben reunir con los jóvenes para abordar los problemas y buscar soluciones.

Una persona – una persona importante – debe organizar a los actores.

Otras recomendaciones relativas a la integración de los servicios son las siguientes:

- el desarrollo de servicios exhaustivos por parte del organismo que ofrece el tratamiento
- la utilización de los sistemas existentes (p. ej., los centros educativos) como “puertas” de acceso a otros recursos (p. ej., servicios recreativos)
- la integración de los servicios y recursos específicos al programa (p. ej., el centro educativo y los servicios recreativos). Otros organismos podrían gestionar estos servicios, pero bajo el paraguas del programa de tratamiento.

No se encontró literatura específica que describiese prácticas óptimas relacionadas con la identificación y la integración de los servicios accesorios destinados al tratamiento de los jóvenes.

15. Prácticas óptimas adicionales: Perspectivas de los expertos clave

15.1 Características del personal

Se pidió a los expertos clave que identificasen otros elementos del tratamiento asociados a resultados positivos no analizados en las áreas amplias antes descritas. Fue descrita una gama de prácticas óptimas, muchas de las cuales eran una réplica de temas anteriores (p. ej., la reducción de los peligros, la adaptación del tratamiento a los clientes). Un tema nuevo importante que emergió fue la importancia de las *características específicas del personal como factor* relacionado con el resultado del tratamiento y su éxito. Se describieron las cualidades del personal en relación con su actitud, antecedentes y habilidades. En términos de actitud, los expertos clave describieron que los terapeutas más eficaces son capaces de lo siguiente:

- mostrar respeto y confianza
- minimizar la estructura de poder jerárquico y trabajar en colaboración con los jóvenes

Los trabajadores deben ser respetuosos. Tienen que elegir trabajar con la juventud y desear hacerlo, y les tiene que gustar. Todo lo demás se puede enseñar, pero esto no. Como adultos, es necesario que sepamos sentirnos cómodos cuando los jóvenes nos desafían; no podemos entrar en luchas de poder.

- crear y mantener con los clientes una relación positiva a largo plazo (incluso una vez finalizado el programa)
- aceptar las reincidencias y no definir las como un fracaso
- ayudar a los jóvenes a redefinirse a sí mismos de nuevas y más positivas maneras
- modelar un estilo de vida positivo y saludable

El aspecto más importante de los antecedentes del personal que definieron los expertos clave fue su capacidad para hablar con familiaridad (y experiencia) de cuestiones de importancia para la juventud. Se destacaron la familiaridad directa con distintas culturas y cuestiones relacionadas con la orientación sexual. En términos de

habilidades específicas del personal, los entrevistados subrayaron la necesidad de que el personal:

- esté formado y cualificado
- comprenda las cuestiones de desarrollo y los cambios de los jóvenes
- comprenda las herramientas conceptuales, como el modelo de “Fases de Cambio” y la realización de entrevistas motivacionales

15.2 Implicación de adultos sanos / terapia de grupo

Los expertos clave pusieron de relieve dos aspectos del tratamiento:

- la importancia de involucrar a otros adultos sanos compatibles en el tratamiento de los jóvenes (además de la familia)
- el valor de la terapia de grupo como método de tratamiento importante

Los expertos clave favorecieron la terapia de grupo en comparación con la terapia personal. Relaciones positivas de apoyo por medio de trabajo de grupo fueron consideradas un componente muy valioso de la práctica clínica. Sin embargo, también se puso de manifiesto que no a todos los jóvenes le van bien los grupos.

15.3 Ampliación del ámbito de disponibilidad del tratamiento

Los expertos clave mencionaron igualmente la inexistencia de determinados tipos de recursos y opciones de tratamiento para la juventud, lo cual dificultaba la consecución del éxito. Se observaron brechas específicas en las áreas siguientes:

- una falta de tratamiento residencial, especialmente de recursos de base regional
- tratamiento específico para los jóvenes con síndrome de alcoholismo fetal / efectos de alcoholismo fetal
- acceso fácil y oportuno al tratamiento
- tratamiento destinado a la juventud gay y lesbiana
- tratamiento destinado específicamente a jóvenes de uno u otro sexo

**Tabla 11: Elementos adicionales de las prácticas óptimas:
Perspectivas de los expertos clave**

Áreas de prácticas óptimas	Temas de los expertos clave
Características del personal	Actitud: <ul style="list-style-type: none"> ● Respetuoso, que muestre confianza ● Que minimice la estructura de poder ● Que cree una relación positiva durante y después del programa ● Que ayude a los jóvenes a redefinir un nuevo yo positivo ● Que modele un estilo de vida saludable Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> ● Formado / cualificado ● Que comprenda a la juventud y sus cuestiones de desarrollo Antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento de las cuestiones importantes para los jóvenes (p. ej., cuestiones culturales, orientación sexual)
Cuestiones adicionales	<ul style="list-style-type: none"> ● Los jóvenes necesitan en su vida modelos de roles adultos no familiares ● Valor de la terapia de grupo ● Necesidad de abordar las brechas en los servicios <ul style="list-style-type: none"> ⇒ residenciales ⇒ síndrome de alcoholismo fetal / efectos de alcoholismo fetal ⇒ mayor accesibilidad ⇒ tratamiento para la juventud gay y lesbiana ⇒ tratamiento destinado a jóvenes de uno u otro sexo

15.4 Prácticas óptimas adicionales: Revisión de la literatura

15.4.1 Características del personal

La calidad del personal / relación con el cliente ha sido identificada en la literatura como un determinante importante del éxito del tratamiento. En una revisión de varios estudios, Russell (1990) describió características específicas del tratamiento que es probable que estén relacionadas con programas acertados de tratamiento de los jóvenes, llegando a la conclusión de que el personal eficaz exhibe las características siguientes:

- comprometido con los clientes
- relajado y afectuoso
- capaz de ser espontáneo
- objetivo
- simpático
- capaz de “ponerse al nivel” de los adolescentes
- haber superado sus propias cuestiones de adolescencia, pero capaz de recordarlas y de ser receptivo a las mismas

- capaz de proyectar confianza

Alexander et al. (en un estudio citado por Russell, 1990) indicaron que la calidad global de la relación del personal con los clientes representa la mayor varianza en los resultados. Alexander et al. (citado por Russell, 1990) llegaron a la conclusión de que las habilidades de relación combinadas con una agenda bien estructurada y un marco de programa operacional son ambas esenciales para el éxito del tratamiento. Spooner et al. (1996) intentaron también definir las características del personal asociadas a resultados óptimos. Las características resumidas de varios estudios incluyen las siguientes:

- sentido del humor
- capacidad para dar aliento y reforzar una conducta positiva
- una falta de confrontación y franqueza
- capacidad para desarrollar una relación cálida y de apoyo con los clientes

Luborsky (citado por Spooner et al., 1996) encontró que la capacidad de un terapeuta para entablar una relación cálida y de apoyo con el cliente, junto con una “alianza provechosa” en una fase temprana del tratamiento, guarda una correlación importante con el resultado. Descubrió asimismo que la coherencia al aplicar procedimientos de tratamiento establecidos está igualmente correlacionada con el éxito del tratamiento.

Un estudio comparativo (McLellan et al., citado en Spooner, 1996), de cuatro “tipos” diferentes de proveedores de tratamientos encontró que los más eficaces estaban mejor organizados, veían a los clientes con frecuencia, llevaban mejores notas de los casos, eran más coherentes en su aplicación de las políticas de los programas y remitían a los especialistas con frecuencia. Los asesores *más* eficaces anticipaban los problemas en la vida de cada uno de sus clientes, y desarrollaban estrategias en colaboración con estos últimos con vistas a ayudarles a solucionar estos problemas.

En un estudio realizado por Friedman y Glickman (citado en Catalano et al., 1990 – 1991), se estableció una correlación de 65 variables de los programas con los resultados del tratamiento. Las variables relacionadas con el personal que exhibían una correlación importante con el éxito del tratamiento fueron las siguientes:

- el número de años que los asesores habían trabajado en el campo del asesoramiento
- el número de personal voluntario en contacto directo con los clientes
- el grado de utilización por los asesores de un enfoque de solución de los problemas prácticos con el cliente

16. Evaluación de los resultados del tratamiento

16.1 Evaluación de los resultados del tratamiento: Perspectivas de los expertos clave

La orientación de este informe ha residido en identificar prácticas óptimas asociadas al éxito del tratamiento. Se pidió a los expertos clave que definiesen un “tratamiento acertado” especificando indicadores de resultados que demostraran el éxito. A pesar de que la reducción del consumo de drogas sigue siendo un indicador importante del éxito desde el punto de vista de numerosos expertos clave, la mayoría consideran que el éxito desde una perspectiva más compleja y multidimensional. Otras variables de evaluación del éxito identificadas por los expertos clave incluyen las siguientes:

- mejoras de la calidad de vida del cliente en general (p. ej., estado de salud)
- una autovaloración más positiva (por el cliente)
- el logro de los resultados establecidos por el cliente / capacidad para alcanzar una gama de metas autodeterminadas en una variedad de áreas de la vida

El éxito varía; podría residir en aprender cómo pagar el alquiler.

Cada éxito supone un factor de estabilidad – aumenta el pronóstico de salir indemne.

- mejoras del conocimiento sobre los impactos de las drogas
- una menor implicación del cliente en causas delictivas
- una mayor conservación en los centros educativos y una capacidad para funcionar bien en estos últimos
- la satisfacción del cliente con el programa de tratamiento
- la asistencia al tratamiento y el cumplimiento del mismo
- la mejora en la capacidad para hacer frente a la vida en general – capacidad para funcionar en muchas áreas de la vida (relaciones de grupo, asistencia al centro educativo, vivienda)
- la capacidad para reducir los peligros de las drogas y autoprotegerse
- la mejora de las relaciones familiares

Los expertos clave están en general de acuerdo con que los indicadores de resultados no son uniformes, debiendo ser definidos por el cliente. No hubo acuerdo en cuanto a la ponderación comparativa de estas variables.

17. Elementos de los programas modelo

La tabla siguiente ofrece un resumen de los elementos de los programas que según los expertos clave exhiben la mayor probabilidad de alcanzar resultados positivos para los clientes en tratamiento. El texto ofrece detalles sobre estos elementos.

Tabla 12: Elementos de los programas modelo: Perspectivas de los expertos clave

Componente del tratamiento	Accesibilidad	Enfoque y filosofía de los programas	Valoración / admisión	Métodos	Información general a los posibles beneficiarios	Relaciones entre el personal y el cliente	Implicación de la familia
Principios subyacentes (todos los componentes)		<p>Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Es altamente individualizado y centrado en el cliente ● Apoya el modelo de reducción de los peligros ● Apoya un menú de enfoques y métodos ● Trata a los jóvenes dentro de un sistema de relaciones ● Ofrece un tratamiento seguro y respetuoso ● Implica a las familias ● El tratamiento incluye elementos físicos, emocionales y espirituales ● Ofrece un tratamiento menos invasivo inicialmente ● El personal respeta el valor básico de los jóvenes ● El aprendizaje se basa en la experiencia ● Se basa en los puntos positivos y no en las deficiencias ● Se basa en la creación de habilidades, lo cual potencia la autoestima 					
Fase de compromiso del cliente	<ul style="list-style-type: none"> ● Personal visible en los sitios que frecuenta la juventud ● Acceso inmediato (24 horas) ● Bajo umbral de criterios de admisión ● El programa tiene un componente de "dejarse caer" 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa desarrolla actividades de prevención como una "puerta" a los servicios que ofrece ● Los servicios del programa se ofrecen en un entorno seguro, estable y cómodo ● El programa está centrado en el cliente 		<ul style="list-style-type: none"> ● El programa ofrece actividades recreativas que no son amenazadoras ● Utiliza las conexiones con la comunidad y actividades de prevención basadas en los centros educativos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo / formación a los profesionales de los centros educativos y otros profesionales clave ● Amplias y bien mantenidas redes de remisión 	<ul style="list-style-type: none"> ● El personal de los programas está preparado para una relación a largo plazo ● Personal respetuoso que no emite juicios ● El personal comprende la realidad de la juventud 	Implicación temprana de los miembros de la familia
Conservación del cliente		<ul style="list-style-type: none"> ● El programa utiliza el modelo de reducción de los peligros ● El programa es flexible 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa adapta el tratamiento al cliente 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa utiliza un enfoque psicoeducativo ● Ofrece actividades culturalmente adecuadas ● Ofrece actividades recreativas ● Es divertido para los clientes 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa ofrece información concreta sobre los servicios que es honesta, creativa y anterior a la admisión 	<ul style="list-style-type: none"> ● El personal es respetuoso y brinda apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa implica a las familias ● Aborda las necesidades de las familias utilizando una variedad de enfoques

Tabla 12: Elementos de los programas modelo: Perspectivas de los expertos clave (continuación)

Componente del tratamiento	Accesibilidad	Enfoque y filosofía de los programas	Valoración / admisión	Métodos	Información general a los posibles beneficiarios	Relaciones entre el personal y el cliente	Implicación de la familia
Tratamiento específico Enfoques y Métodos		Un enfoque cognitivo-conductual ayuda a los jóvenes a determinar y a probar elecciones de estilo de vida saludables <ul style="list-style-type: none"> ● Los enfoques de creación de habilidades mejoran la autoestima ● El programa adhiere a una aceptación filosófica de las reincidencias 	Valoración exhaustiva y multidimensional de la salud ofrecida en la admisión	<ul style="list-style-type: none"> ● Se ofrece información nutricional ● La terapia de grupo es la opción preferida ● El asesoramiento personal es óptimo para analizar las cuestiones de salud personal ● La creación de habilidades enseña a reducir el estrés, habilidades para la vida y gestión de la rabia ● Las habilidades se enseñan de una variedad de maneras (grupo, asesoramiento individual, métodos creativos) ● La creación de habilidades ofrece información sobre habilidades culturales ● Se analizan los factores que desencadenan las reincidencias ● El personal utiliza el modelo de “Fases de Cambio” y entrevistas motivacionales ● La prevención de reincidencias se incorpora al plan de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ● El programa facilita el acceso a especialistas ● El personal conecta a los clientes con recursos recreativos orientados a la salud y otros recursos ● Se ayuda activamente a los clientes a acceder a los recursos ● Desarrollo de conexiones con actividades recreativas continuadas de la comunidad ● El personal está preparado para entablar una relación a largo plazo ● El personal acepta las reincidencias ● El personal tiene experiencia con los antecedentes culturales de los clientes ● El personal está formado y cualificado ● El personal comprende las fases de desarrollo de los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> ● El personal modela elecciones de estilo de vida saludable ● El personal muestra respeto y confianza ● El personal minimiza una relación de poder desigual 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las familias están implicadas a lo largo de la terapia, el apoyo o la educación ● Se ofrecen una variedad de formatos de apoyo y educación

Tabla 12: Elementos de los programas modelo: Perspectivas de los expertos clave (continuación)

Componente del tratamiento	Accesibilidad	Enfoque y filosofía de los programas	Valoración / admisión	Métodos	Información general a los posibles beneficiarios	Relaciones entre el personal y el cliente	Implicación de la familia
Estructura y duración de los programas		<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento es específico a los jóvenes • Continuo de servicios disponibles • El tratamiento de pacientes externos es preferible para comprobar las habilidades • El tratamiento residencial es adecuado cuando las necesidades son importantes • No hay una duración definida con claridad • 3 - 6 meses podrían ser necesarios para los pacientes externos • Unas atención continuada es decisiva 		<ul style="list-style-type: none"> • Se consideran las necesidades de los clientes, la fase de desarrollo y la fase de cambio 	<p>Diferentes modelos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios integrados a través de la coordinación de casos • Se accede a los servicios directamente a través de la comunidad • El programa ofrece todos los servicios 		
Servicios de apoyo integrados durante el tratamiento					<p>Servicios accesorios integrados en la vida del cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental • Gama de servicios de salud (física) • Servicios educativos / centros educativos • Vivienda • Servicios recreativos • Servicios espirituales y tradicionales para los jóvenes aborígenes • Formación en aprendizaje para conseguir un trabajo 		
Atención continuada				<ul style="list-style-type: none"> • Se organiza una atención continuada específica • Podría necesitarse atención continuada durante un año • Se alienta a los clientes a considerar las reincidencias como una oportunidad de aprendizaje • Los clientes utilizan habilidades de prevención de reincidencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Los clientes están conectados con servicios continuados de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • La relación posterior al tratamiento continúa 	

18. Bibliografía seleccionada

Addictions Foundation of Manitoba (1997). *Student Survey. Alcohol and Other Drugs: 1997*. Highlight Report, Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba.

Adlaf, Edward M., Frank J. Ivis and Reginald G. Smart (1997). *Ontario Student Drug Use Survey 1977- 1997*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Adlaf, Edward M., Angela, Paglia, and Frank J. Ivis (1999). *Drug Use Among Ontario Students 1977 - 1999. Findings from the OSDUS*. CAMH Research Document Series No. 5 Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Aquilar, Teresita and Wayne Munson (1992). "Leisure education and counselling as intervention components in drug and alcohol treatment for adolescents." *Journal of Alcohol and Drug Education*, 37, 3 (Spring): 23 - 34.

Azrin, N.H., B. Donahoe, E. Kogan, V. Bisalel, and R. Acierno (1994). "Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study." *Journal of Child Substance Abuse*, 3, 3: 1 -16.

Beauvais, Fred (1992a). "Characteristics of Indian youth and drug use." *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 5, 1: 51 -67.

Beauvais, Fred (1992b). "The consequences of drug and alcohol use for Indian youth." *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 5, 1: 32 - 37.

Bell, Tammy (1995). "Whatever happened to adolescent treatment? Feeling the backlash of treatment." *Professional Counsellor*, 10, 6: 12.

Bergmann, P.E., M.B. Smith and N.G. Hoffman (1995). "Adolescent treatment: Implications for assessment, practice guidelines and outcome management," *Pediatric Clinics of North America*, 42, 2: 453 - 472.

Blood, L. and A. Cornwell (1996). "Childhood sexual victimization as a factor in the treatment of substance misusing adolescents." *Substance Use and Misuse*, 31, 8: 1015 - 1039.

Bukstein, O., D. Brent, and Y. Kaminer (1989). "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents." *American Journal of Psychiatry*, 146, 9: 1131 - 1141.

Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction Research Foundation (1997). *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs 1997*, Toronto. Published jointly by CCSA and ARF.

Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health (1999). *Canadian Profile 1999: Alcohol, Tobacco and Other Drugs, Toronto (1999)*. Published jointly by CCSA and CAMH.

Caputo, T., R. Weiler and J. Anderson (1997). *The Street Lifestyle Study*. Ottawa: Health Canada.

Catalano, R., J. Hawkins, E. Wells, J. Miller, and D. Brewer (1990 -1991). "Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse and promising approaches for relapse prevention." *International Journal of the Addictions*, 25, 9A and 10A: 1085 - 1140.

- Chinman, M.J., and J.A. Linney (1998). "Toward a model of adolescent empowerment: Theoretical and empirical evidence." *Journal of Primary Prevention*, 18, 4: 393 - 413.
- Eliany, M. and B. Rush. (1992) "How Effective are Alcohol and Other Drug Prevention and Treatment Programs? A Review of Evaluation Studies." *A Canada's Drug Strategy Baseline Report*. Ottawa.
- Faist, R. and Z. Harvey-Jansen (1994). *Adolescent Alcohol and Drug Treatment Effectiveness: A Literature Review*. Alberta: Alberta Alcohol and Drug Commission.
- Fast, Diane, J. Conry, and C. Looch (1999). *Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome and Other Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders in the Juvenile Justice System*. Prairie Province Conference on Fetal Alcohol Syndrome. Alberta.
- Feigelman, W., M. Hyman, and K. Amann (1988). "Daycare treatment for youth multiple drug abuse: A six year follow-up study." *Journal of Psychiatric Drugs*, 20, 4 (Oct - Dec): 385 - 395.
- George, M. and H. Skinner (1991). "Assessment," in H. Annis and C. Davis (eds.), *Drug Use by Adolescents*, Toronto: Addiction Research Foundation.
- Government of Newfoundland and Labrador (1996). *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey 1996: Summary Report*. St-John's. Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health Addiction Services.
- Greenbaum, P., L. Foster-Johnson, and A. Petrila (1996). "Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions." *American Journal of Orthopsychiatry*, 66: 52 - 60.
- Greene, J., S. Ennett, and C. Ringwalt (1997). "Substance use among runaway and homeless youth in three national samples," *American Journal of Public Health*, 87, 2: 229 - 235.
- The Task Force on *HIV, AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan* (1997). Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse and the Canadian Public Health Association.
- Health Canada (1997). *Meeting the Needs of Youth-at-Risk in Canada: A Summary of the Learnings*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-421/1998E.
- Health Canada (1997). *Meeting the Needs of Youth-at-Risk in Canada: Learnings from a National Community Development Project*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-411/1997E.
- Health Canada (1997). *Tips: For Working with Youth in Community Development Projects*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-411/1-1997E.
- Health Canada (1998). *Canada's Drug Strategy*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-440/1998E.
- Health Canada (1999a). *Best Practices – Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-438/1998E.

- Health Canada (1999b). *Statistical Report on the Health of Canadians*. Ottawa: Statistics Canada, Cat. # 82-570-XIE.
- Health Canada (1999c). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-498/1999E.
- Health Canada (1999). *HIV/AIDS & STD Epi Updates*. Bureau of HIV/AIDS, STD & TB, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada, May.
- Health Canada (2000). *HIV and AIDS in Canada, Surveillance Report to June 30, 2000*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Hewitt, David, G. Vinje and P. MacNeil (1995). *Horizons Three: Young Canadians' Alcohol and Drug Use: Increasing Our Understanding*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Cat. # H39-307/3-1996E.
- Jessor, Richard (1991). "Adolescent development and behavioural health." In *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*. H. Annis and C. David (eds.) Toronto: Addiction Research Foundation.
- Joanning, H., W. Quinn, F. Thomas, and R. Mullen (1992). "Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy and family drug education." *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 4: 345 - 356.
- Knapp, J. E., D. Templer, W. Cannon and S. Dobson (1991). "Variables associated with success in an adolescent drug treatment program," *Adolescence*, 26, 10: 305 - 317.
- Lewis, R A., F. Piercy, D. Sprenkle and T. Trepper (1990). "Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents," *Journal of Adolescent Research*, 5, 1: 82 -95.
- Marshall M. and Marshall S. (1993). "Homogeneous versus heterogeneous age group treatment of adolescent substance abusers." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 2: 199 - 207.
- National Institute on Drug Abuse (1995). *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities, Abstract*. Washington: U.S. Dept. of Health and Human Services.
- O'Connell, D (1989). "Teaching the high risk adolescent: A survey of effective programs and interventions." *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2, 1: 49 - 69.
- Ogborne, A (1995). Characteristics of youth and young adults seeking residential treatment for substance use problems: An exploratory study." *Addictive Behaviours*, 20, 5: 675 - 679.
- Ogborne, Alan (1997). "Justice system clients of a Toronto youth addiction treatment program." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23: 335 - 341.
- Poulin, C., L. Van Til, B. Wilbur, B. Clarke, C.A. MacDonald, A. Barcelo, and L. Lethbridge (1999). "Alcohol and other drug use among adolescent students in the Atlantic Provinces", *Canadian Journal of Public Health*, 90, 1: 27 - 29.
- Province of Nova Scotia (1998). *Student Drug Use 1998*. Highlight Report. Halifax.

- Roy, Elise (1994). "Youth, alcohol, drugs and HIV: Targeting vulnerable populations," In *Second National Workshop in HIV, Alcohol and Other Drug Use*. Proceedings. Edmonton, Alberta: Co-hosted by Health Canada, Canadian Centre on Substance Abuse, Alberta Alcohol and Drug Commission and Alberta Health AIDS Program, Feb. 1994: 64 - 67.
- Roy, E. (1999). «Injection de drogues chez les jeunes de la rue ». Presentaciones efectuadas en la reunión sobre el tema *Drogues par injections - enjeux pour la société*, que tuvo lugar en Montreal, del 12 al 14 de marzo de 1999.
- Russell, A (1990). *Adolescent Substance Abuse Treatment*. Alberta: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
- Scheier, L., G. Botvin, and E. Baker (1997). "Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: A prospective analysis," *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 6: 652 - 667.
- Smart, R. and V. Jansen (1991). "Youth substance abuse," In *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*, H. Annis and C. Davis (eds.), Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smart, R. and A. Ogborne (1994). "Street youth in substance abuse treatment: Characteristics and treatment compliance." *Adolescence*, 29, 115, Fall: 733 - 745.
- Spooner, C., J. Howard, and R. Mattick (1996). *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Sweet, E. S. (1991). "What do adolescents want? What do adolescents need? Treating the chronic relapser." *Journal of Adolescent and Chemical Dependency*, 1, 4: 1 - 8.
- Travers, R. and M. Schneider (1996). "Barriers to accessibility for lesbian and gay youth needing addictions services," *Youth and Society*, 27, 3: 356 - 378.
- Varcoe, Colleen (1998). From "*Better Than Nothing*" to "*Best Practices*": A Background Paper on "*Best Practices*" in Health Care in Relation to Violence Against Women, Victoria. Ministry Advisory Council on Women's Health, British Columbia Ministry of Health.
- Weinberg, N.Z., E. Rahdert, J. Colliver, and M. Glantz (1998). "Adolescent substance abuse: Review of the past 10 years," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 3: 252 - 261.
- Westermeyer, Joe (1997). "Substance use disorders among young minority refugees: Common themes in a clinical sample," *Substance Use and Misuse*, 32, 12 and 13: 1979 - 1984.
- Wilkinson, D. A. and Garth Martin (1991). "Intervention methods for youth with problems of substance abuse." In H. Annis and C. Davis (eds.). *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*. Toronto: Addiction Research Foundation.