



Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas

Caja Costarricense de Seguro Social

Gerencia División Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

2010

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| DISCUSIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO | Lic. Ángelo Arguello Castro | Psicólogo. Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut, CCSS |
| | Lic. Ana Brenes González | Enfermera. Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Chapui, CCSS. |
| | Lic. María Hernández Lobo | Psicóloga. Area de Salud Heredia Cubujuquí, CCSS. |
| | Dra. Tatiana Mata Chacón | Médico General. Area de Atención Integral a las Personas, DDSS, CCSS. |
| | Lic. Diane McParlane Gómez | Trabajadora Social. Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut, CCSS |
| | Lic. José Alexander Ramírez González | Trabajador Social. Hospital San Rafael de Alajuela, CCSS |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| COORDINACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO | Dra. Giselle Brenes Pacheco | Psiquiatra. Area de Atención Integral a las Personas, DDSS, CCSS. |
| | Lic. Carlos Garita Arce | Psicólogo. Area de Atención Integral a las Personas, DDSS, CCSS. |
| | Dr. Harold Segura Quesada | Psiquiatra. Area de Atención Integral a las Personas, DDSS, CCSS. |

| | | |
|----------------------|-------------------------------|---|
| COLABORADORES | Sra. Isella Cordero Hernández | Asistente pacientes. Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Chapui, CCSS |
| | Sr. Eugenio Cedeño Madrigal | Registros Médicos. Clínica Dr. Solon Núñez Frutos, CCSS |
| | Dr. Noé Ledezma Hernández | Médico General. Centro de Atención a Menores, Convenio CCSS-IAFA |
| | MsC. Heilyn Mora Castro | Enfermera. Clínica Dr. Carlos Durán, CCSS |
| | Sr. Marvin Orozco Sánchez | Asistente pacientes. Hospital Calderón Guardia, CCSS |
| | Sra. Nataly Paniagua Abarca | Registros médicos. Dirección de Bienestar Laboral, CCSS |
| | Lic. Elena Peralta Atan | Enfermera. Hospital México, CCSS |
| | Dra. Noemy Portilla Monge | Médico General. Centro de Atención a Menores, Convenio CCSS-IAFA |
| | Sr. Randall Rodríguez Medina | Asistente pacientes. Hospital Monseñor Sanabria, CCSS |
| | Srta. Zoleida Rosales Mendoza | Auxiliar de enfermería. Clínica Marcial Fallas Díaz, CCSS |

Índice

| | |
|---|----|
| ¿A quién va dirigido este Manual? | 7 |
| Metodología | 7 |
| Introducción | 9 |
| Situación actual del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica: | 10 |
| <i>Percepción de la población sobre problemática de drogas</i> | 14 |
| Objetivos | 16 |
| Objetivo General: | 16 |
| Objetivos Específicos: | 16 |
| 1. Marco Conceptual | 17 |
| 1.1 Enfoques: | 17 |
| Enfoque transteórico | 17 |
| Enfoque Motivacional | 20 |
| Enfoque de Derechos Humanos..... | 22 |
| Enfoque de Género | 22 |
| Enfoque de Reducción de Daños y Riesgos..... | 23 |
| 1.2 Conceptos básicos en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas | 24 |
| Definición de Sustancia Psicoactiva: | 24 |
| Tipos de sustancias psicoactivas: | 24 |
| Clasificación de las sustancias psicoactivas por su efecto en el Sistema Nervioso | 25 |
| <i>Drogas estimulantes (excitantes):</i> | 25 |
| <i>Drogas sedantes (depresoras o inhibidoras):</i> | 25 |
| <i>Drogas alucinógenas:</i> | 25 |
| Uso, consumo perjudicial o dependencia de sustancias psicoactivas | 26 |
| <i>Uso de droga</i> | 26 |
| <i>Consumo perjudicial</i> | 26 |
| <i>Dependencia a drogas</i> | 27 |
| Tolerancia a sustancias psicoactivas | 27 |
| Síndrome de Abstinencia | 28 |
| 1.3 Neurobiología del consumo de sustancias psicoactivas | 29 |
| Efectos de diferentes drogas..... | 31 |
| Memoria y adicción..... | 33 |
| 1.4 Etiología biopsicosocial del consumo de sustancias psicoactivas | 33 |
| Factores biológicos asociados (estudios genéticos):..... | 34 |
| Factores psicológicos asociados:..... | 34 |
| Factores sociales asociados: | 34 |
| 1.5 Consecuencias psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 1.6 Conceptualización del tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas | 36 |
| 1.7 Requerimientos necesarios para la atención oportuna | 36 |
| Diseño del sistema de tratamiento | 38 |
| 1.8 Tipos de intervención para el abordaje de usuarios y usuarias consumidores de sustancias psicoactivas | 38 |
| Promoción | 38 |
| Prevención | 38 |
| Intervención (inherente a todos los Centros de Salud)..... | 38 |
| Manejo de la Intoxicación..... | 39 |
| Manejo del Síndrome de Abstinencia | 39 |
| Intervenciones farmacológicas..... | 39 |
| Tratamiento del abuso continuo y de la dependencia..... | 39 |
| Manejo de la comorbilidad y complicaciones (primordialmente en Clínicas y en el Sistema Hospitalario) | 40 |
| Reinserción Social | 40 |
| 1.9 Criterios para realizar el diagnóstico y la ubicación de los usuarios y usuarias en la modalidad de tratamiento mas apropiada | 40 |
| Criterio para la Ubicación de Usuarios y Usuarias en Tratamiento Ambulatorio | 41 |
| Criterio para la Ubicación de Usuarios en Tratamiento Ambulatorio Especializado | 41 |
| Criterio para la Ubicación de Usuarios en el Sistema de Internamiento Hospitalario..... | 42 |
| Criterio para la Ubicación de Usuarios en Tratamiento Residencial o Comunidad Terapéutica | 42 |
| 1.10 Ejes evaluativos que se deben considerar para elegir el tipo de intervención según el diagnóstico del usuario | 44 |
| 1.11 La importancia del trabajo interdisciplinario en la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas..... | 47 |
| 1.12 Consideraciones para la atención de pacientes con diagnóstico dual o comorbilidad..... | 48 |
| 1.13 Aspectos éticos que se deben considerar en el abordaje de las y los usuarios | 48 |
| 2. Promoción..... | 49 |
| 2.1 Participación Social en Salud | 49 |
| 2.2 Educación para la Salud..... | 50 |
| 3. Prevención | 51 |
| 3.1 Principios en que se fundamenta la Prevención Integral..... | 51 |
| 3.2 Clasificación de los Programas de Prevención | 51 |
| 3.3 Metas de los Programas Preventivos..... | 52 |
| 3.4 Estrategias de los Programas Preventivos | 52 |
| 3.5 Principios Básicos para el Diseño de Estrategias dirigidas a la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas..... | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6 Posibles Ámbitos de Acción para el Desarrollo de Programas Preventivos | 54 |
| 4. Diagnóstico..... | 56 |
| 4.1 Intoxicación aguda | 56 |
| 4.2 Consumo perjudicial (abuso) | 56 |
| 4.3 Dependencia | 57 |
| 4.4 Síndrome de supresión o abstinencia..... | 57 |
| 4.5 Estrategias de Detección y Evaluación Diagnóstica Biopsicosocial | 58 |
| Tamizaje | 58 |
| Sospecha Diagnóstica..... | 59 |
| <i>Signos Básicos de Sospecha</i> | 59 |
| Confirmación Diagnóstica | 59 |
| <i>Tipo de consumo:</i> | 60 |
| Evaluación del compromiso o deterioro biopsicosocial..... | 60 |
| 4.6 Instrumentos de evaluación | 63 |
| 5. Tratamiento..... | 64 |
| 5.1 Acciones Específicas Que Deben Realizarse De Acuerdo A Cada Centro De Salud | 64 |
| EBAIS y Áreas de Salud..... | 64 |
| Clínicas | 65 |
| Sistema Hospitalario | 66 |
| 5.2 Criterios De Permanencia Del Paciente En Cada Centro de Salud | 67 |
| 5.3 Criterios De Egreso Del Paciente de Cada Centro De Salud..... | 67 |
| 5.4 Abordaje biomédico del consumo de sustancias psicoactivas | 68 |
| El Tratamiento:..... | 68 |
| Manejo De Intoxicación Grave-Aguda | 68 |
| Manejo Del Síndrome De Abstinencia | 69 |
| Pruebas De Laboratorio Y Gabinete Que Se Deben Enviar | 69 |
| Especificaciones Del Abordaje Biomédico Según Sustancia Psicoactiva..... | 71 |
| <i>ALCOHOL</i> | 71 |
| <i>TABACO</i> | 72 |
| <i>BENZODIAZEPINAS</i> | 72 |
| <i>METANFETAMINAS</i> | 73 |
| <i>MARIHUANA</i> | 73 |
| <i>SUSTANCIAS INHALABLES</i> | 73 |
| 5.5 Abordaje psicosocial del consumo de sustancias psicoactivas..... | 74 |
| 5.6 Abordaje de la reinserción social en personas consumidoras de sustancias psicoactivas..... | 74 |
| 5.7 Abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, con base en el enfoque transteórico de las etapas de cambio | 75 |
| Motivación En El Abordaje De Las Etapas De Cambio..... | 76 |

| | |
|--|------------|
| <i>Abordaje de la etapa de Precontemplación</i> | 76 |
| <i>Abordaje de la etapa de contemplación</i> | 77 |
| <i>Abordaje de la etapa de preparación</i> | 77 |
| <i>Abordaje de la etapa de acción</i> | 78 |
| <i>Abordaje de la etapa de mantenimiento</i> | 78 |
| 6. Seguimiento o monitoreo | 80 |
| 7. Atención De Poblaciones Específicas | 81 |
| 7.1 Mujeres | 81 |
| 7.2 Niños, Niñas Y Adolescentes..... | 82 |
| 7.3 Adulto Mayor | 84 |
| 7.4 Personas Con Diagnóstico De VIH-SIDA..... | 84 |
| 8. FLUJOGRAMAS | 85 |
| 9. Anexos | 89 |
| Anexo #1 Funciones básicas según área de especialización..... | 90 |
| Anexo #2 Contenidos por considerar en una intervención en educación para la salud | 93 |
| Anexo #3 Instrumento de sospecha diagnóstica..... | 94 |
| Anexo #4 Instrumento de sospecha diagnóstica para padres y madres | 95 |
| Anexo #5 Herramientas de diagnóstico..... | 96 |
| A. TEST AUDIT: DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA | 96 |
| B. TEST CAGE | 98 |
| C. TEST DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA DE FAGERSTROM | 99 |
| Anexo #6 Abordajes psicosociales más comunes en relación con el consumo de sustancias psicoactivas . | 100 |
| Anexo #7 Cuestionario de detección y registro para consumo de sustancias psicoactivas | 103 |
| BIBLIOGRAFÍA | 105 |

¿A quién va dirigido este Manual?

Está dirigido a equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), equipos de salud mental y psiquiatría, en particular a médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, en los diferentes centros de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Metodología

Para la elaboración de este Manual se revisaron guías de atención validadas en sus países con evidencia científica (Inglaterra, Escocia, Chile, Colombia), y se complementó con documentos de Chile, la Organización Panamericana de la Salud y un módulo que fue realizado en el país para efectos de capacitación de personal médico (CENDEISS).

Se realizó una validación del documento, tanto interna como externa. La validación interna, realizada con funcionarios de la CCSS, tuvo lugar en agosto del 2009. Por su parte, la validación externa, se realizó en noviembre del 2009 con funcionarios de instancias relacionadas con el fenómeno de las adicciones. A continuación se presentan los nombres de las personas que participaron en dichas validaciones.

| VALIDACIÓN INTERNA DEL DOCUMENTO | |
|----------------------------------|--|
| 1. | Alba Acuña Sánchez. Psicóloga – Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Chapui, CCSS |
| 2. | Aída Alvarado T. Enfermera – Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS |
| 3. | Mercedes Araya Ramírez. Trabajadora Social – Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS |
| 4. | Gary Arce Arenales. Psiquiatra. – Hospital San Juan de Dios, CCSS |
| 5. | Kathya Barrantes Mondol. Psicóloga – Clínica Dr. Carlos Durán, CCSS |
| 6. | Mariela Fletes Brenes. Psicóloga – Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS |
| 7. | Luis Meza Sierra. Psiquiatra – Hospital San Juan de Dios, CCSS |
| 8. | Ana Lorena Mora Carrión. Médica – Clínica Dr. Carlos Durán, CCSS |
| 9. | José Picó Costero. Psiquiatra – Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Chapuí, CCSS |
| 10. | Juan Rafael Valverde Zúñiga. Psiquiatra – Hospital de Guápiles, CCSS |
| 11. | Christian Vargas Quesada. Médico – Área de Salud Goicoechea 1, CCSS |
| 12. | Marco Vidaurre Arredondo. Psicólogo – Hospital Enrique Baltodano, CCSS |

VALIDACIÓN EXTERNA DEL DOCUMENTO

1. Sergio Acevedo. Director – RENACER
2. Pedro Acuña. Médico – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
3. Patricia Araya. Planificadora social – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
4. Marianela Araya. Psicóloga – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
5. Vera Barahona. Farmacéutica – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
6. Bernardo Castillo. Teólogo – Asociación Rostro de Jesús
7. Ana Lucía Cruz. Trabajadora Social – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
8. Verónica Durán. Trabajadora Social – Asociación Hogares CREA
9. Carolina Garro. Psicóloga – Instituto Costarricense de Drogas
10. Carolina Gutiérrez. Psicóloga – Patronato Nacional de la Infancia
11. Marilyn Jiménez. Asesora – Ministerio de Educación Pública
12. Danilo León – ACERPA
13. Julia López. Psiquiatra – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
14. E. Mata. Educadora – Instituto Costarricense de Drogas
15. Alicia Naranjo. Trabajadora Social – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
16. Silvia Pereira. Trabajadora Social – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
17. Fidel Ramos – Hogar Salvando al Alcohólico
18. Flora Rodríguez. Trabajadora Social) – Instituto Nacional de Aprendizaje
19. Kate Sáenz. Médico – Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
20. Alejandro Soto. Administrador – Hogar Salvando al Alcohólico
21. Rocío Solís. Asesora – Ministerio de Educación Pública
22. Paola Villalobos. Trabajadora Social – Patronato Nacional de la Infancia

Introducción

En los últimos años, el perfil epidemiológico del país muestra una tendencia al aumento en los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, lo que representa un desafío para el sector salud en general y en específico para la CCSS, la cual se ve en la necesidad de incorporar en un plan estratégico las acciones específicas que permitan el abordaje efectivo de dicha problemática (CCSS, 2007: 20-21).

Por nuestra situación geográfica, el país se convierte en una ruta de paso que ocasiona que cantidades importantes de las drogas se queden dentro del territorio nacional, y de esta manera se acentúe mucho más el acceso a las mismas y por ende, agrava el problema del consumo y de violencia asociada.

Dentro de la visión de la CCSS para el año 2025, se menciona como estrategia, que desde el punto de vista de los usuarios se debe *“garantizar la seguridad y la calidad de todos los servicios de salud y demás prestaciones sociales que brinda la institución”*. Para llevar a cabo esta estrategia se presenta como lineamiento: *“Propiciar la estandarización de la práctica clínica mediante el uso de protocolos o guías de atención integral, para los problemas y necesidades prioritarios de salud”*. (CCSS, 2007: 47-48)

Por otra parte, el Instituto Costarricense de Drogas, órgano rector en esta materia, en su Plan Nacional sobre Drogas 2008 - 2012¹, contempla varios aspectos para abordar el tema de las drogas, entre los cuales están: la atención de las personas consumidoras de sustancias psicotrópicas, la prevención y represión de delitos en el tráfico de drogas ilícitas, la legitimación de capitales provenientes del narcotráfico y otros delitos graves y actividades conexas. En dicho plan se establece que la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, corresponde a la CCSS en coordinación con otras instancias, por lo tanto, la Institución debe brindar la atención a las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, como parte de los programas asistenciales que brinda. (ICD, 2007:14).

Lo anterior hace que la institución tenga que asumir un papel protagónico en la atención de poblaciones consumidoras de sustancias psicoactivas, realizando coordinaciones con diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en este tema, especialmente con el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

La perspectiva desde la cual se debe abordar, a la población de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, desde los servicios de la CCSS, debe estar orientada a la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Lo anterior, con un enfoque de derechos humanos, de manera que permita una atención pronta y oportuna.

Los programas de atención integral para personas con consumo de sustancias psicoactivas deben enfocarse en una visión integral del ser humano que involucre las dimensiones física, emocional, mental, social y espiritual.

Este Manual presenta aspectos teóricos y metodológicos que pretenden responder a la necesidad institucional y de la población, en un marco de atención integral por parte de la CCSS.

¹ Acatamiento de la Ley No. 8204 “Ley de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas”

Situación actual del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica:

El consumo de sustancias psicoactivas constituye una prioridad de salud pública, debido principalmente a las implicaciones bio-psicosocial-económicas que provoca en la población costarricense, obligando a la Institución a brindar una atención prioritaria a esta población.

Tomando en cuenta los resultados de la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, realizada en el 2006 por el IAFA y publicada en marzo de 2009, relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, se evidencia la magnitud del problema nacional, justificándose la necesidad de intervenciones oportunas por parte de la CCSS en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Algunos de estos resultados, según consumo de sustancia son:

Tabaco: El nivel de prevalencia de vida para consumo de tabaco se ha mantenido estable en un 30%, entre los años 2001 y 2006, pero con la particularidad de que se ha dado una disminución en los hombres y un incremento en las mujeres. También persiste el promedio de consumo activo en 15%, lo que representa una cifra cercana al medio millón de personas, demostrando el grave problema de tabaquismo existente en nuestra sociedad. (Ver Tabla 1)

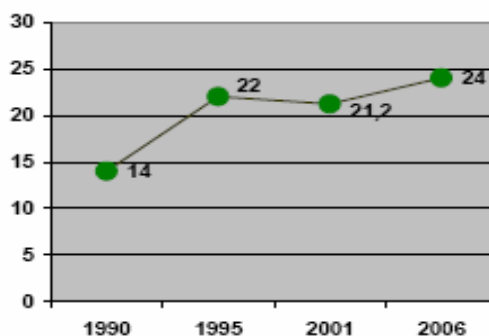
| Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo. Costa Rica, 1995, 2001 y 2006 | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Tipo de prevalencia / Sexo | 1995 | 2001 | 2006 |
| Vida | | | |
| Hombres | 53,5 | 41,1 | 41,0 |
| Mujeres | 17,1 | 18,8 | 21,5 |
| Total | 35,3 | 30,0 | 31,4 |
| Año | | | |
| Hombres | 29,6 | 25,5 | 23,2 |
| Mujeres | 7,2 | 9,2 | 9,4 |
| Total | 18,3 | 17,2 | 16,4 |
| Mes | | | |
| Hombres | 28,5 | 23,1 | 21,3 |
| Mujeres | 6,6 | 8,2 | 8,1 |
| Total | 17,5 | 15,7 | 14,8 |

Fuente: Adaptado de Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

En relación con la edad de inicio de consumo de tabaco, se observa un aumento sostenido en el intervalo de edad de 13 a 15 años como el periodo de iniciación. Específicamente 28,4% en 1990, 31.5% en 1995, 33.8% en 2001 y 35.4% en 2006. Lo que conlleva un aumento en la magnitud del problema drogas, ya que se entiende que a menor edad en el inicio del consumo, mayor probabilidad de desarrollar dependencia.

Además, resulta preocupante el hecho de que se observa un aumento sostenido en el número de casos nuevo (incidencia) desde el año 1990, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 1. Distribución de la muestra, según incidencia por mil habitantes del consumo de tabaco por año de estudio Costa Rica 1990, 1995, 2001 y 2006



Fuente: Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

Alcohol: Los niveles de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, reflejan que la población costarricense ha experimentado una reducción sostenida, específicamente 62.2% en 1995, 54.3% en 2001 y 51.2% en 2006, como se observa en la siguiente tabla:

| Tabla 2. Distribución porcentual de la muestra según niveles de prevalencia de consumo de alcohol por año, según sexo Costa Rica, 1995, 2001 y 2006 | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Tipo de prevalencia/Sexo | 1995 | 2001 | 2006 |
| Vida | | | |
| Hombres | 78,0 | 65,3 | 61,6 |
| Mujeres | 47,0 | 43,2 | 40,4 |
| Total | 62,2 | 54,3 | 51,2 |
| Año | | | |
| Hombres | 52,0 | 50,0 | 44,0 |
| Mujeres | 29,0 | 28,1 | 27,4 |
| Total | 40,3 | 39,0 | 36,0 |
| Mes | | | |
| Hombres | 38,0 | 37,0 | 32,0 |
| Mujeres | 14,1 | 16,3 | 17,0 |
| Total | 24,8 | 27,0 | 24,3 |

Fuente: Adaptado de Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

Ahora bien, sobresale el hecho de que más de 3 de cada 10 hombres que refirieron haber tomado en el último año, presentan una condición de peligro o consumo riesgoso y de gran peligro o dependencia. Al respecto, específicamente entre las personas que bebieron en el último año, alrededor de 601 mil personas

pueden reunir los criterios de abuso; en tanto que 315 mil los de dependencia; demostrando claramente la necesidad de tratamientos en nuestra sociedad para casi un millón de personas afectadas por el alcohol.

Según indica el Estudio Nacional de Necesidades de Tratamiento del año 2006, realizado por I.A.F.A, del total de personas consumidoras de alcohol, que es la droga de mayor consumo; y otras drogas ilícitas, 694.235 personas requieren tratamiento, es decir el 21.14%.de la población total que habita en Costa Rica (Sánchez, 2008: 4)

En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol, de 1990 al 2006, se da un importante incremento en la población adolescente como se observa en la siguiente tabla.

| Tabla 3. Distribución porcentual de la muestra, según edad de inicio del consumo de alcohol, por año. Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006 | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Edad de inicio | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 |
| 12 años o menos | 9,8 | 6,1 | 10,1 | 9,3 |
| 13 a 15 años | 16,3 | 15,6 | 28,4 | 28,3 |
| 16 a 18 años | 19,7 | 20,7 | 35,5 | 35,0 |
| Mas de 18 años | 54,2 | 57,6 | 26,0 | 27,4 |

Fuente: Adaptado de Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

Al ser las drogas legales la puerta de entrada al consumo de las drogas ilegales, el que exista un aumento tan importante en el inicio del consumo de alcohol en etapa adolescente, supone un incremento en el riesgo de dependencia, no solo para este tipo de sustancia, sino también para las sustancias de tipo ilegal.

Drogas ilícitas: Con respecto al consumo de drogas ilícitas, se presenta un crecimiento sostenido desde 1990 hasta el año 2006, específicamente el patrón de prevalencia de vida es 3.99% en 1990, 4% en 1995, 5.84% en 2001 y 7.92% en 2006. Además el consumo mensual plantea 0.44% en 1990, 0.44% en 1995, 0.52% en 2001 y 0.68% en 2006; siendo evidente el aumento constante también en consumo activo de drogas ilícitas entre la población; como se puede observar en la siguiente tabla (IAFA, 2009:48):

| Tabla 4. Distribución de la muestra, según niveles de prevalencia de consumo de alguna droga clandestina (no sintética) en población de 12 a 70 años, por sexo y año de estudio Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006 (Tasas por mil habitantes) | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tipo de prevalencia/ Sexo | 1990 | 1995 | 2001 | 2006 |
| Vida | | | | |
| Hombres | 67.5 | 73.5 | 95.7 | 115.0 |
| Mujeres | 12.5 | 6.8 | 20.6 | 42.0 |
| Total | 39.9 | 40.0 | 58.4 | 79.2 |
| Año | | | | |
| Hombres | 7.4 | 13.7 | 23.1 | 20.1 |
| Mujeres | 2.9 | 1.4 | 5.2 | 3.6 |
| Total | 5.2 | 7.5 | 14.2 | 12.0 |
| Mes | | | | |
| Hombres | 6.7 | 8.2 | 9.6 | 12.4 |
| Mujeres | 2.2 | 0.7 | 0.9 | 0.9 |
| Total | 4.4 | 4.4 | 5.2 | 6.8 |

Fuente: Adaptado de Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

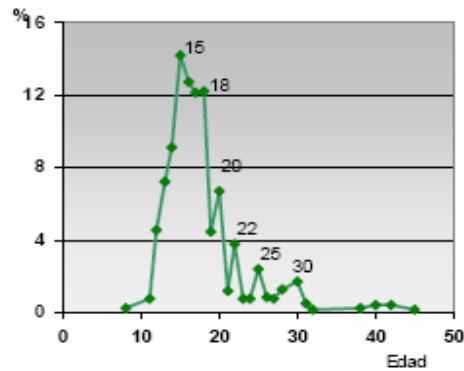
Marihuana: Si se analiza el consumo activo de la droga ilícita más conocida, que es la marihuana, (ver Tabla 5), sobresale el hecho de que se observa también un incremento sostenido de 1995 hasta el 2006, específicamente se tiene 0.3% en 1995, 0.4% en 2001 y 0.6% en 2006 (IAFA, 2009).

| Tabla 5. Distribución porcentual de la muestra en referencia a las drogas ilícitas mayoritariamente escuchadas entre los y las costarricenses Costa Rica, 2006 | |
|---|--------------|
| Droga | Porcentaje |
| Marihuana | 52,0 |
| Crack | 22,5 |
| Cocaína | 21,5 |
| Heroína | 0,8 |
| Éxtasis | 0,7 |
| Inhalables | 0,5 |
| LSD | 0,1 |
| Otras | 1,8 |
| Sin respuesta | 0,2 |
| Total | 100,0 |

Fuente: Adaptado de Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

Es importante además resaltar que el consumo de marihuana tiene sus picos más altos en al edad de la adolescencia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar drogodependencia, como se observa en la siguiente figura.

Figura 2. Distribución porcentual de la muestra según edad de inicio en el consumo de marihuana.



Fuente: Encuesta Nacional Consumo de Drogas Costa Rica, IAFA, 2006

Percepción de la población sobre problemática de drogas

Otro resultado de importancia que se presenta en la Encuesta, se refiere a la opinión de los entrevistados sobre el principal problema que se da en su barrio o comunidad, donde el tema drogas sobresale muy por encima de otras problemáticas sociales, concretamente drogas obtiene un 27.5%, superando temas como inseguridad o delincuencia con 13.6%, costo de la vida con 10.7% o desempleo con 9.3%. Resultado que viene a ratificar las dimensiones que hoy en día ha alcanzado el problema del consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país (IAFA, 2009: 31-64).

Antecedentes

La elaboración de documentos que orienten sobre las intervenciones para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en Costa Rica son escasos, sin embargo se cuenta con algunos documentos que se mencionan a continuación:

- **Síndrome de Intoxicación y Abstinencia a Drogas Psicoactivas: Recomendaciones para su Manejo (IAFA, 2000):** Este documento constituye una herramienta clínica biomédica para que los profesionales de ésta área puedan llevar a cabo el diagnóstico del síndrome de intoxicación y abstinencia, según droga, así como la atención farmacológica más apropiada para cada sustancia.
- **Módulo 3: Consumo De Sustancias Psicoactivas Capaces De Producir Dependencia (CCSS, 2003):** Este documento no es una guía o protocolo, sin embargo, fue realizada en el marco del “Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales”, avalado por el CENDEISSS. Contiene elementos teóricos y metodológicos para la detección, diagnóstico y tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, todos con evidencia científica.
- **Guía de Tratamiento de Dependencia al Alcohol en el Primer y Segundo Nivel de Atención (CCSS, 2005):** Esta Guía Clínica de Tratamiento tiene como objetivo presentar intervenciones basadas en la evidencia actual para fortalecer la efectividad de los tratamientos, apoyar los estándares de la calidad de la atención de la salud, propiciar la integración terapéutica de programas especiales y promover el uso eficiente y racional de los recursos.
- **Manual de Normas y Protocolos de Atención para el Manejo de Niños, Niñas y Adolescentes con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas (CCSS, 2006):** El Centro Nuevos Horizontes, ubicado físicamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, atiende a niñas, niños y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas en condiciones de vulnerabilidad, para lo cual formuló dicho manual, el cual establece los protocolos para las diferentes fases del tratamiento, así como para cada una de las disciplinas que abordarán al o la paciente que ingrese al Centro.

Marco político – legal:

La ley N° 7786 del 30 de abril de 1998, en su artículo 3 indica:

“es deber del Estado prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica, asimismo, asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física y mental, y readaptarlas a la sociedad.

Los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado. Si se trata de personas menores de edad, para lograr dicho tratamiento, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), deberá dictar las medidas de protección necesarias dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia”.

Objetivos

Objetivo General:

Ofrecer a las y los funcionarios de la CCSS un marco conceptual y una orientación para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, según especificidad, resolutivez y complejidad de los centros de atención en salud; y adecuado a la realidad costarricense.

Objetivos Específicos:

1. Orientar a los equipos interdisciplinarios, en los distintos niveles de atención, acerca de: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el abordaje de las personas con consumo de sustancias psicoactivas.
2. Brindar lineamientos que fortalezcan la intervención en grupos prioritarios como niñez y adolescencia, adulto mayor y mujeres, desde un enfoque inclusivo de género y de derechos humanos.
3. Unificar los procedimientos de atención para pacientes con uso, consumo perjudicial y dependencia a sustancias psicoactivas que acuden a los diferentes servicios de salud.
4. Estandarizar los criterios de referencia y contra referencia entre los distintos centros de atención relacionados con esta patología.
5. Establecer estrategias de intervención según los ejes de: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

1. Marco Conceptual

El modelo que sustenta el quehacer de la CCSS, en la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, es el biopsicosocial- espiritual compuesto. Este integra los elementos y técnicas de distintas perspectivas, plantea el punto de vista actual de que todas las enfermedades crónicas como la adicción a sustancias psicoactivas se tratan mejor por medio de acercamientos colaborativos y comprensivos, reconociendo aspectos básicos como que la adicción es una enfermedad crónica y progresiva con causas físicas, que el uso de sustancias problemáticas surgen de deficiencias en el aprendizaje, disfunción emocional o psicopatología, que los procesos de socialización y medio ambiente cultural son determinantes y que además, el reconocimiento de las limitaciones del ser hacen necesario incluir en la recuperación una conexión con lo que trasciende al individuo (Miller, 1999:5-7).

1.1 Enfoques:

Este modelo se enriquece con el aporte de diversos enfoques que hacen idónea la propuesta de tratamiento que la CCSS asume, como lo son: enfoque transteórico, enfoque motivacional, enfoque de derechos humanos, enfoque de género y el enfoque de reducción de daños y riesgos.

Enfoque transteórico

Los psicólogos e investigadores James Prochaska y Carlo Di Clemente, formularon en 1984 el primer modelo global del cambio de las conductas adictivas. Dicho modelo debe su carácter global a la pretensión de ser aplicable a las diversas conductas adictivas y de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen tanto las personas con ayuda de un programa formal de tratamiento, como las que lo hacen sin él. Además, se le denomina transteórico en tanto recoge e integra una gran variedad de principios teóricos provenientes de distintos enfoques y disciplinas, siendo por lo tanto un modelo muy dinámico y en constante revisión (CONACE, 2005:69-70).

Un modelo tridimensional: Este modelo transteórico tiene un carácter tridimensional pues identifica tres aspectos del cambio de las conductas adictivas (CONACE, 2005:70):

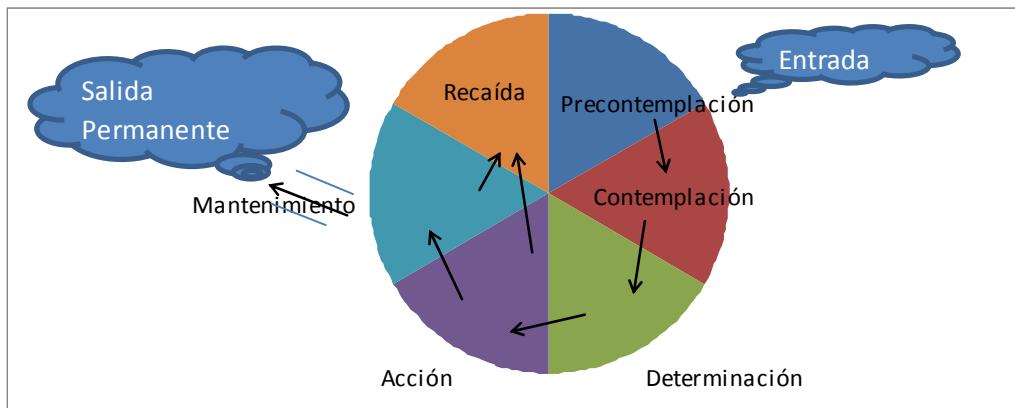
- Los estadios del cambio, correspondientes a una división temporal del proceso en etapas, que comprende el período que va desde el momento en que la persona tiene una leve percepción del problema hasta el momento en que éste ya no existe.
- Los procesos del cambio, referidos a las actividades iniciadas o experimentadas por la persona en el proceso de cambio, que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales.
- Los niveles del cambio, que consisten en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente.

Estructura del modelo: El modelo de Prochaska y DiClemente distingue cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

A pesar de que la distinción de los estadios se relaciona con la evolución temporal de los cambios, de acuerdo a un determinado orden, su estructura no es lineal, sino espiral, es decir, la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, pasando de una etapa a otra hasta concluir el cambio deseado, sino que

avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a un estadio superior al logrado en el primer avance y de ahí continuar su proceso. (CONACE, 2005:71)

Figura 3. Etapas de Cambio



Fuente: Elaboración propia basada en figura 2.1 en Miller y Rollnick, 1999: 39.

Lo anterior explica porqué este proceso varía en su duración según cada persona y según la complejidad del problema de consumo, sin embargo, la mayoría de la gente demora entre dos y tres años en completar el recorrido desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento. Por otra parte, en este modelo a diferencia del modelo dicotómico tradicional en que la recaída es considerada un fracaso, un derrumbe total, la recaída más bien forma parte del proceso de avance de un estadio a otro. Este es un aspecto muy importante que deben considerar los terapeutas, ya que su intervención juega un papel clave para que el paciente continúe su proceso. (CONACE, 2005:72)

Definición de los estadios: Un aspecto fundamental en la aplicación del modelo transteórico del cambio para ayudar a una persona en la modificación de una conducta adictiva es reconocer el estadio, dentro del ciclo de cambio, en el que ésta se encuentra y comprender que es posible intervenir en cualquiera de los mismos (CONACE, 2005:82):

Cuadro 1: Definición de los estadios de cambio

| | |
|--|--|
| Precontemplación | Es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses. |
| Contemplación | Es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos. |
| Preparación (Determinación) | Es el estadio en que las personas se encuentran preparadas para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes. |
| Acción | Es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo |

| | |
|----------------------|--|
| | mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses. |
| Mantenimiento | Empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de éste estadio aún no está definida completamente y algunos autores consideran que el deseo no se extingue, sino que se controla. |

Fuente: Elaboración propia, con base en Miller y Rollnick, 1999.

Análisis de los estadios del cambio: A continuación se presenta una síntesis de los estadios del cambio a través de un cuadro analítico elaborado a partir de los principales criterios descriptivos de cada una de las etapas:

Cuadro 2. Analítico de los Estadios del Cambio de las Conductas Adictivas

| Estadio | Disposición al cambio | Conciencia del problema | Balanza decisional | Motivación al tratamiento | Autoevaluación eficacia v/s deseo intenso de consumir (craving) |
|-------------------------|---|--|---|--|--|
| Precontemplación | No considera necesario cambiar su conducta, ya que no la percibe como un problema. | No existe conciencia de problema o la conciencia es mínima y observa con extrañeza que otras personas así lo consideren, incluso lo niega. | Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo (ganancias) son superiores a los aversivos (pérdidas). | Acude a tratamiento presionado por los demás (familia, conflictos con la justicia, problemas laborales, etc.) con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca. | Gran desnivel: baja auto eficacia y mucho deseo de consumir, donde hay una percepción de incapacidad y falta de voluntad. Tener en cuenta que no se ha modificado la conducta adictiva, por lo que es difícil que la persona autoevalúe su eficacia. |
| Contemplación | Surge el planteamiento en el sujeto de la posibilidad de abandonar la conducta adictiva sin compromiso firme de cambio, se siente ambivalente respecto a la necesidad de cambiar y los supuestos beneficios del cambio. | Toma la conciencia progresiva de la existencia de toda una problemática engendrada por la conducta adictiva. | Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van progresivamente en aumento. | Inicia un proceso interno de motivación de acuerdo a la creciente toma de conciencia del problema. Se esfuerza en comprender su consumo, sus causas y consecuencias, manifiesta una necesidad importante de hablar sobre ello. | Disminuye el desnivel entre auto eficacia y el deseo de consumir. |
| Preparación | Se compromete a abandonar su conducta adictiva, realiza algunos pequeños cambios conductuales, por ejemplo: disminuye | Hay conciencia de problema y decisión para modificar su conducta. | Los aspectos aversivos se reconocen y comienzan a ser percibidos como superiores que los | Desea cambiar su conducta problemática y en consecuencia puede solicitar activamente apoyo terapéutico. | Continúa disminuyendo el desnivel entre auto eficacia y el deseo de consumir. |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|---|
| | la dosis de droga que consume logrando abstenerse por periodos cada vez más largos. | | gratificantes. | | |
| Acción | Los aspectos aversivos son claramente percibidos como superiores a los gratificantes. | Hay conciencia del problema y se implementa la acción para abandonar la conducta adictiva. | La auto eficacia aumenta drásticamente y la tentación del consumo disminuye gradualmente. En este estadio surge el riesgo de recaída relacionado con el síndrome de abstinencia. | Puede solicitar apoyo para enfrentar el período de desintoxicación, ya que reconoce el fracaso en intentos anteriores. Muestra mayor compromiso con su proceso terapéutico. | Cambia su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar su problema de consumo. Se aprecian cambios visibles para las personas cercanas, conllevan mayor reconocimiento externo y refuerzo social. |
| Mantenimiento | No solo son percibidos los aspectos aversivos de la conducta adictiva como superiores a las gratificantes, sino que los aspectos del cambio comienzan a ser valorados en el balance decisional. | Se mantiene la conciencia del problema. | El deseo intenso de consumir disminuye mientras que la percepción de auto eficacia alcanza su punto máximo. | Se centran en aquellos aspectos del tratamiento que promuevan la prevención de la recaída. | Compromiso con el cambio para conservar y consolidar los logros, manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. El cambio puede ser percibido como amenaza, debido al miedo a recaer. Esto puede generar un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado. |

Fuente: Elaboración propia, con base en CONACE, 2005:74.

Enfoque Motivacional

Este enfoque se basa en la concepción de la entrevista motivacional de Miller y Rollin, la cual tiene una gran aceptación por parte de terapeutas en adicciones, y se basa en la motivación de la persona consumidora para iniciar su cambio.

Se define la entrevista motivacional como la forma concreta de ayudar a las personas que reconozcan y se ocupen de sus problemas presentes. Por lo tanto, esto resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. (Miller y Rollnick, 1999: 79)

Un elemento esencial es desarrollar una atmósfera de cambio en la conciencia del paciente, lo cual puede lograrse en un periodo de tiempo muy breve (hasta cinco minutos), durante esta intervención el funcionario de

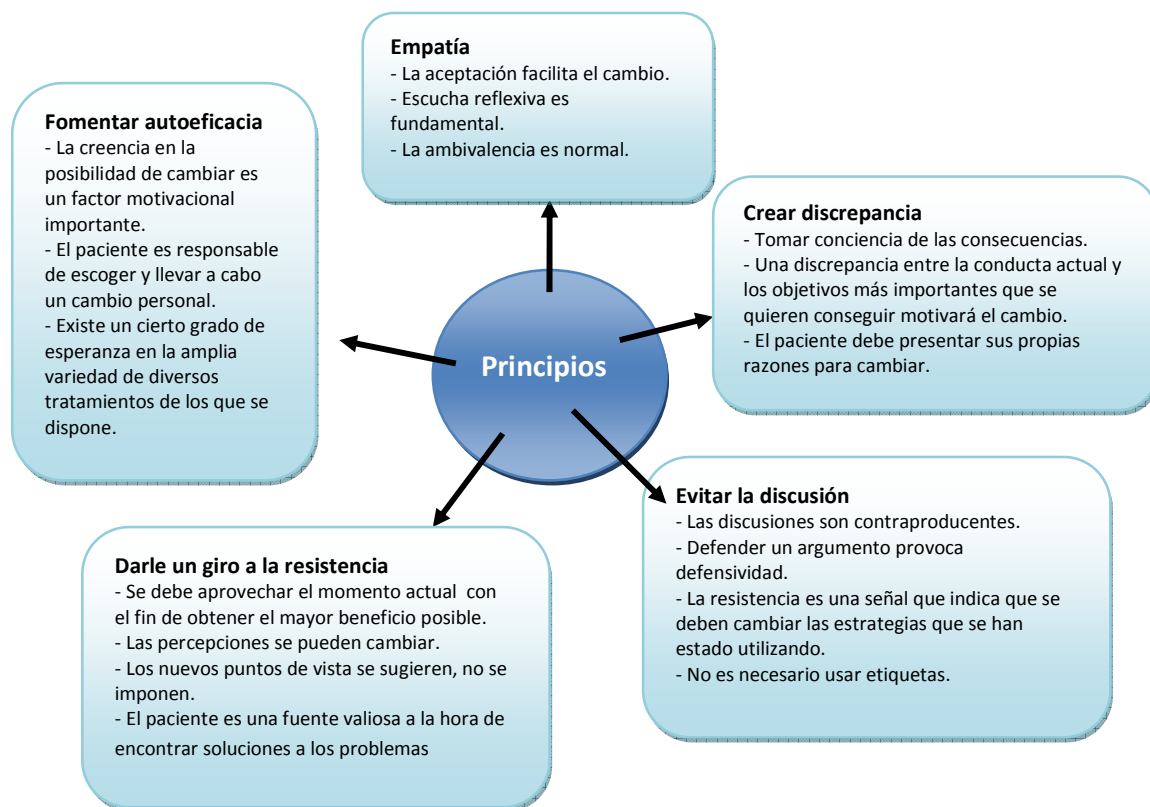
salud solo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural (Roger, 1985, citado por Miller y Rollnick, 1999: 25-26):

- Empatía adecuada
- Calidez no posesiva (incondicionalidad)
- Autenticidad

La entrevista motivacional posee 5 principios generales (Miller y Rollnick, 1999: 83-92):

- **Expresar empatía:** La empatía es una de las características esenciales de la entrevista motivacional por parte del terapeuta. La actitud sobre la que subyace la empatía es la “aceptación”. Esto mediante una escucha reflexiva adecuada en la cual los terapeutas intentan comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.
- **Crear discrepancia:** Un segundo principio general de la entrevista motivacional es crear y potenciar, en la mente del paciente, una discrepancia entre la conducta actual y objetivos más amplios, aumentarla y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente. Miller lo connotó como una “disonancia cognitiva”, discrepancia entre donde uno está y donde uno querría estar.
- **Evitar la discusión:** El tercer principio es que el terapeuta evite discutir, confrontar cara a cara. La situación menos deseable, desde ese punto de vista, es que el terapeuta discuta con el paciente a fin de convencerlo de que tiene un problema y que necesita cambiar, mientras que el o la paciente defiende un punto de vista opuesto.
- **Darle un giro a la resistencia:** La entrevista motivacional no es un combate; no se trata de ganar o perder. El o la paciente no es un oponente al que se deba vencer. De todas maneras la mejor forma de definir esto es cómo darle un giro a la resistencia. El objetivo que se mueve no es un cuerpo, sino una forma de percepción. El o la paciente empieza eliminando las percepciones presentes, y descubre que éstas aparecen bajo una forma diferente. Otro elemento es que la resistencia y la ambivalencia no son opuestas, sino más bien, el terapeuta las reconoce como naturales y comprensibles.
- **Fomentar la autoeficacia:** El último principio refiere a la capacidad de toda persona para llevar a cabo con éxito una tarea específica. Si la persona no tiene esperanza alguna de que logre cambiar, entonces no hará ningún esfuerzo y las tácticas terapéuticas serán en vano. Por ello el terapeuta deberá estimular la autoeficacia en tanto solo la persona hará el cambio, nadie lo hará por ella.

Figura 4. Los 5 principios sobre los que subyace la entrevista motivacional:



Fuente: Elaboración propia, con base a Prochaska y DiClemente, en Millar y Rollnick, 1999:83-92

Enfoque de Derechos Humanos

Este enfoque es considerado como el conjunto de normas que ratifican la dignidad humana, se sustenta en el espíritu humano y la alteridad para una convivencia pacífica entre los pueblos, que todavía no es aplicada a cabalidad según lo que se observa en la realidad mundial; pero que mediante un esfuerzo holístico podrá sostenerse (OIT - IPEC, 2005: 7- 8).

Para la comprensión de este enfoque hay dos conceptos que son clave (OIT - IPEC, 2005: 7- 8): dignidad humana y corresponsabilidad.

Asimismo, la integralidad plantea para el óptimo tratamiento de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, que es necesario el conocimiento de este enfoque y la aplicación constante de sus características, siendo que los derechos humanos son: universales, inalienables, absolutos, integrales, exigibles, irrenunciables, individuales, imprescriptibles, inviolables (OIT - IPEC, 2005: 15).

Enfoque de Género

El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural derivada del modo en que han sido percibidas y vividas las diferencias biológicas. El ordenamiento de género de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas,

permitidas y prohibidas, para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. (CONACE, 2004:8)

Lo anterior, conlleva que mujeres y hombres incorporen y reproduzcan una serie de roles estereotipados, que propician el establecimiento de una estructura de poder que favorece al género masculino. Es así como, se perpetúan relaciones de dominio y control y cualquier intento por transgredir dichos roles genera una sanción social.

De esta manera, el enfoque de género obliga a reconocer todos los condicionamientos sociales que generan formas diferenciadas de ser, pensar, hacer y sentir en los hombres y las mujeres. En particular, en el tema del consumo de sustancias psicoactivas, implica el reconocimiento de los factores diferenciados, relacionados con el género, que inciden en la problemática del consumo. Esto es necesario, no sólo para una mayor comprensión del fenómeno, de acuerdo al género, sino también para el establecimiento de estrategias de tratamiento efectivas que respondan a las diferentes necesidades de hombres y mujeres.

Enfoque de Reducción de Daños y Riesgos

Este enfoque plantea una intervención basada en un conjunto de estrategias individuales y grupales que se desarrollan en el ámbito terapéutico, sanitario y social. Las mismas tienen como propósito minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas mediante los siguientes objetivos primordiales (Insúa, 2000 en Becoña y Martín 2004:87-88):

- Disminuir la morbimortalidad.
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo (sobredosis, accidentes, comorbilidades psiquiátricas y clínicas, entre otros).
- Disminuir los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores.
- Aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas
- Favorecer la accesibilidad de los consumidores de drogas a la red asistencial y a los servicios que ofrecen grupos organizados como lo son comedores y baños públicos, así como otro tipo de servicios de atención interdisciplinaria.
- Incrementar la adherencia a los tratamientos.

Este enfoque no pretende sustituir el modelo tradicional de programas basados en la abstinencia a las drogas y la rehabilitación de los afectados, por el contrario se consolida como la segunda opción idónea para mantener en atención a aquellos usuarios que por sus características idiosincráticas, han demostrado en reiterados intentos, no lograr la abstinencia sostenida, siendo esto causa de deserción en los centros o programas de rehabilitación, aumentando con ello los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Este enfoque contempla como logros terapéuticos los avances obtenidos por el paciente, a pesar de mantener cierto nivel de consumo, como son: retomar estudios, lograr reinserción laboral y funcionalidad familiar, entre otros.

Entre los programas de reducción de daños más habituales, a nivel internacional, se pueden destacar los siguientes (Becoña y Martín 2004:88-89):

- Programas con sustitutivos opiáceos, entre los que destacan los tratamientos con Metadona.

- Programas de consumo de menor riesgo, entre los que se encuentran el intercambio y distribución de jeringas, los talleres de consumo de menor riesgo en locales de las ONG, programas de acercamiento que suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo.
- Programas de sexo más seguro que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como las acciones que favorezcan el acceso a los preservativos u otros medios biomédicos para disminuir en esta población el riesgo la tasa de nacimientos.

1.2 Conceptos básicos en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas

Definición de Sustancia Psicoactiva:

Existen diversas definiciones, entre ellas:

- Sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede alterar la estructura o modificar una o más funciones (OMS).
- Toda sustancia terapéutica o no, que introducida al organismo, por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humo, ingestión, fricciones) o nuevos (parental, endovenoso), es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo, provocando una alteración física, psíquica o intelectual (Escobar, 1999:119).
- Sustancia que, por su naturaleza química, afecta la estructura o funcionamiento de un ser vivo. Esta definición abarca a casi todo lo que la gente ingiere, inhala, se inyecta o absorbe. Incluye medicinas, drogas contra-indicadas, drogas ilegales, drogas bebidas, cigarrillos, aditivos de alimentos, sustancias industriales, y aún alimentos. (Desek. D, Girdano. D, 1990:3)

Su capacidad de crear dependencia física o psíquica en el consumidor es, precisamente, una de las características más importantes a la hora de definir a una sustancia como droga.

Tipos de sustancias psicoactivas:

Drogas legales: Aquellas de uso permitido, legal o culturalmente institucionalizado (café, tabaco, alcohol) en una sociedad determinada (Escobar, 1999:119-120)

Drogas ilegales: Aquellas a las que la autoridad competente de un Estado sanciona con esa categoría en distintas figuras penales, civiles, administrativas, deportivas, curativas. Abarcan los precursores, disolventes químicos y reactivos aptos para elaborar estupefacientes, drogas de diseño y toda otra sustancia que pueda intervenir en los procesos de síntesis de drogas peligrosas o agentes farmacológicos prohibidos, como en el caso del doping. (Escobar, 1999:119-120)

Drogas medicamentosas: Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y / o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona o animal a quien se le suministre. (Escobar, 1999:219)

Clasificación de las sustancias psicoactivas por su efecto en el Sistema Nervioso

Drogas estimulantes (excitantes):

Las Drogas Estimulantes precisamente estimulan el sistema nervioso central: la cocaína (base libre, crack), las anfetaminas, las pastillas para adelgazar, los “energizantes psíquicos”, la nicotina, la cafeína y las sustancias similares. (Inaba. D, Cohen. W, 1992:25)

- **Efectos Físicos:** El efecto habitual de una dosis pequeña o moderada es una estimulación general del sistema nervioso que produce efectos energizantes en los músculos, una aceleración del ritmo cardíaco, una mayor presión sanguínea y un menor apetito. Puede producir problemas cardíacos, vasculares y convulsiones, especialmente si se consumen grandes cantidades o si el consumidor es muy sensible. Cuanto más fuerte es el estimulante, mayores son los efectos (Inaba. D, Cohen. W, 1992:25).
- **Efectos Mentales:** Una dosis moderada de los estimulantes más fuertes puede hacer que se sienta más confianza en sí mismo, sea comunicativo, esté ansioso por actuar y excitado. También puede causar una cierta euforia, según la fisiología del consumidor y la droga específica. Las dosis mayores o el consumo prolongado de los estimulantes más fuertes pueden producir ansiedad, paranoia y confusión mental (Inaba. D, Cohen. W, 1992:25).

Drogas sedantes (depresoras o inhibidoras):

Las drogas depresoras son, como su nombre lo indica, depresores del sistema nervioso. Las tres categorías principales, según Inaba. D, Cohen. W, (1992:26) son:

1. Opiáceos y opioides: opio, heroína, codeína, Percodan, Metadona, Dilaudid, Demerol, Darvón, y otros.
 2. Sedantes – hipnóticos: barbitúricos, Valium, Librium, Xanax, Quaalude, Doriden, Miltown, y otros.
 3. Alcohol: La cerveza (y la cerveza Light), el vino (y los coolers), las bebidas de alta graduación alcohólica (y los cócteles).
- **Efectos Físicos:** Las pequeñas dosis hacen más lento el ritmo cardíaco y la respiración, disminuyen la coordinación muscular y la energía y embotan los sentidos. Los depresores, en especial los opiáceos, también pueden producir constipación, náuseas y disfunciones sexuales (Inaba. D, Cohen. W, 1992:26).
 - **Efectos mentales:** Al principio, las pequeñas dosis pueden actuar como estimulantes porque reducen las inhibiciones, pero en la medida en que más se consumen los efectos depresores generales se hacen sentir, embotando la mente y entorpeciendo los movimientos corporales. Ciertos depresores también pueden producir euforia o una sensación de bienestar (Inaba. D, Cohen. W, 1992:26).

Drogas alucinógenas:

Las drogas alucinógenas o sustancias psicodélicas son elementos que pueden distorsionar las percepciones e inducir delirios o alucinaciones: LSD, PCP, psilocibina, peyote, mescalina, MDA, MDMA-éxtasis-, marihuana (Inaba. D, Cohen. W, 1992:26).

- **Efectos Físicos:** La mayoría de las plantas alucinógenas, especialmente los hongos y los cactus, producen náuseas y mareos. La marihuana aumenta el apetito y hace que los ojos se enrojezcan. El MDA, MDMA e inclusive el LSD actúan como estimulantes pero, en general, excepto en el caso del PCP que actúan como anestésico, los efectos físicos no son tan importantes como los mentales (Inaba. D, Cohen. W, 1992:26).
- **Efectos Mentales:** Por lo general, los alucinógenos sobrecargan o distorsionan los mensajes que llegan o parten de la corteza cerebral, el tablero sensorial de la mente, de forma tal que muchos estímulos físicos, especialmente los visuales, se intensifican o se distorsionan. El cerebro también puede crear mensajes imaginarios (es decir, alucinaciones) (Inaba. D, Cohen. W, 1992:26).

Las modificaciones más radicales de la conciencia las producen las drogas psicodélicas o alucinógenas, que alteran la percepción del ambiente externo y la conciencia interna. Como lo dice su nombre, crean alucinaciones y diluyen los límites entre el yo y el resto. Los tres principales alucinógenos son LSD, PCP y MDMA (conocido popularmente como éxtasis), que se sintetizan en laboratorios. La acción de los alucinógenos en el encéfalo consiste en afectar el uso del neurotransmisor químico serotonina. Por ejemplo, el LSD se une tan firmemente a los receptores de la serotonina de modo que también sus receptores se estimulan en exceso. En las investigaciones se indica que las dosis repetidas de éxtasis causan daños en las neuronas receptoras de la serotonina (Gerric. R, Zimbardo. P, 2005: 163).

Uso, consumo perjudicial o dependencia de sustancias psicoactivas

Uso de droga

Contacto esporádico con la droga; el consumidor circunstancial está en condiciones de abandonarla cuando desee. Tanto la libertad de acción como de elección estarán condicionadas por el tipo de drogas y por la personalidad del consumidor. Desde el punto de vista toxicológico, es “la utilización de una misma droga frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en el tiempo”. El ejemplo clásico es el del estudiante que recurre a las anfetaminas para estudiar para un examen, por ese solo motivo y sin continuidad. Las malas influencias del medio y la vulnerabilidad del sujeto pueden convertir al uso en la primera fase de la drogadicción. Generalmente, la causa es la automedicación y abarca cualquier droga cuyo uso se aparte de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura determinada. Entre los tipos de uso, se tienen:

- **Uso experimental:** uso en una ocasión, o en unas pocas, de una droga por curiosidad sobre sus efectos o para cumplir con la moda imperante en ciertos grupos;
- **Uso causal o recreativo:** uso de cantidades moderadas de una droga por sus “agradables” efectos;
- **Uso circunstancial:** búsqueda de ciertos efectos de la droga porque se conoce su utilidad en determinadas circunstancias; por ejemplo: el camionero que toma anfetaminas en un largo trayecto para no dormirse. (Escobar, 1999:317-318)

Consumo perjudicial

Reconoce dos modalidades:

- La utilización de la droga frente a diferentes estímulos, pero sin regularidad en el tiempo, por ejemplo: el estudiante que recurre a la droga ante un examen o para sobresalir en una competencia deportiva.

- La utilización de distintas drogas, de efectos contrarios, ante un mismo estímulo y sin regularidad en el tiempo, por ejemplo: usar anfetaminas para estudiar y luego depresores para poder dormir, formándose un círculo vicioso imposible de interrumpir por sí mismo. Casi todos los autores coinciden en reconocer que esta etapa marca el camino hacia la dependencia. Constituye un estadio intermedio, difícil, y en la jerga se dice que el que está en él, quedó pegado, quedó enganchado con la droga (Escobar, 1999:13).

Según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Capítulo V), el consumo perjudicial implica la forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico, como por ejemplo, hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral o daño mental, como por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol (Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2004:60).

Dependencia a drogas

Estado de subordinación compulsiva, psicológica o física a la droga, ocasionado por su uso crónico, periódico o continuo. Ciertos autores la denominan uso compulsivo de droga. // Necesidad de consumir una droga porque su falta resulta altamente insatisfactoria. // Imposibilidad psicológica o fisiológica de detener el consumo de una droga. Sus tipos son:

- Psíquica: esta especie de sujeción o de sometimiento del individuo hace que la droga se torne necesaria para desarrollar todas sus actividades, girando éstas únicamente alrededor de ella. La dependencia psíquica se traduce en “el impulso que exige la administración regular de la droga para evitar malestar o recuperar el placer perdido”;
- Física: es más importante y tiránica que la anterior pues el tóxico se transforma en un elemento imprescindible para las funciones fisiológicas del adicto. (Szuts. R y otros, 2001:09)

El estado de adaptación a la droga (estado fisiológico alterado por neuroadaptación) hace que el organismo exprese intensos trastornos físicos cuando se interrumpe su suministro. Aparece el síndrome de abstinencia, interrupción o retirada (Szuts. R y otros, 2001:109).

Según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Capítulo V), el Síndrome de Dependencia implica un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física (Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2004:60).

Tolerancia a sustancias psicoactivas

El cuerpo considera cualquier droga que toma como un veneno. Diversos órganos, especialmente el hígado y los riñones, intentan eliminar la sustancia química antes de que haga demasiado daño. Pero el consumo de drogas durante un largo período de tiempo fuerza al cuerpo a cambiar y adaptarse. (Inaba. D, Cohen. W, 1992:46)

Según Inaba. D, Cohen. W, (1992:46), hay diferentes tipos de tolerancia:

- **Tolerancia Disposicional:** El cuerpo acelera la degradación o el metabolismo de la droga, especialmente se presenta con el consumo de barbitúricos y alcohol.
- **Tolerancia Farmacodinámica:** Las células nerviosas se vuelven menos sensibles a los efectos de la droga e inclusive producen un antídoto o antagonista a la droga. Con los opiáceos, el cerebro desarrollará más lugares de recepción opiácea y producirá su propio antídoto, la colecistoquinina.
- **Tolerancia de comportamiento:** El cerebro aprende a compensar los efectos de la droga utilizando partes del cerebro no afectadas. Un alcohólico pasará un examen de sobriedad comportamental, pero unos minutos después estará tropezándose nuevamente.
- **Tolerancia Inversa:** La persona se vuelve más sensible a los efectos de la droga en la medida en que cambia la química del cerebro.

Síndrome de Abstinencia

La adaptación biológica del cuerpo debido al uso prolongado de drogas es bastante amplia, especialmente con los depresores. De hecho, el cuerpo puede cambiar tanto que los tejidos y los órganos pasan a depender de la droga simplemente para seguir siendo normales (Inaba. D, Cohen. W, 1992:49).

Por ejemplo, el alcohol perturba la liberación de ciertos neurotransmisores en el cerebro. También aumenta la cantidad de cito células y de mitocondrias disponibles en el hígado para neutralizar la droga. Los tejidos han pasado a depender del alcohol para mantener su nuevo equilibrio (Inaba. D, Cohen. W, 1992:49). Sin embargo, cuando el consumidor deja de tomar la droga, el cuerpo se queda con una química alterada. Puede haber una sobreabundancia de un tipo de enzima y una falta de ciertos neurotransmisores. Súbitamente, el cuerpo intenta recuperar su equilibrio. Por lo general, todas las cosas que el cuerpo estaba limitado a hacer mientras tomaba la droga, pasa a hacerlas en exceso en ausencia de la droga (Inaba. D, Cohen. W, 1992:49).

Por ejemplo, según Inaba. D, Cohen. W, (1992:49-50) los síntomas de abstinencia de heroína cuando el consumidor súbitamente deja la droga, comparados con los efectos habituales que obtiene de su consumo, son:

Cuadro 3. Efectos de síndrome de Abstinencia vrs consumo en heroína.

| Efectos del consumo | | Efectos de abstinencia |
|---------------------------|---|--------------------------------|
| Atontamiento | ➔ | Dolor |
| Euforia | | Ansiedad |
| Sequedad de la boca | | Sudor, exceso de saliva |
| Constipación | | Diarrea |
| Pulso lento | | Pulso rápido |
| Baja presión sanguínea | | Alta presión sanguínea |
| Ausencia de tos | | Tos |
| Respiración poco profunda | | Respiración rápida |
| Pupila contraída | | Pupila dilatada |
| Tono muscular bajo | | Reflejos excesivos y calambres |

Fuente: Elaboración propia con base a Inaba. D, Cohen. W, 1992:49-50

De hecho, en el caso de muchos consumidores compulsivos, el temor a la abstinencia es una de las razones por las cuales siguen consumiendo. No quieren pasar por los dolores, sufrimientos, insomnios, vómitos, calambres y ocasionales convulsiones. Muchos programas de tratamiento utilizan medicamentos para suavizar estos síntomas de abstinencia (Inaba. D, Cohen. W, 1992:50).

La abstinencia de los opiáceos, el alcohol y otros sedantes e inclusive la nicotina, parece emanar de una zona de la corteza cerebral conocida como locus cereleus; y por ello, las drogas como Clonidina, la Vasopresina y el Baclofen, que actúan en esta parte del cerebro, bloquean los síntomas de la abstinencia de estas drogas (Inaba. D, Cohen. W, 1992:50).

1.3 Neurobiología del consumo de sustancias psicoactivas

La adicción, se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas.

El proceso por el cual un individuo desarrolla una adicción es complejo, multicausal y variable para cada droga. Las investigaciones tienden a identificar los cambios moleculares que estarían en la base de la transición desde el uso controlado a la búsqueda compulsiva de droga, mediante:

- Dilucidar los sustratos neuroanatómicos donde ésta transición tiene lugar;
- Identificar los sustratos moleculares y neuroquímicos de estos cambios; y
- Validar los sistemas funcionales candidatos a demostrar su implicación en el proceso adictivo (Spanagel R, Heiling M, 2005)

Comportamiento adaptativo: En la adicción se alteran los mecanismos de regulación de las conductas, especialmente aquellos que controlan las motivaciones y las emociones. La motivación representa la tendencia o el impulso para realizar una determinada acción. Las estructuras neuroanatómicas que rigen el comportamiento motivado y que se afectan con el uso de drogas, se agrupan en el denominado sistema límbico, y participan tanto en el procesamiento de los fenómenos agudos de recompensa que las drogas activan, como en los fenómenos de neuroplasticidad y aprendizaje que el uso crónico provoca.

El sistema límbico contiene el circuito de gratificación del cerebro. Conecta varias estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. El hecho de sentir placer nos motiva a repetir comportamientos como comer, es decir, acciones esenciales para nuestra existencia. El sistema límbico se activa cuando realizamos estas actividades y también con las drogas de abuso. Además, el sistema límbico es responsable por nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica la capacidad de muchas drogas para alterar el estado de ánimo.

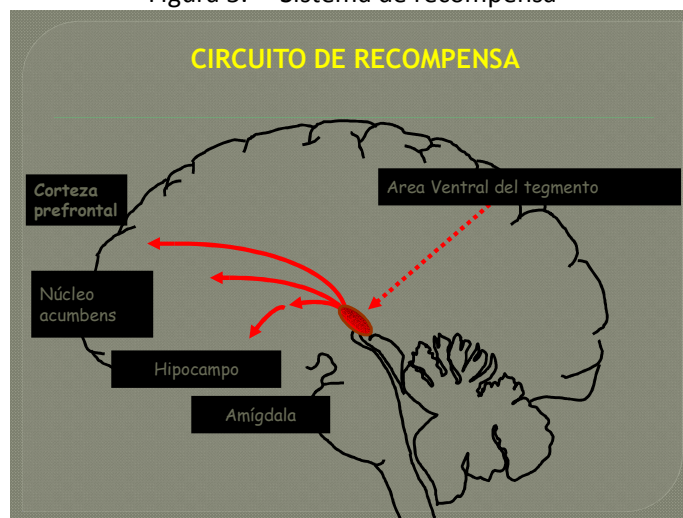
Una de las conceptualizaciones más recientes es el de “alostasis”, definida como un estado de progresiva desviación del sistema de regulación motivacional por el uso crónico de drogas, estableciendo un nuevo punto de equilibrio hedónico (Koob GF, Ahmed SH, Boutrel B, ChenSA, Kenny PJ, Markou A et al. 2004)

A su vez, se ha encontrado que los factores de recaída más frecuentes son: el ansia de droga (*craving*) y el estrés. Estos factores se agravarían además por los síntomas de abstinencia prolongados que resultan de la neuroadaptación inducida por la droga, pero también por otras condiciones como son la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, condiciones socioeconómicas y la percepción de disponibilidad de la droga.

La capacidad de producir efectos reforzantes positivos es una característica común a todas las drogas de abuso. La mayoría de las sustancias adictivas producen la activación directa o indirecta, es decir, mediadas por

otros sistemas de neurotransmisión, del sistema dopaminérgico mesolímbico-cortical (proyecciones dopaminérgicas mesencefálicas que se originan en el área tegmental ventral y se proyectan al núcleo accumbens) (Schultz W. 2001), como se observa en el siguiente gráfico:

Figura 5. Sistema de recompensa



Fuente: NIDA

El refuerzo agudo producido por las drogas de abuso, se ha explicado a través de la capacidad de ellas para modular los circuitos de recompensa endógenos. Se denomina refuerzo positivo a cualquier estímulo que provoca un aumento de la frecuencia del comportamiento, que tiende a una nueva aplicación de ese estímulo.

El cerebro humano mediante la actividad de las neuronas dopaminérgicas, divididas en partes iguales entre la sustancia nigra, que a su vez da origen a la vía nigroestriatal, y el área tegmentaria ventral (ATV), que origina la vía mesolímbico-cortical, la comunicación entre estas dos vías, va de las neuronas del ATV, enviando sus axones al núcleo accumbens (Nac), al estriado y a la corteza frontal, generando el denominado circuito de recompensa.

Las "drogas", modulan la transmisión dopaminérgica regulando de forma directa e indirecta la actividad del sistema dopaminérgico mesolímbico-cortical. Su blanco principal es el núcleo accumbens (Nac), también conocido como estriado ventral o estriado límbico.

Los blancos subcorticales extraestriatales son el tubérculo olfatorio, el septum lateral y el hipocampo. Finalmente, los blancos corticales límbicos son las cortezas prefrontal lateral (CPF), orbitofrontal (COF), cingulada anterior (CCA) y entorrinal (CE). (Lakarra S, López de Jesús M, Meana Martínez J 2006).

El Nac tiene un rol bien definido en los efectos reforzadores naturales (conducta alimentaria y sexual) y en los efectos de refuerzo producidos por las drogas. Este núcleo forma parte del sistema límbico, sistema

implicado en la motivación y el refuerzo. Recibe conexiones dopaminérgicas que provienen del ATV, y glutamatérgicas de la CPF, la amígdala y el hipocampo. En él se integran los impulsos provenientes de la corteza y del sistema límbico, uniendo motivación con acción.

Las drogas, en general, producen incremento de dopamina en el Nac, hecho que se ha correlacionado con el efecto de refuerzo que reportan.

La amígdala sería una estructura clave en la formación de asociaciones memorizadas entre acontecimientos relevantes desde el punto de vista motivacional y estímulos por lo demás neutrales, que se convierten en 31ursa31tores de dichos acontecimientos (Everitt BJ, Cardinal RN, Parkinson JA, Robbins TW. 2003)

Efectos de diferentes drogas

La regulación del sistema dopaminérgico mesolímbico-cortical está mediada por diferentes sistemas de neurotransmisores, sobre los cuales van a actuar las diferentes drogas de abuso.

Cuadro 4. Sustratos neuroanatómicos y neuroquímicos de los efectos reforzantes de las principales drogas de abuso

| Drogas de abuso | Sistemas de neurotransmisión | Regiones del SNC |
|-----------------------------------|--|---|
| Cocaína y anfetaminas | Serotonina / Dopamina | Núcleo accumbens / Amígdala |
| Opiáceos morfina y heroína | Dopamina GABA Péptidos opioides | Área tegmental ventral Núcleo accumbens Núcleo accumbens |
| Nicotina | Dopamina Péptidos opioides? | Área tegmental ventral Núcleo accumbens |
| Etanol | Dopamina Péptidos opioides Serotonina GABA Glutamato | Área tegmental ventral Núcleo accumbens Amígdala Amígdala, pars reticulata |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Anton B, Calva JC, Valdez A, et al. Neurobiology of addiction: neuroanatomical, neurochemical, molecular and genetic aspects of morphine and cocaine addiction. Part II. Salud Mental (Mex.) 2000; 23: 38-44.

La cocaína aumenta la dopamina en el núcleo accumbens debido a su capacidad para inhibir el transportador de dopamina (DAT), presente en los terminales presinápticos, mientras que las anfetaminas promueven incrementos de la liberación del neurotransmisor a través de mecanismos de transporte inverso.

La inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, parece participar también en los efectos de refuerzo de los psicoestimulantes, en parte, a través de la modulación del sistema dopaminérgico mesolímbico-estriatal. Los opioides ejercen sus efectos reforzantes mediante los receptores opioides μ , y en menor medida por receptores θ , presentes tanto en el área tegmental ventral como en el núcleo accumbens. Su acción sobre las neuronas dopaminérgicas no es directa sino indirecta, a través de la inhibición de interneuronas GABAérgicas mesencefálicas mediada por receptores opioides μ .

Las sustancias hipnótico-sedantes, como el alcohol, ejercen sus efectos a través de la inhibición de neuronas GABAérgicas de la parte reticulada de la sustancia nigra. La nicotina ejerce sus efectos actuando sobre receptores nicotínicos de acetilcolina, que se localizan a nivel presináptico en la terminal dopaminérgica, tanto en el Nac como en el cuerpo estriado.

También los cannabinoides a partir de sus interacciones con receptores CB1, activan el sistema mesolímbico-cortical, aumentando la dopamina en el Nac.

Si bien todas estas evidencias muestran la importancia de la dopamina en los efectos reforzantes de las drogas, otros sistemas de neurotransmisores, como la serotonina, GABA, glutamato y sistema opioide, juegan un importante papel en los efectos reforzantes de las drogas de abuso, no sólo por su capacidad para regular el sistema dopaminérgico, sino también a través de mecanismos de refuerzo independientes de la dopamina.

Una experiencia gratificante no esperada o sorpresiva, provoca una descarga de tipo repetido (*32ursa firing*) en las neuronas dopaminérgicas, aumentando así la tasa disparo de cada neurona y también el acoplamiento de mayor número de neuronas que descargan. En el Nac la dopamina se incrementa no solo cuando hay satisfacción, sino cuando hay predicción de la misma (*reward*).

Con respecto a los efectos precoces de los psicoestimulantes, se tiene que estas sustancias producen una aguda activación del sistema dopaminérgico con aumento de la liberación fásica de dopamina. Las drogas estimulantes causan un aumento de la DA fásica, casi inmediatamente a su administración, por bloquear su recaptación, logrando niveles por arriba de 35 veces su nivel basal (Alvano S, Zieher LM. 2003). Este aumento sería determinante y necesario para su acción como psicoestimulantes y ocurre a través de su mecanismo de acción de inhibir la recaptación de DA, incrementando sus niveles intrasínápticos. El alcohol, en cambio, produce solo alrededor del doble de la concentración de DA extracelular y aun así es capaz de producir reforzamiento.

El poderoso aumento de DA en bifase que tiene lugar durante el consumo ocasional, no se mantiene durante el consumo repetido. Los niveles de DA fásica, en las etapas iniciales, se incrementan rápida e intensamente cada vez que se consume. Esto se comprende fácilmente con los psicoestimulantes, cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la recaptación de aminas.

Sin embargo, y en forma paralela, los psicoestimulantes incrementan la liberación tónica de DA, por lo que se activarían los autoceptores dopaminérgicos de las terminales nerviosas. Esta activación llevaría a un descenso de la liberación fásica. Este descenso podría explicar los fenómenos clínicos del rápido humor disfórico producido poco después de la finalización de consumos elevados de psicoestimulantes.

La hipoactividad dopaminérgica podría representar un mecanismo central de la adicción, ya que perpetuaría el consumo de la droga como medio para compensar ese déficit. Se puede hipotetizar también la relación entre la sensibilización y la dependencia psicológica. El incremento de la liberación tónica de DA, incluiría el mecanismo de eflujo de DA a través del DAT (Ca²⁺ independiente) en SNC y en ATV.

El consumo crónico de sustancias provoca un aumento de DA tónica, y por tanto, un nuevo estado estable del sistema dopaminérgico. Esta serie de eventos se puede sintetizar así:

- Liberación fásica fisiológica que se corresponde con un nivel de liberación tónica que sea capaz de regularla.
- Si la liberación y la concentración fásica de DA se incrementa 35 veces, la DA tónica también se incrementaría proporcionalmente.
- Ahora hay un nuevo estado estable. Esta nueva estabilidad caracterizada por incremento fásico y tónico de DA, provoca la desensibilización de los receptores dopaminérgicos auto, hetero y postsinápticos.

En resumen, todas las alteraciones descritas muestran que las drogas producen amplios y profundos cambios moleculares intracelulares, especialmente a nivel de las moléculas vinculadas a las fosforilación/desfosforilación de proteínas. Se produce así un nuevo estado fisiológico en las neuronas blanco, probablemente de desequilibrio inicial, seguido luego de nuevos estados intracelulares adaptativos a nivel neuronal pero maladaptativos a nivel sistémico, que se expresan en los complejos y alterados patrones conductuales del adicto.

Memoria y adicción

Los mecanismos hasta ahora explicados, inducen a la repetición del consumo de la droga. Esta repetición induce al aprendizaje que se expresa en un nivel celular, fisiológico y conductual. Para que una experiencia única quede en la memoria debe ser intensa; de lo contrario, debe ser lo suficientemente repetida en lo real o en lo virtual (evocación imaginaria). Para que se formen esas memorias se tienen que producir fenómenos de plasticidad sináptica, dependientes de la llamada potenciación a largo plazo (LTP). Estos fenómenos son inducidos por las sustancias de abuso y la repetición de conductas a partir de los cambios moleculares que promueven.

Estos cambios genómicos (nivel celular) se expresan fenotípicamente (nivel conductual) como: anhelo de droga (*drug craving behaviour*), necesidad (*drug-wanting behaviour*), búsqueda (*drug seeking behaviour*) y finalmente, ingesta voraz (*drug taking behaviour*). La repetición misma de estas secuencias formaliza memorias o engramas que luego se repiten automatizadamente. El glutamato activa las neuronas dopaminérgicas y facilita la generación de LTP.

La experiencia vivida bajo el efecto propio de la droga, generaría una reorganización del circuito; produciría efectos de neuroplasticidad con aumento de las conexiones sinápticas que constituyen la base neural de nuevas memorias.

Muchas investigaciones actuales se centran en el estudio de dos factores de transcripción, CREB y delta-fosB, cuya modulación conduce tanto a la aparición de los cambios adaptativos en sistemas de neurotransmisores y segundos mensajeros, como a distintos cambios adaptativos que pueden pervivir aun después de la remisión de las alteraciones originales.

1.4 Etiología biopsicosocial del consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol y otras drogas constituye una de las posibles vías para la “experimentación” de nuevas formas de actuar y de sentir en las personas. Su consumo ha tenido un aumento vertiginoso a partir de los años sesenta, implicando actualmente un problema de salud pública, lo cual genera la necesidad de profesionales conocedores de la etiología de la misma, para ofrecer un adecuado tratamiento integral (Gómez, A. 1999. p. 22).

Según Gómez, A. (1999. p. 22) las personas pueden consumir drogas por diversas razones:

- Un camino fácil para sentirse bien
- Un modo de ganar aceptación entre iguales
- Para ayudar a modificar sentimientos displacenteros
- Para reducir trastornos emocionales
- Para mitigar la tensión y el estrés

- Para aliviar la depresión
- Para ayudar a hacer frente a las presiones de la vida

Si bien la etiología de las toxicomanías no está completamente definida, si hay un consenso de la comunidad científica internacional, que la considera multifactorial incluyendo: vulnerabilidad genética, estresores sociales, problemas psiquiátricos y características individuales de la personalidad, entre otros. Esta realidad nos permite valorar que la etiología de estos trastornos está condicionada por factores **bio-psico-sociales**. (Gómez, A. 1999. p. 22,23)

Factores biológicos asociados (estudios genéticos):

Diversos estudios en gemelos, en familias y en niños adoptados muestran una fuerte tendencia genética en niños y adolescentes toxicómanos, comprobada por la mayor incidencia de estos trastornos entre familiares biológicos y en gemelos monocigóticos.

Se ha comprobado la asociación del alelo A-1 receptor de la dopamina D2 con el alcoholismo. Se considera internacionalmente al alcohol como la “droga portera” pues es por la que generalmente se inicia el contacto con el consumo de sustancias tóxicas y facilita por lo tanto, el consumo de otras drogas. (Gómez, A. 1999. p. 23).

La identificación de genes asociados específicamente con otras drogas, es tema de investigación actual. Ahora bien, la predisposición biológica como determinante importante en la instauración del trastorno de dependencia a sustancias psicoactivas es un hecho aceptado por la mayoría de expertos en esta área.

Factores psicológicos asociados:

Frecuentemente los problemas de conducta asociados con el alcohol y otras drogas en la adolescencia tales como rebeldía, pobres resultados académicos, delincuencia y actividad criminal predeterminan el inicio del uso de sustancias (Gómez, A. 1999. p. 23).

También los rasgos de personalidad tales como pobre autoestima, ansiedad, depresión, falta de autocontrol, predisposición hacia la inconformidad, rebelión y sobre-independencia son factores a tener en cuenta (Gómez, A. 1999. p. 23).

Factores sociales asociados:

Entre los antecedentes sociales se invocan determinadas condiciones del medio, según Gómez, A. (1999. p. 23), tales como:

- Residir en grandes medios urbanos
- Realización (o contacto) de ciertas ocupaciones
- Desarrollarse en áreas de alto índice de criminalidad y delincuencia
- Valores débiles ó ausentes
- Acceso al alcohol y / o droga fácilmente
- Medios masivos de comunicación, publicidad, radio y televisión que estimulan en ocasiones el uso de drogas

1.5 Consecuencias psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas

Las drogas afectan a la gente de manera diferente. Los efectos se relacionan con el “estado psicológico” del individuo, lo que está determinado por lo que se espera de la droga y lo que se desea que produzca la misma; es decir, la manera en que la mente de la persona está preparada para responder a los efectos de una sustancia química. Esto hace pensar que las actitudes de las personas en general, juegan un papel muy importante en el efecto de una sustancia tóxica. (Galiano. M, 1999, p. 29)

Los efectos inmediatos y a largo plazo, dependen de una gran variedad de factores como el tipo y calidad de la droga, la cantidad que se ingiere, el modo en que la droga entra al organismo, la vulnerabilidad genética, el nivel de tolerancia y la dependencia física, así como el estado psicológico y el contexto social. La pregunta relevante sería: ¿Cómo se ve afectada la salud física y emocional de la persona que consume drogas? (Galiano. M, 1999, p. 29)

Por ejemplo, para el caso de la cocaína, una vez que esta llega al cerebro, el usuario tiene una sensación de bienestar y suprema confianza que lo lleva a tomar riesgos y a la vez le hace sentir locuacidad y sentimientos de claridad mental, que en la mayoría de los casos se expresa en un habla desbordada. A medida que progresa la intoxicación, la coherencia y el sentido de lo hablado se vuelven desproporcionados, razonando algunas veces en incoherencias producidas por la rapidez y embotamiento de ideas y pensamientos (López. H, 2003, p. 113 - 114).

Con respecto a la marihuana al contrario de lo que se piensa, no es inofensiva para el organismo y su consumo provoca efectos nocivos para el cuerpo y la mente. Torna distraída y perdida a la persona que la usa. Confunde la noción de tiempo, dificulta los pensamientos y la concentración, la percepción y el sentido de la realidad, ocasiona además serias alteraciones en la vida social (Miccarelli. M, 1998, p. 30 - 31).

La marihuana ocasiona dificultades en el aprendizaje y disminución en los rendimientos. Los usuarios habituales de marihuana sienten falta de motivación, fatiga y apatía, y a menudo pierden el interés de las cosas que los rodea y que solían disfrutar, como la escuela, el trabajo, el ejercicio físico, la familia y los amigos. El uso frecuente puede reducir el impulso sexual y ocasionar daños en las funciones reproductoras, así como llevar a desajustes psicológicos (Miccarelli. M, 1998, p. 30).

En general, las áreas Bio-Psico-Sociales afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, según Arrieta. T, y otros (1998, p. 36-37) son:

- **Relaciones Interpersonales:** La persona consumidora tiende a aislarse del grupo de amigos no consumidores y a unirse a los que sí consumen drogas. También, se puede mostrar agresiva, triste o inquieta.
- **Familia:** Esta área se ve muy afectada, no solo por la disminución del ingreso económico, sino también porque dentro del núcleo familiar se vive una situación de angustia, tristeza y, en algunos casos, hasta de agresividad. La comunicación puede verse afectada y, frecuentemente, el consumidor no asume el papel que le corresponde dentro del núcleo familiar.
- **Trabajo y / o Estudio:** Se inicia con bajo rendimiento laboral o académico, llegadas tardías, ausencias, hasta llegar a perder el trabajo o abandonar el estudio.
- **Economía:** El aporte económico se afecta tanto a nivel individual como familiar, ya que el dinero se gasta en la obtención de la droga y no para cubrir sus necesidades básicas.
- **Recreación:** Se empieza a ligar la recreación con el consumo; posteriormente, y en casos más severos, el consumo se convierte en el único interés.

- **Espiritual:** Esta área puede ser bloqueada por el consumo de drogas.
- **Psicológica:** Frecuentemente empiezan a presentarse cambios en el estado de ánimo y el comportamiento, tanto del núcleo familiar como de su grupo social. Además, con el avance del problema, se lesiona la autoestima de la persona consumidora.
- **Física:** Dependiendo del tipo y calidad de droga, la cantidad y la frecuencia con que la utilice, el organismo se dañará en mayor o menor grado. Presentando síntomas como: pérdida de peso, trastornos del sueño, fatiga o hiperactividad, cefalea, temblores y deterioro de la higiene personal, entre otros.

1.6 Conceptualización del tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas

El tratamiento resume las metas u objetivos que se espera obtener con el mismo; constituye una guía (mapa de ruta) elaborada por el equipo profesional en conjunto con el paciente y ajustada en la medida de lo posible a las necesidades expresadas y detectadas durante la evaluación, así como a los recursos disponibles para la atención, en un intento de establecer un balance entre la demanda expresada y la oferta posible de servicios. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:59)

El tratamiento se inicia desde el momento en que el consumidor de sustancias psicoactivas accede a una instancia prestadora de atención, ya se trate de un establecimiento de salud o cualquier otro servicio comunitario. Incluye el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social de las personas afectadas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de las capacidades, el acceso a los servicios y oportunidades, así como la plena integración social. (OPS, 2000:34)

La rehabilitación de drogodependientes constituye un proceso complejo que debe reunir un conjunto de actuaciones, recursos y exigencias mínimas para garantizar su efectividad. De igual modo, se puede afirmar que admite una gran variedad de objetivos y estrategias que han de ser dotados de la suficiente versatilidad. (Becoña y Martín, 2004:81)

En el abordaje tradicional del consumo de sustancias psicoactivas, la meta del tratamiento era que el individuo lograra la abstinencia de la sustancia y comprendiera la naturaleza de su adicción. Hoy día el nuevo modelo de tratamiento plantea metas que incluyen una gama amplia de medidas biopsicosociales, como la reducción en el uso de sustancias, mejoramiento en la salud y funcionamiento psicosocial, mejoramiento en la estabilidad de empleo y reducción de la actividad delictiva. Al usuario se le motiva a concentrarse en valores y metas personales, incluyendo las aspiraciones espirituales y la restauración de las relaciones interpersonales, es decir, las metas se definen desde un contenido más holístico (Miller, 1999:12).

1.7 Requerimientos necesarios para la atención oportuna

Para la organización de un sistema de tratamiento, es necesario conocer las características mínimas que son indispensables para el buen funcionamiento de los servicios y para el logro de los objetivos fijados. Los requerimientos deben cubrir los siguientes aspectos, los cuales se presentan en este cuadro:

Cuadro 5: Requerimientos para la atención oportuna

| | |
|---|--|
| <p>1. Accesibilidad y Disponibilidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento debe ser accesible y utilizable por todas aquellas personas que lo necesiten de manera oportuna y durante el tiempo que éstos los requieran para su recuperación. • Amplitud del alcance. Los objetivos del tratamiento no deben estar limitados a la atención del consumo de sustancias psicoactivas, sino que deben considerar otros problemas asociados o complicaciones de variada índole, incluyendo la comorbilidad, los aspectos biomédicos y psicosociales, así como los elementos de apoyo comunitario. • Articulación con otros servicios y organizaciones comunitarias. El programa debe establecer los vínculos necesarios con otros servicios de tratamiento y con las organizaciones comunitarias necesarias para el establecimiento de redes para la atención de manera que puedan cubrir con la mayor solvencia posible las necesidades de los pacientes. |
| <p>2. Motivación al Tratamiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Deben proveerse servicios que favorezcan la entrada de las personas a tratamiento y su permanencia en el mismo, como en el caso de la asistencia para la desintoxicación y la orientación preventiva acerca de las complicaciones asociadas. • Respeto a la condición humana resguardando sus derechos fundamentales. En todo momento deben respetarse los derechos de los pacientes que buscan tratamiento, como el derecho a ser suficientemente informado acerca de las características del tratamiento propuesto, sobre sus potenciales riesgos y beneficios, las distintas opciones disponibles y las posibles consecuencias del mismo, así como del no recibirlo. Deben tomarse medidas para garantizar el respeto a su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como también, a mantener el contacto con familiares y otras personas significativas. |
| <p>3. Flexibilidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En la medida de lo posible, el tratamiento debe dar respuesta a las necesidades individuales de atención de los pacientes y además brindar la posibilidad de realizar los ajustes necesarios durante el proceso de recuperación, a través de la implementación de medidas terapéuticas diseñadas con base en las particulares demandas de las personas, las cuales deben ser accesibles “in situ” o mediante procedimientos de referencia. Esto incluye la atención a población femenina, adolescentes, a personas con complicaciones médicas o psiquiátricas, entre otras. |
| <p>4. Visión a largo plazo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Debe garantizarse la prestación de los servicios durante el plazo necesario para obtener una respuesta favorable con el tratamiento, también la continuidad y permanencia de las intervenciones, así como el acceso a las mismas en el caso de recaídas. • Inclusión de elementos de apoyo suficientes. Es necesario poder contar con el acceso a medicación, servicios de monitoreo toxicológico, intervenciones conductuales individuales o grupales, así como a otros servicios integrales de intervención (atención a la familia, servicios médicos, rehabilitación vocacional, grupos de autoayuda), que incrementen la posibilidad de obtener una recuperación satisfactoria y estable. |

Fuente: Elaboración propia, con base en Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:18-19

Diseño del sistema de tratamiento

Las acciones terapéuticas deben ser elaboradas en fases, aún cuando las respuestas pudieran ser brindadas en diferentes momentos. Se requiere una lógica de tratamiento que permita el avance progresivo hacia los objetivos y rehabilitación del paciente, tomando en cuenta la temporalidad de las intervenciones con visiones a diferentes plazos, incluida la prevención y abordaje de las recurrencias, así como la reinserción social.

Al respecto, el aporte del modelo transteórico es muy valioso, ya que suministra una serie de etapas del consumo, en las cuales el tratamiento puede basarse en los elementos anteriormente mencionados.

La otra manera de apreciar el tratamiento corresponde a una visión transversal de la relación entre los diferentes programas de tratamiento e intervenciones que están disponibles e integrados en una red de servicios, al alcance del usuario. Estas opciones pueden ser apreciadas como un conjunto de intervenciones complementarias, ofrecidas simultáneamente o en un plazo de tiempo relativo a las necesidades del paciente. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 20)

1.8 Tipos de intervención para el abordaje de usuarios y usuarias consumidores de sustancias psicoactivas

El manejo del paciente que presenta consumo de sustancias psicoactivas supone una serie de intervenciones en los diferentes niveles de atención, que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social, específicamente:

Promoción (primordialmente EBAIS, Áreas de Salud y Clínicas)

Para profundizar el tema, remitirse al Capítulo 2 de este Manual sobre “Promoción”.

Prevención (primordialmente EBAIS, Áreas de Salud y Clínicas)

Para profundizar el tema, remitirse al Capítulo 3 de este Manual sobre “Prevención”.

Intervención (inherente a todos los Centros de Salud)

Comprende un conjunto de servicios destinados a brindar detección temprana y atención oportuna a aquellas personas con riesgo a desarrollar un problema de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas. En este grupo se incluyen las personas que estén en un nivel de uso, abuso o de dependencia.

Las acciones que aquí se realizan se relacionan con la evaluación, el diagnóstico y la intervención. En el caso de los que están en un nivel de uso, se realiza una orientación y seguimiento (Atención Ambulatoria). En abuso ocasional se requiere desintoxicación ambulatoria, así como un seguimiento biopsicosocial individual y familiar (Ambulatoria Especializada y CAID-IAFA). En abuso continuo y dependencia se realizaría desintoxicación, tratamiento biopsicosocial intensivo a nivel individual y familiar, así como internamiento si lo requiere (Sistema de Internamiento Hospitalario, Atención Ambulatoria Especializada y Servicios Residenciales).

La duración de la intervención es variable y depende de la capacidad de entender la información proporcionada y de traducirla en cambios del estilo de vida, así como de la aparición de nuevos problemas que plantean otras necesidades de intervención (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:22-24).

Manejo de la Intoxicación (primordialmente en Clínicas con Servicios de Observación de pacientes y en el Sistema Hospitalario)

Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto que ha sido alterado como consecuencia del consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estas intervenciones pueden incluir la compensación de dichas alteraciones mediante el uso de antagonistas, la facilitación de los procesos de metabolismo y excreción, así como la provisión de un ambiente calmado y seguro para la recuperación del paciente intoxicado (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:22-24).

El monitoreo toxicológico del uso de sustancias psicoactivas es una herramienta, que cuando está disponible, debe ser incluida entre las intervenciones de tratamiento, sobre todo en momentos como:

- Cuando se presentan situaciones que implican alto riesgo de recaídas
- Durante las fases iniciales del tratamiento
- Durante el traslado del paciente a niveles de atención menos intensivos
- Durante el primer año de seguimiento, posterior a la culminación del tratamiento activo

Manejo del Síndrome de Abstinencia (primordialmente en Clínicas con Servicios de Observación de pacientes y en el Sistema Hospitalario)

Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a corregir o compensar las alteraciones del funcionamiento normal y el malestar del sujeto, que aparecen como consecuencia de la reciente reducción significativa o de la supresión absoluta del consumo de una sustancia psicoactiva, cuyo uso viene siendo generalmente intenso y en grandes dosis (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:22-24).

Intervenciones farmacológicas (inherente a todos los Centros de Salud)

Los medicamentos en el tratamiento del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas constituyen un importante recurso terapéutico, ya que su uso permite manejar tanto las situaciones de urgencia como la prevención y abordaje de las complicaciones.

Incluso en el manejo a largo plazo, donde uno de los objetivos es evitar las recaídas, los medicamentos constituyen un aliado importante del tratamiento (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:22-24).

Tratamiento del abuso continuo y de la dependencia (primordialmente en Clínicas con Servicios de Observación de Pacientes y en el Sistema Hospitalario)

Incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas.

Pueden ser llevadas a cabo en encuadres más o menos intensivos dependiendo de sus necesidades particulares. Incluye el tratamiento ambulatorio de diferente intensidad, desde la intervención temprana breve orientadora, la atención por consulta externa ambulatoria y el internamiento hospitalario o residencial (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:).

Manejo de la comorbilidad y complicaciones (primordialmente en Clínicas y en el Sistema Hospitalario)

Se refiere a las acciones de tratamiento destinadas a atender aquellos usuarios y usuarias que presentan conjuntamente un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos de salud, especialmente de salud mental, que pueden ser dirigidos en establecimientos para la atención de dicha problemática o que han sido habilitados para tal fin, es decir que cuentan con profesionales con entrenamiento específico para el diagnóstico y manejo de estos casos, capacidad para realizar acciones socioeducativas y vínculos formales con otros servicios externos que pudieran ser requeridos.

El tratamiento y cuidado de problemas infecciosos asociadas como el VIH-SIDA, tuberculosis, abscesos, neumonías, hepatitis, entre otros, necesita ser brindado en combinación con otros profesionales de la salud. Ahora bien, estos problemas requieren ser detectados e identificados adecuadamente desde la valoración inicial de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ya que con frecuencia afectan a ésta población (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:22-24).

Reinserción Social (primordialmente en EBAIS, Áreas de Salud y Clínicas)

Se refiere al conjunto de intervenciones orientadas a coordinar con otras instancias interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias la restauración del funcionamiento familiar, académico, laboral y social.

1.9 Criterios para realizar el diagnóstico y la ubicación de los usuarios y usuarias en la modalidad de tratamiento mas apropiada

Históricamente la definición operativa de lo que es un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas ha sido un asunto controversial, generando gran cantidad de problemas para el desarrollo y aplicación de programas de tratamiento, así como para la evaluación de su impacto.

En la actualidad, en América los instrumentos de clasificación diagnóstica de uso más frecuente son la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV TR). Ambos instrumentos le dedican especial atención a los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y proponen criterios clínicos para su diagnóstico, permitiendo la identificación de la demanda de tratamiento en los servicios basándose en criterios uniformes.

Para los intereses de ésta Guía, los planteamientos diagnósticos se basarán exclusivamente en el CIE-10, clasificación que permite identificar diversos grados y tipos de alteraciones derivadas del consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, ya que la misma establece los parámetros para el diagnóstico del Uso, Consumo Perjudicial o Dependencia. También en el CIE-10 se describen las complicaciones agudas y crónicas, referidas al comportamiento que se derivan del consumo de drogas, resaltando la Intoxicación Aguda y el Síndrome de Abstinencia agudo, así como otros trastornos inducidos por sustancias como el delirium, la demencia, los trastornos de comportamiento, los trastornos amnésicos, afectivos, de ansiedad, la psicosis por drogas, las alteraciones del ritmo del sueño, de la percepción y de la función sexual, entre otros.

Cada uno de estos trastornos es descrito para las sustancias psicoactivas de uso más frecuentes, a saber: Sedantes (Alcohol, Opioides, Hipnóticos y Ansiolíticos), Estimulantes (Cocaína y sus derivados, Anfetaminas, Cafeína y Tabaco), Alucinógenos (LSD, Éxtasis y Marihuana), Inhalantes (Disolventes volátiles) y otras múltiples sustancias. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 53-54)

Criterio para la Ubicación de Usuarios y Usuarías en Tratamiento Ambulatorio

El principal criterio para la ubicación de usuarios y usuarias es que la condición clínica o situación ambiental no requiera de una modalidad más intensiva de tratamiento. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 61).

La atención ambulatoria incluye:

a. Intervención temprana, abordaje terapéutico de baja intensidad, para atender oportunamente a consumidores de drogas en situación de riesgo para desarrollar un trastorno por dependencia o abuso. La finalidad es minimizar el impacto del consumo en la vida del sujeto, actuando sobre los factores de riesgo y de protección.

b. Consulta externa, tratamiento sistemático, orientado por profesionales del Área de Salud (equipo de apoyo) y dirigido a consumidores o dependientes de drogas, que pueden beneficiarse en un encuadre de baja intensidad, dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos.

c. Desintoxicación Ambulatoria, dirigida a pacientes que presentan cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo alguno o tiene un mínimo riesgo de complicaciones y que puede ser manejado, siguiendo las pautas de protocolos establecidos, por profesionales entrenados, bajo supervisión médica, en un esquema de consultas periódicas.

Criterio para la Ubicación de Usuarios en Tratamiento Ambulatorio Especializado

Es el nivel correspondiente a aquellos programas de tratamiento ambulatorio que utilizan mayor concentración de intervenciones para pacientes con necesidades especiales, es decir aquellos a quienes hay que atender durante mayor tiempo, más frecuentemente o en horarios en los cuales los servicios tradicionales de atención ambulatoria no están funcionando.

Para este tipo de servicios la atención está estructurada de manera intensiva, con el objetivo de brindar educación sobre el problema de consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, desarrollar las estrategias para alcanzar y mantener la abstinencia, dentro de un encuadre que permite la aplicación de las herramientas adquiridas con el tratamiento en su ambiente habitual, con el cual se mantiene en permanente contacto.

Los Programas de Tratamiento Ambulatorio Especializado, incluyen componentes de atención médica, farmacológica y psicosocial, así como facilidades para la atención inmediata en situaciones de crisis, con la necesaria vinculación a otros niveles de atención y servicios auxiliares. Todo ello dentro de un plan individualizado de tratamiento, formulado con base en los problemas identificados, objetivos factibles y evaluables, con la participación activa del paciente que incluye la formulación de problemas, de metas de tratamiento y de objetivos que puedan ser medidos.

El encuadre utilizado para este tipo de tratamiento ambulatorio intensivo o de hospitalización parcial, puede incluir la atención durante el día, en las horas previas o posteriores a la jornada laboral o educativa y también en períodos considerados de importancia clave para el consumo de drogas, como es el caso de las noches, fines de semana, días feriados o temporadas vacacionales.

Este sistema de atención ambulatoria se recomienda también en el caso de pacientes que egresan de un programa de hospitalización o residencial y que presentan un alto riesgo de recaídas. Se incluye aquí la falta de motivación suficiente para continuar en tratamiento, existencia de comorbilidad psiquiátrica severa, antecedentes de recaídas posteriores al egreso de una modalidad de tratamiento residencial o de hospitalización, ambiente de alto riesgo con soporte psicosocial limitado o en el caso de pacientes con pobre desempeño en una modalidad de tratamiento con encuadre más restrictivo. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 61)

Criterio para la Ubicación de Usuarios en el Sistema de Internamiento Hospitalario

Es lo recomendable en el caso de presentarse una sobredosis que no pueda ser tratada con seguridad en un programa ambulatorio o en un servicio de emergencia, cuando existe alto riesgo de síndrome de abstinencia severo o una complicación médica severa.

También en el caso de presentar una comorbilidad médica que represente riesgo para realizar una desintoxicación segura, cuando existen antecedentes de fracaso o abandono de tratamiento en encuadres menos restrictivos o en el caso de existir comorbilidad psiquiátrica que obstaculice o requiera en sí misma de hospitalización (psicosis aguda o riesgo suicida importante). Además, cuando el estado del paciente represente riesgo para sí mismo o para otras personas, cuando hay una falta de respuesta a modalidades de tratamiento menos intensivas y donde el uso actual de sustancias psicoactivas constituye un riesgo presente para su salud física y mental (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 61).

En otras palabras, la hospitalización está indicada para personas que presentan:

- Trastornos médicos y mentales severos, de tipo subagudo, o agudo que requieren de los recursos disponibles en un hospital general de agudos o de un programa de internamiento con manejo médico
- Problemas de intoxicación o síndrome de abstinencia moderados o severos
- Problemas médicos moderados y severos

Criterio para la Ubicación de Usuarios en Tratamiento Residencial o Comunidad Terapéutica

Es la opción apropiada cuando el paciente no tiene suficientes criterios para la hospitalización y presenta un estilo de vida y de interacciones sociales predominantemente focalizadas hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Además, cuando hay carencia de herramientas sociales y vocacionales suficientes, falta de fuentes de apoyo social libres de sustancias psicoactivas que permitan mantener la abstinencia en un programa de tratamiento de encuadre ambulatorio y el fracaso de tratamientos previos repetidamente. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 61)

Por lo tanto, la residencia está indicada para personas que:

- Necesitan suficiente tiempo y un ambiente que les proporcione estructura para recuperarse, mediante la adquisición de herramientas de afrontamiento.
- Requieren ser removidos de un lugar de habitación poco protector o tóxico, para reducir al mínimo el uso continuado de alcohol u otras drogas.
- Presentan déficits funcionales que les impiden o dificultan el uso de las herramientas de recuperación, carecen de responsabilidad personal o están desconectados del mundo laboral, educativo o de la vida familiar.
- Todavía no han logrado reconocer que tienen un problema con el alcohol o las drogas.

- Están en un estadio temprano de disposición al cambio y requieren de estrategias de motivación y monitoreo para prevenir su deterioro, comprometerlos con el tratamiento y facilitar su progreso a través de los estadios de cambio hacia la recuperación.
- Presentan efectos muy significativos de los trastornos por uso de sustancias, con un grado de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio carecen de efectividad.
- Presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o el desarrollo de habilidades emocionales para el afrontamiento.
- Presentan problemas graves que constituyen una indicación en sí mismos, tales como vejez, afeción cognitiva o retardo en el desarrollo
- Tienen necesidad de un programa que les proporcione suficiente tiempo para integrar lo aprendido y vivido en el tratamiento, en su vida cotidiana
- Presentan ciertos problemas médicos, por lo que requieren ser ubicados en una casa de cuidados (nursing home) u otros establecimientos dotados con médicos en su equipo.
- Tienen relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales.
- Requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y relativa larga duración, que pueda manejar los déficits educacionales y vocacionales del paciente, así como todos los problemas interrelacionados.

En el siguiente cuadro se resumen las características fundamentales para cada modalidad de atención, incluyendo la condición de emergencia o intervención en crisis, así como el sistema residencial o comunidad terapéutica:

Cuadro 6. Modalidades de Atención

| | | |
|--|--|---|
| Emergencia e Intervención en Crisis | Servicios de atención inmediata, que deben estar disponibles para todos los niveles, para el abordaje terapéutico de complicaciones agudas del consumo de drogas, donde el factor fundamental a atender es el riesgo inminente a la vida del sujeto y por ello, la tecnología involucrada es esencialmente de tipo médico general o especializado. | Pacientes que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica o social, de una dimensión tan severa que requiere atención médica y de enfermería de inmediato Pacientes con cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad, los cuales presentan alto riesgo de complicaciones y deben ser atendidas por un equipo de profesionales de salud (médicos y de enfermería) con entrenamiento adecuado, que brinda atención permanente (24 horas), con base en protocolos específicos de intervención, que requieren de todos los recursos hospitalarios y de atención médica intensiva. |
| Ambulatorio | Tratamiento en encuadre no residencial Permanencia limitada (horas) | Pacientes con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han venido recibiendo tratamiento en un nivel más intensivo y han mejorado al punto de poderse beneficiar de este nivel de atención o que pudieran requerir mayor intensidad de atención, pero que en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa Pacientes con “diagnóstico dual”, trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables |

| | | |
|--|---|--|
| Ambulatorio Especializado | Tratamiento en encuadre no residencial | Pacientes cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio, pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de la intervención. El abordaje se realiza por un equipo interdisciplinario, que debe contar con personal de las siguientes áreas: psiquiatría o médico sensibilizado y capacitado en el tema, enfermería, psicología y trabajo social. |
| Sistema de Internamiento Hospitalario | Tratamiento en internamiento. Permanencia de 24 horas Énfasis en atención médica general y especializada Incluye intervenciones profesionales de tipo interdisciplinario: médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. | Necesidades derivadas de trastornos por consumo de drogas con complicaciones moderadas y graves de salud mental y de tipo médico Trastornos médicos y mentales de tipo subagudo, que requieren de todos los recursos disponibles en un hospital general o especializado |
| ONGs Residenciales | Tratamiento en internamiento Permanencia de 24 horas Énfasis de residencia y estructura. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. Para referir a ésta modalidad se requiere de la valoración de un equipo interdisciplinario especializado que estará ubicado en la Atención Ambulatoria Especializada. | Necesitan tiempo y estructura para practicar e integrar su recuperación y herramientas de afrontamiento, que aún no reconocen que tienen un problema con las drogas. Presentan efectos de trastornos por uso de sustancias muy significativos, con un nivel de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio carecen de efectividad. Presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o sus habilidades emocionales para el afrontamiento. Presentan ciertos problemas médicos, psicológicos y sociales graves, que requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y a largo plazo Lugar de habitación poco protector o tóxico, relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, Problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales. |

Fuente: Elaboración propia.

1.10 Ejes evaluativos que se deben considerar para elegir el tipo de intervención según el diagnóstico del usuario

En el proceso de selección de la opción terapéutica más adecuada para un problema derivado del consumo de sustancias psicoactivas es necesario considerar los siguientes ejes:

Tipo y cantidad de sustancia consumida, así como la gravedad del trastorno y el grado de compromiso funcional asociado

Implica riesgos asociados al nivel actual de intoxicación aguda del paciente o de síntomas graves de abstinencia o de convulsiones, basado en: historia previa del paciente, cantidad, frecuencia, cronicidad o proximidad reciente de la reducción o supresión de la sustancia psicoactiva. Signos actuales de síndrome de abstinencia y fuentes de apoyo externo para asistir a un programa de desintoxicación ambulatoria (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 66).

Los trastornos o complicaciones de tipo médico general

Se analiza la existencia de alguna enfermedad física actual independiente del síndrome de abstinencia o la intoxicación. Se decide si dicha enfermedad requiere tratamiento porque implica riesgos o complicaciones para la recuperación del problema de abuso o dependencia. Además, se determina la presencia de trastornos crónicos que afecten la evolución del trastorno o de su recuperación (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 66).

Los trastornos o complicaciones de tipo psicológico o psiquiátrico

Se evalúa la existencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que conlleven riesgo o compliquen el tratamiento, así como problemas crónicos que puedan afectar la recuperación.

Se explora si los problemas psiquiátricos o psicológicos son consecuencia, forman parte del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o son independientes de éste, y si su gravedad es tan severa como para requerir de tratamiento específico de salud mental.

También se observa la capacidad actual del paciente para manejar eficientemente sus actividades cotidianas, así como para enfrentar cualquier problema psicológico (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 66).

Las fortalezas y debilidades particulares del paciente

Se estudia la disposición del paciente a comprometerse con el tratamiento como una herramienta para el cambio y el logro de un mejor nivel de funcionamiento.

Así como, la capacidad del paciente para darse cuenta, reconocer y enfrentar su problema de abuso o dependencia, asumiendo los cambios necesarios para poder detener el consumo, prevenir recaídas o impedir la continuación de los problemas.

Se valora la severidad de los problemas a enfrentar y la carga adicional de estrés que pudieran presentarse en el caso de que el paciente no se comprometa con el tratamiento en este momento.

Además, debe conocerse el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre el mecanismo de disparo de sus recaídas, las alternativas para el manejo de los deseos intensos de consumo y el control sobre sus impulsos de consumir o de causarse daño a sí mismo o a otros (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 66).

El contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado

Se analizan las potenciales amenazas para la seguridad del paciente o para su compromiso con el tratamiento, como son: situaciones de vida, relación con familiares y personas significativas, condiciones laborales, académicas, entre otras que conforman el entorno en el cual debe desenvolverse el paciente.

Se identifican fuentes de apoyo, personas, recursos económicos, posibilidades educativas o de trabajo que pudieran servir de estímulo para la motivación al tratamiento o para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico. Así como la disponibilidad de ayuda comunitaria para el proceso de recuperación (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 66).

A continuación se presenta un cuadro que resume la ubicación en cada Centro de Salud, según el resultado de cada eje evaluativo:

Cuadro 7. Resumen criterios para la ubicación de usuarios y usuarias según evaluación por ejes

| Ejes de valoración | Ambulatorio | Ambulatorio Especializado | Sistema de Internamiento Hospitalario | CAID-IAFA* o ONGs Residencial ** |
|--|---|---|---|---|
| 1. Intoxicación y síndrome de abstinencia | Riesgo no significativo o mínimo | Riesgo moderado de síndrome de abstinencia | Alto riesgo. Sólo manejable en ambiente con recursos hospitalarios | Riesgo no significativo o mínimo |
| 2:Trastornos médicos | Ninguno o muy estable. En control médico | Ninguno o no implica obstáculo. Manejable | Requiere control médico 24 horas, enfermería y los recursos de un hospital | Ninguno o muy estable. En control médico |
| 3:Trastornos mentales | Ninguno o muy estable y que está bajo control de salud mental | Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación y que requiere ser estabilizado | Problemas mentales severos o inestables, que necesitan cuidados psiquiátricos las 24 horas y tratamiento concomitante para la dependencia | Ninguno o muy estable y que está bajo control de salud mental |
| 4:Disposición al cambio | Dispuesto para la recuperación pero necesita motivación y control o hay alta severidad en este eje pero no en otros | Pobre compromiso. Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo | | * Pobre compromiso. Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo ** Necesidad ambiente estructurado o entorno residencial para modelar la conducta. Abierto a la recuperación. Puede haber alta severidad en este eje, pero no en otros. Necesita fortalecimiento motivacional. |
| 5:Riesgo de recaída mantenimiento del consumo u otros problemas | Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o en metas motivacionales con un mínimo apoyo | El problema se ha intensificado a pesar de su participación activa en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, mantener el consumo o continuar con sus problemas, si no cuenta con control estrecho. | No califica para servicios menos intensivos | * El problema se ha intensificado a pesar de su participación activa en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, mantener el consumo o continuar con sus problemas, si no cuenta con control estrecho. ** Requiere de un encuadre estructurado para prevenir recaídas. |
| 6:Contexto social | Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación | Carece de apoyo actual pero cuenta con una estructura de convivencia | Peligroso. No califica para servicios menos intensivos | * Carece de apoyo actual pero cuenta con una estructura de convivencia ** Peligroso. Necesita de una estructura de 24 horas para aprender a manejarse e impedir la influencia negativa |

| | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------|
| | | | | de su contexto actual |
|--|--|--|--|-----------------------|

* La información presente en la columna no pretende normatizar, ni definir el funcionamiento de este Centro, sino que se refiere a los criterios de referencia que utilizará el funcionario de la CCSS.

** La información presente en la columna no pretende normatizar, ni definir el funcionamiento de las ONGs Residenciales, sino que se refiere a los criterios imprescindibles, para una eventual compra de servicios, desde la CCSS.

Fuente: Elaboración propia.

1.11 La importancia del trabajo interdisciplinario en la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas

Es de reconocida importancia, en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, el papel que desempeñan los equipos multidisciplinares, ya que éstos cumplen objetivos fundamentales como son:

- Establecer y potenciar el compromiso del paciente con el tratamiento.
- Valorar el estado clínico del paciente a lo largo del proceso de recuperación.
- Apoyar en el logro y mantenimiento de la abstinencia.
- Reducir el impacto del consumo en el caso de que la abstinencia no sea posible.
- Manejar las eventuales complicaciones agudas que pudieran presentarse.
- Tratar los trastornos médicos o psiquiátricos concomitantes.
- Fomentar la permanencia del paciente en el tratamiento.
- Prevenir, detectar y atender oportunamente las recaídas.
- Proveer herramientas para una mejor comprensión de los trastornos por uso de drogas a través de psicoeducación del paciente y de sus familiares.
- Reducir al mínimo la discapacidad resultante del trastorno, así como la morbimortalidad asociada y mejoramiento del funcionamiento general del sujeto. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:155)

La etiología multicausal del consumo de sustancias psicoactivas, así como la gran variedad de los efectos asociados a las mismas produce que el tratamiento de elección sea realizado por profesionales de diversas áreas. En la actualidad, el requisito interdisciplinario es básico en la intervención. En principio, las técnicas y estrategias se acoplan, buscando la pertenencia y el mejor resultado desde la óptica de cada profesional, tratando de coordinar cada una de las intervenciones de manera estructurada dentro de un plan de tratamiento que debe ser el producto de un trabajo en equipo previamente desarrollado, a partir del conocimiento que cada uno de los profesionales tenga del paciente.

Todas las áreas afectadas en el usuario deben ser cubiertas mediante intervenciones adecuadas de manera coordinada. La eficacia de la labor del equipo radica, no en la suma de los esfuerzos individuales realizados por cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario desde sus respectivas áreas, sino en la integración de esos esfuerzos comunes.

A manera de ejercicio se describen algunas de las funciones más frecuentemente asumidas por los diferentes profesionales que intervienen en los equipos interdisciplinares de atención a usuarios consumidores de sustancias psicoactivas en el Anexo #1.

1.12 Consideraciones para la atención de pacientes con diagnóstico dual o comorbilidad

El diagnóstico dual o comorbilidad implica la presencia de una enfermedad o trastorno concurrente al consumo de sustancias psicoactivas, por lo tanto, no se trata necesariamente de una relación de causa – efecto, ya que podría tratarse de una influencia entre sí, en un sentido “bidireccional” de coexistencia.

Las condiciones que con mayor frecuencia se encuentran asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas son los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos (depresión, trastorno bipolar, entre otros), los trastornos de personalidad (antisocial, limítrofe, entre otros), trastornos de conducta (déficit de atención y trastorno de aprendizaje), trastornos mentales mayores como la esquizofrenia, así como también se ha asociado con los trastornos de la conducta alimentaria, del control de impulsos (juego patológico) y la conducta suicida.

Entre los problemas no psiquiátricos que se asocian frecuentemente al consumo de sustancias psicoactivas tenemos la toxicidad cardíaca, problemas respiratorios, cirrosis hepática, problemas infecciosos (endocarditis, infección por VIH, hepatitis), malnutrición, y traumatismos, entre otros.

La coexistencia de problemas médicos generales y psiquiátricos con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, ya sea que se presenten como “diagnóstico dual” o como complicaciones agudas y crónicas del consumo, configura un panorama de mayor complejidad para el tratamiento y a su vez, exige el diseño e implementación de estrategias terapéuticas más complejas, lo cual usualmente rebasa la capacidad de respuesta de los servicios tradicionales disponibles para la atención de los pacientes dependientes, haciendo necesaria la adecuación de dichos servicios en un intento por mejorar su capacidad de respuesta, así como el desarrollo de nuevas opciones y la vinculación entre servicios de diferente perfil. (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 55)

1.13 Aspectos éticos que se deben considerar en el abordaje de las y los usuarios

El personal de los servicios de tratamiento, se rige por un código de conducta profesional, el cual debe incluir como mínimo (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 86):

- El compromiso de velar por que ningún profesional discrimine a los usuarios de los servicios por motivos de sexo, raza, religión, orientación sexual o discapacidad.
- La adhesión a los reglamentos y normas que regulan la labor de los profesionales y el suministro de información a los pacientes con respecto a su tratamiento.
- La adhesión especial a la promoción de los derechos del paciente, incluido el derecho a la confidencialidad en lo tocante a la preparación, el archivo y la comunicación de registros e historias clínicas.
- El imperativo de velar por que el profesional tenga el grado de competencia necesario para concluir una función determinada y por que existan los mecanismos necesarios de supervisión periódica, así como de educación y formación continua.
- Los códigos de conducta profesional deben abarcar, además los siguientes elementos: la seguridad de los profesionales, sus funciones y limitaciones, normas de divulgación de información, así como medidas y sanciones aplicables en casos de mala conducta.

2. Promoción

Con el objetivo de explicar las conductas de consumo, mediante la integración de distintos componentes surge el modelo de promoción de la salud, este es un modelo de salud pública donde se otorga una gran relevancia a la asistencia sanitaria, a la forma de mejorarla y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos de dicha asistencia. Tiene una comprensión holística de la salud, considerada un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.

El concepto de promoción de la salud es muy amplio, ambicioso y abarca muchos sectores, tal como lo plantea la Carta de Ottawa: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (OMS carta de Ottawa 1986).

El papel del Sector Salud es de servir como mediador con otros sectores, para que se pueda desarrollar la promoción de la salud, ya que el sistema sanitario por si solo no puede llevarla a cabo, se requiere de la participación activa y continua de los diferentes actores sociales.

Al ser la promoción de la salud un concepto ambicioso y amplio, incluye el macroambiente y el microambiente donde se desarrollan los individuos, pretendiendo la creación de comunidades saludables, amigables con el medio ambiente, y tomando en cuenta variables culturales, económicas, e individuales como los estilos de vida, el trabajo y el ocio, ya que todos estos tienen una influencia directa sobre los procesos de salud – enfermedad.

El hecho de realizar promoción de la salud en la población conlleva, entre otros aspectos, estilos de vida libre de consumo de drogas, ya que el consumo de estas sustancias tienen repercusiones sobre la salud de las personas tanto a nivel físico, mental, familiar, económico, laboral y social.

2.1 Participación Social en Salud

La participación de los distintos sectores sociales, como son: el gobierno, el sector salud, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación, la comunidad y otros actores socioeconómicos, mediante intervenciones conjuntas y activas, interinstitucionales e intersectoriales, concientes de su corresponsabilidad en el abordaje de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas; aumenta la eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos existentes, permitiendo un efecto global y sostenido en la reducción del problema en cuestión.

Con la participación de distintos actores sociales se evita la dependencia profesional para la toma de decisiones, ya que las personas son gestoras de sus propios procesos de salud, capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas adecuadamente (empoderamiento).

Asimismo, toda comunidad como tejido social posee redes de acción, las cuales deben ser identificadas en el momento en que se propone un programa desde la perspectiva de la promoción de la salud. Para ello, los objetivos de la participación comunitaria son:

- Promocionar y consolidar la red social de sostén, las organizaciones e instituciones comunitarias, que estimulen los modos de vida sanos como norma social, y fomenten las iniciativas comunitarias en pro de la salud.
- Orientar los servicios de salud con una infraestructura adecuada para responder a la participación social y a la acción intersectorial. Las opciones individuales y colectivas saludables, dependen de que exista un entorno físico, social y económico propicio, así como servicios e instalaciones accesibles.

2.2 Educación para la Salud

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva, esta debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud.

Los programas de educación para la salud que tienen más posibilidades de ser exitosos son aquellos que tienen intervenciones en todos los niveles y que, además, son interinstitucionales e interdisciplinarios. (Ver anexo #2).

3. Prevención

Entre los enfoques de prevención, la CCSS propone intervenciones basadas en la prevención integral. “La prevención integral es un proceso educativo y formativo que promueve en el individuo, la familia y la comunidad, el desarrollo de habilidades, destrezas, actitudes, conocimientos, valores y hábitos de vida, tendientes a estimular respuestas autónomas y creativas ante las diferentes situaciones que se presentan en la vida, centrando la atención en las potencialidades del ser humano, antes que en sus carencias y debilidades, para que logre ser protagonista de su propio desarrollo y así construya su proyecto de vida.” (IAFA, 1998:53)

Específicamente en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, la prevención integral podría definirse como un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Martín, 1995 en Becoña y Martín, 2004:69).

3.1 Principios en que se fundamenta la Prevención Integral

La CCSS reconoce como principios fundamentales de su quehacer en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, los siguientes (IAFA, 1998:54-55):

- Fortalecer el bienestar integral del ser humano, por medio de acciones que propicien la solidaridad, el respeto de los derechos humanos y evitar la violencia.
- Centrar la atención en las potencialidades, fortalezas y capacidades de las personas, antes que en sus carencias y debilidades.
- Promover la organización y participación de las personas de la comunidad, para que asuman una actitud de compromiso en la búsqueda de soluciones.
- Abordar la prevención en forma interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, asumiendo la prevención como un estilo de vida (hay que vivirla para luego proyectarla).
- Promover la participación de diferentes instituciones y personas de la comunidad, para asegurar la continuidad y la reproducción de las acciones.
- Procurar que los profesionales y los funcionarios de las instituciones dejen de ser los especialistas para convertirse en mediadores de conocimientos y animadores de procesos sociales de construcción colectiva.
- Procurar la igualdad en las relaciones entre las diferentes personas. El diálogo y la crítica constructiva, como principios del trabajo preventivo, facilitan la construcción de conocimientos, estrategias y acciones.
- Incentivar siempre la prevención temprana, entendida como la posibilidad de atender a las poblaciones de menor edad.

3.2 Clasificación de los Programas de Prevención

Los programas preventivos pueden clasificarse en tres tipos principales (Becoña y Martín, 2004:69-70):

- **Universales:** dirigidos a la población en general o a un grupo amplio de personas, que no están identificadas a partir de ningún factor de riesgo individual.
- **Selectivos:** dirigidos a un segmento de población concreto que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de técnica investigadora), se haya sometido a factores de riesgo capaces

de generar problemas relacionados con las drogas. Estos programas se vuelven más efectivos en tanto más tempranamente se ofrecen.

- **Indicados:** este tipo de programa está dirigido a personas, que ya muestran consumo de drogas u otros problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los consumidores como a los experimentadores. El objetivo de estos programas, además de reducir el consumo de sustancias, es la reducción de los problemas asociados.

3.3 Metas de los Programas Preventivos

Se proponen las siguientes orientaciones como metas esenciales del quehacer en prevención (Plan Nacional sobre Drogas, España, 1997 en Begoña y Martín, 2004:70-71):

- Eliminar los patrones patológicos de consumo de drogas, que generan alteraciones importantes para el individuo, su familia, sus relaciones interpersonales y el conjunto de la sociedad en general (fracaso escolar, delincuencia, depresión).
- Evitar el paso de la experimentación al consumo repetido de drogas.
- Evitar cualquier tipo de consumo, ya sea experimental, repetitivo o acompañado de problemas de diverso tipo, es decir, meta de abstinencia.
- Demorar el inicio temprano del consumo.
- Demorar o reducir la iniciación en el consumo de sustancias que, como el tabaco y el alcohol, se consideran puertas de entrada y transición hacia las drogas ilegales.
- Evitar o controlar las circunstancias que implican un riesgo personal o de terceras personas a consecuencia del consumo de drogas, como por ejemplo, conducir o tener experiencias sexuales bajo los efectos del alcohol.
- Comenzar en la primera infancia, ya que el fortalecimiento de vínculos sociales positivos en esta etapa, puede reducir los comportamientos desadaptados y con ello el consumo de drogas, en una etapa posterior.

3.4 Estrategias de los Programas Preventivos

Las principales estrategias que se utilizan en los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, son las siguientes (Botvin, 1990 en Begoña y Martín, 2004:71-72):

- **Estrategias informativas:** Proveen información objetiva sobre aspectos farmacológicos y consecuencias adversas del consumo, sustentadas en un modelo racional del comportamiento humano. Contemplan métodos como la discusión, ayuda audiovisual, pósters, folletos, panfletos, etc., que incrementan el conocimiento objetivo sobre drogas, más no necesariamente generan un cambio de actitudes y comportamientos.
- **Estrategias de educación afectiva:** Trata de promover el desarrollo afectivo. Se basan en el enfoque cognitivo, focalizándose en el aumento del autoconocimiento y la aceptación de uno mismo, a través de actividades para la clarificación de valores y el asumir la responsabilidad en la toma de decisiones con respecto al uso de drogas.
- **Generación de alternativas:** es un método aplicado en programas que incluyen una variedad de actividades lúdicas, por ejemplo, musicales, deportivas, grupos de encuentro, participación en proyectos comunitarios, donde su utilidad no reside en su aplicación misma, sino que adquiere sentido en el contexto de un programa amplio, utilizando un criterio selectivo y orientado hacia los objetivos específicos que éste persigue.

- **Habilidades de resistencia social:** Consisten en enseñar habilidades específicas de resistencia a la presión del grupo de iguales y de los medios de comunicación social. Su efectividad está documentada en numerosos estudios que demuestran la persistencia de los efectos positivos de conducta tres años después de la aplicación del programa.
- **Aprendizaje de competencias con especial énfasis en el entrenamiento en habilidades personales y sociales:** Tratan de enseñar habilidades genéricas para enfrentarse con la vida de forma amplia. Esto hace la diferencia con el enfoque anterior, que trata de entrenar al individuo en habilidades específicas. Incluye el aprendizaje de habilidades: de solución de problemas y toma de decisiones cognitivas generales para la resistencia a la presión interpersonal o de medios de comunicación, al incremento del autocontrol y del autoestima, de afrontamiento adaptativo para el manejo del estrés y la ansiedad, así como actitudes asertivas generales para el diario vivir. Los estudios han demostrado que esta estrategia resulta bastante efectiva.
- **Estrategias de control/protección:** Intervenciones dirigidas a modificar normas comunitarias escritas o tácitas, los códigos, las actitudes, los comportamientos públicos en relación con las drogas. Por ejemplo, medidas legislativas, económicas y de control para disminuir la disponibilidad y accesibilidad de sustancias, tales como: la Ley de Tránsito y la campaña del chofer designado.
- **Estrategias de diseño ambiental:** Pretenden promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos y modificar los entornos inmediatos en los cuales los individuos viven (escuela, trabajo, barrio, comunidad, espacios de tiempo libre, etc.). Su objetivo es tratar de mejorar el entorno y reducir el estrés que determinadas condiciones, situaciones y actividades cotidianas conllevan.

3.5 Principios Básicos para el Diseño de Estrategias dirigidas a la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

De modo sintético, se pueden enumerar los siguientes principios básicos que deben ser tomados en cuenta a la hora de diseñar los programas de prevención (NIDA, 1997 en Begoña y Martín, 2004:73):

- Fomentar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
- Abordar todas las formas de consumo de drogas, incluidos el consumo de tabaco, alcohol, cannabis e inhalantes.
- Incluir estrategias para resistir la oferta de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo e incrementar la competencia social, junto con el refuerzo de las actitudes contra el consumo de drogas.
- En programas dirigidos a adolescentes, incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión entre iguales.
- Participación de los padres o cuidadores, con el fin de reforzar lo que los jóvenes están aprendiendo y ofrecer oportunidades para dialogar en la familia sobre el consumo de sustancias legales e ilegales y sobre las normas familiares al respecto.
- Tener continuidad en el tiempo a lo largo de los cursos escolares, adaptados a cada nivel del desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente, con el fin de reforzar los objetivos generales de la prevención.
- Los esfuerzos dirigidos al conjunto de la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o en los hijos.
- Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación y cambios en las políticas sobre drogas, son más efectivos cuando se aplican conjuntamente con intervenciones en la escuela y en la familia.
- Los programas comunitarios deben reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los ámbitos de prevención como la familia, centros escolares y la comunidad.

- La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como un importante escenario para trabajar con poblaciones específicas en riesgo de consumo de drogas, tales como jóvenes que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje, así como aquellos con probabilidad de abandonar el colegio.
- La programación de la prevención debe adaptarse a las necesidades específicas del problema de drogas en cada comunidad.
- A mayor nivel de riesgo de la población objetivo más intensivo debería ser el esfuerzo preventivo y antes debería comenzar.
- Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los destinatarios, apropiados a su etapa de desarrollo y sensibles a su realidad cultural.

3.6 Posibles Ámbitos de Acción para el Desarrollo de Programas Preventivos

A continuación se describen los ámbitos más comunes en materia de prevención (Becoña y Martín, 2004:74-80):

- **Ámbito educativo:** La escuela y el colegio han sido siempre el ámbito de más importancia en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, ya que prevenir es educar, permite llegar a casi toda la población infanto juvenil, además, el consumo experimental de drogas es una conducta de grupo y los centros educativos poseen las condiciones para abordar éstos comportamientos. Por otra parte, la prevención temprana retrasa el contacto con las drogas y en éstos espacios se cuenta con personal profesional que puede observar y detectar situaciones de especial vulnerabilidad o problemas asociados al consumo (ausentismo, fracaso escolar, problemas de conducta, comportamientos sexuales de riesgo, entre otros), pudiendo intervenir de forma preventiva sobre ellos.
- **Ámbito familiar:** Éste ámbito es reconocido como uno de los más importantes en materia de prevención. Implica la necesidad de impulsar acciones formativas y materiales dirigidos a la sensibilización de éste colectivo. En ocasiones se constituye sobre la base de asociaciones de padres de alumnos de diferentes centros educativos.
- **Ámbito comunitario:** los objetivos perseguidos por las actuaciones en éste ámbito han sido tradicionalmente la detección precoz y el trabajo preventivo, muchos de ellos dirigidos a menores en situaciones de vulnerabilidad al consumo, tales como: niños con problemas escolares y familiares, los pertenecientes a barrios y zonas de alta deprivación social y económica, los hijos e hijas de consumidores o narcotraficantes y las personas menores de edad en situación de abandono familiar. Muchas de las actuaciones se llevan a cabo desde las Municipalidades o desde las ONGs.
- **Ámbito laboral:** los contenidos más frecuentes en los programas preventivos del ámbito laboral son:
 - Actividades informativas o de sensibilización dirigidas al conjunto de los agentes sociales presentes en las empresas (trabajadores, directivos, supervisores, representantes sindicales y otros).
 - Formación de mediadores que estimulen la promoción y prevención, entre los empleados.
 - Actividades para la detección precoz, la motivación y la derivación a tratamiento, dirigidas a trabajadores con consumo perjudicial.
- **Ámbito de los medios de comunicación:** los medios de comunicación social son considerados como elementos clave en la generación de valores, actitudes y estereotipos sociales sobre las drogas. Desde ésta perspectiva, se desarrollan dos líneas fundamentales de intervención:
 - Las acciones de sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación para potenciar los mensajes preventivos desde los respectivos medios.

- Las campañas de información y sensibilización social dirigidas a la población en general o grupos específicos, insertadas en una estrategia de concienciación social.

4. Diagnóstico

El diagnóstico en el área del consumo de sustancias psicoactivas, implica un proceso integral que permite diferenciar cuatro estados básicos: intoxicación aguda, consumo perjudicial, dependencia y síndrome de abstinencia, los cuales se explican a continuación con base en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud) (CONACE, 2005: 49-52).

Por otra parte, un diagnóstico integral conlleva además el análisis psicosocial que permite identificar las particularidades de cada caso, permitiendo con ello adecuar el tratamiento a la persona y no la persona al tratamiento, como se explica más adelante.

4.1 Intoxicación aguda

Estado transitorio, consecutivo al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que provoca una alteración en los niveles de conciencia, cognitivo, perceptual, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas psico fisiológicas.

El grado de la intoxicación depende generalmente de la dosis de la sustancia consumida previamente, aunque algunas personas reaccionan en forma desproporcionada. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y la recuperación generalmente es completa.

En algunos casos es importante descartar la presencia de hipoglucemia, traumatismos, estados de coma, convulsiones y otras enfermedades físicas.

Solo en el caso de alcohol, existe una condición llamada “intoxicación patológica”, consistente en que con pequeñas dosis de alcohol que no alcanzarían a producir intoxicación, aparecen comportamientos no habituales en el sujeto cuando está sobrio, frecuentemente de carácter agresivo.

4.2 Consumo perjudicial (abuso)

Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños en la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión u otros) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables) o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o de alcohol).

Las personas con consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos. En todo caso, el solo hecho de ser criticado por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de consumo perjudicial.

Por lo tanto, el diagnóstico de consumo perjudicial requiere que:

- a. Hayan pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- b. La naturaleza del daño sea claramente identificable y especificada.
- c. La forma del consumo persista por lo menos un mes o se haya presentado reiteradas veces en un período de doce meses.

- d. El trastorno no cumpla criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento

4.3 Dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias, adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada en relación a otras conductas que antes tenían alto valor. La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, “craving”) de ingerir la sustancia.

Además, si la persona vuelve a consumir la sustancia luego de un período de abstinencia, reaparecen rápidamente los diversos síntomas o manifestaciones de la dependencia. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presente tres (3) o más de las siguientes manifestaciones:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Las personas reconocen una menor capacidad para controlar, sea el comienzo del consumo de una sustancia, sea para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa. Se confirma porque los síntomas característicos se alivian al consumir nuevamente la misma sustancia que los provoca.
- Aumento de la tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia y aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario.

4.4 Síndrome de supresión o abstinencia

Conjunto de síntomas de varios niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia está limitado en el tiempo y relacionado con el tipo de sustancia y las cantidades consumidas inmediatamente antes de la abstinencia.

El síndrome de abstinencia se presenta con síntomas psicofisiológicos que varían con las diversas sustancias. Entre los más típicos y comunes a todas las drogas está la apetencia por la droga que con el tiempo se convierte en un deseo imperioso, urgencia o “craving” por consumir una nueva dosis de la droga. Se acompaña de ansiedad, intranquilidad motriz, alteración de la capacidad de concentración, irritabilidad, insomnio y otras alteraciones del dormir.

Los síntomas pueden aparecer en pocos minutos u horas luego de la última dosis. La pasta base presenta esta característica. Los consumidores relatan angustia, dolores abdominales y una focalización marcada de la atención y dedicación exclusivamente a obtener alivio con una nueva dosis.

En otros casos, los síntomas se presentan 1 a 2 días y hasta 30 días después de suspender la sustancia. En estos casos, las imágenes y recuerdos de situaciones de consumo anteriores son más importantes. También el sujeto experimenta en forma súbita o inmotivada, la aparición de sensaciones de urgencia e impulsos por consumir o, al menos, acercarse a la droga, a los amigos de consumo o a los lugares de obtención habitual. Otras veces, ello se asocia a estímulos, físicos, sociales o puramente internos del usuario, que parecen evocar y despertar la urgencia o “craving”. Siempre el consultante señalará fallas de la atención, concentración, del humor que podrán afectar su rendimiento en las tareas, además de disminución de intereses, comportamientos erráticos, ánimo depresivo, temores y desconfianzas que luego enjuicia como absurdas. Entre los usuarios de cocaína y/o estimulantes anfetamínicos será frecuente este tipo de privación.

Finalmente, fenómenos similares pueden también presentarse, semanas o meses luego de haber suspendido el consumo activo. En este caso, generalmente tienen un menor grado de intensidad, pero de todos modos resultan muy perturbadores, si ocurren por ejemplo, en medio de un proceso de rehabilitación. Es el llamado síndrome de privación retardado o postergado.

Lo importante es que los síntomas en éstas últimas dos modalidades son desencadenados por situaciones - estímulo, las que pueden ser evitadas o manejadas por los consultantes, con información y entrenamiento. Esta es una de las bases del tratamiento, la identificación de los estímulos desencadenantes de la apetencia y urgencia por consumir y practicar una forma de convivir con ellas y resistir su efecto angustiante y presionante.

El síndrome de abstinencia puede complicarse con: convulsiones, delirium o estados de confusión o de alteración de la conciencia, en los que aparecen alteraciones conductuales y síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas o interpretaciones delirantes de la realidad).

4.5 Estrategias de Detección y Evaluación Diagnóstica Biopsicosocial

El proceso de detección y evaluación diagnóstica se caracteriza por tres etapas: tamizaje, sospecha y confirmación diagnóstica (CONACE, 2004:89).

Tamizaje

El tamizaje es la etapa inicial que se realiza para identificar a quienes están consumiendo drogas experimentalmente, o bien, han comenzado un consumo permanente. Se trata de la etapa en donde podría construirse el motivo de consulta o pudiera generarse la sospecha diagnóstica.

Tiene como objetivo poder intervenir antes de que se generen problemas en la persona, en los distintos ámbitos de su desarrollo.

Corresponde a una búsqueda activa de las variables o situaciones que pudieran perpetuar conductas de riesgo, tales como: consumo de sustancias, relaciones sexuales precoces, vida de calle, abandono de hogar, etc., a modo de activar la red biopsicosocial, tanto en el ámbito preventivo como terapéutico si se requiere.

En el ámbito del tamizaje, se pueden considerar dos tipos de señales:

1. **Señales de alerta:** cambios de conducta psicológicos y físicos. En el caso de los y las adolescentes, se confunden con procesos propios de esta etapa. Por sí sola cada señal no indica compromiso con la droga; sin embargo, prestarles atención puede constituir un importante elemento preventivo y se debe estar especialmente alerta de la aparición combinada de las siguientes conductas:

- Cambios en el área del comportamiento
- Cambios en el área intelectual o laboral
- Cambios en el área afectiva
- Cambios en las relaciones sociales

2. **Señales de consumo:** posesión de drogas, olor a drogas u otros aromas para despistar, robos, posesión de objetos relacionados con la droga.

Una vez detectadas estas señales, se debe iniciar un proceso de búsqueda de información o una observación más sistemática, con el fin de determinar si existe una sospecha diagnóstica (CONACE, 2004:89-90).

Sospecha Diagnóstica

Este surge del motivo de consulta, en cuanto a la conducta de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. El motivo de consulta se genera al tener una sospecha, individual, intrafamiliar o extrafamiliar (CONACE, 2004:90).

Para ésta etapa se recomienda la aplicación de una entrevista estructurada, la cual contiene preguntas específicas sobre consumo de drogas (Ver anexo #3).

Para el caso específico de padres y madres de niños, niñas y adolescentes, que consultan en los servicios de salud, preocupados por un posible problema de consumo de su hijo o hija, se sugieren una serie de preguntas, con el fin de que adviertan cambios extremos de conducta en ellos y ellas, los cuales podrían ser síntomas del uso de alcohol y otras drogas (Ver anexo #4).

Signos Básicos de Sospecha

Estos signos son importantes de tener en cuenta en la construcción de un motivo de consulta:

Signos cardinales: ideación o intento de suicidio, consumo, cambios bruscos de conducta en la línea disocial², descuido relevante y sostenido en el tiempo de hábitos de aseo, alteración de patrones vitales (sueño, alimentación, concentración, aislamiento).

Signos asociados: bajo rendimiento escolar sin antecedentes previos, cambios bruscos de ánimo, cambio de patrón conductual, enfermedad de transmisión sexual (ETS), antecedentes de consumo en familiares.

En los servicios de urgencias debería darse énfasis a los siguientes signos: intento de suicidio, crisis de angustia, estado de ebriedad, psicosis aguda, síntomas inexplicables y agudos, estado de confusión, accidentes y violencia.

Una vez realizada la sospecha diagnóstica, se establece la necesidad de una confirmación diagnóstica (CONACE, 2004:93-94).

Confirmación Diagnóstica

La evaluación debería realizarse independientemente del nivel de atención en salud, aunque es recomendable que sea en el primer nivel de atención. Los objetivos de la evaluación son: (CONACE, 2004:95)

² Conductas opuestas al ordenamiento o consenso social.

- Confirmación diagnóstica del tipo de consumo
- Nivel de compromiso biopsicosocial del individuo
- Presencia de psicopatología asociada
- La propuesta de intervención

Tipo de consumo:

En ésta dimensión, las áreas a evaluar serian: (CONACE, 2004:97)

- Tipo de consumo
- Sustancia o droga
- Perfil de consumo
- Consecuencias de la intensidad de consumo
- Criterios de dependencia

Para evaluar ésta área se sugiere el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Dimensión ligada al consumo de alcohol y sustancias

| Tipo de consumo | Sin consumo | Consumo de bajo riesgo | Consumo de riesgo moderado | Consumo de alto riesgo |
|--|--------------------------|--|---|--|
| Sustancia o droga | No existe droga | Consumo de alcohol | Alcohol y marihuana en ocasiones | Policonsumo de > de 3 drogas |
| Perfil de consumo | No existe consumo | Fines de semana, en relación a espacios de ocio. En Grupo. Con significación a lo experimental y/o recreativo. | Habitualmente, fines de semana; ocasionalmente, todos los días. En grupo o solitario. Con significación a la búsqueda de la desinhibición | Habitualmente todos los días. Alta tendencia al consumo solitario. Con significación a la búsqueda de lo ansiolítico o anestésico. |
| Consecuencias de la intensidad de consumo | No existen consecuencias | Sin consecuencias evidentes | Primer episodio evidente de: accidente, violencia, autoagresión | Accidentes reiterados. Violencia reiterada. Autoagresiones frecuentes. Coma etílico y/o por consumo de otra sustancia. Intoxicación por drogas |
| Criterios de dependencia | No existe dependencia | Sin criterios de dependencia | Sin criterios de dependencia | Existen criterios de dependencia |

Fuente: Elaboración propia, con base a CONACE, 2004:101

Evaluación del compromiso o deterioro biopsicosocial

Para una adecuada evaluación del compromiso biopsicosocial, es necesario considerar diferentes áreas y en cada una de ellas, múltiples elementos, como se señala a continuación (CONACE, 2004:96-97):

Cuadro 9. Evaluación del compromiso biopsicosocial

| | |
|-----------------------|---|
| Individual | <ul style="list-style-type: none"> • Características evolutivas generales: edad, etapa evolutiva. • Salud física: estado físico general, estado nutricional y salud bucal. • Antecedentes de accidentes y lesiones, huellas físicas sospechosas de agresión y/o autoagresión. • Desarrollo emocional y salud mental: características cognitivas y emocionales. • Habilidades sociales. • Presencia de psicopatología, antecedentes de maltrato, antecedentes de psicopatología. • Salud sexual y reproductiva: edad de inicio de la actividad sexual, antecedentes de abuso sexual, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), promiscuidad. • Nivel de adaptación: autonomía de acuerdo a etapa evolutiva, capacidad de interiorizar límites y normas, impulsividad. • Figura vincular o contenedora: presencia o ausencia, figuras vinculares sustitutas, tipo de vínculo. • En caso de individuos altamente vulnerables, valorar posible callejización, conductas de alto riesgo y transgresoras. |
| Familia | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos familiares existentes • Familias multiproblemas • Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas. • Alcoholismo y drogadicción intrafamiliar. • Ausencia figura vincular adulta significativa positiva. • Alejamiento del grupo familiar (por causa del consumo). • Violencia intrafamiliar. • Vinculación al delito (trafico, por ejemplo). |
| Grupo de pares | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos existentes en grupos de referencia • Tipo de relación con el grupo (autonomía individuación vs. dependencia). • Presencia y/o ausencia de grupos alternativos. • Inclusión a grupos favorables a conductas transgresoras y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas. • Alejamiento del grupo de pares a causa del consumo. |
| Académica | <ul style="list-style-type: none"> • Características de la escolaridad • Fracaso escolar, repitencias, deserción parcial o total • Adaptación al sistema escolar, significación del estudiar • Integración al grupo de compañeros • Alfabetización • Trastornos de aprendizaje |
| Trabajo | <ul style="list-style-type: none"> • Jornada laboral excesivamente larga. • Sistemas de turnos o trabajo nocturno. • Trabajos aislados (personas que trabajan solas) • Manejo de sustancias químicas o medicamentos adictivos. • Disponibilidad de drogas (laboratorios, hospitales, farmacias, centros de atención de salud, ejercicio de la medicina, instituciones de control de drogas). • Disponibilidad de alcohol (empresas productoras, distribuidoras, comercializadoras, restaurantes, bares, casinos, etc.). • Malas relaciones laborales. |

| | |
|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad en el empleo. • Estrés laboral • Falta de supervisión. • Estilo de liderazgo o supervisión inadecuado. • Exigencia de rendimiento muy alta o muy baja. • Asignación de cargo o responsabilidad para el cual la persona no tiene las competencias necesarias. • Existencia de microtráfico en el lugar de trabajo. • Cultura proclive al consumo |
| Comunidad | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos existentes en la comunidad. • Problemas de integración y/o exclusión social (minorías étnicas, conductas delictivas, niños y/o adolescentes de la calle y/o en la calle). • Marginalidad. • Ausencia de organizaciones sociales. • Accesibilidad a sustancias. |
| Ocio y tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> • Organización del ocio y tiempo libre. • Supervisión del ocio y tiempo libre. |

Fuente: Elaboración propia con base en CONACE

Para una clasificación del compromiso biopsicosocial, según nivel de deterioro (leve, moderado o severo), se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 10. Elementos básicos para la evaluación del compromiso biopsicosocial según nivel de deterioro

| Variables | Leve | Moderado | Severo |
|--|--|--|---|
| Síndrome de abstinencia | Ausente | Con molestias que puede controlar | Requiere de ayuda para tolerar las molestias |
| Contexto de motivo de consulta | Voluntario | Condicionado por familia u otros | Obligado por demanda judicial |
| Motivación al cambio | Convincente | Ambivalente y contradictorio (Etapa de contemplación) | Muy contradictorio o ausente (Etapa precontemplativa) |
| CIE-10 | Consumo perjudicial | Consumo perjudicial o con tres criterios para la dependencia | Más de tres criterios para la dependencia |
| Consumo y/o tráfico en otros familiares | Descartados ambos | Presente el consumo sin tráfico | Presente ambos en uno o más de sus miembros |
| Percepción de autoeficacia | Percepción de obtención de logros en resolución de problemas | Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo | Autopercepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control de consumo |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Intentos de abstinencia | Seis o más meses en los últimos tres años | Uno a seis meses en los últimos tres años | Sin ningún período de abstinencia |
| Patología psiquiátrica | Descartada | Trastorno psiquiátrico leve o moderado | Con trastorno psiquiátrico severo |
| Tipo sustancias, vía y frecuencia de consumo | -Una sola sustancia -En forma esporádica -Vía oral y nasal | -Dos o más sustancias -Semanal o fin de semana -Vía oral o nasal | -Más de dos sustancias -Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión -Se puede agregar la vía inyectable |
| Tratamientos anteriores | Ninguno | Uno inefectivo | Varios inefectivos |
| Problemas judiciales asociados | Sin detenciones o demandas | Detenciones por portar sustancias | Detenciones por consumo y actos delictivos |
| Actividades laborales o académicas | Mantiene su trabajo o estudio | Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente | Despidos laborales interrupción de estudios, abandono de la actividad laboral |
| Red de apoyo familiar y social | Presencia de red de apoyo | Precaria red de apoyo | Ausente con gran conflicto relacional |

Elaborado con base en CONACE, 2005:95.

Una vez realizada la evaluación diagnóstica, el equipo evaluador deberá informar en relación a:

- Diagnóstico integral de la persona, que incluye el nivel de compromiso biopsicosocial (BPS), la dimensión ligada al consumo y si hay una psicopatología asociada.
- Tipo de intervención que se indica, dependiendo del diagnóstico integral.

4.6 Instrumentos de evaluación

La efectividad clínica en la atención mejora sustancialmente con la utilización de instrumentos de detección que permiten profundizar en el diagnóstico de patología por consumo de sustancias psicoactivas.

Algunas de las herramientas más utilizadas y que además cuentan con validez científica son: (Ver anexo #5)

- El AUDIT: Detección de consumo perjudicial o dependencia de alcohol.
- CAGE: Detección de experiencia de consumo de alcohol.
- FAGERSTROM: Test de dependencia a la nicotina.

5. Tratamiento

5.1 Acciones Específicas Que Deben Realizarse De Acuerdo A Cada Centro De Salud

Una red de atención dirigida a personas consumidoras de sustancias psicoactivas, está formada por un conjunto de programas, servicios y recursos con una ordenación y una organización funcional, capaces de dar respuesta a la totalidad de las necesidades de las personas con dicha problemática.

Por definición, estas redes deben permitir alcanzar los objetivos del tratamiento ofreciendo lo siguiente (Becoña y Martín, 2004:82-83):

- Una filosofía de funcionamiento orientada a responder al diagnóstico individual contemplando una secuencia de intervenciones interactuantes y simultáneas en el tiempo y en un orden, intensidad y duración específicos en cada caso.
- Programas, servicios y recursos suficientes para abordar el fenómeno de las drogas en su globalidad biopsicosocial.
- La máxima flexibilidad en las ofertas terapéuticas adaptándose permanentemente a los procesos de los propios usuarios. Esta versatilidad de la red debe tener en cuenta la reversibilidad de estos procesos.
- Una diversificación de modalidades terapéuticas y prestaciones, que responda a los distintos objetivos de intervención y a las necesidades específicas de los diferentes perfiles de consumidores.
- Equipos interdisciplinarios adecuados a la misión de cada programa o dispositivo.

La estrategia idónea, para atender el consumo de sustancias psicoactivas, acorde con la estructura y funcionalidad de la C.C.S.S., requiere que la atención se organice a partir de diferentes centros de salud, como lo son: EBAIS, Áreas de Salud, Clínicas y Sistema Hospitalario, con el apoyo de instituciones que brindan atención a consumidores como los CAID del IAFA, ONGs u otras organizaciones.

EBAIS y Áreas de Salud

Principal puerta de entrada al sistema de salud, está constituido por equipos Básicos de Atención Integral en Salud y un equipo interdisciplinario de apoyo. Éstos Centros de Salud son los encargados de ejecutar los programas de reducciones de riesgos y daños, así como brindar otros recursos que permiten atender las necesidades sociales y sanitarias básicas.

Se consideran centros de salud especializados en detección temprana, promoción y prevención en drogas. Además, deberán realizar el diagnóstico y tratamiento inicial del consumo de sustancias psicoactivas, como también efectuar referencias a Clínicas u Hospitales, Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA, ONGs no residenciales y otros grupos organizados afines, para aquellos pacientes que según la complejidad de su caso, lo requieran. Debe recibir a los pacientes referidos de CAIDs, ONGs no residenciales y residenciales, medicina privada, mixta o de empresa, así como a personas contrarreferidas de Clínicas u Hospitales para su mantenimiento y seguimiento.

Los procedimientos específicos según evaluación diagnóstica, a seguir desde un EBAIS, para las categorías de uso, consumo perjudicial, dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia y comorbilidad, se describen en el flujograma # 1.

Según las Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento de la Organización Panamericana de la Salud, dentro de las funciones que se deben realizar en éstos Centros de Salud están (OPS, 2000:70):

Cuadro 11. Acciones a desarrollar en EBAIS y Áreas de Salud

| Acciones a desarrollar en EBAIS y Áreas de Salud | |
|--|---|
| 1. | Detección oportuna en comunidad de casos aún no detectados por el sistema de salud. |
| 2. | Entrevista clínica y familiar. |
| 3. | Exámenes de gabinete. |
| 4. | Examen físico y mental. |
| 5. | Orientación y referencia. |
| 6. | Charlas de orientación e información. |
| 7. | Coordinación con grupos de autoayuda. |
| 8. | Medidas generales en casos leves. |
| 9. | Coordinación interprogramática |

Fuente: Elaboración propia, con base en OPS.

Clínicas

Centros de Salud compuestos por equipos interdisciplinarios que se responsabilizan de diseñar y desarrollar planes terapéuticos individualizados para consumidores de sustancias psicoactivas, con condiciones de consumo perjudicial o dependencia. Cuentan con recursos especializados como Psicología, Trabajo Social, especialidades médicas y en algunos casos, Psiquiatría.

Pueden referir a Hospitales, a aquellos usuarios (as) que lo requieran por complicaciones no manejables en la clínica; debido a intoxicación o comorbilidad; también las clínicas refieren a ONGs no residenciales y en el caso de ONGs que ofrecen sistemas de residencia, siempre que exista un criterio validado por el equipo interdisciplinario especialista en drogas, según requisitos preestablecidos (Cuadro 7. Resumen criterios para la ubicación de usuarios y usuarias según evaluación por ejes). Además, las clínicas pueden referir a los CAIDs del IAFA, cuando las condiciones geográficas lo faciliten.

Por otra parte, las clínicas reciben usuarios (as) de EBAIS y Áreas de Salud, de instituciones como el IAFA, ONGs no residenciales y residenciales, medicina privada, mixta o de empresa, para la atención de usuarios (as) que por complicaciones lo ameritan; además pueden recibir usuarios (as) de Hospitales para la atención de consumidores ya estabilizados. Se pueden dar también contrarreferencias a EBAIS y Áreas de Salud, para seguimiento de aquellos consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren estabilizados, en etapa de mantenimiento.

Los procedimientos específicos según evaluación diagnóstica, a seguir desde una clínica, para las categorías de uso, consumo perjudicial, dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia y comorbilidad, se describen en el flujograma # 2.

Según la Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento, algunas de las funciones que se deben realizar en éstos Centros de Salud son (OPS, 2000:70):

Cuadro 12. Acciones a desarrollar en Clínicas

| Acciones a desarrollar en Clínicas | |
|------------------------------------|---|
| 1. | Exámenes de gabinete |
| 2. | Orientación y referencia |
| 3. | Entrevista clínica y familiar |
| 4. | Examen físico y mental |
| 5. | Medidas generales en casos leves |
| 6. | Evaluación diagnóstica especializada |
| 7. | Charlas de orientación, contención e información |
| 8. | Inducción al tratamiento |
| 9. | Grupos de orientación y seguimiento al control de abstinencia |
| 10. | Tratamiento ambulatorio de casos leves |
| 11. | Coordinación con grupos de autoayuda |
| 12. | Seguimiento de egresados |
| 13. | Coordinación interprogramática |

Fuente: Elaboración propia, con base en OPS.

Sistema Hospitalario

Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización, representados por Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, especialidades médicas y otras disciplinas. En este sistema se incluyen servicios de tratamiento ambulatorio y de hospitalización especializada de corta estancia.

Los usuarios (as) pueden acceder a este nivel de atención mediante referencias realizadas por los EBAIS, Áreas de Salud y Clínicas, en casos de intoxicación severa o complicaciones médico-psiquiátricas, recibe también referencias de interconsulta de otras especialidades del Sistema Hospitalario, como por ejemplo, pacientes consumidores que llegan a gastroenterología, neumología, cardiología o salas de emergencia, entre otras. Además, las referencias pueden proceder de instituciones públicas como el IAFA, ONGs no residenciales y residenciales, medicina privada, mixta o de empresa, para la atención de complicaciones biomédicas y psicosociales no manejables en EBAIS, Áreas de Salud o Clínicas. Por otra parte, se realizan referencias a ONGs no residenciales y con el criterio validado de un equipo interdisciplinario, a ONGs que ofrezcan el servicio residencial. Puede además referir a los CAIDs del IAFA usuarios (as) estabilizados, cuando las condiciones geográficas lo faciliten.

Con respecto a las contrarreferencias, éstas pueden ser dirigidas hacia EBAIS, Áreas de Salud y Clínicas, en el caso de aquellos consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren estables, para que continúen con su seguimiento y mantenimiento.

Los procedimientos específicos según evaluación diagnóstica, a seguir desde un hospital, para las categorías de uso, consumo perjudicial, dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia y comorbilidad, se describen en el flujograma # 3.

De acuerdo a las Normas de Atención de la Dependencia de las Drogas y su Tratamiento de la Organización Panamericana de la Salud, las funciones que se deben realizar en este Sistema son (OPS, 2000:70):

Cuadro 13. Acciones a desarrollar en Sistema Hospitalario

| Acciones a desarrollar en Sistema Hospitalario | |
|---|--|
| 1. | Orientación y referencia |
| 2. | Diagnóstico y evaluación en casos graves |
| 3. | Medidas generales y específicas en casos graves. |
| 4. | Atención de las complicaciones |
| 5. | Diagnóstico integral |
| 6. | Inducción al tratamiento |
| 7. | Manejo de la abstinencia |
| 8. | Mantenimiento de la abstinencia |
| 9. | Reinserción social |
| 10. | Seguimiento |
| 11. | Atención y orientación de recaídas |
| 12. | Charlas de orientación e información |
| 13. | Coordinación con grupos de autoayuda |
| 14. | Coordinación con demás niveles |
| 15. | Docencia y capacitación |
| 16. | Coordinación interprogramática |

Fuente: Elaboración propia, con base en OPS.

5.2 Criterios De Permanencia Del Paciente En Cada Centro de Salud

En el tratamiento de la dependencia de las sustancias psicoactivas, el tratamiento se diseña y aplica con base en los problemas identificados durante el proceso de evaluación y se prolonga o suspende según sea el caso, dependiendo de los resultados que se obtienen. En un sentido general, si se mantienen los problemas iniciales o aparecen nuevos problemas se continúa el tratamiento.

Por lo tanto, el paciente debe permanecer en el Centro de Salud actual si (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:75):

- Su evolución es favorable, pero no se han alcanzado todavía las metas fijadas en el plan individualizado de tratamiento, o aunque todavía no se observan progresos existe la potencialidad para hacerlo.
- Han aparecido nuevos problemas que pueden ser efectivamente tratados en este Centro de Salud.

5.3 Criterios De Egreso Del Paciente de Cada Centro De Salud

Si los problemas mejoran o desaparecen según sea el caso, la decisión de egresar o transferir a un paciente desde un Centro de Salud depende de (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:75):

- Se hayan resuelto los problemas que justificaron el ingreso del paciente (Criterio de Alta o Egreso por Mejoría)
- No se han resuelto los problemas a pesar de los intentos realizados, ya sea por incapacidad del paciente o insuficiencia de los recursos disponibles en el Centro de Salud actual (Criterio de Referencia por Estancamiento)
- Se han intensificado los problemas o han aparecido nuevos problemas no susceptibles de ser manejados efectivamente con los recursos que se disponen en este nivel de atención(Criterio de Referencia por Agravamiento)

5.4 Abordaje biomédico del consumo de sustancias psicoactivas

El Tratamiento:

El paciente debe ser atendido en el encuadre menos restrictivo, el que le pueda brindar la mayor libertad posible, pero que a su vez le garantice también el mayor grado de seguridad y efectividad, con la suficiente flexibilidad que permita la movilidad entre los distintos Centros de Salud, de acuerdo con sus necesidades particulares y el respeto por sus derechos humanos. Sobre todo, el tratamiento debe ser capaz de conseguir la abstinencia total de drogas o una reducción significativa en el consumo, después de haber sido completado, lo cual debe mantenerse por un periodo de al menos un año.

Las razones sobre las que se fundamenta la indicación de tratamiento y que pueden determinar el hecho de que un paciente lo reciba o no, son muy variadas, por ejemplo:

- Su capacidad para participar y cooperar
- Sus recursos (físicos, psicológicos y sociales) para beneficiarse del tratamiento
- Cuánta estructura y apoyo externos necesita
- Su capacidad para detener el consumo y disposición a adoptar conductas orientadas a mantenerse abstinentes de drogas
- Su capacidad para evitar conductas de alto riesgo
- La necesidad específica de un tipo de intervención en particular, que sólo esté disponible en determinados encuadres terapéuticos

Manejo De Intoxicación Grave-Aguda

Se requiere de intervenciones de gran intensidad que satisfagan exitosamente las demandas clínicas del paciente al momento y que además consiga comprometerlo con el tratamiento a mediano y largo plazo (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:32).

Según las Normas de Atención de Dependencia de las Drogas y su Tratamiento la intoxicación aguda se debe manejar la siguiente manera (OPS, 2000:60):

Plan diagnóstico

- Básico: incluye entrevista clínica, examen físico y mental.
- Ampliado: incluye exámenes complementarios según sintomatología y determinación de sustancias con exámenes toxicológicos.

Plan terapéutico

- Medidas generales: incluye monitoreo de signos vitales y nivel de conciencia, venoclisis, lavado gástrico o inducción al vómito. Si hay mejoría se da de alta y se realiza referencia para tratamiento, si hay deterioro de signos vitales o estado de conciencia se procede según las normas de intoxicación grave.
- Intoxicación aguda-grave: se debe monitorear el nivel de conciencia y signos vitales, permeabilizar vía aérea, entubación endotraqueal, oxigenoterapia. Además, se debe determinar nivel de glicemia, electrolitos en sangre y gases arteriales.
- Se debe realizar medidas específicas según el tipo de sustancia.

Manejo Del Síndrome De Abstinencia

La adaptación biológica del cuerpo debido al uso prolongado de drogas es bastante amplia, especialmente con los depresores. De hecho, el cuerpo puede cambiar tanto que los tejidos y los órganos pasan a depender de la droga simplemente para seguir siendo normales (Inaba. D, Cohen. W, 1992:49).

Sin embargo, cuando el consumidor deja de tomar la droga, el cuerpo se queda con una química alterada. Puede haber una sobreabundancia de un tipo de enzima y una falta de ciertos neurotransmisores. Súbitamente, el cuerpo intenta recuperar su equilibrio. Por lo general, todas las cosas que el cuerpo estaba impedido de hacer mientras tomaba la droga, pasa a hacerlas en exceso (Inaba. D, Cohen. W, 1992:49).

De hecho, en el caso de muchos consumidores compulsivos, el temor a la abstinencia es una de las razones por las cuales siguen consumiendo. No quieren pasar por los dolores, sufrimientos, insomnios, vómitos, calambres y ocasionales convulsiones. Muchos programas de tratamiento utilizan drogas suaves para suavizar estos síntomas de abstinencia (Inaba. D, Cohen. W, 1992:50).

Según la OPS en sus Normas de Atención de Dependencia de las Drogas y su Tratamiento el síndrome de abstinencia se debe manejar la siguiente forma (OPS, 2000:62):

Plan diagnóstico

- Realizar entrevista clínica, examen físico y mental. Además valorar si el paciente cuenta con apoyo familiar.

Plan terapéutico

- Medidas generales: se debe realizar observación, monitoreo de signos vitales, nivel de conciencia, venoclisis, exámenes complementarios según sintomatología, y exámenes toxicológicos.
- Medidas específicas: se deben realizar medidas específicas según el tipo de sustancias que el paciente consume.

Pruebas De Laboratorio Y Gabinete Que Se Deben Enviar

Las siguientes pautas iniciales de manejo deberán ser realizadas por el médico general y el personal de enfermería desde los diferentes Centros de Salud, ya que corresponden a la consulta de evaluación diagnóstica general. Solicitar exámenes clínicos de acuerdo con el grado de complejidad de la atención que la institución ofrece (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004: 95):

Cuadro 14: Exámenes de laboratorio y gabinete

| Exámenes de laboratorio y gabinete |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro hemático completo. • Glicemia. • Perfil lipídico. • Pruebas de función renal: P. de Orina, BUN, creatinina. • Hepatograma: Bilirrubinas, Transaminasas, Fosfatasa Alcalina, GGTP, la cual se encuentra elevada en más del 60% de los alcohólicos. Proteínas totales. Relación A/G y tiempo de protrombina. • Electrolitos: Na, K, PO4, Cl, Mg, Ca, HCO3. • VDRL, VIH. • Rx de Tórax, EKG. • Examen toxicológico en sangre y orina |

Fuente: Elaboración propia, con base en Ministerio de la Protección Social República de Colombia

Se podrá ampliar las pruebas y medios de diagnóstico si la condición clínica del paciente lo requiere.

Cuadro 15. Pruebas básicas y especializadas

| Pruebas básicas y rutinarias | Pruebas especializadas | Pruebas especiales, mayor especificidad |
|---|---|---|
| Anfetaminas Cannabinoides Cocaína Opioides Fenciclidina | Barbitúricos Benzodiazepinas Metadona Propoxifeno Metacualona Etanol | LSD Fentanil Psilocybina MSMA MDA Otras drogas de diseño |

Fuente (NIDA)

Cuadro 16. Duración de sustancias (y metabolitos) en orina

| Sustancia | Días en metabolizar |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Anfetaminas | 1-2 días |
| Morfina | 1-2 días |
| Fenciclidina(PCP) | 1-8 días |
| Cocaína | 1-8 días |
| Heroína | 1-2 días |
| Alcohol | 3-10 hrs |
| Benzodiazepinas | 6 semanas con alto nivel de consumo |
| Tetrahydrocannabinol (THC) | 6 a 11 semanas en consumo excesivo |
| Propoxifeno | 6 hrs a 2 días |
| Metadona | 2-3 días |
| Codeína | 1-2 días |
| Barbitúricos | Hasta 6 semanas |

Especificaciones Del Abordaje Biomédico Según Sustancia Psicoactiva

Aunado a la complejidad que implica el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, por las particularidades biopsicosociales de cada paciente, es necesario tener presente además, las especificidades propias de la interacción de cada sustancia particular con el organismo, ya que las opciones de intervención biomédica varían significativamente según droga de abuso o dependencia. (CCSS-CENDEISS, 2003:15–29).

ALCOHOL

El síndrome leve puede manejarse ambulatoriamente incluso desde el hogar, todo con una adecuada supervisión y comunicación informando de los signos de alarma y complicaciones, utilizando dosis bajas de benzodiazepinas como el Diazepan y de multivitamínicos como el ácido fólico y la tiamina, zinc, magnesio, valorando estado nutricional y de hidratación, antes debe descartarse complicaciones y compromiso del sistema nervioso central.

La elección de benzodiazepinas como opción terapéutica debe ser valorada según su vida media y eliminación; tener presente siempre la reducción de un 20% día de la misma.

Si hay evidencia clínica de somnolencia estupor o estado letárgico, no dar dosis de benzodiazepinas, por riesgo de mayor depresión de sistema respiratorio, así como tampoco dosis de antipsicóticos, pues puede bajar umbral convulsivo. Historia longitudinal de crisis convulsivas es indicación del uso de anticonvulsivantes y de sulfato de magnesio.

Propuesta de desintoxicación alcohólica: Día 1: Diazepan, 80-100 mg repartidos en varias dosis. Día 2-5: Reducción gradual y completa del clordiazepóxido

Las intervenciones breves consisten en la evaluación del consumo, dar información sobre los peligros del alcohol y brindar consejo acerca de los límites seguros, lo cual resulta eficaz para reducir el consumo peligroso de alcohol. En los pacientes que no respondan, existen intervenciones más intensivas dirigidas a: mantener la motivación; evitar las recaídas y, mejorar los problemas psicológicos que contribuyeron a la aparición del problema.

Tratamiento farmacológico de mantenimiento: Disulfirán (Antabús: 100-200 mg/día). Se emplea generalmente en las consultas especializadas como un freno a la bebida impulsiva. Interfiere con el metabolismo del alcohol bloqueando una de las enzimas implicadas. El resultado es que, si se ingiere alcohol, se acumula acetaldehído, con el consiguiente enrojecimiento, cefalea, sensación de ahogo, taquicardia y ansiedad. Estos síntomas tan desagradables disuaden al paciente de beber alcohol mientras tome el fármaco. El tratamiento con disulfirán conlleva el riesgo ocasional de sufrir arritmias cardíacas y, rara vez, colapso cardiovascular. Así pues, antes de empezar el tratamiento hay que asegurarse de que han pasado al menos 12 horas desde la última ingesta de alcohol. El disulfirán tiene ciertos efectos colaterales indeseables, como gusto metálico persistente, síntomas gastrointestinales, dermatitis, aumento del número de micciones, impotencia, neuropatía periférica y síndrome confusional. No debería emplearse en pacientes con: enfermedad cardíaca reciente; ideación de suicidio grave; enfermedad hepática grave.

TABACO

La intervención farmacológica puede incluir antidepresivos, ansiolíticos y/o terapia específica para ayudar al usuario a la cesación del fumado.

BENZODIAZEPINAS

Es importante tomar en cuenta que, en los casos en que se utiliza benzodiazepinas en dosis mayores de 20 mg/ día (4 tabletas de 5 mg) y por periodos mayores de 6 semanas, se aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar dependencia. También se debe vigilar por la presencia del síndrome de supresión y la tolerancia.

Síndrome de intoxicación: El tratamiento puede hacerse en el EBAIS, en consulta externa o en el hospital. La decisión se basa en: el estado físico del paciente, la gravedad del cuadro, los riesgos del manejo.

- **Intoxicación leve a moderada:** La mayoría de las veces no amerita medicación, pero es imprescindible: monitorizar la función respiratoria y cardiovascular, controlar el estado de conciencia, detectar la aparición de complicaciones, medidas básicas de protección.
- **Intoxicación moderada y severa:** Requiere atención en una sala de emergencias hospitalaria, por cuanto:
 - Aproximadamente el 5% de los pacientes, requieren de unidad de terapia intensiva por 48 horas o más.
 - Puede ocurrir la muerte aproximadamente en el 1% de los casos aproximadamente.
 - El estado de coma y las alteraciones respiratorias pueden sobrevenir repentinamente.
 - Se requiere observación y paciente estable por varias horas, antes de dar egreso y tratamiento ambulatorio
 - Si se inicia estado de coma y depresión respiratoria en las primeras horas, se pueden esperar períodos de inconsciencia y tratamiento de sostén prolongados.
 - En caso de intoxicación aguda, se utiliza el Flumazenil como antagonista específico.

Síndrome de supresión o abstinencia: El abordaje debe tomar en cuenta tres tipos de acción:

- Estabilización del síndrome, mediante el uso de medicación sustitutiva, o la misma benzodiazepina que la persona está usando.
- Reducción programada de la medicación sustitutiva.
- Detección y manejo de problemática asociada que pueda complicar la condición del paciente.

Se recomienda un régimen de disminución gradual de la dosis, a fin de evitar consecuencias como las convulsiones, estas generalmente se presentan entre el 2do y el 3er día, pero pueden aparecer tardíamente, entre el 7 u 8 días. Para iniciar el tratamiento se aconseja, mantener la sustancia que la persona consume reduciendo aproximadamente del 5 al 10% de la dosis total inicial por día o en días alternos, de tal forma que en un periodo de 10 a 14 días se logre la suspensión total.

La medicación sustitutiva consiste en cambiar la sustancia que la persona consume, por una de larga duración, en dosis equivalentes a la que usa la persona. Luego se continúa con el esquema de reducción gradual. Se debe establecer la dosis de inicio la cual es aquella que logre controlar los síntomas de abstinencia, o bien la que lleve a mostrar signos de intoxicación leve, a partir de esa dosis se inicia la reducción.

METANFETAMINAS

Tratamiento del síndrome de abstinencia:

- Manejo paliativo con administración de antidepresivos, mínimo de 3 a 6 meses, e hipnóticos por un tiempo no mayor de 2 a 3 semanas.
- Antidepresivos tricíclicos son los más usados como un intento de estabilizar los sistemas catecolaminérgicos.
- También se ha usado la fluoxetina, 20 a 40 mg/día, que parece controlar la apetencia por el psicotrópico durante el primer mes después de la discontinuación del consumo.
- Los neurolépticos en dosis bajas se usan para aliviar algunos componentes del síndrome de abstinencia.
- Este tratamiento se puede dar en el EBAIS

Para referir a un centro hospitalario, se considera la gravedad del caso, que depende de la dosis, la historia de intoxicación, la ausencia de complicaciones físicas y la evolución favorable de la intoxicación. A menos que ocurra una complicación, es de esperarse que una intoxicación aguda por anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar, no persista más de 2 a 4 horas. Los pacientes que desarrollan fiebre, arritmia cardíaca, agitación psicomotora, elevación no controlable de la presión arterial, deterioro progresivo de la conciencia o datos neurológicos sugestivos de accidente cerebro vascular, deben ser ingresados a un hospital inmediatamente.

MARIHUANA

El tratamiento depende de la severidad de la intoxicación. La intoxicación leve no requiere tratamiento, pues desaparece rápidamente. En la intoxicación severa o en crisis de pánico, está indicado el uso de ansiolíticos (diazepán alivia la ansiedad y angustia). En cuadros psicóticos con agitación psicomotora, se requiere tratamiento con Haloperidol, junto con Diazepan.

Como tratamiento sintomático, se pueden utilizar tranquilizantes benzodiazepínicos en dosis convencionales, por no más de 10 días.

Si la magnitud del cuadro no es severa, se puede manejar en el EBAIS, con desintoxicación ambulatoria.

SUSTANCIAS INHALABLES

La intoxicación moderada y severa amerita atención médica, porque se pueden presentar alteraciones que atenten contra la vida como: depresión respiratoria, arritmias cardíacas, pérdida de conciencia, sofocación, muerte súbita. El paciente requiere cuidado y soporte de las funciones vitales y control y monitoreo de las arritmias y de la depresión respiratoria.

Por el rápido efecto de estas sustancias, las reacciones de pánico tienden a pasar sin que el individuo pueda recibir cuidados profesionales. En todo caso, estas reacciones ocurren asociadas con la inhalación de solventes y se caracterizan por importantes sentimientos de ansiedad. El paciente debe recibir confianza, seguridad, educación y explicación sobre el origen y evolución del episodio. Se debe manejar con diazepam 5-10 mg v.o; Clordiazepoxido 10-50 mg v.o. o con benzodiazepinas solo si es necesario.

El síndrome cerebral orgánico, presenta un inicio rápido de confusión, desorientación y delirios, con datos electroencefalográficos de encefalopatía difusa. Los solventes pueden provocar daño cerebral permanente de predominio cerebelar, caracterizado por: marcha tambaleante, lenguaje lento o confuso y trastornos del pensamiento. Usualmente este síndrome desaparece en horas o días. El paciente debe recibir seguridad, confianza y comodidad y se deben eliminar los estímulos irritantes, ambiguos o amenazadores.

5.5 Abordaje psicosocial del consumo de sustancias psicoactivas

El abordaje psicosocial requiere ciertos principios generales que se plantean a continuación (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004:59):

- Establecer un clima de confianza y de diálogo.
- Conducir al drogodependiente a reconocer y aceptar su problemática.
- Conseguir gradualmente que el drogodependiente transfiera el control de sus actos, a su locus interno, pues en la mayoría de los casos el control de sus conductas lo ha puesto en figuras y circunstancias externas.
- Ayudarle a detener el consumo.
- Dotarle de herramientas para el mantenimiento de su abstinencia.
- Prevenir y evitar las recaídas.
- Cuando se ha logrado detener el consumo, las terapias se pueden ir centrando en las necesidades individuales específicas del drogodependiente.

Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, son las terapias conductual cognitiva y la psicodinámica /interpersonal. Aunque los estudios controlados presentan a menudo importantes limitaciones en su diseño, los datos existentes, junto con la experiencia clínica, sugieren que las intervenciones psicosociales pueden ser útiles si se adaptan a las necesidades especiales de esta población. (Szuts. R y otros, 2001:21)

Dentro de los abordajes psicosociales más comunes en la actualidad, se tienen: (Ver anexo #7)

- Terapias cognitivo-conductuales
- Terapias conductuales
- Terapia Humanista
- Terapias de Grupo
- Terapias familiares
- Grupos de autoayuda

5.6 Abordaje de la reinserción social en personas consumidoras de sustancias psicoactivas

Partiendo de un análisis conceptual de la inserción social de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, se puede considerar que se trata de un proceso doble: por una parte, posee un componente individual de socialización o resocialización de naturaleza claramente educativa, y por otra, tiene una dimensión social orientada a la normalización del comportamiento del sujeto que se define en función de las normas dominantes del grupo social al que se incorpora (Sánchez, 1991 en Becoña y Martín, 2004:93).

Para entender de modo más operativo la reinserción social, se podrían establecer las siguientes prioridades (Becoña y Martín, 2004:93):

- Alcanzar unas condiciones de vida básicas que permitan un desarrollo vital estable.
- Poseer una autosuficiencia económica para el mantenimiento de estas actividades.
- Disponer de espacios diversos relacionales.
- Tener autoconciencia de que se está desempeñando un rol social, ajeno a los circuitos culturales de la exclusión.

Los programas y dispositivos de reinserción social se dividen en (Becoña y Martín, 2004:94-96):

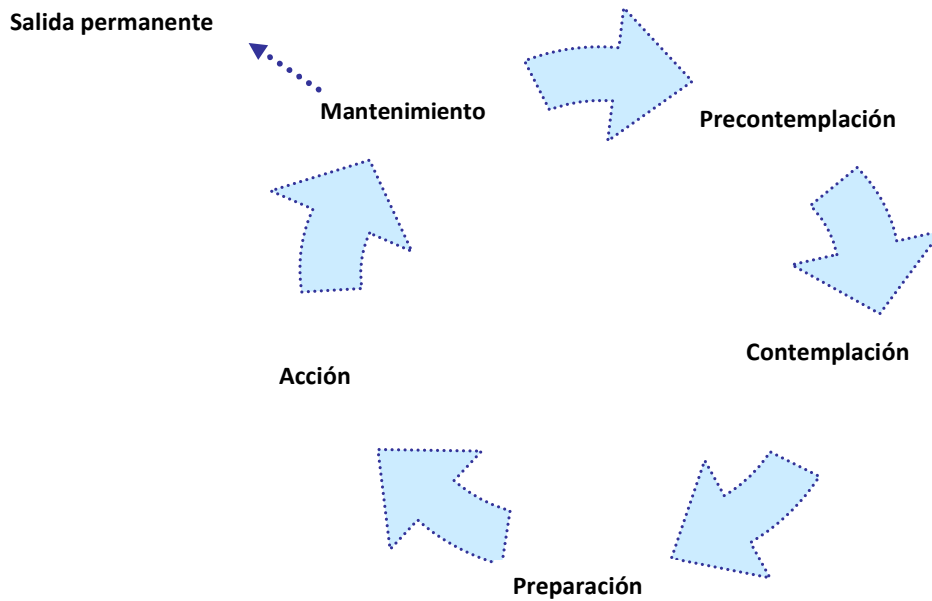
- Dispositivo de incorporación social, entendiendo como tales los espacios físicos en los que se desarrollan las actividades tipificadas como de incorporación social. Pueden ser residenciales o no residenciales. Por ejemplo inserción a comunidades terapéuticas u hogares terapéuticos.
- Programas de formación. Bajo esta denominación se pretende unificar todos los programas y actividades cuyo objetivo es dar formación: académica, ocupacional, profesional, habilidades sociales, etc. Por ejemplo, es importante mencionar que sería oportuno hacer las coordinaciones pertinentes con las instancias existentes en el país para la formación individual, tal como el INA u Organizaciones No Gubernamentales, que brinden capacitación y herramientas para que el individuo se desarrolle por sí mismo.
- Programas de incorporación laboral. Se agrupan en este apartado los programas que suponen una ocupación remunerada mediante un contrato laboral de cualquier tipo (aprendizaje, temporal, etc.), o una fórmula de autoempleo individual o cooperativo. Por ejemplo, en algunos países se gestionan a nivel laboral (empresa pública y privada) convenios a través de incentivos gubernamentales que estimulan la contratación de personas rehabilitadas, con franco interés de reinserción productiva.

Para la CCSS la reinserción social implica al menos un conjunto de intervenciones orientadas a coordinar con otras instancias interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias la restauración del funcionamiento familiar, académico, laboral y social del consumidor de sustancias psicoactivas.

5.7 Abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, con base en el enfoque transteórico de las etapas de cambio

El programa que se propone para la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, según el enfoque transteórico, se fundamenta en la motivación como eje central del tratamiento, siendo la interacción dialéctica entre funcionario y usuario la clave principal durante todo el proceso, al ir transcurriendo las etapas de cambio de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Teniendo como objetivo fundamental la recuperación sostenida superando los síntomas de recurrencia (recaídas).

Figura 6. Abordaje Transteórico.



Fuente: Elaboración Propia

Motivación En El Abordaje De Las Etapas De Cambio

El abordaje de las etapas de cambio requiere realizar acciones que favorezcan una motivación al cambio, basadas en los cinco principios de la Entrevista Motivacional, anteriormente desarrollados en el Marco Conceptual, los cuales son:

- Expresar Empatía.
- Desarrollo de la Discrepancia.
- Evitar la argumentación.
- Moverse con la Resistencia.
- Apoyo a la autoeficacia.

“La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace...” (Miller, 1999:33-47).

Abordaje de la etapa de Precontemplación

Al ser la precontemplación un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, durante los próximos seis meses, se recomiendan las siguientes indicaciones (Miller, 1999:49-72):

Sesiones de apertura:

- Establecer afinidad y confianza: el reto es crear un ambiente seguro y de apoyo. Se establecen pautas relacionales, objetivos y metas a lograr.
- Explorar sucesos precipitantes: situación que llevo al individuo al tratamiento. Formular preguntas abiertas, escuchar atentamente, resumir, afirmar, confirmar.
- Alabar a los pacientes por venir.

Estrategias terapéuticas para el precontemplador:

- Concuere con el paciente.
- Evalúe preparación para el cambio.
- Proporcione información acerca de efectos y riesgos del uso de sustancias.
- Use lenguaje motivacional.
- Crear la duda y evocar preocupación.

Abordaje de la etapa de contemplación

Al ser la contemplación un período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo de los próximos seis meses, se sugieren los siguientes principios para su abordaje (Miller, 1999:73-85):

- No presionar para tomar decisiones
- Enfatizar en el control del cliente
- Reconozca y normalice la ambivalencia
- Examinar varias opciones
- Dar ejemplos de otros clientes
- Presentar información en forma neutra
- La inhabilidad para tomar una decisión de cambio no es una consulta fallida
- Preparar al cliente para los fallos
- Esperar fluctuaciones en el compromiso

Debe tomarse en cuenta que la contemplación es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que una persona consumidora, puede permanecer en éste por años y transformarse en contemplador crónico.

Abordaje de la etapa de preparación

Al ser la preparación, el paso de la contemplación a la implementación de un cambio en la vida, donde se aumenta el compromiso con explorar, aclarar y resolver la ambivalencia, tomándose la decisión de actuar, se recomiendan las siguientes premisas (Miller, 1999:87-97):

- El compromiso sólido por sí solo, no garantiza el cambio.
- “El entusiasmo no compensa el vacío”, el compromiso sin las destrezas de manejo y actividades adecuadas, puede crear un plan de acción insustancial.
- “Se debe visualizar el cambio como lo mejor”.
- La principal consecuencia negativa de ignorar la etapa de preparación es un regreso rápido al consumo de sustancias.

- Las estrategias de esta etapa son fortalecer el compromiso del paciente y ayudar en la toma de decisión firme al cambio.
- Los pacientes comprometidos con el cambio y que creen que es posible, están preparados para la acción.

Dentro de los indicadores para pasar de la preparación a la acción estarían: resistencia disminuida, menos preguntas acerca del problema, firme decisión, planteamiento automotivacional, interrogantes con relación al cambio, visualización del mismo y acercamiento con libros grupos tipo AA o NA.

Para la negociación del plan de cambio se recomienda:

- Ofrecer menú de opciones para el cambio.
- Desarrollar un contrato terapéutico.
- Reducir las barreras para la acción.
- Buscar redes de apoyo social.
- Educar al cliente acerca del tratamiento elegido.

Para aumentar el compromiso en la etapa final de preparación, es importante fortalecer la auto eficacia en el paciente por lo que se recomienda especificar la fecha de inicio, acordar rituales de inicio como simbólicos (quemar ropa, romper algo, etc.), enfatizando que el cambio es un proceso gradual, que necesita de nuevas destrezas, y una retroalimentación periódica y específica.

Abordaje de la etapa de acción

En la etapa de acción la persona se enfrenta de pronto con la realidad de dejar o reducir el uso de sustancias. Las primeras etapas de recuperación exigen tan solo pensar en el cambio, lo cual no es amenazante como el hecho de implementarlo. Para tales efectos es importante (Miller, 1999:87-97):

- Desarrollar estrategias de manejo para evitar las situaciones de alto riesgo.
- Fortalecer el apoyo familiar y social.
- Implementar refuerzos alternativos que intenten hacer un estilo de vida sin consumo, más atractivo y recompensante que el comportamiento auto-destructivo anterior.
- Lograr un entendimiento con la persona acerca de las expectativas positivas y negativas antes de entrar al verdadero trabajo del cambio.
- Reconocer que las percepciones, esperanzas y preocupaciones cambiaran cuando surjan nuevas.
- Explorar las motivaciones externas del paciente.
- Propiciar entendimiento en el paciente sobre lo que ha estado “disparando” el consumo de sustancias en el pasado y los efectos que ha experimentado al consumir.
- Desarrollar estrategias de manejo de la abstinencia.
- Implementar un plan de manejo anticipando los problemas antes de que surjan (prevención de recaídas).

Abordaje de la etapa de mantenimiento

“El mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio”, empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo la modificación de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de

consumir se ha extinguido. La duración de éste estadio aún no está definida completamente y algunos autores consideran que el deseo no se extingue, sino que se controla (Miller, 1999:87-97).

Abstenerse de las sustancias es un cambio abrupto y deja un gran vacío, que hace necesario incentivar la participación en diversas actividades como deporte, arte, ciencia, voluntariados, grupos, entre otras. Es importante para esto, explorar los valores, esperanzas y metas que la persona posee.

6. Seguimiento o monitoreo

El riesgo de que un paciente abandone el tratamiento es más elevado después de la primera sesión. Una estrategia adicional ha demostrado que aumenta en forma significativa la probabilidad de que un paciente acuda de nuevo a fin de continuar el tratamiento. Esta estrategia adicional consiste simplemente en programar contactos de seguimiento (Miller, 1999:119).

De acuerdo a las Normas de Atención de Dependencia de las Drogas y su Tratamiento, el plan de seguimiento se debe abordar de la siguiente manera (OPS, 2000:64-66):

Paciente con consumo sin daño: Reevaluación a los 6 meses y al año.

Paciente con uso nocivo o abuso: Seguimiento semanal los primeros 2 meses y quincenal por 4 meses. Posteriormente reevaluación a los 6 meses y al año.

Pacientes con dependencia:

- Fase inicial (3 a 4 semanas) indicar hospitalización o tratamiento con permanencia parcial seguido de tratamiento ambulatorio.
- Fase de prolongación de abstinencia (6 meses): Terapia individual mínimo una vez por semana y terapia grupal al menos tres veces por semana. Además deben haber sesiones de terapia familiar cada semana por un mínimo de 12 sesiones.
- Fase de reinserción social: Terapia individual una vez por semana y terapia grupal tres veces por semana. Además deben haber sesiones de terapia familiar cada semana por un mínimo de 12 sesiones.
- Seguimiento temprano (3 meses): Durante el primer mes sesiones de terapia individual y familiar cada semana. Posteriormente, durante el 2^{do} y 3^{er} mes, las sesiones se realizarán cada 2 semanas
- Seguimiento intermedio (6 meses): Sesiones de atención individual mensuales y de atención familiar cada 2 meses.
- Seguimiento prolongado (12 meses): Se deben realizar sesiones de atención individual cada 2 meses, y una entrevista familiar de seguimiento cada 6 meses.

7. Atención De Poblaciones Específicas

Si bien hay estrategias generales de abordaje para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, también se requieren diseños específicos para el tratamiento de grupos con características determinadas, ya sea de género, etapa de ciclo de vida, presencia de comorbilidad psiquiátrica y/o somática, situación judicial, entre otros.

Se deben de tomar en cuenta las necesidades y condiciones particulares de dichos grupos, con el fin de ofrecer un abordaje diferenciado, que facilite la efectividad de las intervenciones. Así como también, en lo posible, adaptar las opciones de tratamiento, a las necesidades individuales de las personas, según la complejidad del problema.

De esta manera, a continuación, se realiza un esfuerzo por presentar una serie de recomendaciones o consideraciones básicas a tomar en cuenta de forma paralela al contenido del Manual, para favorecer el abordaje de poblaciones con características específicas.

7.1 Mujeres

Es importante destacar que el consumo de drogas generalmente se ha considerado un fenómeno casi exclusivo de los hombres, por lo que las prácticas de intervención tienden a homogenizar tratamientos para hombres y mujeres, como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades, sin tomar en cuenta que, tanto los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente (CONACE, 2004:8).

Si bien la proporción de mujeres con consumo problemático de drogas es menor que la de hombres, es una realidad que ellas tienen menos acceso y oportunidades de tratamiento. Por un lado, debido al escaso número de centros especializados para la atención diferenciada de mujeres y, por otra, porque la estigmatización a la que se ven sometidas dificulta las posibilidades reales de pedir ayuda a tiempo. La vergüenza y la culpa son variables que interfieren en la decisión de cambiar y rehabilitarse (CONACE, 2004:53-54).

Si a lo anterior, sumamos la condición de madre, la situación es aún más compleja, dado que la posibilidad de ingresar a un programa de tratamiento sin abandonar el cuidado de los hijos, es prácticamente inexistente.

Por lo anterior, el abordaje que se realice dirigido hacia las mujeres consumidoras, debe contemplar, desde la perspectiva de género, una serie de aspectos que permitan que las intervenciones en este campo, sean más efectivas y respetuosas de las necesidades particulares de ésta población.

A continuación se detallan algunas consideraciones que se recomienda utilizar (CONACE, 2004:49-50):

- Incorporar contenidos psicoeducativos que trabajen el sentimiento de culpa en los programas de atención primaria, como una forma de invitarlas a reconocer tempranamente su problema y a solicitar ayuda.
- Capacitar a los profesionales de la atención primaria para diagnosticar trastornos por abuso y/o dependencia al alcohol y las drogas, y derivarlos oportunamente al nivel de tratamiento apropiado según su complejidad.
- Mejorar el acceso a tratamiento mediante:
 - Aumento de la cobertura de atención
 - Horario flexible
 - Accesibilidad geográfica

- Difusión de los programas de tratamiento
- Capacitar a los profesionales y técnicos de la salud, para acoger y tratar a mujeres alcohólicas y/o adictas, desde una perspectiva de género.
- Ofrecer a las mujeres en tratamiento un ambiente seguro, personal y amigable.
- Dentro de los servicios de tratamiento, se recomienda disponer de guarderías, asistencia legal y social, etc.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales, a partir de las cuales construyan una red social de apoyo que perpetúe y arraigue sus procesos de rehabilitación y reinserción social.
- Desarrollar contenidos que son clave para un tratamiento integral de mujeres con problemas de drogas, tales como autoestima, discriminación de género, relaciones familiares y de significancia, corporalidad y desórdenes alimenticios, sexualidad y relaciones de pareja, custodia de los hijos, pérdidas por estilos de vida en las drogas, recursos personales y familiares, proyecto de vida, autocuidado, maternidad, vivienda, educación, etc.
- Promover en la mujer, el tratamiento de conflictos emocionales con respecto a su rol de madre, muchas veces dicha relación está perturbada y es un claro factor asociado a la conducta adictiva.
- Reeducar su conducta de maternidad responsable, mediante un trabajo directo con las mujeres y sus hijos e hijas, que transforme positivamente sus vínculos, evite traspasar a la siguiente generación un estilo de relación interpersonal de codependencia y un lugar social en tanto sujetos-madres. Es decir, promover una maternidad elegida y responsable.
- Subdividir los grupos de trabajo, o bien las estrategias terapéuticas según edad y etapa de la vida.
- Asesorar sobre violencia. Dado el alto índice de abuso psicológico, físico y sexual, hacia las mujeres con problemas por alcohol o drogas, este ítem debiera ser un elemento importante dentro de los programas de tratamiento.
- Evaluación psiquiátrica. Idealmente, todas las mujeres en tratamiento debieran ser evaluadas por un equipo multidisciplinario, que incluya médico-psiquiatra, ya que muchas de ellas presentan cuadros psicopatológicos primarios, secundarios o intercurrentes al trastorno adictivo.
- Promover su salud: ejercicio físico, nutrición, patrón de sueño, autocuidado, asistencia a controles ginecológicos preventivos, evaluaciones odontológicas, etc.
- Capacitar a las mujeres laboral y educacionalmente para favorecer su reinserción social y evitar sentimientos de frustración una vez insertas en su cotidianidad.
- Incorporar a la pareja y otros familiares en el proceso de tratamiento y reeducación.
- Desarrollar un trabajo especializado con: mujeres adolescentes, ,mujeres embarazadas y púerperas, mujeres en sistema judicial criminal, mujeres sin hogar, mujeres con diferentes opciones sexuales, mujeres con capacidades especiales, mujeres portadoras de VIH.

Es importante destacar que en el caso de las mujeres embarazadas, se debe tomar en cuenta todo lo anterior, así como la necesidad de valorar otros factores de riesgo para la mujer y su hijo/a y referir el caso a la respectiva especialidad para que la mujer lleve el control prenatal correspondiente.

7.2 Niños, Niñas Y Adolescentes

El actual perfil de consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes requiere adecuar estrategias y métodos de intervención, que han sido probados y experimentados en adultos. Este tipo de población pone en cuestionamiento no solo los tipos de tratamientos, sino que también los modelos y estructuras diseñadas.” (CONACE, 2004:107).

No obstante, a modo de síntesis y apoyados en las reflexiones e investigaciones de Carmen Arbex (2002, citada en CONACE, 2004:112-114), se plantean ciertos principios fundamentales a tener en consideración con esta población:

- **Enfoque desde la globalidad y con perspectiva evolutiva:** este principio sugiere no intervenir de manera focalizada sobre un conflicto concreto, sobre todo para evitar la problematización del sujeto. En general el consumo de drogas no debe ser el foco principal de la intervención, sino que, en la mayoría de los casos, los problemas por consumo hay que abordarlos indirectamente, en una segunda fase, dentro de un grupo más amplio de conductas, siempre teniendo en cuenta la etapa evolutiva en la cual se encuentra el sujeto y las tareas evolutivas que pudieran estar bloqueadas por efecto de las dificultades presentadas.
- **Necesidad de trabajo interdisciplinario:** la complejidad de la situación obliga a una estrecha colaboración entre distintas disciplinas, lo que favorece a la obtención de un mayor y mejor conocimiento y una mayor y mejor comprensión de la realidad del menor y de su proceso evolutivo y socializador.
- **Principio de la continuidad de cuidados:** las intervenciones deben durar el tiempo que sea necesario, a modo de extinguir las diversas conductas de riesgo en un individuo y de potenciar sus habilidades y destrezas, tomando en cuenta que existe un gran potencial de desarrollo, capacidad de aprender nuevas conductas sociales, importantes destrezas psicomotoras e intelectuales, y una apertura importante a establecer un compromiso afectivo con un adulto significativo.
- **Intervención flexible y dinámica:** evitar los procedimientos y sistemas terapéuticos rígidos. Recordemos que son jóvenes en constante transformación, que esperan que el entorno se transforme con ellos. Las respuestas deben tener un carácter de provisionalidad y se debe evaluar constantemente el sentido que tienen para estos jóvenes. Por lo tanto, se requiere apertura a estilos distintos y a una permanente actualización.
- **Empatía con el adolescente:** se trata de escuchar y observar a personas que se rigen por lógicas diferentes a las de los adultos. Un buen abordaje de esta etapa debe tener muy en cuenta las características evolutivas a la hora de establecer objetivos y criterios metodológicos, ya que sería un error exigirles un nivel de maduración y comportamiento propio de un adulto.
- **Principio de no etiquetamiento:** estigmatizar a una persona con algún calificativo, a menudo favorece el desarrollo de pautas de comportamiento no deseadas pero que si se esperan de ella.
- **El principio de la espera:** Dentro del texto en cuestión Arbex parafrasea a Funes 1998, el cual menciona que: “la condición evolutiva de los adolescentes nos ha de llevar a saber esperar. Hay conductas de los menores que son pura provocación y muchas veces sus transgresiones son de condición y con su natural evolución probablemente desaparecerían, si hemos tenido la paciencia para no reaccionar inadecuadamente y dejar que el tiempo resuelva algunos problemas. Por lo tanto, hay que tener mucha cautela en los pronósticos”.
- **El principio de acompañamiento:** También según Funes, el acompañamiento tradicional del adolescente, durante su proceso de socialización, lo realizan básicamente dos tipos de adultos: los padres y los profesores. Un tercer adulto (terapeuta) que está apoyando al menor ha de ser dinámico, ya que habrá de ordenar y jerarquizar los objetivos de la intervención en función de los cambios que vaya observando. También ha de tener mucho menor protagonismo que en el modelo tradicional sabiendo transmitir su mensaje a la familia y al adolescente quedándose al margen”.
- **Normalización del adolescente en su medio:** se trata de evitar la distancia y desvincular al sujeto de su entorno, preservando en todo momento la normalización de la vida cotidiana en cuanto a tiempos y espacios, que interfieran lo menos posible su escolarización o sus relaciones familiares o sociales. Es necesario, siempre que ello sea posible, luchar por la no institucionalización del individuo, evitando su desarraigo y apartándolo de su entorno, solamente en casos excepcionales.
- **La utilización del medio inmediato:** como recurso y la importancia crucial de la familia y la escuela.
- **Efecto preventivo en red:** los adolescentes son atendibles si se da un buen sistema de trabajo en red, no es viable trabajar parcialmente y de modo aislado.

7.3 Adulto Mayor

Es importante destacar que si existe la sospecha de que un adulto mayor está abusando de las drogas y/o el alcohol, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Puede haber una primera consulta a la que asistan sólo los familiares para poner en antecedentes al personal de salud, aclarar dudas y acordar la estrategia de abordaje.
- Hacer una valoración integral del individuo y su entorno, explorando factores de riesgo y factores protectores. Aquí es importante indagar si la persona adulta mayor vive sola o acompañada, las relaciones familiares o redes de apoyo, estilo de vida, uso del tiempo libre, existencia de un proyecto de vida, estado emocional, entre otros.
- Tomar en cuenta las características propias de la etapa de envejecimiento para realizar el abordaje.

7.4 Personas Con Diagnóstico De VIH-SIDA

Desde hace muchos años, se ha reconocido la conexión existente entre el abuso de las sustancias psicoactivas y el VIH. Aunque el uso de drogas inyectables es bien conocido como un factor de riesgo en este aspecto, en el caso de nuestro país no es tan frecuente.

No obstante, el papel más general que juega el abuso de las drogas no inyectables en la propagación del VIH es menos reconocido. Esta última relación se debe a los efectos adictivos e intoxicantes de las drogas, que pueden alterar el juicio y la inhibición, haciendo que las personas se involucren más fácilmente en comportamientos impulsivos y peligrosos, lo cual puede llevarlos a prácticas sexuales de riesgo para contraer el virus.

Aunado a lo anterior, el abuso de drogas y la adicción pueden afectar la salud general de una persona, alterando su susceptibilidad al VIH y a la progresión del SIDA. Tanto el abuso de drogas como el VIH afectan el cerebro.

Desde finales de la década de los ochenta, las investigaciones han demostrado que una manera eficaz de prevenir la transmisión del VIH es mediante el tratamiento para el abuso de las drogas. Los drogadictos que reciben tratamiento suspenden o reducen el uso de drogas y el comportamiento riesgoso relacionado, tal como la inyección de drogas y prácticas sexuales peligrosas. Además, los programas para el tratamiento del abuso de drogas juegan un papel importante en el suministro de información actualizada sobre el VIH/SIDA y enfermedades relacionadas, servicios de consejería y pruebas de detección, y referencias a servicios médicos y sociales. (NIDA, consultado 1-5-09))

Otros riesgos colaterales a los que están expuestos los consumidores de sustancias psicoactivas, son: abusos sexuales, violaciones o ser explotados sexualmente. Muchos de los consumidores que son dependientes de las sustancias, con tal de satisfacer su necesidad se someten a situaciones de prostitución o explotación sexual comercial.

Con base en lo anterior, es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones en el momento de realizar una intervención con una persona consumidora de sustancias psicoactivas y portadora de VIH:

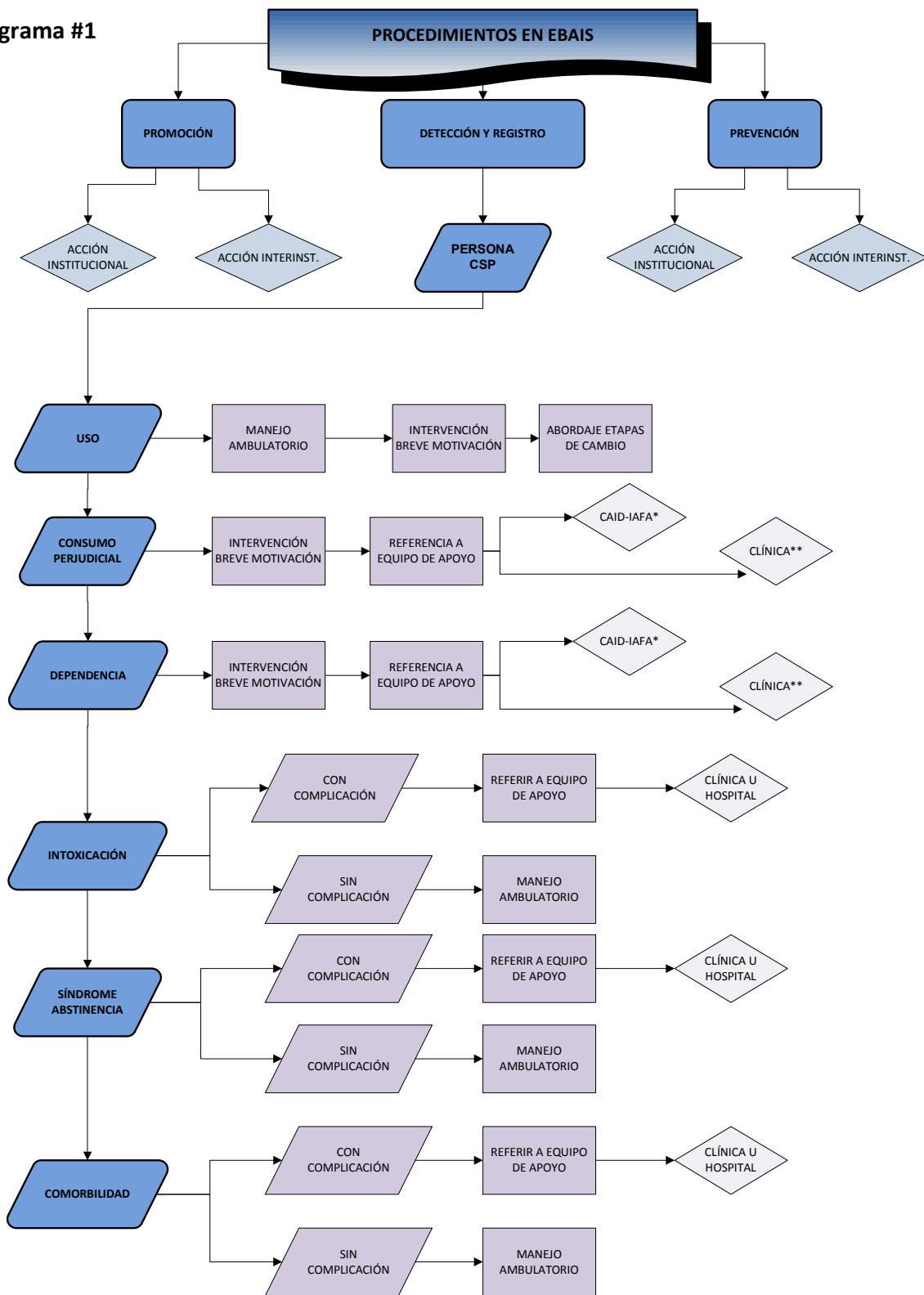
- Indagar si la persona está recibiendo el tratamiento farmacológico correspondiente, de no ser así, referir el caso al especialista que corresponda.
- Motivar a la persona para que acepte el tratamiento farmacológico y le dé continuidad.

- Brindar información sobre los efectos perjudiciales que produce la droga en el organismo de la persona portadora del VIH, ya que la hace más vulnerable a los efectos del virus.
- Educar a la persona sobre el hecho de que el consumo de drogas, lo puede llevar a conductas sexuales de riesgo y por lo tanto, infectar a otras personas con el virus.
- Promover que la persona ejerza una sexualidad responsable.

8. FLUJOGRAMAS

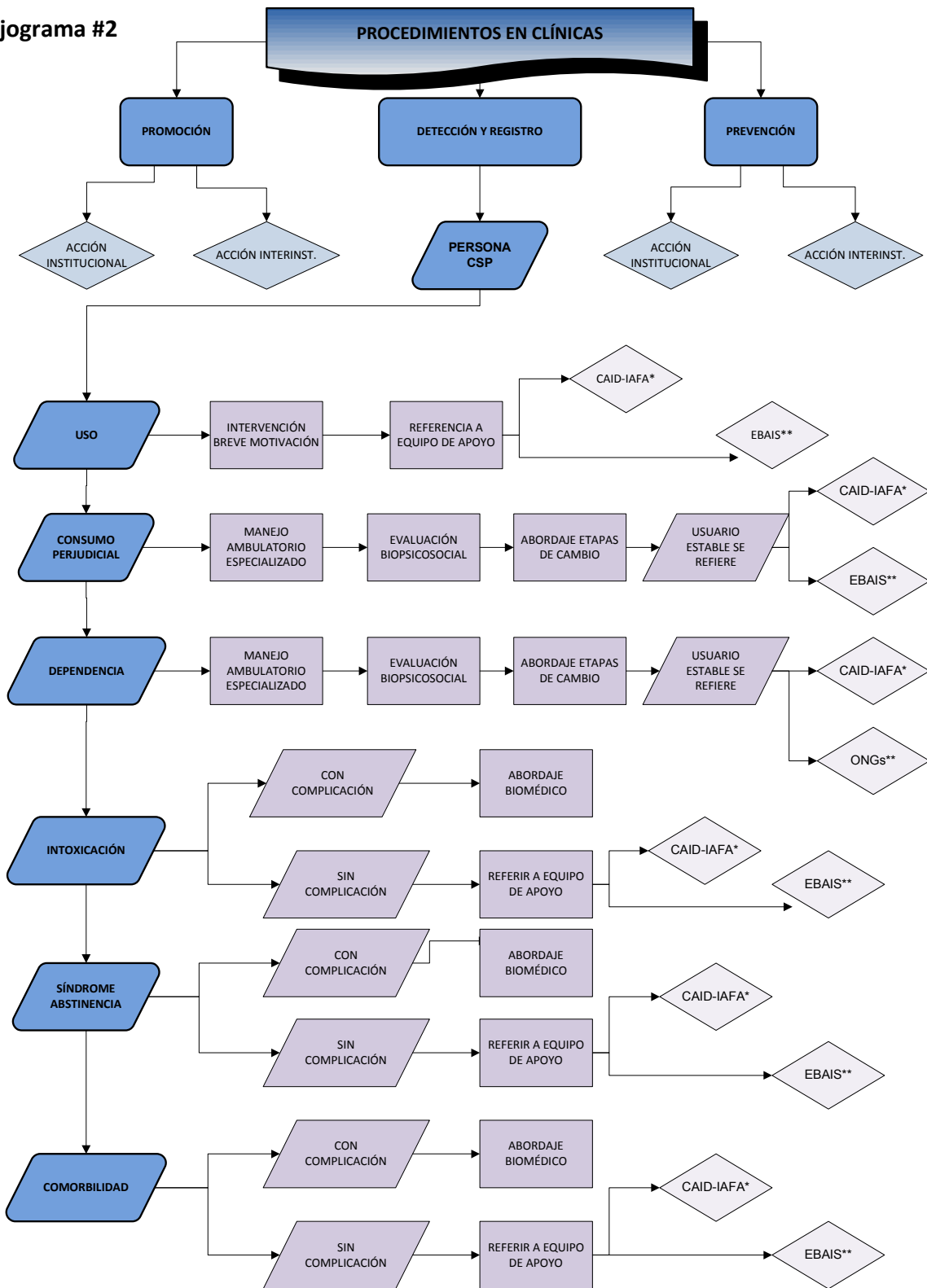
A continuación se presentan flujogramas que sistematizan la toma de decisiones según el centro de salud en que se ubique el funcionario (a) (EBAIS, Clínica u Hospital) y según la condición del usuario (a) consumidor de sustancias psicoactivas (Uso, Consumo Perjudicial, Dependencia, Intoxicación, Síndrome de Abstinencia o Comorbilidad física - Psiquiátrica).

Flujograma #1



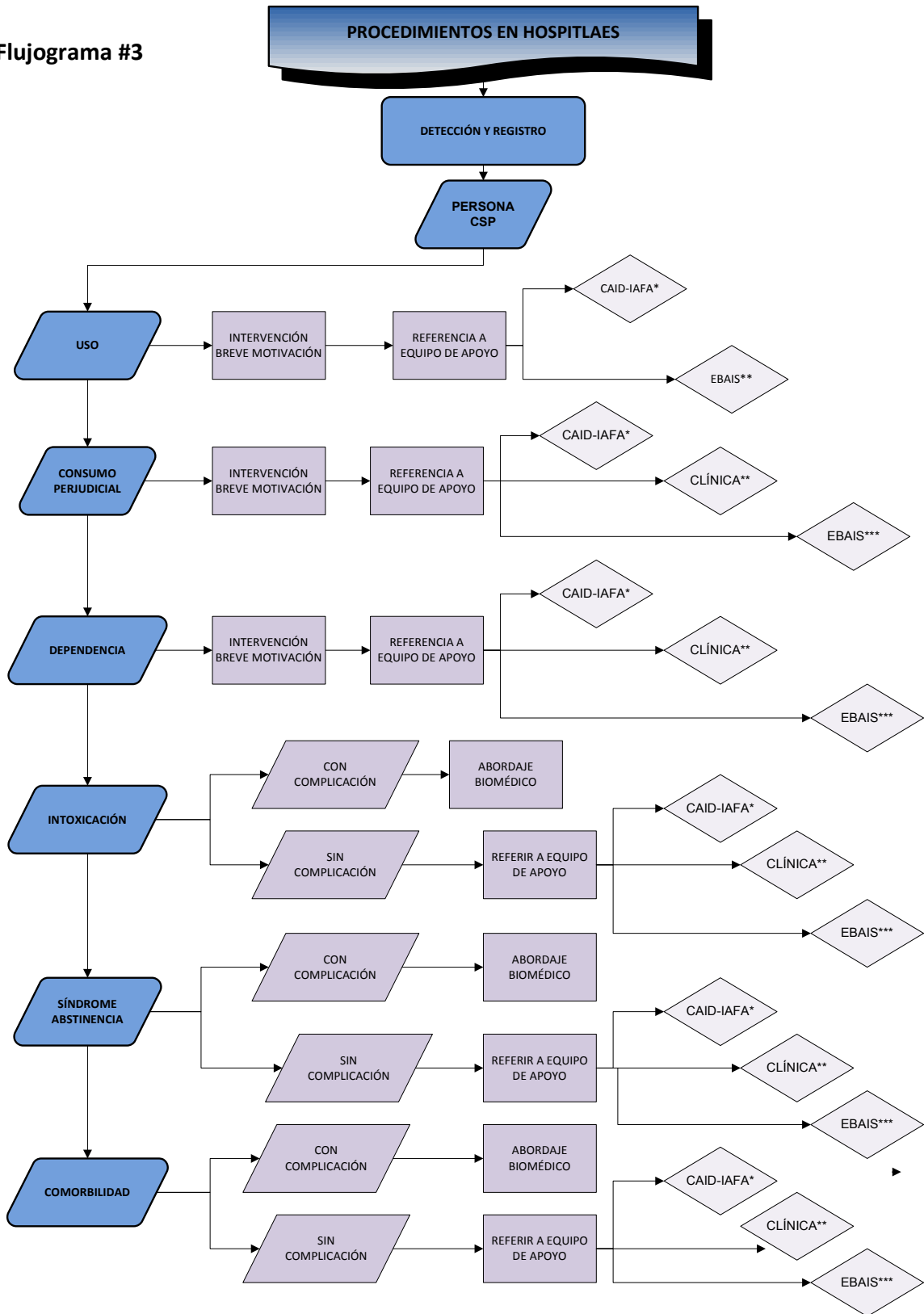
*Primera opción **Segunda opción

Flujograma #2



*Primera opción **Segunda opción

Flujograma #3



*Primera opción **Segunda opción *** Tercera opción

9. Anexos

Anexo #1 Funciones básicas según área de especialización

Área Biomédica:

En ésta área, los médicos y el personal de enfermería, son los encargados de realizar una evaluación global del estado de salud física por medio de exámenes físicos, anamnesis y pruebas diagnósticas. Se encargan también de realizar una revisión de la salud mental del paciente, indagar antecedentes de tratamiento, así como prescribir y supervisar la medicación indicada para su estado actual.

La valoración por profesionales del área sanitaria busca recoger la información necesaria con respecto al estado orgánico general del sujeto y, en especial, aquellos factores que puedan condicionar la estadía del paciente en algunas modalidades de tratamiento como enfermedades infecto-contagiosas en fase activa, minusvalías que limiten el ofrecimiento de determinados recursos, entre otros.

Cuadro 17. Funciones realizadas por profesionales del área biomédica.

| Funciones realizadas por profesionales del área biomédica. |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Establecer el diagnóstico y las pautas farmacológicas de desintoxicación.• Realizar los controles toxicológicos regulares para determinar la presencia de drogas de abuso en orina.• Diagnosticar y tratar, si está a su alcance, la comorbilidad física asociada al consumo.• Hacer las derivaciones pertinentes a otros profesionales o sistemas sanitarios cuando sea el caso.• Desarrollar con los usuarios y usuarias tareas de educación en salud relacionadas con hábitos higiénicos, alimentación, sexualidad, etc.• Hacer evaluaciones y seguimiento médico periódico.• Facilitar a usuarios y familiares pautas de manejo para enfermedades como el VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.• Coordinar acciones con profesionales de la red sanitaria en general. |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de: Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 1994: 157-158

Área de Psicología:

Ésta área es vital en los equipos interdisciplinarios dedicados al tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, dado que uno de los ámbitos más afectados es el psicológico. Entre las actividades y roles desarrollados por éstos profesionales se encuentran: Valorar el estado psicológico del paciente, sus antecedentes personales y familiares.

Cuadro18. Funciones realizadas por profesionales del área de psicología.

| Funciones realizadas por profesionales del área de psicología. |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Recoger la historia personal del sujeto.• Recoger datos relevantes de la historia del consumo.• Detectar psicopatología asociada.• Motivar y despertar en el usuario la necesidad de recibir tratamiento, a partir de procesos cognitivos en relación con los problemas posibles o ya ocasionados por el consumo.• Proponer la modalidad de tratamiento más adecuada al caso, tomando en cuenta el nivel de motivación y la capacidad de control de consumo.• Tratar los aspectos disfuncionales que propician el consumo de sustancias psicoactivas: baja autoestima, estados depresivos, ansiedad, impulsividad, intolerancia a la frustración, déficit de afrontamiento y resolución de problemas, dificultades de comunicación, entre otros.• Facilitar en el usuario técnicas para el autocontrol y resolución de conflictos.• Entrenar al paciente en habilidades sociales básicas.• Trabajar con el usuario la prevención de las recaídas.• Detectar y tratar las recaídas.• Apoyar psicológicamente al usuario y atender los conflictos emocionales que se suscitan en caso de comorbilidad física asociada (VIH/SIDA, cirrosis, hepatitis, entre otras) |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de: Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 1994: 156-157

Área de Trabajo Social:

Estos profesionales deben buscar identificar las alteraciones y las dinámicas sociofamiliares presentes en los consumidores y dependientes de sustancias psicoactivas. Su papel en equipos interdisciplinarios está relacionado con:

Cuadro 19. Funciones realizadas por profesionales del área de trabajo social.

| Funciones realizadas por profesionales del área de trabajo social. |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Indagar datos relevantes de la historia personal y familiar.• Valorar la dinámica y las relaciones familiares.• Investigar la existencia de otras redes sociales de apoyo al tratamiento.• Identificar el índice de severidad de la adicción en las áreas familiares – social –, laboral, legal, etc.• Motivar a los usuarios del servicio para su participación en actividades de carácter educativo, lúdico y cultural.• Motivar y proporcionar ayuda para que los usuarios mejoren su capacitación laboral y orientarlos en caso que sea necesario.• Coordinar con instancias dedicadas a la reinserción social.• Estimular y proporcionar la utilización adecuada del ocio y tiempo libre y el establecimiento de relaciones sociales con sujetos no consumidores de drogas.• Dar orientación legal básica a los usuarios.• Fortalecer en los usuarios, la red de relaciones sociales y el fomento de aquellas que no tenga que ver con las sustancias psicoactivas. |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de: Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 1994: 158

Área familiar: trabajador social o psicólogo

El papel de los profesionales del área de familia en los equipos interdisciplinarios contempla, entre otras, las siguientes funciones:

Cuadro 20. Funciones realizadas por profesionales del área familiar.

| Funciones realizadas por profesionales del área familiar. |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Intervenir la familia como sistema, modificando hábitos y actitudes disfuncionales.• Potenciar la participación activa y adecuada de los familiares en el proceso terapéutico, disminuyendo los niveles de ansiedad y culpa.• Lograr que la familia supere la visión individualista de la problemática.• Proveer a la familia del conocimiento básico sobre las sustancias psicoactivas y sus consecuencias.• Favorecer la aceptación del problema de consumo de sustancias psicoactivas en la familia.• Proporcionar conocimientos, pautas y habilidades necesarias para hacer frente a los problemas que plantea el consumo en el ámbito familiar.• Enseñar a los familiares a analizar sus reacciones ante el problema y el efecto de estas reacciones sobre el usuario y la propia familia.• Ayudar a la familia a que incida en los cambios de hábitos y adquisición de responsabilidades del paciente.• Enseñar a los usuarios pautas de convivencia en familia.• Enseñar a los familiares a fomentar la comunicación y solución de problemas en familia.• Ayudar a los familiares a comprender las recaídas dentro del proceso de tratamiento, enseñarles a prevenirlas y saber actuar ante ellas.• Incentivar en las familias el acercamiento a redes de apoyo social como grupos organizados (grupos de autoayuda, talleres socioeducativas de padres, entre otros).• Motivar permanentemente la implicación de la familia en el proceso de tratamiento.• Dentro de la intervención familiar es también importante darles elementos relacionados con cuidados a la salud del paciente. El profesional responsable de esta actividad debe ser el médico(a) o el (la) enfermero(a). Debe hacerse énfasis en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y el manejo de las mismas, entre éstas: VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual. |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de: Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 1994: 159

Anexo #2 Contenidos por considerar en una intervención en educación para la salud

1. Informar sobre la salud y la enfermedad a las personas y a la población en general, mediante formas que les permita proteger su propia salud.
2. Motivar en la población prácticas y hábitos más saludables.
3. Ayudar a adquirir conocimientos y la capacidad para mantener hábitos y estilos de vida saludables.
4. Favorecer cambios en el medio ambiente que permitan condiciones de vida y conductas saludables.

Cuadro 21. Niveles de intervención más utilizados

| Niveles | Objetivo | Ámbito de acción | Recursos educativos |
|---|--|---|---|
| Educación Masiva: Intervención en salud utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población. | Poner en práctica formas de educación dirigidas a fomentar la salud pública de un área, región o país. | Población general | Folletos, carteles, trípticos, murales, uso de medios de comunicación: prensa, radio, televisión, Internet. |
| Educación Grupal: Intervenciones dirigidas a grupos homogéneos de personas para abordar determinados problemas de salud o aspectos de su salud. | Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes de un determinado grupo poblacional con relación a su salud. | Centros educativos, comunidad, centros de trabajo, servicios de salud, escenario familiar y grupos organizados. | Talleres, charlas, cursos, coloquio, video con discusión, cuestionarios y frases incompletas. |
| Educación Individual: Intervenciones dirigidas a individuos para abordar un problema de salud determinado. | Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos con relación a su salud. | Servicios de salud, escenario familiar. | Sesiones psico y socio educativas individuales o familiares |

Fuente: Elaboración Propia.

La coexistencia de los tres niveles de intervención, como se mencionó con anterioridad, permite que los programas educativos sean continuos y complementarios, lo que da la oportunidad de ser más exitosos.

Anexo #3 Instrumento de sospecha diagnóstica

El presente instrumento tiene como objetivo indagar sobre la posibilidad de estar presentando una situación de consumo problemático de drogas. Es muy importante que responda de manera clara y honesta. La información que usted proporciona será para uso exclusivo del personal de salud.

Datos de identificación:

Nombre: _____ No. de cédula: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Lugar de procedencia: _____

| Preguntas | Si | No |
|---|----|----|
| ¿Has tenido problemas con tu familia y/o pareja por tu consumo de drogas? | | |
| ¿Te han llamado la atención en tu lugar de estudio y/o trabajo por consumir drogas? | | |
| ¿Has sufrido algún tipo de accidente por consumir drogas? | | |
| ¿Te ha ocurrido, en ocasiones, que consumes más de lo que pensabas o esperabas? | | |
| ¿Has tenido problemas legales o con la justicia por el consumo de drogas? | | |
| ¿Has necesitado consumir droga para disminuir el nerviosismo, la irritabilidad o la tensión? | | |
| ¿Ocupas gran parte del día en buscar o conseguir droga? | | |
| ¿Has sentido molestias físicas cuando dejas de consumir droga? | | |
| ¿Te ha pasado que has necesitado consumir cada vez más cantidad para conseguir el mismo efecto? | | |

Si respondes afirmativamente (Sí) a una pregunta, te sugerimos solicitar información adicional acerca de la posibilidad de tener un problema de consumo.

Instrucciones para el profesional que aplica el instrumento: Si el o la usuaria responde afirmativamente a dos o más preguntas, se sugiere brindar atención por consumo de sustancias psicoactivas.

(Elaborado y adaptado con base en CONACE, 2004:92)

Anexo #4 Instrumento de sospecha diagnóstica para padres y madres

El presente instrumento tiene como objetivo indagar sobre la posibilidad de que su hijo o hija esté consumiendo drogas. Es muy importante que responda de manera clara y honesta. La información que usted proporciona será para uso exclusivo del personal de salud.

| Preguntas | Si | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Su hijo parece deprimido, cansado y descuidado en su aspecto personal? | | |
| 2. ¿Lo nota hostil y falta de cooperación? | | |
| 3. ¿Se han deteriorado sus relaciones con otros miembros de la familia? | | |
| 4. ¿Ha dejado de frecuentar a sus antiguos amigos? | | |
| 5. ¿No le va bien en la escuela o colegio, ha bajado sus notas y su asistencia es irregular? | | |
| 6. ¿Ha perdido interés por los deportes y sus otras actividades favoritas? | | |
| 7. ¿Ha cambiado sus hábitos de comer o de dormir? | | |

Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas puede sugerir que su hijo o hija está consumiendo drogas o alcohol. Sin embargo, las mismas conductas también pueden aparecer en niños, niñas y adolescentes que tienen otro tipo de problemas en la escuela o en la familia. En caso de que se encontrara una respuesta afirmativa, se sugiere estar atento a lo que el o la joven pueda comunicar, informarse a través de profesores, amigos, amigas o familiares, y por último, buscar ayuda especializada, con el objetivo de orientarse y actuar.

(Elaborado y adaptado con base en CONACE, 2004:92-93)

Anexo #5 Herramientas de diagnóstico

A. TEST AUDIT: DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Descripción: El AUDIT consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Se trata de un instrumento autoaplicado.

Calificación del Cuestionario AUDIT: Registre la calificación para cada respuesta en el cuadro en blanco al final de cada línea, luego sume estos números. El puntaje máximo posible es 40. Los puntajes de 8 o más para hombres hasta los 60 años de edad o de 4 para mujeres, adolescentes y hombres mayores de 60 años de edad son considerados como resultados positivos. Para pacientes con puntajes cercanos a los puntos de corte, se recomienda a los profesionales de la salud que examinen las respuestas individuales a las preguntas y las aclaren durante el examen clínico.

Corrección e interpretación: Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando la puntuación en los 10 ítems. En cada ítem, el valor de la respuesta oscila entre 0 – 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan solo de 0, 2 y 4). El Valor de la puntuación oscila pues entre 0 y 40.

Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporciona en la siguiente tabla:

Cuadro 22. Interpretación Test Audit

| | HOMBRES | MUJERES |
|--|---------|---------|
| No tiene problemas relacionados con alcohol. | 0 - 7 | 0 - 5 |
| Bebedor de alto riesgo. | 8 - 12 | 6 - 12 |
| Problemas físico-químicos con la bebida y probable dependencia alcohólica. | 13 - 40 | 13 - 40 |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Saunders, J.B.; & Aasland, O.G. (1993)

| 1. ¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol? | |
|--|-----|
| Nunca. | (0) |
| Una o menos veces al mes. | (1) |
| 2 a 4 veces al mes. | (2) |
| 2 ó 3 veces a la semana. | (3) |
| 4 o más veces a la semana. | (4) |
| 2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma normalmente cuando bebe? | |
| 1 ó 2. | (0) |
| 3 ó 4. | (1) |
| 5 ó 6. | (2) |
| 7 a 9. | (3) |
| 10 ó más. | (4) |

| | |
|--|-----|
| 3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas que contengan alcohol en un solo día? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | |
| Nunca. | (0) |
| Menos de una vez/mes. | (1) |
| Mensualmente. | (2) |
| Semanalmente. | (3) |
| A diario o casi a diario. | (4) |
| 9. Usted o alguna otra persona ¿Han resultado heridos porque usted había bebido? | |
| No. | (0) |
| Sí, pero no en el curso del último año. | (2) |
| Sí, en el último año. | (4) |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | |
| No. | (0) |
| Sí, pero no en el curso del último año. | (2) |
| Sí, en el último año. | (4) |

B. TEST CAGE

Características

Es un instrumento muy simple y corto, pero muy eficaz para detectar alcoholismo en la población general. Consta de cuatro preguntas:

C: "Cut Down" (Disminuir): se refiere a la necesidad sentida por el sujeto, de reducir la cantidad de licor que consume.

A: "Annoyed" (Molesto): se refiere a si el sujeto se siente molesto, porque le critican su manera de beber.

G: "Guilty" (Culpa): se refiere a si el sujeto se siente culpable por su manera de beber.

E: "Eye opened" (Trago matutino): se refiere a si el sujeto ha necesitado, en algún momento de un trago en la mañana para quitarse la goma.

| CAGE | SI | NO |
|---|----|----|
| | 1 | 0 |
| 1. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma? | | |
| 2. ¿Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber? | | |
| 3. ¿Se ha sentido usted alguna vez mal o culpable por su manera de beber? | | |
| 4. ¿Ha tomado usted alguna vez un trago, a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse la goma? | | |

Administración: Se recomienda su aplicación en la primera entrevista. No es apropiado para seguimiento. Puede ser autoaplicado.

Interpretación: La calificación se determinó por el número de respuestas positivas:

Cuadro 23. Interpretación Test CAGE

| # Respuestas positivas | Resultado |
|------------------------|----------------------------|
| 0 - 1 | No alcohólico |
| 2 | Alto riesgo de alcoholismo |
| 3 - 4 | Alcohólico |

Es de suma importancia que toda persona que se detecte con problemas de consumo de drogas, se motive a tratamiento. Clarificar la magnitud del problema y sus consecuencias puede servir de estímulo para buscar ayuda.

C. TEST DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA DE FAGERSTROM

La siguiente prueba sirve para medir la severidad de su dependencia a la nicotina y será útil en la definición de la intensidad de tratamiento.

| 1. ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado fuma el primer cigarrillo? | |
|--|------------|
| _____ En los primeros cinco minutos | (3 puntos) |
| _____ De 6 a 30 minutos | (2 puntos) |
| _____ De 31 a 60 minutos | (1 punto) |
| _____ Después de 60 minutos | (0 puntos) |
| 2. ¿Es difícil para usted no fumar en áreas donde es prohibido? | |
| _____ Si | (1 punto) |
| _____ No | (0 puntos) |
| 3. ¿Cuál cigarrillo le costaría más dejar? | |
| _____ El primero de la mañana | (1 punto) |
| _____ Cualquier otro | (0 puntos) |
| 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? | |
| _____ 10 ó menos | (0 puntos) |
| _____ 11 a 20 | (1 punto) |
| _____ 21 a 30 | (2 puntos) |
| _____ 31 a más | (3 puntos) |
| 5. ¿Fuma más en las primeras horas de la mañana que el resto del día? | |
| _____ Si | (1 punto) |
| _____ No | (0 puntos) |
| 6. ¿Fuma usted incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad? | |
| _____ Si | (1 punto) |
| _____ No | (0 puntos) |

Evaluación

- Dependencia baja – media = 0 a 5 puntos
- Dependencia alta = 6 a 10 puntos

Anexo #6 Abordajes psicosociales más comunes en relación con el consumo de sustancias psicoactivas

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las terapias cognitivo-conductuales se centran en lo siguiente (Szuts. R y otros, 2001:21):

- Modificación de los procesos cognitivos que dan lugar a conductas desadaptativas en las personas que consumen las sustancias.
- Intervención en la cadena conductual de fenómenos que conducen al consumo de la sustancia.
- Ayuda a los pacientes para resolver con éxito las situaciones de deseo agudo o crónico de la droga.
- Fomento y refuerzo del establecimiento de capacidades y conductas sociales compatibles con el mantenimiento de la evitación de la droga.

Terapia cognitiva.

El fundamento de la terapia cognitiva es la creencia de que mediante la identificación y posterior modificación de los patrones de pensamiento mal adaptados, los pacientes pueden reducir o eliminar los sentimientos y conductas negativos (por ejemplo, consumo de sustancias). (Szuts. R y otros, 2001:21)

Prevención de recaídas (recaídas)

La “prevención de recaídas” es un enfoque del tratamiento en el que se utilizan técnicas conductuales cognitivas para tratar de ayudar a los pacientes a desarrollar un mayor autocontrol con objeto de evitar las recaídas. Las estrategias específicas de prevención de recaídas son las siguientes: discusión de la ambivalencia, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de la sustancia, desarrollo y revisión de estrategias específicas para hacer frente a los factores de estrés internos o externos, exploración de la cadena de decisión que conduce a la reanudación del consumo de la sustancia, aprendizaje de los episodios breves de recaída (“deslices”) para averiguar los desencadenantes que conducen a la recaída y desarrollar técnicas eficaces para una intervención precoz. (Szuts. R y otros, 2001:21)

Terapia de potenciación de la motivación

La terapia de potenciación de la motivación, basada en sistemas conductuales cognitivos centrados en el paciente y en técnicas de persuasión socio-psicológica, tuvo efectos positivos en 8 de los 9 estudios controlados realizados. (Szuts. R y otros, 2001:21)

Esta breve modalidad terapéutica se caracteriza por un enfoque de empatía en el que el terapeuta ayuda a motivar al paciente preguntándole acerca de las ventajas e inconvenientes de conductas específicas, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia asociada a la consecución de los mismos y escuchando al paciente de manera reflexiva. La terapia de potenciación de la motivación ha evidenciado una eficacia sustancial en el tratamiento de los pacientes con una dependencia de sustancias. (Szuts. R y otros, 2001:21)

TERAPIAS CONDUCTUALES

El tratamiento conductual operativo se basa en la recompensa o el castigo operativos de los pacientes por las conductas deseables (por ejemplo, asociado a las recaídas). Las recompensas han consistido en vales, entregados cuando se obtienen muestras de orina sin droga, que pueden ser canjeados por elementos acordados mutuamente (por ejemplo, entradas para el cine) o en un “refuerzo comunitario” en el que los familiares o los compañeros refuerzan las conductas que

evidencian o facilitan una evitación de la droga (por ejemplo, participación en actividades positivas). (Szuts. R y otros, 2001:22)

Los contratos de contingencias son un tratamiento conductual que se basa en el empleo de unas consecuencias positivas o negativas predeterminadas para recompensar la abstinencia o castigar (y, por tanto, desincentivar) las conductas relacionadas con la droga. (Szuts. R y otros, 2001:22)

El tratamiento de exposición a pistas se basa en un paradigma de extinción de Pavlov y comporta la exposición del paciente a las pistas que inducen el deseo de la droga a la vez que se impide el consumo real de la misma y, por tanto, la experiencia de un refuerzo relacionado con la droga. La exposición a pistas puede combinarse también con técnicas de relajación y un entrenamiento de rechazo de la droga con objeto de facilitar la extinción del deseo de droga de tipo condicionado clásico. (Szuts. R y otros, 2001:22)

El tratamiento de aversión, que se basa en acoplar el consumo de la droga o de alcohol con una experiencia desagradable (por ejemplo, una descarga eléctrica leve o un vómito inducido farmacológicamente), se utiliza en algunos centros especializados. (Szuts. R y otros, 2001:22)

TERAPIA HUMANISTA

El movimiento humanista – existencial retoma una concepción optimista del ser humano, en cuanto a su capacidad de cambio y su aptitud de trascender los problemas. Está fundamentada en la internalización de sí mismo, en el presente, para elaborar un nuevo proyecto de vida con miras al futuro. La persona es una unidad dinámica consigo misma y con los demás, donde interviene lo bio-psico-social y además, lo espiritual. Esta unidad dinámica de ser persona marca una posición existencial en el mundo hacia el crecimiento o la decadencia, hacia la libertad o hacia la dependencia, hacia lo productivo o improductivo, es decir, la visión de persona derivada de una visión en la que ella elige, toma decisiones, asume o no la responsabilidad de su actuar humano ante su existencia.

Víctor Frankl, creador de la logoterapia, invita a la persona a mirarse interiormente, introduciendo la dimensión noética (espiritual, sentido) del ser humano. Dimensión espiritual que responde al vacío existencial como producto de las crisis económicas, sufrimientos, falta de metas, para así evitar caer en los reduccionismos de nuestros tiempos. Logoterapia parte del vocablo griego logos que indica “razón íntima de una cosa, fundamento, motivo”, o sea refiere a sentido. La persona como una unidad y totalidad interacciona en los niveles de la existencia: lo social, lo físico, lo psíquico y lo espiritual; donde por medio de lo espiritual tiene la capacidad de distanciarse de lo psicofísico.

La logoterapia es una psicoterapia que usa técnicas que movilizan capacidades específicamente humanas alojadas en la dimensión noética (parte de lo espiritual y del sentido) y el análisis existencial es una psicoterapia que se orienta hacia lo espiritual, al logos. La logoterapia es la terapia del sentido: la persona posee una libertad de la voluntad (responsabilidad), tiene voluntad de sentido (valores objetivos), busca sentido de vida (sentido ideal y sentido de sufrimiento), es libre, dentro de sus obvias manifestaciones, para consumir el sentido de su existencia, o sus capacidades podrían obstaculizarse por el miedo a la responsabilidad de la propia vida.

Objetivos de la relación terapéutica en la logoterapia:

- Brindar la posibilidad de ayudar al individuo en el desarrollo de la condición noética de la libertad y la responsabilidad, ya que se ha acostumbrado a vivir sin ella, experimentando aburrimiento, indiferencia, sensación de falta de sentido, vacío interior, ausencia de metas, apatía, desaliento e insatisfacción ante la vida.
- Dar una posibilidad al consumidor de sustancias psicoactivas de entender y superar sus errores no como oportunidades para volver atrás, sino como la facilidad de comprenderse a sí mismo y dirigirse hacia aspectos que elija y pueda desarrollar como ser humano.
- Permitirse establecer una relación de confraternidad y salud con otras personas que le facilite enfrentar sus conflictos de valores y su dimensión noética, buscando un proceso de desarrollo de cualidades de auto distanciamiento y auto trascendencia.

- Aprender a tratar con el sufrimiento humano partiendo de los pilares existenciales de la logoterapia, con el fin de reinterpretarlo para encararlo y descubrir el sentido propio.
- Enfocarse en un proyecto de vida y encarar la posibilidad de dirigirse hacia él.

TERAPIAS DE GRUPO

Algunos psiquiatras consideran que las terapias de grupo son la modalidad de tratamiento psicoterapéutico preferible para los pacientes con dependencias de sustancias. Se han utilizado muchos tipos de terapia de grupo en esta población, como la psicodinámica modificada, la interpersonal, la interactiva, la emotiva racional, la Gestalt y psicodrama. En los pacientes que son capaces de tolerar la dinámica de la interacción del grupo, incluyendo la confrontación grupal de su negación, la consideración de cuestiones de conflicto o proximidad interpersonal y la puesta en común de experiencias o estados afectivos dolorosos, la terapia de grupo puede ser una experiencia de apoyo, terapéutica y educativa, que puede motivar y mantener en los pacientes la lucha por hacer frente a las tensiones de la vida y al deseo de droga sin volver a consumirla (Szuts. R y otros, 2001:22).

Aunque para muchos pacientes la asistencia regular a las reuniones de 12 etapas o fases puede tener una función similar, es frecuente que los pacientes se aparten de Alcohólicos Anónimos (AA) y de Narcóticos Anónimos en los momentos de mayor dificultad. La participación en un grupo de terapia aumenta la fiabilidad al proporcionar al terapeuta y a los demás componentes del grupo la posibilidad de detectar y responder a las señales de alarma iniciales de una recidiva (Szuts. R y otros, 2001:22).

TERAPIAS FAMILIARES

La disfunción familiar, caracterizada por un deterioro de la comunicación entre los componentes de la familia y una incapacidad para establecer unos límites apropiados o mantener unas normas de conducta, se asocia a un mal resultado del tratamiento a corto plazo y a largo plazo en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Los objetivos de la terapia familiar, en una relación terapéutica continuada y formalizada o a través de un contacto periódico, incluyen el fomento del apoyo familiar a la evitación de la droga, aporta información acerca de las actitudes actuales del paciente respecto al consumo de drogas, cumplimiento del tratamiento, adaptación social y laboral, grado de contacto con compañeros que consumen droga y grado de abstinencia, mantenimiento de las relaciones conyugales, y mejora del cumplimiento del tratamiento y de los resultados a largo plazo (Szuts. R y otros, 2001:23).

Las distintas orientaciones teóricas de la terapia familiar incluyen los sistemas estructurales, estratégico, psicodinámico y los enfoques conductuales. Las intervenciones familiares pueden centrarse en la familia nuclear, en el paciente y su cónyuge, en el tratamiento simultáneo de pacientes, cónyuges y hermanos, en grupos multifamiliares y en redes de relación social (Szuts. R y otros, 2001:23).

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Aunque existen pocos datos empíricos que respalden su eficacia, la experiencia clínica sugiere que la participación en grupos de autoayuda puede ser un refuerzo importante en el tratamiento de muchos pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Los consejos sencillos y el aliento para evitar la recidiva, el apoyo personalizado de un patrocinador en fase de recuperación y la posibilidad de una relación e interacción social tanto estructurada como no estructurada, sin la presencia de la sustancia, son características importantes de los grupos de autoayuda (Szuts. R y otros, 2001:24).

Los grupos de autoayuda son útiles para muchos pacientes, pero no para todos. La negativa a participar en grupos de autoayuda no es sinónimo de resistencia al tratamiento en general (Szuts. R y otros, 2001:25).

| Estado actual (marcar con X) | Si | No | Sin complicación | Con complicación |
|--|---|----|------------------|----------------------|
| 1. Intoxicado | | | | |
| 2. En síndrome de abstinencia | | | | |
| 3. Con comorbilidad física o psiquiátrica | | | | |
| Especificar comorbilidades: | | | | |
| Evaluación Social | | | | |
| _____ Con red de apoyo social o familiar _____ Sin red de apoyo social o familiar | | | | |
| Especifique: | | | | |
| Grado de concientización hacia el cambio | | | | Marcar con X: |
| Precontemplación | Piensa que no tiene ningún problema. | | | () |
| Contemplación | Ambivalente entre dejar de consumir y seguir consumiendo. | | | () |
| Preparación | Decidido a dejar de consumir pero no sabe cómo lograrlo. | | | () |
| Acción | Inicia abstinencia poniendo en práctica estrategias para el manejo del síndrome de abstinencia. | | | () |
| Mantenimiento | Tiene más de un mes de no consumir y constantemente practica estrategias de prevención de recaídas. | | | () |
| Recurrencia o recaída | La persona retoma el consumo después de un período de más de un mes sin consumir. | | | () |
| Seguimiento en: | Recomendación | | | |
| () | Manejo ambulatorio en EBAIS | | | |
| () | Manejo ambulatorio especializado en CAID | | | |
| () | Manejo ambulatorio intensivo en clínica | | | |
| () | Internamiento en hospital | | | |
| () | Internamiento en residencia de ONGs | | | |
| Observaciones: | | | | |

BIBLIOGRAFÍA

GUIAS REVISADAS

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). **The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline.** Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Sep.

National Collaborating Centre for Mental Health, (2008). **Drug misuse, Psychosocial interventions, National Clinical Practice Guideline Number 51.** England: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004 Apr 6; 140(7): 554-6

NHMRC. Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits. National Health and Medical Research Council. October 2001

Caja Costarricense de Seguro Social. **Tratamiento de las Complicaciones de la Dependencia al Alcohol en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención.** San José, Costa Rica: Agosto, 2005.

Ministerio de Salud Chile. **Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.** Santiago: Minsal, Mayo, 2007.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia. **Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia.** Bogotá: MPSC, 2004.

OTROS DOCUMENTOS

Anton B, Calva JC, Valdez A, et al. (2000) **Neurobiology of addiction: neuroanatomical, neurochemical, molecular and genetic aspects of morphine and cocaine addiction. Part II.**

Alvano S, Zieher LM. (2003) **Cambios Adaptativos Neuronales. Adicción a drogas. En: Psiconeurofarmacología Clínica y sus bases neurocientíficas.** Buenos Aires: Gráfica Siltor.

Ávila Corrales K, Barahona Hidalgo V, Hernández Cubillo P, Hernández estadía S, Picó Costero J, Sánchez Coccaro M. **Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales: Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencias.** Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

Arrieta. T, y otros. (1998). **Algunos Contenidos Teóricos- Prácticos Relacionados con la Prevención Integral del Fenómeno Droga.** Costa Rica: Guilá Imprenta Litografía S.A.

Becoña, E y Martín, E. (2004) **Manual de Intervención En Drogodependencias.** España: Editorial Síntesis.

Barrondo Lakarra S, López de Jesús M, Meana Martínez J. (2006) **Cap 1. Bases Biológicas, Psicológicas y Socioculturales. En: Manual SET de Trastornos Adictivos.** Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Tratamiento de las Complicaciones de la Dependencia al Alcohol en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención.** San José, Costa Rica: Agosto, 2005.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2001). **Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica, Múltiples artistas, una tarea en todos y todas; Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica.** San José: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). **Una C.C.S.S renovada hacia el 2025, Políticas Institucionales 2007-2012, Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones.** San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2008). **Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período prenatal, parto y posparto.** San José, Costa Rica.

Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (2002). **Estrategia Nacional en materia de drogas 2002-2007**. Panamá: CONAPRED.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2005). **Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos. Tomo I**. Santiago: CONACE.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2005). **Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos. Tomo II**. Santiago: CONACE.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2002). **Manual de Prevención del consumo de Drogas en el mundo laboral**. Santiago: CONACE

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2004). **Mujeres y Tratamiento de Drogas**. Santiago: CONACE.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2004). **Lineamientos Técnicos tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas**. Santiago: CONACE.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2004). **Drogas, Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes**. Santiago: CONACE.

Díaz barriga Lino (2008), **Espiritualidad y adicciones**

DSM IV. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". (2003) Barcelona: Masson, 1995. **"Drug Abuse treatment and rehabilitation, a practical plan and implementation guide"**. United Nations (Office on Drugs and Crime).

Dusek. D, Girdano. D, (1990). **Drogas Un Estudio Basado en Hechos**. México: Sistemas Técnicos de Edición

Escobar, R. (1995). **El crimen de la Droga**. Argentina: Editorial Universidad.

Everitt BJ, Cardinal RN, Parkinson JA, Robbins TW. (2003) **Appetitive behavior: impact of curse of dependent mechanisms of emotional learning**.

Galiano, M. (1999), **Toxicomanías y Adolescencia: Realidades y Consecuencias**. Cuba: Clínica del Adolescente.

Gerrig, R, Zimbardo, P, (2005). **Psicología y Vida**. México: Pearson Educación.

Gómez, A, (1999). **Toxicomanías y Adolescencia: Realidades y Consecuencias**. Cuba: Clínica del Adolescente.

Inaba. D, Cohen. W. (1992), **Drogas: Estimulantes, Depresores y Alucinógenos**. Argentina: Grupo Editor Latinoamericano S.R.L.

Instituto Costarricense sobre Drogas, (2007). **Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012**. San José: ICD.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2006). **La juventud y las drogas, encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria**. San José: IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2009). **Consumo de Drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta 2006**. San José: IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2000). **Síndrome de Intoxicación y Abstinencia a Drogas Psicoactivas: Recomendaciones para su manejo**. San José: IAFA.

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (1998). **Festival Nacional Intercolegial de Prevención Integral del Fenómeno Droga**. Costa Rica: IAFA, UCR, MEP.

Koob GF, Ahmed SH, Boutrel B, Chen SA, Kenny PJ, Markou A et al. (2004) **Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence**. *Neurosci Biobehav Rev*

López. H, (2003), **Adicciones su Dimensión Oculta**. Costa Rica: Imprenta y Litografía Betancourt.

- Miccarelli, M, (1998), **Drogodependencia Viaje de Vuelta Perfil Psicológico del Adicto**. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Miller, W. (1999). **Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias** Miami: Editorial Caribbean Basin and Hispanic.
- Miller, W y Rollnick, S. (1999). **Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas**. Barcelona: PAIDOS.
- Ministerio de Salud de Chile (2007). **Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años**. Santiago: Minsal.
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2004). **Actualización de la guía practica de atención integral en farmacodependencia**. Bogotá: MPSC.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2007). **Plan Nacional de Desarrollo “Jorge Manuel Dengo Obregón”: 2006-2010**. San José: MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud-Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2008). **Política del Sector Salud para la atención de los problemas derivados del consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en Costa Rica**. San José: MS-IAFA.
- Ministerio de Salud – Caja Costarricense de Seguro Social. (2000). **Normas de Atención en Salud, a las Personas Afectadas por Violencia Intrafamiliar**. Costa Rica
- OIT – IPEC. (2005). Explotación sexual comercial. Propuestas de trabajo para una atención integral a las personas menores de edad víctimas. San José: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial para la Salud – Organización Panamericana para la Salud. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. CICAD/OEA. (1999). **Normas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia de las Drogas**. OPS/OMS
- Organización Mundial para la Salud. (1986). **Carta de Ottawa**. Washington: OMS.
- Organización Mundial para la Salud. (2004). **Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10**. España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Sánchez Chaverri, Gerardo. (2008). **Necesidades de tratamiento por consumo de alcohol y drogas ilícitas en Costa Rica**. Documento no publicado.
- Schultz W. (2001) **Reward signaling by dopamine neurons. Neuroscientist**
- Spanagel R, Heiling M. (2005) **Addiction and its brain science**.
- Szuts. Escobar, R. (1999), **Diccionario de drogas peligrosas**. Argentina: Editorial Universidad.
- Szuts. R y otros. (2001). **Trastornos por abuso de sustancias**. Colombia: Novartis