

Tratamiento por drogas y participación en un programa de Doce-pasos: los efectos aditivos de la integración de actividades en la recuperación

Robert Fiorentine, Ph.D. - Maureen P. Hillhouse, Ph.D.

Resumen

El considerable aumento del número de programas de Doce-pasos y del número de participantes suscita cuestiones referentes a la participación del cliente en el tratamiento por drogas y en programas de Doce-pasos, los efectos separados y combinados sobre la recuperación. Las conclusiones del estudio de los resultados de un tratamiento indican que más que alternativas de recuperación, los tratamientos de drogas y los programas de Doce-pasos se utilizan por los clientes como actividades integradas de recuperación. Los participantes en tratamiento comprometidos con un programas de Doce-pasos antes del tratamiento permanecieron más tiempo en tratamiento y tuvieron más probabilidades de completar el programa de 24 semanas. Tanto el compromiso con un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento y la duración de la participación en el tratamiento de drogas se asocian con el compromiso posterior con los Doce-pasos. Algo más importante, hay un efecto aditivo de estas actividades de recuperación en aquellos que participaron simultáneamente en el tratamiento por drogas y en el programa de Doce-pasos, tenían una mayor porcentaje de abstinencia que aquellos que participaron solo en un tratamiento o en el programa de Doce-pasos.

Palabras Clave: Eficacia del tratamiento de drogas, Tratamiento de retención, Asistencia al tratamiento de drogas, Programa de 12 pasos, Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos.

Ninguna historia de tratamiento por abuso de drogas y alcohol en el siglo veinte notaría tanto el fenomenal incremento en el número de los programas de Doce-pasos como los Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocainómanos Anónimos. Desde su fundación en 1935, los AA, el prototipo de los programas de Doce-pasos, ha acogido un estimable número de miembros cercanos a un millón en 1990 en USA y Canadá (Servicio Mundial, Alcohólicos Anónimos, 1990). Se estima que cerca de un 3% de los americanos asistirán a una reunión de AA por un problema con el alcohol en algún momento de sus vidas. (Room & Greenfield, 1993).

El incremento de miembros de los Narcóticos Anónimos es aún más evidente. Escindidos de su grupo de AA, seis ex-adictos a la heroína crearon NA en 1953, en Sun Valley, California. Ya en 1986, el número de miembros se estimó cerca de 250.000 (Wells, 1987). Desde el primer grupo de NA, los miembros en USA aumentaron desde 1.600 grupos en 1982, hasta más de 20.000 en 1992

(Troyer, Acampora, O'Connor, & Berry, 1995).

Pero el impacto de los movimientos de Doce-pasos puede ser más que un incremento histórico por el número de programas y miembros participantes en los programas. Los principios de Doce-pasos se emplean de forma creciente en programas "convencionales" de tratamiento por abuso de drogas (Morgenstern, Kahler, Frey & Labouvie, 1996; Muhleman, 1987; Tournier, 1979; Wallace, 1996). Muchos especialistas en adicciones recomiendan ahora la participación simultánea en un tratamiento y en un programa de Doce-pasos (Freimuth 1996) y abogan por la participación en los programas de Doce-pasos como una actividad "asistencial", esencial para el mantenimiento de una abstinencia de larga duración (Hawkins & Catalano, 1985; Johnson & Chappel, 1994; Khantzian & Mack, 1994; Troyer y col. 1995). Los principios de los Doce-pasos se han introducido en los tratamientos a corto plazo de

Este artículo se ha publicado en la Journal of Substance Abuse Treatment, 2001

dependencia química (Wallen, Weiner, Mansi, & Deal, 1987), comunidades terapéuticas (De Leon, 1990-91; Troyer y col., 1995), tratamientos mediante psicoterapia y psiquiátricos (Chappel, 1994), y programas de adolescentes (Alford, Koheler & Leonard, 1991). Un estudio reciente de casi la totalidad de los programas de tratamiento por abuso de drogas en el condado de Los Ángeles determinó que aproximadamente un 75% ofrecían tratamientos que ponían cierto énfasis en los principios de Doce-pasos (Polinsky, Hser, Anglin, & Maglione, 1995).

La integración de los principios de Doce-pasos en los programas de tratamiento por drogas suscita cuestiones acerca de las diferencias actuales entre el tratamiento por abuso de drogas y los programas de Doce-pasos. Tanto las aproximaciones terapéuticas como los Doce-pasos comparten los mismos objetivos de recuperación y se centran en la negación del cliente del problema con las drogas o el alcohol y la resistencia al cambio (Muhleman, 1987). Ambos colocan típicamente al individuo en el papel de aprendiz para conseguir tomar decisiones informadas y jugar un papel activo en su recuperación. Ambos intentan disipar la culpabilidad y la aprensión enfatizando la universalidad de la experiencia de la adicción y subrayan la necesidad de apoyo social en la creación de entusiasmo y mantenimiento de la energía para mantener la abstinencia (Littrell, 1991).

El registro empírico concerniente a la diferencias actuales entre el tratamiento por drogas y los programas de Doce-pasos es escaso, pero el tratamiento por abuso de drogas parece diferir de los programas de Doce-pasos en que la duración esperada de participación se limita a meses o semanas, mientras en los programas de Doce-pasos se enfatiza la participación a largo plazo. Los programas de tratamiento incluyen típicamente profesionales o especialistas en recuperación de adicciones que dirigen valoraciones, desarrollan planes de tratamiento, proporcionan consejos y dispensan medicamentos, mientras que los programas de Doce-pasos incluyen "auto-ayuda" de los propios participantes (Wallace, 1996). El tratamiento por drogas se realiza normalmente a cambio de un pago, mientras que asociarse a un programa de Doce-pasos es libre, sin cuotas ni honorarios. Finalmente, los programas de tra-

tamiento pueden ofrecer un abanico más amplio de tratamientos y servicios auxiliares que los programas de Doce-pasos.

La integración de los principios de Doce-pasos en los tratamientos suscita cuestiones adicionales en lo referente a la utilización del tratamiento y los programas de Doce-pasos por parte del cliente, y sus efectos separados y combinados en la recuperación. Aunque ha habido una integración de los programas de Doce-pasos en los tratamientos por drogas, los clientes deben continuar todavía iniciando o un tratamiento o un programa de Doce-pasos. Si el tratamiento por drogas y los programas de Doce-pasos están empleando actualmente los mismos componentes terapéuticos, no debería haber ninguna razón para que un individuo los utilizara simultáneamente, o para cambiar de uno a otro. Si la participación en programas de Doce-pasos por una población en tratamiento sucede en la totalidad, sería como una actividad "asistencial" (Tonigan, Toscova & Miller, 1996). Por otro lado, podría ser que aquellos que participan actualmente en programas de Doce-pasos se incorporen a tratamientos por drogas por mandato judicial criminal (Kingree, 1995), o para recibir servicios que no proporciona un programa de Doce-pasos (Galaif & Sussman, 1995). O quizá aquellos más necesitados de ayuda tienen la voluntad de buscar múltiples fuentes de ayuda las cuales pueden incluir la participación al mismo tiempo en el tratamiento por drogas y en programas de Doce-pasos (Humphreys, Mavis & Stofflemayr, 1991).

Especulando un poco más acerca de la relación entre el tratamiento y la participación en un programa de Doce-pasos, con el aumento de programas de Doce-pasos y de los participantes y la integración de los principios de los Doce-pasos en el tratamiento, es probable que aquellos que inician el tratamiento por drogas hayan tenido una experiencia previa en algún programa de Doce-pasos. La experiencia con prácticas de Doce-pasos produce clientes que están más cómodos con el ambiente y las actividades con las que se encuentran en el tratamiento por drogas, lo que puede aumentar su permanencia en el tratamiento. La investigación demuestra de forma consistente que la permanencia en el tratamiento se asocia con resultados positivos del

mismo (De Leon, 1984; Simpson, 1984; Stark, 1992). Si este es el caso, entonces el movimiento de Doce-pasos puede haber incrementado la eficacia total del tratamiento convencional por drogas.

O lo contrario puede ser cierto. Podría ser que aquellos con amplia experiencia en programas de Doce-pasos que inician tratamiento por drogas lo hagan a causa de su incapacidad para abstenerse o para reducir el consumo de drogas a pesar de su participación en un programa de Doce-pasos. Viendo en las características del tratamiento por drogas más de los mismos principios de los Doce-pasos que no han funcionado anteriormente, el individuo tiene más probabilidades de abandonar el tratamiento.

La participación en tratamiento por drogas puede, ciertamente, facilitar la participación en programas de Doce-pasos. Si el tratamiento por drogas enfatiza típicamente los principios de Doce-pasos, los cuales incluyen la noción de que la participación regular durante largo tiempo en reuniones de Doce-pasos es esencial para la recuperación, los clientes pueden prestar atención a este consejo mediante la participación regular en reuniones de Doce-pasos durante y después del tratamiento. Por supuesto, la actual popularidad de los grupos de Doce-pasos puede responder, en parte, a especialistas en tratamiento de adicciones quienes animan a los clientes a asistir a programas de Doce-pasos durante y tras el tratamiento tradicional (Makela, 1996).

Finalmente, puede ser que la participación simultánea en el tratamiento tradicional por drogas y en programas de Doce-pasos ocasione unos mayores índices de abstinencia de alcohol y drogas que los que se obtienen con el tratamiento o con los programas de Doce-pasos solos. El estudio de los resultados de los tratamientos realizados durante los 25 últimos años indican con consistencia que el tratamiento por drogas es eficaz si se valora según la reducción del abuso de sustancias, la mejora de la salud personal y el comportamiento social y la reducción de los riesgos en salud y seguridad pública (Anglin & Hser, 1992; Gerstein & Harwood, 1990; Hubbard y col., 1989; Kleber, 1989; McLellan y col., 1997; Prendergast, Anglin, Maugh & Hser, 1994). Más allá hay una creciente corriente de investigación que indica que los grupos de Doce-pasos son de ayuda

para mantener la abstinencia para, al menos, un porcentaje de los que asisten (Alford, 1980; Hoffman, Harris, & Belille, 1983; Thurstin, Alfano & Nerviano, 1987; Vaillant, 1988) y especialmente para aquellos que asisten regularmente o llegan a ser afiliados (Boscarino, 1980; Emrick, 1987; Fiorentine, 1998; Kingree, 1995; McKay, Alterman, McLellan & Snider, 1994; Montgomery, Miller & Tonigan, 1991; Watson y col., 1997).

El propósito de este estudio es responder a cinco cuestiones exploratorias relacionadas con la participación en el tratamiento por drogas y el compromiso en programas de Doce-pasos: (1) ¿Es la participación en un programa de Doce-pasos una alternativa al tratamiento por drogas o aquellos que inician el tratamiento tiene un relación anterior con un programa de Doce-pasos incluyendo la participación en reuniones de Doce-pasos y contacto con un "padrino" en el momento de iniciar el tratamiento? (2) ¿Por qué aquellos que están en un programa de Doce-pasos inician tratamiento por drogas al mismo tiempo? (3) ¿Aumenta la participación previa en un programa de Doce-pasos la probabilidad de que el individuo permanezca y finalice el tratamiento por drogas? (4) ¿Hay mayores niveles de participación en el tratamiento por drogas asociado con una mayor compromiso en programas de Doce-pasos durante y después del tratamiento? y (5) ¿Hay un "efecto aditivo" por el compromiso en un programa de Doce-pasos y en el tratamiento por drogas en aquellos que participan simultáneamente en ambos tratamientos de modo que tienen mayores porcentajes de abstinencia de uso de drogas que aquellos que participan solo en el tratamiento o solo en un programa de Doce-pasos?

MÉTODO

Este estudio es parte de un gran esfuerzo de investigación patrocinado por el Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias para evaluar la eficacia de los Proyectos de Mejora del Tratamiento de las Ciudades Objetivo (Fiorentine, Gil-Rivas & Hillhouse, 1998) en el condado de Los Ángeles. El objetivo general del Proyecto de Ciudades Objetivo era mejorar la accesibilidad y la eficacia del tratamiento por drogas en ciudades con graves problemas a causa de las drogas.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal de clientes iniciando cualquiera de los programas externos para el tratamiento por uso de drogas en el área metropolitana del condado de Los Ángeles.

Participantes

Se incluyeron en el estudio los 419 clientes adultos que iniciaron tratamiento externo para el abuso de sustancias en alguna de las dependencias del área metropolitana de Los Ángeles entre Julio y Septiembre de 1994. Dos clientes rehusaron participar en el estudio, dejando 417 respondedores quienes completaron las entrevistas. Cada participante recibió 10\$.

Ocho meses después de la entrevista inicial, se localizó a 360 clientes para una entrevista de seguimiento. De estos clientes, uno estaba detenido en una dependencia policial donde no se permitió el acceso al entrevistador y tres clientes rehusaron participar. Las entrevistas se completaron con 356 clientes (85%). Cada participante en la entrevista de seguimiento recibió 25\$.

Las características de la muestra de seguimiento no diferían de la muestra inicial. Cerca de un 67% eran mujeres, un 45% era afro-americano, 28% era europeo-americano, un 23% era latinos y un 4% eran o bien asiáticos o de las islas del Pacífico o nativos americanos. La edad de los clientes estaba en un rango entre 18 y 55 años con una media de 34,1 años. El promedio de años de educación era de 11,8. Por encima de la mitad (58%) estaban casados o tenían una relación. Alrededor de un cuarto (26%) de los respondedores tenían un empleo y más de la mitad (55%) recibían Ayuda General o Ayuda para familia con Hijos (AFDC). Alrededor de dos tercios (67%) habían sido condenados por un crimen a lo largo de su vida.

El crack de cocaína fue la droga más mencionada durante el año anterior al tratamiento (56%), seguida por la marihuana (46%), la metanfetamina (24%), la cocaína (22%) y la heroína (12%). Alguno de los respondedores era grandes bebedores (promediando al menos seis copas al día) y un 59% consumían más de una droga. Cerca de dos tercios (65%) contaba con al menos un episodio previo de tratamiento de drogas.

La muestra es representativa de la población que

iniciaba el tratamiento en el tiempo del estudio. Los programas de la Ciudades Objetivo participantes, así como la mayoría de los programas comparables para pacientes externos, habían mejorado los servicios existentes o habían considerado específicamente el tratamiento de las mujeres. Consecuentemente la muestra incluye un inusual porcentaje de mujeres. Los análisis realizados de los datos y la generalización ofrecida necesitan considerar la posible influencia de la composición del género de la muestra.

Medidas

El Cuestionario de Necesidades del Cliente-Servicios-Resultados (CNSOQ) de UCLA fue desarrollado por el autor senior (Fiorentine & Gil - Rivas, 1996), pre-testado en un pequeño número de participantes en tratamiento externo por drogadicción y modificado para incrementar la validez de la construcción y la facilidad de uso. El campo medido en la Parte I del cuestionario CNSOQ inicial incluye: (1) historial de la información psicosocial, (2) barreras al tratamiento y utilización del tratamiento, (3) necesidades del tratamiento, (4) uso de drogas y alcohol, (5) actividad criminal, (6) comportamiento familiar y social, (7) necesidades de asistencia de salud y de servicios humanitarios y (8) actitudes y valores. El campo medido en la Parte II del cuestionario de seguimiento CNSOQ incluye: (1) las necesidades de tratamiento, (2) los servicios recibidos, (3) uso de alcohol y drogas, (4) actividad criminal, (5) empleo, entreno vocacional y educación (6) comportamiento psicosocial, (7) comportamiento familiar, (8) estado de salud y (9) actitudes y construcciones psicológicas pertinentes.

La investigación de la relación entre la participación en tratamiento por droga y el compromiso en un programa de Doce-pasos implicó tanto a las variables principales como a las variables potencialmente mediantes. Las variables potencialmente mediantes o que crean confusión incluyeron las características demográficas, la severidad del uso de drogas, el historial de tratamiento por drogas y la motivación por el tratamiento. Las variables principales incluyeron la implicación en un programa de

Doce-pasos en el pretratamiento, la participación en el tratamiento, la participación en un programa de Doce-pasos durante y tras el tratamiento y la abstinencia.

En vista de los propósitos exploratorios de esta investigación, no se combinarán medidas específicas de una construcción más general para formar una medida compuesta porque ello puede ocasionar una pérdida de información. Por ejemplo, la participación en reuniones de Doce-pasos y la frecuencia de contacto con un padrino son medidas específicas de un contrato más general de compromiso con un programa de Doce-pasos, pero estos comportamientos son suficientemente diferentes de modo que sus posibles efectos deberían ser valorados independientemente.

Variables Potencialmente Mediantes

Características demográficas: Edad, sexo, raza y educación se valoraron empleando métodos convencionales. Las estadísticas descriptivas se describen en la sección de participación de este artículo.

La intensidad del uso de drogas: La intensidad del uso de drogas se valoró mediante dos medidas: el promedio diario de cantidad de dólares de droga usados en el año anterior al inicio del tratamiento ($M = \$89$, $DE = \$114$), y el número de años de uso regular de drogas antes de iniciar el tratamiento. El uso regular de drogas se define como el uso de una droga específica tres o más veces por semana. ($M = 15.7$, $DE = 7.9$).

Historial de tratamiento por drogas. El historial de tratamiento por drogas se midió como el número de episodios previos de tratamiento sin metadona ($M = 2.3$, $DE = 3.7$). Las peticiones de desintoxicación no se contabilizaron como episodios de tratamiento.

Motivación por el tratamiento. La motivación por el tratamiento se valoró usando las preguntas de motivación del cuestionario de la escala de la Circunstancia, la Motivación, Disposición y Conveniencia (CMRS) (De Leon & Jainchill, 1986). Las puntuaciones para la escala de 24 temas variaban desde 17 a 44, con una media de 40 ($DE = 5.2$). Esta escala tiene una confianza alfa de 0.84 para la muestra de este estudio.

Variables Primarias

Compromiso con un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento. El compromiso con un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento se valoró mediante cualquier asistencia previa a una reunión de Doce-pasos (78%), cualquier asistencia actual a reuniones de Doce-pasos en los tres meses previos a iniciar el tratamiento (66%) y el promedio mensual de asistencia a reuniones, codificados en una frecuencia semanal o superior (45%) y un asistencia inferior a semanal (55%). El contacto pre-tratamiento con un padrino se valoró también por cualquier contacto con un padrino en los tres meses previos a iniciar el tratamiento (31%) y un promedio mensual de reuniones con un padrino, codificado como un contacto semanal o más frecuente con un padrino (23%) y un contacto inferior a una por semana (77%).

Participación en un programas de Doce-pasos durante y tras el tratamiento. La participación en un programa de Doce-pasos durante y tras el tratamiento se valoró mediante la frecuencia de asistencia a reuniones y el contacto con el padrino en los seis meses previos a la entrevista de seguimiento. El 73% de los participantes asistieron al menos a una reunión de Doce-pasos durante este periodo, un 42% asistieron una vez por semana o con una frecuencia superior, un 36% tuvieron al menos un contacto con el padrino y un 24% informaron de contactos con el padrino una vez por semana o con una mayor frecuencia. Como las distribuciones referentes a la asistencia a las reuniones de Doce-pasos y el contacto con el padrino son bimodales, con agrupamientos en no participación y en una participación con una frecuencia semanal o mayor, todas las medidas de participación en Doce-pasos se recalcularon como variables dicotómicas incluyendo "cualquier participación" (sí, no) y "participación semanal o más frecuente" (sí, no).

Motivos para iniciar el tratamiento. Los motivos por los que iniciar el tratamiento se valoraron a través de una cuestión abierta que pedía al cliente durante la valoración inicial que dijera el motivo "más importante" por el que quería iniciar el tratamiento. Las respuestas fueron codificadas independientemente por dos investigadores ayudantes. La codificación de la respuesta requería consenso por parte de los dos profesionales. Alrededor del 10% de las respuestas eran ininterpretables o idiosincrásicas.

sicas y por lo tanto se codificaron como "otros motivos".

Permanencia en el tratamiento. La permanencia en el tratamiento se midió por las semanas transcurridas durante el periodo actual de tratamiento externo ($M = 24.9$, $DE = 16.0$) y por la designación del estado de tratamiento /alta. Los participantes en un tratamiento en el condado de Los Ángeles son sometidos a una revisión formal por los responsables del tratamiento transcurridas 24 semanas desde el inicio del tratamiento. Los clientes se identificaron como los que habían completado el tratamiento "con éxito" (36% de la muestra); como los que habían abandonado el tratamiento (36%); o como los que necesitaban continuar con el tratamiento más allá de las 24 semanas (28%).

Abstinencia. Se llevó a cabo una investigación retrospectiva de las épocas de consumo de droga durante las seis semanas anteriores al seguimiento. Cualquier número de días de consumo de droga se consideró como de no abstinencia (36%). Aunque un periodo de uso de drogas de solo unos pocos días o menos se acerca mucho a la abstinencia total (2% de la muestra), la importante diferencia conceptual del propósito de este estudio implica la comparación entre aquellos que eran capaces de mantenerse en abstinencia total durante un periodo de más de seis meses y los que no eran capaces de hacerlo.

Una posible limitación de este estudio es que no era posible corroborar las autovaloraciones del consumo de droga y de abstinencia con valoraciones independientes tales como análisis de orina o de pelo. Se ha demostrado que el análisis de pelo detecta con bastante fiabilidad la presencia de un amplio abanico de sustancias ilegales durante un periodo de tiempo mucho más largo que el de orina (Feucht, Stephens & Walker, 1994; Miezowski, Barzelay, Gropper & Wish, 1991) y puede proporcionar un registro estable del consumo de drogas (Cone, 1990). Aunque sería preferible tener medidas objetivas sobre el consumo de droga, investigaciones con bastante fundamento demuestran que estas autoevaluaciones suelen ser generalmente bastante precisas (Ball, 1967; Davidson & Stein, 1983; Hser, Anglin & Chow, 1992; Hubbard, Eckerman & Rachal, 1976; O'Malley, Bachman & Johnston, 1983; Stacy, Widaman, Hays & DiMatteo, 1985). Varios estudios

han examinado empíricamente la fiabilidad y validez de las autoevaluaciones sobre el consumo de droga y han encontrado porcentajes bastantes altos, rozando la perfección, de acuerdo entre las autoevaluaciones y los análisis de orina (Magura, Goldsmith, Casriel, Goldstein, & Lipton, 1987; Sherman & Bigelow, 1992). Parece que la precisión de estos informes se intensificó cuando se garantizó la confidencialidad en cuanto a las respuestas de los clientes como en el caso del presente estudio (Babor, Stephens & Marlatt, 1987; Harrison & Hoffman, 1988; Hser y col., 1992; Hser, Maglione & Boyle, 1996, 1996; O'Farrell, Cutter, Bayog, Dentch & Fortgang, 1984; O'Malley y col., 1983; Smith & Hoffman, 1992).

Procedimiento

La primera parte del Cuestionario CNSOQ se administró durante la primera semana tras iniciar el tratamiento por medio de entrevistadores entrenados. Cada entrevista duraba aproximadamente una hora. La segunda parte de dicho cuestionario se entregó aproximadamente unos 8 meses después de la entrevista inicial. Se hicieron esfuerzos para localizar y entrevistar a todos los participantes que habían respondido la entrevista inicial. Una vez localizado el participante se identificó su identidad a través de algún dato que solo era conocido por el entrevistador y el participante. Una vez verificado se sometía al cliente a una entrevista telefónica de una hora realizada normalmente por el mismo entrevistador que había realizado la entrevista inicial.

RESULTADOS

Con referencia a la primera pregunta ¿Es la participación en un programa de Doce-pasos una alternativa al tratamiento por droga, o aquellos que inician el tratamiento tienen una implicación previa con programas de Doce-pasos? Los hallazgos indican que casi el 78% de los participantes habían asistido en alguna ocasión a una reunión de un programa de Doce-pasos y el 66% estaban asistiendo a una reunión de Doce-pasos en el momento de iniciar el tratamiento. Alrededor del 45% estaban participando en reuniones de Doce-pasos por lo

menos una vez por semana durante los tres meses anteriores al inicio del tratamiento y un 31% tuvieron algún contacto con personal de apoyo durante los tres meses previos al inicio del tratamiento. Casi un 23% se encontraba con un padrino una vez por semana durante los tres meses anteriores al inicio del tratamiento.

Las investigaciones indican que un porcentaje sorprendentemente alto de personas que inician un tratamiento externo de desintoxicación de drogas habían tenido alguna experiencia previa con programas de Doce-pasos. Aunque el presente estudio no puede comparar la participación en un programa de Doce-pasos de aquellos que no inician tratamiento, el alto índice de participación de los que inician el tratamiento se contraponen a la idea de que la participación en un programa de Doce-pasos y en un tratamientos por drogas son alternativas de recuperación mutuamente excluyentes.

¿Pero por qué los que están en un programa de Doce-pasos inician un tratamiento por drogas? La Tabla I enumera los resultados tabulados de la pregunta abierta en los que se preguntaba el motivo principal del cliente para iniciar el tratamiento. Los resultados no apoyan la teoría de que los que están participando en un programa de Doce-pasos inician el tratamiento por orden de la justicia o por el deseo de resolver algún problema que no puede ser resuelto por la participación en los Doce-pasos. De hecho las investigaciones indican que los implicados en Doce-pasos son menos propen-

dos a iniciarse en el programa por órdenes específicas de la justicia o por el deseo de unir la familia. Por el contrario los clientes comprometidos con un programa de Doce-pasos tienen mayor tendencia a entrar en el tratamiento para llevar a cabo un cambio global de su estilo de vida en contraposición al deseo de simplemente dejar la droga o alejarse de ella.

Volviendo a la tercera cuestión: ¿Incrementa la implicación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento la probabilidad de que el individuo permanezca en el mismo y complete el tratamiento por uso de drogas? Los resultados de un análisis jerárquico de regresión lineal que se muestran en la Tabla 2 en la que las variables principales pertinentes entran en la ecuación en un paso posterior a las variables potencialmente mediante (p para entrar < .05) revelan que únicamente una asistencia semanal o más frecuente a las reuniones en los tres meses anteriores al inicio del tratamiento pueden entrarse en la ecuación. No se puede introducir ninguna de las variables potencialmente mediante u otras medidas de participación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento. El coeficiente de regresión indica que aquellos con una asistencia semanal o más frecuente a las reuniones de Doce-pasos en el pre-tratamiento permanecen en tratamiento cerca de 4 semanas más que aquellos sin asistencia semanal a las reuniones. Aunque la *F* computada de la ecuación de regresión es estadísticamente sig-

Tabla 1 Compromiso para el pretratamiento de 12 pasos y Razones por las que apuntarse al tratamiento.

Razones expuestas para apuntarse al tratamiento,	Asistencia a la cita:		Contacto con el padrino:	
	<semanalmente (n=196)	≥ semanalmente, (n=160)	<semanalmente (n=274)	≥ semanalmente (n=82)
Para parar/estar fuera de las drogas	25,0	26,9	24,8	29,3
Para cambiar el estilo de vida de las drogas	14,8	31,9***	20,1	30,5*
Por mandato judicial criminal	20,4	10,6**	17,9	9,8 ^a
Para reunificar a la familia	22,4	9,4***	17,9	12,2
Para mejorar problemas emocionales/físicos	3,1	7,5	4,0	8,5
Para obtener o no perder el trabajo	5,1	1,9	4,7	0,0
Otras razones	9,2	11,9	10,6	9,8
	100%	101% ^b	100%	101% ^b

^ap<.10

^b Porcentajes que no suman 100% de las visitas

*** p<.001

** p<.01

* p<.05

nificativa a un nivel de .05, la significancia sustantiva es baja. La asistencia semanal o más frecuente a las reuniones de Doce-pasos anteriores al inicio de tratamiento solo predice cerca de un 1% de la variación en las semanas de participación del tratamiento.

Hallazgos similares se dan en análisis jerárquicos de regresión logística en los que la participación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento se entran en la ecuación en un paso posterior a las variables potencialmente mediáticas. Las asistencias semanales o más frecuentes a las reuniones de Doce-pasos en los tres meses anteriores al inicio del tratamiento tienen unas 1.63 veces más de probabilidad de completar el programa de tratamiento que aquellos con una frecuencia menor o sin asistencia - una diferencia que guarda una importancia sustantiva. Sobre todo, los hallazgos indican que la participación previa en los programas de Doce-pasos, especialmente la asistencia frecuente a las reuniones, se asocia con duraciones ligeramente más largas y porcentajes significativamente más elevados de cumplimentación del tratamiento con "éxito".

¿Se asocia la duración de la participación en el tratamiento por uso de drogas con unos niveles de participación más altos en programas de Doce-pasos antes y

tras el tratamiento? Un análisis jerárquico de regresión logística en la que las variables de permanencia en los dos tratamientos se entran en un paso posterior a la entrada de las variables mediáticas y las de la participación en el pre-tratamiento revelan que pueden introducirse en la ecuación las semanas de tratamiento pero no el estatus de cumplimentación del tratamiento prediciendo cualquier asistencia a reuniones de Doce-pasos en los seis meses anteriores al seguimiento. La parte derecha de la Tabla 3 muestra que estas mismas variables pueden entrarse en la ecuación jerárquica de regresión logística prediciendo asistencias semanales o más frecuentes a reuniones de Doce-pasos en los seis meses anteriores al seguimiento. La educación también puede introducirse en esta ecuación. Computando la ecuación con diferentes valores para determinar el efecto del tamaño de las variables se halla que los valores de aquellos con asistencias a reuniones de pre-tratamiento semanales o más frecuentes, que tienen algún contacto con un padrino y una educación de 12 años, pero que completaron solo 8 semanas de tratamiento es 2.57. Por comparación, los valores de un individuo con un nivel similar de implicación en el pre-tratamiento de un pro-

Tabla 2 Análisis de regresión jerárquico: Tratamiento de retención con variables mediáticas y compromiso de pre-tratamiento de 12 pasos (n=356)

	Retención en el tratamiento	
	Semanas en tratamiento (regresión lineal)	Terminación del tratamiento (si/no) (regresión lógica)
Paso 1: Inscribirse en las variables mediáticas	b	b
Paso 2: Variables de compromiso anotadas en el Pre-tratamiento de 12 pasos	F=4,90 (df=1)* r ² = ,01	Mejora del chi-cuadrado=14,55 (df=1)*** Predicciones correctas = 66%
Paso 2 Parámetros estimados		
Variable	B (S.E.B) t	B (S.E.B) Wald Odds
≥ Asistencia semanal a la reunion de pre-tratamiento de 12 pasos ^c (constante)	3,91 (1,76) 2,21* 23,30 (11,18)	.49 (,14) 14,48*** 1,63 .34 (,16)
^a Criterios para entrar ^b No variables encontradas para el criterio de entrar ^c Computadas como una falsa variable para el análisis lineal de regresión (si=1, no=0) y como una variable diseñada para el análisis de regresión lógica (si=1, no=-1) *** p<.001 * p<.05		

grama de Doce-pasos y años de educación que completó 24 semanas de tratamiento es de 3.54.

De forma similar a los hallazgos presentados en la Tabla 3, la Tabla 4 muestra los resultados de un análisis jerárquico de regresión logística prediciendo contacto con algún padrino en los seis meses anteriores al seguimiento. Aunque las variables que pueden entrarse en la ecuación y el tamaño de las coeficientes son diferentes principalmente, los hallazgos ofrecen conclusiones similares a las presentadas en la Tabla 3. El número de semanas de participación en el tratamiento predice cualquier contacto semanal o más frecuente con un padrino independientemente de las variable potencialmente mediante y la participación en Doce-pasos en el pre-tratamiento. Sin embargo el estado de cumplimiento del tratamiento no predice significativamente el contacto con un padrino.

Finalmente, ¿Hay un "efecto aditivo" entre la participación en un programa de Doce-pasos y el tratamiento por uso de drogas? ¿Tienen aquellos que participan simultáneamente en un tratamiento y en un programa de Doce-pasos unos mayores porcentajes de abstinencia de uso de drogas que aquellos que participan únicamente en un tratamiento o en un programa de Doce-pasos? Los resultados de un análisis jerárquico de regresión listados en la Tabla 5 revelan que entrando la persistencia en el tratamiento y la participación en miento por uso de drogas? ¿Tienen aquellos que participan simultáneamente en un tratamiento y en un programa de Doce-pasos unos mayores porcentajes de abstinencia de uso de drogas que aquellos que participan únicamente en un tratamiento o en un programa de Doce-pasos? Los resultados de un análisis jerárquico de regresión listados en la Tabla 5 revelan que entran-

Tabla 3 Análisis jerárquico de regresión logística: Asistencia a la reunión de 12 pasos durante y después del tratamiento con variables mediáticas, Compromiso con el pre-tratamiento de 12 pasos y retención en el tratamiento (n=356)

	Alguna asistencia a la reunión				Asistencia a la reunión semanalmente o con mayor frecuencia			
Paso 1: Variables mediáticas, compromiso para entrar en el pre-tratamiento de 12 pasos								
Incremento en chi-cuadrado	58,49 (df=2)***				100,03 (df=3)***			
Corrección de predicciones	72%				76%			
Paso 2: Tratamiento de retención variables^a anotadas								
Incremento en chi-cuadrado	12,40 (df=1)***				3,88 (df=1)*			
Corrección de predicciones	77%				77%			
Paso 2 Parámetros estimados								
Variables	B	(S.E.B)	Wald	Odds	B	(S.E.B)	Wald	Odds
Educación	b				,14	(,06)	5,48*	d
≥Semanalmente asistencia a las reuniones de 12 pasos ^c	,57	(,16)	12,54***	1,77	,78	(,14)	31,10***	2,19
Algún contacto con el padrino ^c	,76	(,23)	11,28***	2,13	,51	(,15)	11,49***	1,66
Semanas de Tratamiento (constante)	,03	(,01)	11,21***	d	,02	(,01)	3,85*	d
	,89	(,28)			-2,19	(,74)		
^a Criterios para entrar: p<.05								
^b No hay criterios para entrar								
^c Computado como una variable diseñada, si=1, no=-1								
^d ventajas no presentadas para variables continuas								
*** p<.001								
* p<.05								

do la persistencia en el tratamiento y la participación en un programa de Doce-pasos durante y tras el tratamiento en un paso posterior al paso en el que se entran las variables potencialmente mediáticas y la participación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento proporciona una mejora significativa de la chi cuadrado. Estimaciones del parámetro del paso 2 indican que la edad del cliente, las semanas de tratamiento, la cumplimentación del tratamiento y la asistencia semanal o más frecuente durante y tras el tratamiento pueden entrarse en la ecuación. Ninguna de las variable

que las puntuaciones de abstinencia de un cliente de 35 años que permaneció en tratamiento por 8 semanas pero no completó el tratamiento o no asistió a las reuniones de Doce-pasos con una frecuencia semanal o superior es de .56 con puntuaciones de no-abstinencia = 1.78. Las puntuaciones de abstinencia aumentan hasta .92 si este individuo permaneció en tratamiento hasta 3.54 si permanecía en tratamiento 24 semanas y completaban el tratamiento satisfactoriamente. En concordancia con el efecto aditivo de la participación simultánea en el tratamiento y la participación en un programa de Doce-pasos las puntuaciones de abstinencia para un paciente

Tabla 4 Análisis jerárquico de regresión logística: Contacto con el padrino con variables mediáticas, compromiso con el pre-tratamiento de 12 pasos, semanas de tratamiento y terminación del tratamiento (n=356))

	Algún contacto con el padrino				Contacto semanal o mas a menudo con el padrino			
Paso 1: Variables mediáticas, compromiso de pre-tratamiento de 12 pasos y ingreso en el tratamiento de retención^a								
Incremento en chi-cuadrado	158,55 (df=3)***				104,21 (df=2)***			
Corrección de predicciones	80%				81%			
Paso 2: Compromiso en el 12 pasos durante/ después de entrar en el tratamiento								
Incremento en chi-cuadrado	9,77 (df=1)***				3,98 (df=1)*			
Corrección de predicciones	83%				83%			
Paso 2 Parámetros estimados								
Variable	B	(S.E.B)	Wald	Odds	B	(S.E.B)	Wald	Odds
Educación	,23	(,07)	10,94***	1,26	,22	(,07)	9,95**	1,24
≥asistencia semanal a la reunión de 12 pasos ^c	,68	(,16)	18,52***	1,98	^b			
Algún contacto con el padrino durante el pre-tratamiento	,116	(,17)	48,52***	3,21	1,30	(,15)	72,99***	3,69
Semanas de Tratamiento (constante)	,03	(,01)	9,62**	^d	,02	(,01)	3,88*	^d
	-3,76	(,89)			-4,06	(,88)		
^a Criterios para entrar: p<.05								
^b Ningún criterio para entrar								
^c Computado como un diseño de variables, si=1, no=-1								
^d Ventajas para variables continuas no computadas								
*** p<.001								
** p<.01								
* p<.05								

de participación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento o el contacto con el padrino durante o tras el tratamiento pueden incluirse en la ecuación.

Usando las estimaciones del parámetro del Paso 2 para computar la ecuación con distintos valores indica

de 35 años que permaneció en tratamiento durante 24 semanas, que finalizó el tratamiento satisfactoriamente y asistió a las reuniones del programa de Doce-pasos con una frecuencia semanal o superior es de 8.09.

DISCUSIÓN

La histórica integración de programas de Doce-pasos en el tratamiento por adicción a drogas suscita preguntas en relación a la participación de los clientes en el tratamiento por drogas y en los programas de Doce-pasos y sus efectos conjuntos y por separado sobre la recuperación. Un estudio longitudinal prospectivo de los resultados del tratamiento por adicción a drogas

viduos iniciando un tratamiento por abuso de alcohol tenían a menudo una participación previa con AA (Alcohólicos Anónimos).

Estos hallazgos sugieren que más que alternativas de recuperación, el tratamiento por drogas y los programas de Doce-pasos son utilizados con frecuencia por el cliente como actividades integradas de recuperación. Ello también suscita la cuestión de por qué aquellos con participación en un programa de Doce-pasos

Tabla 5 Análisis jerárquico de regresión logística: Abstinencia con variables mediáticas, compromiso de 12 pasos antes de, durante y después del tratamiento, semanas en tratamiento y terminación del tratamiento (n=356)

		Abstinencia			
Paso 1: Variables mediáticas, compromiso de entrar en el pre-tratamiento de 12 pasos ^a					
Incremento en chi-cuadrado		9,30 (df=1)**			
Corrección de predicciones		65%			
Paso 2: Tratamiento de retención, compromiso para entrar antes y durante el tratamiento					
Incremento en chi-cuadrado		66,58 (df=3)***			
Corrección de predicciones		72%			
		Paso 2 Parámetros estimados			
Variable		B	(S.E.B)	Wald	Odds
Edad		,04	(,02)	6,61**	b
Semanas en tratamiento		,03	(,01)	11,30**	b
Terminación del tratamiento ^b		,69	(,15)	21,56***	1,99
≥Asistencia semanal a las reuniones de 12 pasos durante y después del tratamiento (constante)		,42	(,13)	10,10***	1,52
		-1,11	(,60)		
^a Criterios para entrar: p<.05					
^b Computado como un diseño de variables, si=1, no=-1					
^c Ventajas no presentadas para variables continuas					
*** p<.001					
** p<.01					
* p<.05					

mostró que la mayoría de individuos que iniciaban un tratamiento externo por adicción a drogas en el área metropolitana de Los Ángeles habían tenido alguna participación en un programa de Doce-pasos. Cerca de la mitad asistían a reuniones de programas de Doce-pasos por lo menos una vez por semana y aproximadamente un tercio tuvieron un contacto con un padrino en los tres meses previos al inicio del tratamiento. Estos hallazgos son consistentes con los de Humphreys y colaboradores (1998) quienes observaron que los indi-

iniciarían un programa de tratamiento por adicción a drogas. Podría ser que aquellos que participan en un programa de Doce-pasos iniciaran un programa de tratamiento por mandamiento judicial (Kingree, 1995), para recibir servicios no ofrecidos por los programas de Doce-pasos (Galaif & Sussman, 1995), o quizá para aprovecharse de diversas fuentes de asistencia (Humphreys y col., 1991). Los hallazgos indican que aquellos con participación en un programa de Doce-pasos tienen menos probabilidad que aquellos sin participación

de iniciar un tratamiento a causa de un mandato judicial específico o el deseo de reunir la familia. Más bien, clientes con implicación en un programa de Doce-pasos dicen que inician tratamiento para llevar a cabo un cambio de estilo de vida de consumo de drogas. Presumiblemente, iniciaron el tratamiento para recibir fuentes adicionales de apoyo con el objetivo de favorecer o mantener este cambio de estilo de vida, una actividad que es consistente con las experiencias de Humphreys y col (1991) y con la filosofía general de los programas de Doce-pasos.

La experiencia con las prácticas de Doce-pasos puede proporcionar clientes que están más a gusto con el ambiente y las actividades de los programas de tratamiento por droga, lo que puede aumentar su permanencia en el tratamiento. Estos hallazgos indican que los clientes con implicaciones frecuentes con programas de Doce-pasos permanecen más tiempo en tratamiento y tiene más probabilidad de completar con éxito un programa de 24 semanas. La duración más larga en el tratamiento de individuos con participación en un programa de Doce-pasos en el pre-tratamiento no está en función de unos niveles más altos de motivación del tratamiento o de diferencias en la severidad en el uso de drogas, el historial en el tratamiento por drogas, o las características demográficas del individuo. Estos hallazgos mantienen implicaciones con la efectividad del tratamiento por drogas. Puesto que la permanencia en el tratamiento, incluyendo la cumplimentación satisfactoria del programa, se correlaciona positivamente con resultados favorables del tratamiento (De Leon, 1984; Simpson, 1984; Stark, 1992), y debido a que una mayoría de clientes tienen una implicación previa con un programa de Doce-pasos que también se asocia con mayor duración de los tratamientos y mayores porcentajes de finalización del tratamiento, puede ser que la diseminación del movimiento de los programas de Doce-pasos haya incrementado realmente la eficacia general de los tratamientos por drogas.

Los principios de los programas de Doce-pasos, enfatizan la larga duración, la implicación regular en programas de Doce-pasos y típicamente los especialistas en adicciones animan a los clientes a asistir a los programas de Doce-pasos durante y después del trata-

miento. Los hallazgos indican que las duraciones más largas de participación en el tratamiento se asocian con una participación más intensa en los programas de Doce-pasos durante y tras el tratamiento. De nuevo esto sugiere que los cliente emplean ambos, el tratamiento y el programa de Doce-pasos como actividades integradas de recuperación.

La pregunta final afrontada en este estudio puede ser la más importante en términos de recuperación. ¿Hay un "efecto aditivo" entre el tratamiento y la participación en un programa de Doce-pasos en el proceso de recuperación? Los hallazgos sugieren un efecto aditivo en aquellos con permanencias más largas en el programa de tratamiento quienes también completan el tratamiento "con éxito" y quien al mismo tiempo asisten a reuniones de programas de Doce-pasos con una frecuencia semanal o superior, mantuvieron niveles de abstinencia significativamente más altos que aquellos que participaron bien en un programa de tratamiento, bien en un programa de Doce-pasos. Estos hallazgos implican que el movimiento de programas de Doce-pasos, incluyendo la integración de los principios de Doce-pasos en el tratamiento y el hecho de que muchos clientes utilicen el tratamiento y los programas de Doce-pasos como actividades integradas de recuperación, puede haber aumentado la posibilidad de recuperación para aquellos con problemas con las drogas.

Estos hallazgo, desde luego, solo sugieren una relación causal entre la participación en el tratamiento y en un programa de Doce-pasos y la abstinencia. Podría ser que la participación simultánea en el tratamiento y en un programa de Doce-pasos sean únicamente indicadores del comportamiento de una alta motivación por la recuperación, y que sea esta motivación más que la participación simultánea en el tratamiento y en el programa de Doce-pasos lo que cuente para estos mayores porcentajes de abstinencia. Esto no se puede refutar empíricamente si la participación en el tratamiento y en los programas de Doce-pasos son vistos como medidas de motivación. Aunque la motivación al tratamiento se ha visto históricamente como un elemento crucial que afecta a la permanencia en el tratamiento y a los resultados post-tratamiento (Baekeland & Lundwall, 1975; De Leon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994b; Miller

1985; Tucker, Vuchinich & Harris, 1985) la asociación entre medidas de motivación y el éxito del tratamiento es sorprendentemente modesto, explicando menos del 5% de la variación en la permanencia en el tratamiento (De Leon, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994a; Simpson & Joe, 1993). Este estudio encuentra que es la participación previa en un programa de Doce-pasos, y no la motivación al tratamiento la que predice la finalización del tratamiento, la implicación en un programa de Doce-pasos durante y tras el tratamiento y la abstinencia.

Estos hallazgos se relacionan con las recomendaciones ofrecidas por muchos especialistas en adicciones de que la participación simultánea en el tratamiento y en un programa de Doce-pasos y la participación continuada en programas de Doce-pasos es esencial en el mantenimiento de la abstinencia de larga duración (Freimuth 1996; Hawkins & Catalano, 1985; Jhonson & Chappel, 1994; Khantzian & Mack 1994; Troyer y col., 1995). Estos hallazgos añaden también a la búsqueda de la efectividad del tratamiento, que en términos de intensidad y duración, "más es mejor" (Fiorentine & Anglin 1996, 1997; Fiorentine, Nakashima & Anglin, 1998; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995). Más puede ser mejor, pero los hallazgos de este estudio sugieren que mucho más es mucho mejor. La participación simultánea en tratamiento y en un programa de Doce-pasos se asocia con porcentajes más altos de abstinencia que la participación única en un tratamiento o en un programa de Doce-pasos.

BIBLIOGRAFIA

- Alcoholics Anonymus World Survey (1990) Analysis of the 1989 survey of the membership of AA, New York: Alcoholics Anonymus World Survey
- Alford GS (1980) Alcoholics Anonymus: An empirical outcome study, *Addictive Behaviors*, 5, 359-370
- Alford GS, Koehler RA & Leonard J (1991) Alcoholics Anonymus/Narcotics Anonimous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A two-year outcome study, *Addictive Behaviors*, 5,118-126
- Anglin MD & Hser Y I (1992) Drug abuse treatment, In RR Watson (Ed) *Drug and alcohol abuse reviews* (Vol 3: Treatment of drug and alcohol abuse, pp 1-36) Totowa, New Jersey: Humana Press, Inc
- Babor TF, Stephens RS & Marlatt GA (1987) Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization, *Journal of Studies on Alcohol*, 48,410-424
- Baelkeland F, & Lundwall L (1975) Dropping out of treatment: A critical review, *Psychological Bulletin*, 82(5),738-783
- Ball J (1967) The reliability and validity of interview data from 59 narcotic drug addicts, *American Journal of Sociology*, 72,650-654
- Boscarino J (1980) Factors related to `stable`and `unestable`affiliation with Alcoholics Anonymus, *The International Journal of Addictions*, 15,839-848
- Chappel JN (1994) Working a program of recovery in Alcoholics Anonymus, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11,99-104
- Cone EJ (1990) Testing human hair for drugs of abuse: I Individual dose and time profiles of morphine and codeine in plasma, saliva, urine, and beard compared to drug induced effects on pupils and behaviour, *Journal of Analytic Toxicology*, 14,1-7
- Davidson R & Stein S (1983) Reliability of self-report of alcoholics, *Behavior Modification*, 6,107-119
- DeLeon G (1984) *The therapeutic community: Study of effectiveness*, Treatment research monograph series, DHHS Pub No (ADM) 84-1286, Washington, DC: US Government, Printing Office
- DeLeon G (1990-91) Aftercare in therapeutic communities, *The International Journal of the Addictions*, 25,1225-1237
- DeLeon G & Jainchill N (1986) Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure, *Journal of Psychoactive Drugs*, 18,203-208
- DeLeon G, Melnick G, Kressel D & Jainchill N (1994a) Circumstances, motivation, readiness, and suitability (The CRMS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4),495-515 DeLeon G, Melnick G, Kressel D & Jainchill N (1994b) *Readiness for Drug Treatment: An Assessment Instrument*, New York: Center for Therapeutic Community Research
- Emrik CD (1987) Alcoholics Anonymus: Affiliation processes and effectiveness as treatment, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11,416-423
- Feucht TE, Stephens RC & Walker ML (1994) Drug use among juvenile arrestees: A comparison of self-report, urinalysis and hair assay, *Journal of Drug Issues*, 24, 99-116
- Fiorentine R (1998) After drug treatment: Is Twelve-step an effective step in maintaining abstinence?, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25,93-116 Fiorentine R & Anglin MD (1996) More is better: Counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13,341-348
- Fiorentine R & Anglin MD (1997) Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment?, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23,369-382
- Fiorentine R & Gil-Rivas V (1996) The Client Needs Services Outcomes Questionnaire (CNSOQ), Parts I and II, Available from the UCLA Drug Abuse Research Center, 1640 S Sepulveda Blvd, Suite 200, Los Angeles California 90025
- Fiorentine R, Gil-Rivas V & Hillhouse MP (1998) *Enhancing Drug Treatment: Evaluation of the Los Angeles Target Cities Project (years 4-5)* Submitted to the Center for Substance Abuse Treatment
- Fiorentine R, Nakashima J & Anglin MD (1998) Client engagement in drug treatment, Manuscript accepted for publication, *Journal of Substance Abuse Treatment*

- Freimuth M (1996) Psychotherapists' beliefs about the benefits of 12-step groups, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14,95-102
- Galaif ER & Sussman S (1995) For whom does Alcoholics Anonymous work?, *The International Journal of the Addictions*, 30,161-184
- Gerstein DR & Harwood HJ (Eds) (1990) *Treating drug problems: A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems* (Vol 1) Washington, DC: National Academy Press
- Harrison PA & Hoffmann NG (1988) CATOR report: *Adult outpatient treatment - perspective on admission and outcome*, St Paul, MN: Ramsey Clinic
- Hawkins JD & Catalano RF (1985) Aftercare in drug abuse treatment, *The International Journal of the Addictions*, 20,917-945
- Hoffman NG, Harrison PA & Belille CA (1983) Alcoholics Anonymous after treatment: Attendance and abstinence, *The International Journal of the Addictions*, 20,311-318
- Hser Y I, Anglin MD & Chou CP (1992) Reliability of retrospective self-report by narcotics addicts, *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4,207-213
- Hser Y I, Mangione M & Boyle K (1996) Validity of self-report of drug use among STD patients, ER patients, and arrestees, Unpublished manuscript
- Hubbard R, Eckerman W & Rachal JV (1976) Methods of validity self-reports of drug use: A critical review *Proceedings of the American Statistical Association*, 406-409
- Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER & Ginzburg HM (1989) *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*, Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press
- Humphreys K, Kaskutas LA & Weiser C (1998) The relationship of pre-treatment Alcoholics Anonymous affiliation with problem severity, social resources and treatment history, *Drug and Alcohol Dependence*, 49,123-131
- Humphreys K, Mavis B & Stofflemyr B (1991) Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment; Preliminary findings, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59,591-593
- Johnson NP & Chapel JN (1994) Using AA and other 12 step programs more effectively, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11,137-142
- Khantzian EJ & Mack JE (1994) How AA works and why it's important for clinicians to understand, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11,77-92
- Kingree JB (1995) Understanding gender differences in psychosocial functioning and treatment retention, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21,267-281 Kleber HD (1989) Treatment of drug dependence: What works, *International Review of Psychiatry*, 1, 81-100
- Littrell J (1991) *Understanding and treating alcoholism: An empirical based clinician's handbook for the treatment of alcoholism*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Magura S, Goldsmith D, Casriel C, Goldstein PJ & Lipton DS (1987) The validity of methadone clients' self-reported drug use, *International Journal of Addictions*, 22,727-749
- Makela K (1996) How to describe the domains of drinking and consequences, *Addiction*, 91,1447-1449
- McKay JR, Alterman AI, McLellan AT & Snider EC (1994) Treatment goals continuity of care and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program, *American Journal of Psychiatry*, 15,254-259
- McLellan AT, Woody GE, Metzger D, McKay J, Durell J, Alterman AI & O'Brien CP (1997) Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable expectations, appropriate comparison, In JA Egerton DM, Fox & AI Leshner (Eds) *Treating drug abuse effectively*, Cambridge, MA: Blackwell Publishers of North America
- Mieczkowski T, Brazalay D, Gropper B & Wish E (1991) Concordance of three measures of cocaine use in arrestee population: Hair, urine, and self-report, *Journal of Psychoactive Drugs*, 23,241-249
- Miller WR (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism, *Psychological Bulletin*, 98(1), 84-107
- Montgomery HA, Miller WR & Toningan JS (1991) Differences among AA groups: Implications for research, *Journal of Studies on Alcohol*, 54,502-504
- Morgenstern J, Kahler CW, Frey RM & Labouvie E (1996) Modeling the therapeutic response to Twelve-step treatment: Optimal responders, nonresponders, and partial responders, *Journal of Substance Abuse* 8,45-59
- Muhleman D (1987) Twelve-step study groups in drug abuse treatment programs, *Journal of Psychoactive Drugs*, 19,291-298
- O'Farrell TJ, Cutter HSG, Bayog RD, Dentch G & Fortgang J (1984) Correspondence between one-year retrospective reports of pretreatment drinking by alcoholics and their wives, *Behavioral Assessment*, 6,263-274
- O'Malley PM, Bachman JG & Johnson LD (1983) Reliability and consistency in self-reports of drug use, *International Journal of the Addiction* 18,805-824
- Polinsky ML, Hser Y, Anglin MD & Maglione M (1995) *Drug treatment programs in Los Angeles County* (Available from the UCLA Drug Abuse Research Center, 1640 S Sepulveda Blvd, Suite 200, Los Angeles, CA 90025)
- Prendergast M, Anglin MD, Maugh T & Hser & (1994) *The effectiveness of the treatment for drug abuse*, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Room R & Grenfield T (1993) Alcoholics Anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990, *Addiction*, 88,555-562
- Sherman MF & Bigelow GE (1992) Validity of patients' self-reported drug use a function of treatment status, *Drug and Alcohol Dependence* ,30,1-11
- Simpson DD (1984) Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent, *Archives of General Psychiatry*, 38,875-880
- Simpson DD & Joe GW (1993) Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment, *Psychotherapy*, 30,357-368
- Sipson DD, Joe GW, Rowan-Szal G & Greener J (1995) Client engagement and change during drug abuse treatment, *Journal of Substance Abuse*, 7,117-134
- Smith MB & Hoffmann NG (1992) Assessment and treatment outcome evaluation: The CATOR approach, Presented to the 1992 American Psychological Association Conference, August
- Stacy AW, Widaman KF, Hays R & DiMateo MR (1985) Validity of self-reports of alcohol and other drug use: A multitrait-multimethod assessment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49,219-232
- Stark MJ (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review, *Clinical Psychology Review*, 12,93-116

Thurstin AH, Alfano AM & Nerviano VJ (1987) The efficacy of AA attendance for aftercare of inpatient alcoholics: Some follow-up data, *The International Journal of the Addictions*, 22,1083-1090

Tonigan JS, Toscova R, & Miller WR (1996) Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings, *Journal of Studies on Alcohol*, 57,65-72

Tournier RE (1979) Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology, *Journal of Studies on Alcohol*, 57,230-239

Troyer TN, Acampora AP, O'Connor LE & Berry JW (1995) The changing relationship between therapeutic communities and 12-step programs: A survey, *Journal of Psychoactive Drugs*, 27,177-180

Tucker JA, Vuchinich RE & Harris C (1985) Determinants of substance abuse relapse, In M Galizio & SA Maisto (Eds) *Determinants of Substance Abuse: Biological, Psychological, and Environmental Factors*, (pp 383-421) New York: Plenum Press

Vaillant GE (1988) What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction, *British Journal of Addiction*, 83,1147-1157

Wallace J (1996) Theory of 12-step oriented treatment, In F Rogers, D Keller & J Morgenstern (Eds) *Treating substance abuse: Theory and technique* (pp 13-36) New York: Guildford Press

Wallen MC, Weiner HD, Mansi A & Deal D (1987) Utilization of 12-step theme groups in a short-term chemical dependence treatment unit, *Journal of Psychoactive Drugs*, 19,287-290

Watson CG, Hancock M, Gearhart LP, Mendez CM, Malovrh P & Raden M (1997) A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nontenders of Alcoholics Anonymous, *Journal of Clinical Psychology*, 53,209-214

Wells B (1987) Narcotics Anonymous (NA): The phenomenon's growth of an important resource, *British Journal of Addiction*, 82,581-582