



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR



ABORDAJE CLÍNICO EN ADICCIONES

SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES SSFM

ABORDAJE CLÍNICO EN ADICCIONES

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO DE GESTIÓN EN SALUD
SALUD MENTAL



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR



SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
SSFM

IMPRENTA Y PUBLICACIONES FF.MM. - 2014



**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL**



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR



**ABORDAJE CLÍNICO EN ADICCIONES
SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
SSFM**

**SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO DE GESTIÓN EN SALUD
SALUD MENTAL**

BOGOTÁ, D.C., Agosto de 2014

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA COMANDO GENERAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

MAYOR GENERAL DEL AIRE **JULIO ROBERTO RIVERA JIMÉNEZ**
DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CORONEL **JUAN CARLOS VARGAS CALDERÓN**
SUBDIRECTOR DE SALUD- DGSM 2010 - 2013

CORONEL **LINA JEANNETTE VALERO VIANCHA**
SUBDIRECTOR DE SALUD- DGSM 2014

CORONEL **REIBER FANER GUZMÁN CABRERA**
DIRECTOR DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CAPITÁN DE NAVÍO **GERMÁN ARANGO JARAMILLO**
DIRECTOR DE SANIDAD ARMADA NACIONAL

CORONEL **FRANCISCO JOSÉ ARROYO ARBOLEDA**
DIRECTOR DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

MAYOR GENERAL (RA) **LUIS EDUARDO PÉREZ ARANGO**
DIRECTOR HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Autoría

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SMSM. **MARÍA GLADYS QUIÑONES VENEGAS**
Psicóloga - Líder Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
Capitán **CAROLINA GARCÍA DE GRIJALBA ORTEGA**
Psicóloga - Jefe Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Capitán de Fragata **ASTRID CONSTANZA VERGARA**
Psicóloga - Jefe Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA
Teniente Coronel **HUMBERTO ZULUAGA GARCÍA**
Médico Psiquiatra – Coordinador Salud Mental DMEFA

Capitán **CATHERINE OTÁLORA MOSQUERA**
Psicóloga - Jefe Salud Mental

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SMSM **PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA**
Coordinadora Psicología Hospital Militar Central

Asesoría y Revisión

SMSM Dra. **LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO**
Coordinadora Grupo de Gestión en Salud

Colaboradores

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
Teniente Coronel **RICARDO PEDRAZA RONCANCIO**
Psicólogo - Jefe de Salud Mental Dispensario Médico Suroccidente

Mayor **CLAUDIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ**
Psicóloga - Coordinadora Área Familia Obispado Castrense



TABLA DE CONTENIDO

Página

ABORDAJE CLÍNICO EN ADICCIONES

INTRODUCCIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	13

CAPÍTULO I

GENERALIDADES.....	15
1. OBJETIVOS.....	15
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2. NORMATIVIDAD.....	16
3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO.....	17
3.1 ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA – 2008.....	17
3.2 ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESCOLAR.....	19
3.3 ESTUDIOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS FUERZAS MILITARES.....	20

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA.....	27
1. MODELOS EXPLICATIVOS	28
2. DEFINICIONES.....	29
3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA	32
4. FACTORES DE RIESGO	33

4.1	FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL.....	33
4.2	FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL.....	33
4.3	FACTORES DE RIESGO FAMILIAR.....	34
5.	FACTORES DE PROTECCIÓN	34
5.1	FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES.....	34
5.2	FACTORES DE PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTALES.....	34
5.3	FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES.....	35
6.	CEREBRO Y ADICCIONES	35
7.	FASES DE LA ENFERMEDAD	40
7.1	CONSUMO.....	41
7.2	USO.....	42
7.3	ABUSO.....	43
7.4	ADICCIÓN O DEPENDENCIA	44

CAPÍTULO III

	TRATAMIENTO EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SSFM	45
1.	CONCEPTUALIZACIÓN	46
2.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRATAMIENTO	48
3.	MODALIDADES DE INTERVENCIÓN / TRATAMIENTO	49
3.1	ATENCIÓN URGENTE.....	49
3.1.1	Manejo de Intoxicación Aguda y del Síndrome de Abstinencia	49
3.1.2	Desintoxicación Ambulatoria	50
3.1.3	Desintoxicación Residencial	50
3.1.4	Orientación y Referencia	50
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	50
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	51
3.2	MODALIDAD I: AMBULATORIA.....	51
3.2.1	Intervención Temprana	51
3.2.2	Consulta Externa	51
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	51
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	52



3.3	MODALIDAD II: DE MEDIANA INTENSIDAD.....	52
3.2.1	Ambulatorio Intensivo	53
3.2.2	Clinica Día/Hospital Día	53
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	53
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	54
3.4	MODALIDAD III: RESIDENCIAL	54
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	56
3.5	MODALIDAD IV: HOSPITALIZACIÓN.....	56
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	57

CAPÍTULO IV

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	59
1. OBJETIVOS	60
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	60
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
2. MARCO DE REFERENCIA	61
3. METAS DEL MODELO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	61
4. ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD	62
5. ELEMENTOS BÁSICOS DE LOS PROGRAMAS	62
6. ESTRATEGIAS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS TEMÁTICAS	63
7. PROGRAMAS	63
7.1 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.....	63
7.2 MANEJO DEL TIEMPO LIBRE.....	65
7.3 MANEJO DE ESTRÉS- AFRONTAMIENTO.....	65
7.4 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES.....	66
7.5 PROYECTO DE VIDA.....	67
7.6 AUTOESQUEMAS.....	68

CAPÍTULO V

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA 69

1. DETECCIÓN TEMPRANA 70

1.1 OBJETIVOS..... 70

1.2 TAMIZAJE..... 70

1.3 CUESTIONARIOS BREVES DE DETECCIÓN..... 72

1.4 INDICADORES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO..... 73

1.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN GRUPOS DE RIESGO..... 74

1.6 SENSIBILIZACIÓN EN PROCESOS DE INCORPORACIÓN Y RECLUTAMIENTO..... 74

2. INTERVENCIÓN TEMPRANA 75

2.1 CONSEJERÍA..... 75

2.2 INTERVENCIÓN EN CRISIS..... 78

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN CLÍNICA - TRATAMIENTO FORMAL 79

1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN 79

2. EVALUACIÓN CONSUMO Y DEPENDENCIA A SPA 79

3. CONSENTIMIENTO Y DESISTIMIENTO INFORMADO 80

4. COMPONENTES MÍNIMOS DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN 81

4.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS..... 81

4.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA..... 82

4.2.1 Objetivos..... 82

4.2.2 Estrategias de evaluación..... 83

4.3 EVALUACIÓN MÉDICA/PSIQUIÁTRICA..... 83

5. COMPONENTES MÍNIMOS DEL TRATAMIENTO 84

5.1 METAS DEL TRATAMIENTO..... 84

5.2 EJES DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN..... 85

5.2.1 Eje 1: Potencial de intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia..... 85

5.2.2 Eje 2: Trastornos y complicaciones médicas (biomédicas)..... 86



5.2.3	Eje 3: Trastornos y complicaciones psicológicas o psiquiátricas.....	86
5.2.4	Eje 4: Disposición al tratamiento.....	86
5.2.5	Eje 5: Potencial de recaída, de uso continuado de sustancias psicoactivas y persistencia de otros problemas.....	87
5.2.6	Eje 6: Ambiente de recuperación / ambiente de vida.....	87
6.	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	89
6.1	ESTRATEGIA MOTIVACIONAL.....	89
6.1.1	Etapas para el cambio y las estrategias motivacionales.....	90
6.1.2	Elementos de Intervenciones Motivacionales Efectivas.....	95
6.1.3	Competencias y habilidades terapéuticas.....	96
6.2	TERAPIAS COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC) Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PR)...	97
6.2.1	Principios del Aprendizaje y el Condicionamiento en la Prevención de Recaídas.....	98
6.2.2	Principios Prácticos de la TCC/PR.....	99
6.2.3	Fases de la Intervención.....	100
6.2.4	Técnicas de la TCC/PR en la Prevención de Recaídas.....	101
6.2.5	Habilidades del clínico.....	106
6.2.6	Desarrollo de las sesiones.....	107
7.	MANEJO MÉDICO/PSIQUIÁTRICO	108
7.1	OTRAS SUSTANCIAS DE ABUSO.....	111
7.2	ADICCIONES SIN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	111

ANEXOS

ANEXO 1:	DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO.....	113
ANEXO 2:	CLASIFICACIÓN Y GENERALIDADES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).....	117
ANEXO 3:	ESCALA BREVE PARA LA DETECCIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO CCD.....	124
ANEXO 4:	CUESTIONARIO DE TOLERANCIA DE FAGERSTRÖM CFT.....	125
ANEXO 5:	TEST PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)....	126
ANEXO 6:	TEST ASSIST.....	127
	¿ESTÁ PREOCUPADO ACERCA DE SU CONSUMO DE SUSTANCIAS? OMS - ASSIST....	134
	TARJETA SOBRE RIESGOS ASOCIADOS CON INYECTARSE INFORMACIÓN PARA CONSULTANTES O PACIENTES OMS - ASSIST.....	137

ANEXO 7:	CUESTIONARIO CRAFFT.....	138
ANEXO 8:	ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (ASI).....	139
ANEXO 9:	MODELO ENCUESTA DE EVALUACIÓN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTROS.....	148
ANEXO 10:	MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	152
ANEXO 11:	MODELO DESISTIMIENTO INFORMADO.....	155
ANEXO 12:	MODELO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	157
ANEXO 13:	LOS PRO Y LOS CONTRA.....	159
ANEXO 14:	¿CUÁL ES EL COSTO?.....	160
ANEXO 15:	PLAN DE CAMBIO.....	161
ANEXO 16:	LAS DOCE BARRERAS.....	162
ANEXO 17:	ANÁLISIS FUNCIONAL.....	164
ANEXO 18:	CUESTIONARIO DE DESENCADENANTES EXTERNOS.....	165
ANEXO 19:	CUESTIONARIO DE DESENCADENANTES INTERNOS.....	167
ANEXO 20:	DESENCADENANTE-PENSAMIENTO-ANSIAS-CONSUMO.....	169
ANEXO 21:	LA IMPORTANCIA DE TENER UNA AGENDA.....	170
ANEXO 22:	PROGRAMACIÓN DÍA/HORAS.....	171
ANEXO 23:	ESCALA DE SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (AWS).....	172
ANEXO 24:	ESCALA SUBJETIVA DE ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS (ESAO).....	173
BIBLIOGRAFÍA.....		175



ABORDAJE CLÍNICO EN ADICCIONES

INTRODUCCIÓN

Las sustancias psicoactivas han acompañado al ser humano desde la prehistoria; se aprendió a usar diversos elementos de la naturaleza (frutos fermentados, capullos de amapola, hoja de coca, cannabis, té, tabaco, hongos, yahé, entre otros) para relajarse, socializar, calmar el dolor, modificar estados de ánimo, minimizar emociones y estados como miedo, tristeza, ira, aburrimiento y acrecentar la energía, alegría e interés. También se ha ligado a la curiosidad o la búsqueda de experiencias místicas o trascendentes.

Al revisar la historia, se piensa que en ese entonces no había mayores problemas porque su uso estaba limitado por la disponibilidad y baja concentración de las sustancias en su forma natural, la necesidad de mantenerse alerta ante los peligros de un ambiente hostil; además de cazar, recolectar o posteriormente cultivar los alimentos para asegurar la supervivencia. El consumo era altamente regulado por el chamán o brujo quien las usaba con propósitos curativos o místicos dentro de rituales establecidos y aceptados por la comunidad. En esencia, su uso tenía un propósito claramente definido y no se constituía en una conducta repetitiva, hasta perder el control.

Con la evolución vino el sedentarismo, la aparente comodidad, la búsqueda de mayores placeres hasta el hastío y el aburrimiento; de tal manera que en todos los grandes imperios, fue el alcohol inicialmente el medio para celebrar el triunfo y el progreso, pero habría de convertirse en el desencadenante de su degeneración y ocaso. Con los adelantos tecnológicos en el siglo XIX, se empleó el opio y luego la cocaína con fines medicinales, para luego durante guerras o posguerras empezar a usarlas como escape a frustraciones, emociones desagradables, aburrimiento, o ansiedades. Lo que antiguamente tenía un sentido socio-cultural, se convirtió en una conducta, descontrolada, anulando la voluntad de los afectados y mostrándose aislados, improductivos, e incluso violentos y peligrosos para sus familias, comunidades y la sociedad en general. Empezó a reconocerse el fenómeno adictivo, entendido en latín como *“ser esclavo de...”*¹

Como reacción los gobiernos y las sociedades intentaron combatir el problema con restricciones legales a la producción, tráfico, venta y severos castigos morales a los afectados, lo cual dio paso a sumir en la clandestinidad el mundo de las drogas. Así mismo, se desarrollaron sustancias con cada vez un mayor potencial adictivo, producidas en laboratorios; paralelamente en el mundo legal se promocionaba el alcohol y tabaco asociándolos publicitariamente a prestigio, éxito y placer.

En medio de este panorama, a mediados del siglo pasado empezó a considerarse un nuevo planteamiento acerca del consumo compulsivo de sustancias, como una enfermedad, alejando a la persona de las estigmatizaciones de adicto, débil de carácter o vicioso para ubicarlo en la categoría de “Enfermo” y por lo tanto, afectado por una condición médica, con componentes biopsicosociales, susceptible de ser tratada con enfoques comprensivos e integrales, cuya efectividad, comparable a la de tratamientos como el asma, la hipertensión o la diabetes, ha sido comprobada en los últimos 40 años².

1 Diccionario Real Academia de la Lengua Castellana, 2011
2 National Institute for Drug Abuse, 2010

En ese sentido, recientes estudios de neuroimágenes funcionales han identificado el circuito neuronal comprometido en la adicción, denominado “sistema de recompensa”. El cual es activado por estímulos apetitivos como alimento, sexo, ejercicio, actividades lúdicas, recreativas y logros, generando que se repitan las conductas que provocan estas sensaciones, sin embargo, las cantidades masivas de dopamina que desencadenan las drogas hacen que el placer que generan estos estímulos apetitivos naturales pierdan su capacidad para motivar la conducta, y la persona aumente la autoadministración de la sustancia abandonando lo que antes era gratificante en su vida³.

El modelo biopsicosocial considera el fenómeno adictivo, como una condición multifactorial con vulnerabilidad genética (demostrada en estudios en gemelos criados en ambientes diferentes), favorecida por factores ambientales como violencia en sus diferentes variedades (psicológica, física, sexual), exposición temprana a alcohol, tabaco u otras sustancias; factores psicológicos como dificultades de autoestima, regulación de los problemas; y factores sociales como marginación, pobre acceso a necesidades básicas humanas como seguridad, alimento, salud, recreación, educación y oportunidades de progreso. Aspectos, que en situaciones estresantes pueden favorecer el experimentar con sustancias, generando cambios en sus emociones y gratificación muchas veces ausente en sus experiencias cotidianas, lo que hace que el consumo se torne cada vez más prevalente y genere alteraciones perdurables en el sistema de recompensa y desencadenando los fenómenos de tolerancia, abstinencia y pérdida de control voluntario sobre la conducta de autoadministración de la sustancia⁴.

12

Colombia no escapa a esta realidad, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas⁵ realizado por el Ministerio de Protección Social y el Fondo Nacional de Estupefacientes en el año 2008, permitió reconocer que con los controles estrictos al narcotráfico pasó de ser un país productor y “exportador” a un importante consumidor de sustancias psicoactivas ilegales, especialmente en hombres entre los 18 y 34 años, También se tienen prevalencias significativas de consumo de alcohol y cigarrillo, que si bien son sustancias legales, varios estudios internacionales han demostrado que causan grandes costos a los sistemas de salud y la sociedad en general⁶. Revertir este fenómeno requiere la participación activa del usuario, la familia, el equipo de salud, la comunidad y la sociedad en general.

El presente documento normativo e informativo contiene los lineamientos para el abordaje integral desde la perspectiva de la salud de las conductas adictivas, no solo en el concepto estricto al consumo de las ilegales, sino que se incluye alcohol, tabaco y adicciones conductuales sin sustancias. Los contenidos plasmados desde la perspectiva de la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las conductas adictivas, proponen extender el abordaje más allá de la atención inmediata o de urgencias, incluyendo factores de riesgo (prevención), administración de los riesgos (mitigación y superación) y promoción de los factores protectores.

El presente documento se basa en un cúmulo de literatura nacional e internacional sobre el fenómeno adictivo, en especial tuvieron particular relevancia las memorias del “Primer seminario prevención del consumo de sustancias psicoactivas para las Fuerzas Militares: Entrenamiento en la estrategia TREATNET”, actividad realizada por la Dirección General de Sanidad Militar en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Noviembre 2010, la Actualización de la Guía de Atención Integral en Farmacodependencia realizada por el Ministerio de Protección en Diciembre de 2004 y los diferentes documentos educativos elaborados por el Instituto Nacional Contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA) adaptándolos a la realidad de los usuarios del Subsistema de Salud de las FF.MM.

3 National Collaborating Centre for Mental Health, 2008

4 National Collaborating Centre for Mental Health, 2008

5 Ministerio de Protección Social y Fondo Nacional de Estupefacientes, 2008

6 OMS, 2011

JUSTIFICACIÓN

Existe una gran preocupación de la Organización Mundial de la Salud⁷ y a nivel⁸ del Ministerio de la Salud y Protección Social, por el fenómeno de las drogas; teniendo en cuenta, que más allá de las consecuencias en la salud física y mental derivadas directamente del consumo, genera daños ambientales, violencia, corrupción y conductas delictivas, entre otros. Lo cual trasciende de un problema de salud pública, para convertirse en un verdadero reto de seguridad y desarrollo sostenible que requiere el compromiso de toda la humanidad en su control, involucrando los diferentes estamentos políticos, sociales y económicos.

Las Fuerzas Militares no son una excepción en el tema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se comprende que el personal incorporado refleja las condiciones de la sociedad en que se está inmerso y en el caso de Colombia, sus filas están especialmente compuestas por personal masculino joven que de acuerdo al Estudio Nacional de Consumo de SPA⁹ es el de mayor prevalencia para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

La revisión de la literatura arroja que son pocos los estudios publicados sobre el impacto del fenómeno de las drogas en las Fuerzas Militares, pero no por ello se puede minimizar su importancia para el personal involucrado y sus familias. La experiencia del Departamento de Defensa de Estados Unidos¹⁰ muestra que cuantificar e intervenir activamente desde el alto mando con políticas y directivas es efectivo en la reducción del consumo. Así mismo, han educado y entrenado sobre medidas efectivas para aliviar estos problemas a través de tratamiento y rehabilitación, implementando guías de manejo basadas en evidencia científica adaptadas a la población militar.¹¹

Sobre los efectos de los despliegues militares en Irak y Afganistán autores como Shen y cols,¹² plantean que más allá de la atención de los medios de comunicación al trastorno de estrés postraumático, hay otros problemas de salud mental frecuentes como los trastornos por uso de SPA, encontrando un incremento en el riesgo de presentar estos trastornos entre el personal expuesto directamente a condiciones de combate (ejército e infantería de marina), no así en el personal naval o de aviación.

En 2012, Larson y cols¹³, publicaron una revisión sobre los efectos del combate y el uso de sustancias en personal militar de los Estados Unidos, en el que muestran que a pesar del desarrollo de programas de prevención y tratamiento del riesgo suicida y el trastorno de estrés postraumático, no hay suficiente investigación sobre cómo intervenir con el abuso de alcohol y drogas que acompañan estos problemas. Comentan la prevalencia y factores de riesgo por uso nocivo de sustancias y condiciones comórbidas, así como los programas para manejar estos problemas, los facilitadores y barreras a la búsqueda de ayuda.

Respecto a el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en las Fuerzas Militares de Colombia, se tiene conocimiento del Estudio de Salud Mental FF.MM. realizado en el año 1996¹⁴ y de los datos obtenidos del Estudio de Calidad de Vida y Salud Mental realizado en la Fuerza Aérea¹⁵, evidenciando que se requiere intervención para disminuir las tasas de consumo de alcohol y tabaco, e incrementar los programas de prevención de consumo de SPA

7 OMS, 2010

8 Minprotección, 2007)

9 Minprotección y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008

10 Bray y Hourani, 2007; Bray y cols, 2010

11 Department of Veterans Affairs and Department Defense, 2009

12 Shen y cols, 2012

13 Larson y cols. 2012

14 Toledo y cols., 1996.

15 González y cols, 2007

ilegales y promoción de estilos de vida saludables. Las estadísticas reportadas por la Dirección General de Sanidad Militar¹⁶ respecto a los códigos “trastornos relacionados con el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas CIE-10 F10- F19” como primer diagnóstico evidencian que en el año 2012 se generaron 69 hospitalizaciones en la ciudad de Bogotá, y a nivel nacional del total de consultas reportadas por salud mental (psiquiatría y psicología) el 2% corresponden a esta entidad diagnóstica, siendo el grupo poblacional más afectado de los 15 a los 34 años.

Considerando lo anterior, y en consonancia con el Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares¹⁷ que plantea “...El militar, por sus condiciones de exposición y vulnerabilidad, merece que el valor de su vida y su salud mental se manejen como un bien supremo a preservar, cultivar, y recuperar, en lo posible, mediante acciones continuadas de promoción y prevención, detección e intervención oportuna en situaciones de crisis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integrales...” y más adelante enfatiza “... prevención específica de eventos críticos como las adicciones, la depresión y el suicidio...se comprende que es inevitable que algunos de los miembros de la Institución o sus familiares desarrollen psicopatología, y para ellos este Plan también plantea un programa de atención clínica integral...”. Así mismo en ese documento se esboza una guía de atención en consumo de sustancias psicoactivas. Es tarea por tanto profundizar y consolidar estas intenciones en un documento de lineamientos de prevención, atención y rehabilitación de los usuarios en riesgo o con trastornos por consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas.

16 Estadística consolidada DGSM
17 DGSM. 2012



CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar herramientas al profesional de salud y la comunidad castrense en general sobre la promoción de hábitos de vida saludables, prevención, intervención temprana y atención clínica de adicciones a sustancias psicoactivas (SPA) y otras adicciones, al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), con el fin de optimizar la accesibilidad, pertinencia de los métodos y técnicas con validez científica y efectividad de las intervenciones, así como favorecer el bienestar y la calidad de vida de la población.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formular estrategias para el fomento de hábitos y estilos de vida saludable en los usuarios del SSFM, como medio de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Identificar e intervenir de manera oportuna los factores de riesgo, mediante cuestionarios, pruebas de laboratorio, tamizajes y demás estrategias con el fin de prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en el personal de usuarios del SSFM.
- Fortalecer y estandarizar los procedimientos de evaluación e intervención para el diagnóstico oportuno y tratamiento integral e integrado de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones.

2. NORMATIVIDAD

NORMATIVIDAD	
Ley 1616 de 2013 (enero 21)	“Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”
Resolución Número 1441 de 2013 (Mayo 6)	“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”
Ley 1566 de 2012 (julio 31)	“Por la cual se dictan normas para garantizar la atención Integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la Prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias Psicoactivas”
Acuerdo No. 002 de 2001 (Abril 27)	“Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial”
Acuerdo No. 014 de 2001 (Octubre 18)	“Por el cual se definen las políticas generales, planes y programas y se señalan los lineamientos generales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública en el SSMP”

Tabla 1. Normatividad Adicciones

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO

El Informe Mundial sobre Drogas 2012¹⁸ describe estabilidad en el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo 2005 y 2010, con una tasa de consumo entre 3,4% y 6,6 % en personas de 15 a 64 años, con una tasa de comorbilidad de 10% al 13% para entidades como VIH (20%), hepatitis B (14,6%) y hepatitis C (46,7%). De acuerdo a este informe una de cada cien muertes obedeció al consumo de sustancias psicoactivas; comparado con las cifras del año 2010 donde la tasa de mortalidad en América del Sur se estimó entre 12,2% a 31,1% muertes relacionadas con el consumo de drogas. Para el año 2010 las sustancias psicoactivas de mayor consumo a nivel mundial fueron¹⁹:

DROGA	PREVALENCIA ANUAL	
	Baja	Alta
Marihuana	2,6%	5,0%
Opioides	0,6%	0,8%
Opiáceos	0,3%	0,5%
Cocaína	0,3%	0,4%
Estimulantes tipo anfetaminico (excepto éxtasis)	0,3% a	1,2%
Éxtasis	0,2%	0,6%

Tabla 3 Estimación prevalencia de consumo de drogas ilícitas a nivel mundial UNDOC 2012

Entre otros datos estadísticos del informe Mundial sobre Drogas 2012, se enfatiza que la mayor demanda de tratamiento en Euroasia es por opioides en contraste con Suramérica, cuyas solicitudes son por cannabis y cocaína, representando esta última casi la mitad del total de la demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En la siguiente sección se presentan datos relevantes para el contexto colombiano, en los estudios adelantados con diferentes poblaciones, de tal forma que los datos aquí referidos sustentan aún más el abordaje propuesto en el presente documento.

3.1. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA – 2008²⁰

En el año 2008, el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes, realizaron el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, con el objetivo de estimar la magnitud de este fenómeno, conocer sus características principales y establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso. El estudio corresponde a una encuesta de hogares en población general de 12 a 65 años, residentes en todos los municipios del país con más de 30.000 habitantes en el área urbana. Se logró entrevistar un total de 29.164 personas.

¹⁸ UNDOC. 2012

¹⁹ Ibídem

²⁰ MPS, 2008.

Los principales resultados de este estudio se exponen en la siguiente tabla:

SUSTANCIA	PREVALENCIA		
	VIDA	AÑO	MES
Tabaco/cigarrillo	44.49	21.46	17.06
Alcohol	86.08	61.18	34.77
Tranquilizantes (sin prescripción) ¹	1.72	0.52	0.22
Estimulantes (sin prescripción) ²	0.23	0.06	0.02
Marihuana	7.99	2.27	1.60
Cocaína	2.48	0.72	0.43
Bazuco	1.09	0.17	0.10
Éxtasis	0.91	0.28	0.11
Inhalables	0.76	0.22	0.09
Heroína	0.19	0.02	0.02
Hongos	0.57	*	*
LSD	0.07	*	*
Cualquier sustancia ilícita ³	9.13	2.74	1.83
Cualquier sustancia ilícita ⁴	8.96	2.68	1.81

Tabla 4. Panorama global del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (principales indicadores) MinProtección 2008

1. Diazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, brotizolam, clonazepam, clobazam, flunitrazepam, midazolam, triazolam, clordiazepoxido
2. Metilfenidato, Metanfetamina
3. Prevalencia de vida incluye las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, metanfetamina, morfina, heroína, opio, LSD, hongos, barbitúricos, ketamina, GHB, inhalables. Prevalencia e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables, heropina
4. Prevalencia de vida incluye las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, metanfetamina, morfina, heroína, opio, LSD, hongos, ketamina, GHB. Prevalencia e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína
5. * En el cuestionario no se incluyen preguntas para evaluar prevalencias de último año y último mes de hongos y LSD

Al revisar los datos consagrados en la tabla se identifican cifras relevantes dentro del panorama de consumo actual. En **tabaco/cigarrillo** cerca del 45% mencionó haber consumido alguna vez en la vida, de los cuales el 17% son consumidores (una vez en el último mes). La distribución por género orienta el 56% para los hombres y el 34% para las mujeres. Al revisar estas cifras se reconoce un número promedio de tres millones de fumadores en el país.

Para el caso del **alcohol**, los datos evidencian que el 86% de los encuestados han ingerido licor alguna vez en la vida y el 35% en el último mes (cerca al 6.9 millones de personas), las cifras muestran que el 46% de los consumidores del último mes son hombres, es decir uno de cada dos hombres, para las mujeres es un 25% una de cada cuatro mujeres.

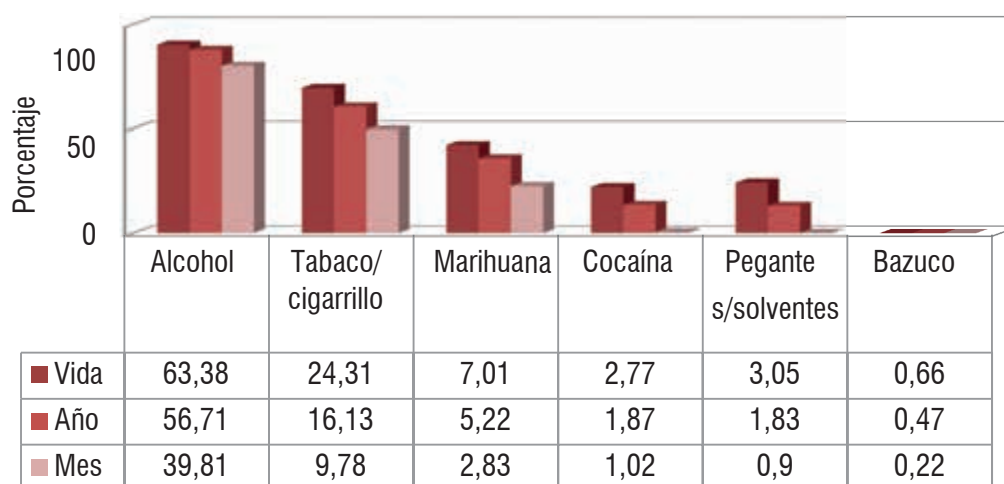
En relación con el uso de **sustancias ilícitas** el 14.4% de los hombres y el 4.5% de las mujeres reconocieron haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, es decir, un equivalente al 9.1% de los encuestados. El 2.7% lo reportó para el último año, es decir cerca de 540 mil personas. Los datos sociodemográficos evidenciaron que es mayor el consumo entre hombres (4.5%) que en mujeres de 1.2%; las edades de mayor prevalencia son de los 18 a los 24 años, seguido por 25-34 años y de 3.4% para menores entre 17 a 17 años. Las cifras para estratos socioeconómicos permitieron identificar el consumo reciente entre personas que se ubican en el estrato 4 (4.2%), seguido por los 5 y 6 (2.9%). Para el estrato 3 el consumo es de 2.8% y de 2.4% para los estratos 1 y 2.

En cuanto a las **variedades de drogas**, los datos referidos por esta encuesta demuestran que para Colombia, cerca del 8% de los evaluados afirma haber consumido variedad de sustancias al menos una vez en la vida, con una distribución por género del 13% hombres y del 4% para las mujeres. En el último año aproximadamente el consumo fue de 4% para los hombres y 1% para las mujeres, cuya población es de 450 mil personas. Por edades las cifras de mayor consumo corresponden a jóvenes de 18-24 años con 5%, de 25-34 años con 3.2% y de 12 -17 con 2.7%. Por estrato se registra el consumo mayor para el estrato 4, seguido por los 5 y 6 con 3.3% y 2.6% respectivamente.

3.2 ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESCOLAR²¹

En el informe final del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar 2011, que realizó el Ministerio de Justicia y el Derecho, Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se describe la tendencia de consumo de una muestra de 92.929 niños y jóvenes que se encontraban entre 11 a 18 años, de escolaridad sexto a undécimo grado y que provenían de 1.134 establecimientos educativos de 161 municipios.

Panorama global de consumo de SPA población escolar



Gráfica 1. Panorama global del consumo de SPA población escolar. 2011

En el estudio se evaluó la proporción de escolares que consumieron una determinada sustancia alguna vez en la vida (“vida”), la proporción de escolares que consumieron alguna vez en los últimos 12 meses (“año”) y la proporción que consumieron en los últimos 30 días (“mes”).

De acuerdo con los resultados del estudio, cerca de la mitad de la población colombiana utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso. De otro lado, alrededor de 10% de la población ha usado sustancias ilícitas alguna vez en la vida, y casi 3% (que representa aproximadamente 540.000 personas), lo hicieron en el último año.

21 MinEducación, MPS, 2011.

El consumo reciente de sustancias ilícitas entre los hombres es tres veces mayor que entre las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de psicoactivos ilícitos es el de 18 a 24 años (6%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (3,9%) y el de 12 a 17 años (3,4%).

Según este estudio, las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: marihuana (2,3% en el último año), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%) y bazuco (0,2%). También se reporta un alto consumo de sustancias inhalables (0,2% en el último año). Adicionalmente, el estudio confirma los reportes de numerosos expertos y centros de tratamiento acerca de un consumo creciente y ampliamente extendido de heroína.

Los datos reflejan la situación de consumo de drogas en edad escolar: en una muestra de 4.281 encuestados entre 12 y 17 años (en una muestra global de 29.164 personas), uno de cada cinco consumió alcohol durante el último mes (19,55%), y de ellos casi una tercera parte pueden ser considerados consumidores de riesgo. Respecto a sustancias tranquilizantes (Diazepam, Lorazepam, Alprazolam y Clonazepam), 0,2% de los jóvenes en esas edades las han consumido recientemente (durante el último año). En cuanto a las sustancias ilícitas, la marihuana es la más consumida, con 2,7%, seguida por la cocaína (0,8%), los inhalables (0,5%), el éxtasis (0,4%) y el bazuco (0,1%), todas consideradas en un contexto de consumo reciente; es decir, durante el último año. No obstante, cabe mencionar, que debido a que la recolección de los datos se realizó mediante encuestas aplicadas directamente en los hogares, los subregistros podrían ser considerables.

3.3 ESTUDIOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS FUERZAS MILITARES

Los miembros de las Fuerzas Armadas no son inmunes a los problemas de consumo de drogas y otras sustancias que afectan al resto de la sociedad. En estudios realizados con personal militar de Estados Unidos, se estableció que el consumo de drogas ilícitas es menor en ellos en comparación con la población civil de ese mismo país, sin embargo, es el consumo de alcohol, tabaco y abuso de medicamentos de prescripción más frecuente y que se considera va en aumento.

Existe evidencia significativa,²² que el personal militar de los Estados Unidos, enviado a zonas de combate de manera reiterada, tiene mayor propensión a iniciar conductas de consumo, mantenerlas y/o aumentarlas dentro del servicio. De igual forma, se ha evidenciado, el incremento en el consumo de alcohol, cigarrillo y medicamentos prescritos, en especial los relacionados con el tratamiento de enfermedades mentales. En una encuesta aplicada a este personal se evidenció que el 2,3% del personal militar había usado una droga ilícita en el mes anterior a la misma, en comparación con el 12% de los civiles, siendo el grupo etáreo de 18 a 25 años (que es el de mayor empleo en las operaciones militares) el más frecuente en este consumo, con una tasa de 3,9% en comparación con un 17,2 % de los civiles que usan drogas. Sin embargo, se debe anotar que el subregistro estadístico asociado a las políticas de “cero tolerancia” y el estigma del consumo plantean dificultades en la identificación y el tratamiento de los problemas de abuso de sustancias en el personal militar.

El mismo informe manifiesta que de uno a cuatro veteranos de las guerras de Irak y Afganistán²³ han reportado algún trastorno mental o cognitivo; uno de cada seis reportaron tener síntomas de síndrome de estrés postraumático, no obstante, estos trastornos están fuertemente asociados con el abuso y la dependencia de drogas y otras sustancias. El consumo de alcohol también es mayor entre los hombres y las mujeres en el servicio militar que entre la población civil. Casi la mitad de los miembros en servicio activo (el 47%) informaron haber bebido en exceso (“binge drinking”) en el 2008, en comparación con el 35% reportado en 1998. En el 2008, el 20% del personal militar informó haber

²² Health Behavior or Survey. Military Medicine 2010
²³ Shen y cols 2012



bebido en exceso todas las semanas del mes anterior al que fueron encuestados. Esta tasa fue considerablemente más alta del 27%, entre los militares que habían estado expuestos al combate con mayor frecuencia.

En cuanto a la comorbilidad de suicidios con el consumo de sustancias, el informe del Grupo de Trabajo del Ejército de los Estados Unidos²⁴ para la Prevención del Suicidio encontró que entre los años 2005 a 2009, el 29% de los suicidios entre los miembros del servicio activo del ejército involucró el consumo de alcohol o de drogas.

En el estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría, del Hôpital d'instruction des armées²⁵, sobre el consumo de marihuana en las Fuerzas Armadas Francesas, los investigadores señalaron que la marihuana o cannabis era la sustancia ilícita más consumida en Francia; la investigación arrojó que en el Ejército de Tierra se encontró un 8,2% de consumidores de marihuana, 3,9% en la Armada y 1% en el Ejército del Aire, estadísticas relacionadas con el estudio de consumo en población civil del l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2010), donde el 2,8% de la población de 18 a 64 años consumen regularmente esta sustancias; estas cifras generan alarmas en la relación existente entre el desempeño operacional de los soldados y el manejo de las armas.

Rigod y cols²⁶ en un estudio realizado a miembros del Ejército francés plantearon la distinción de tres tipos de consumidores: a) "los no consumidores", conformado en su mayoría por mujeres y/u oficiales, b) "los policonsumidores", quienes consumen cannabis de forma ocasional con poca dependencia, además son consumidores de alcohol, del tipo "binge drinking" (más de ocho vasos de alcohol consumidos por ocasión) y en ocasiones con alto estado de alicoramiento, presentando un tabaquismo activo con adicción al mismo, y que se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años, que han sido recientemente reclutados como soldados y generalmente sin hijos. El tercer grupo pertenece al c) "los consumidores antiguos y moderados", incluyendo en este los antiguos fumadores, los bebedores ocasionales que no se emborrachan, los experimentadores de cannabis que no tienen un consumo activo, encontrando suboficiales, los hombres solteros de 30 años o más, con hijos y menos de 10 años de servicio.

En las Fuerzas Armadas Británicas²⁷ existe un control para tóxicos permanente; el Ejército somete anualmente al menos al 85% de sus efectivos al control. En 2006 se retiraron 769 militares por dar positivo en los controles antidrogas, cifra que corresponde a un 0,40% del total del Ejército, y que para ese año correspondía al 26% de incremento de positivos con respecto al año 2003 (0,14%) para el año 2007, el número de consumidores aumentó a 0,57%. Al comparar estas estadísticas con las cifras mundiales se evidencia que el incremento del consumo de cocaína en la región Euroasiática se correlaciona con el aumento de consumo de cocaína y marihuana en las Fuerzas Militares Británicas. De acuerdo al Ministerio de Defensa Británico, el consumo en trabajadores civiles entre los 16 a 24 años supera el 7% frente al consumo en el Ejército que es inferior al 0,7%. No obstante, la situación se torna crítica, en razón a que el consumo de drogas en el Ejército, se está dando en las unidades especiales como las desplegadas en Irak y Afganistán; en noviembre de 2007 fueron expulsados por consumo de drogas ilícitas 17 soldados del regimiento *Argyl and Sutherland Highlanders*. Aspecto de importancia si se tiene en cuenta que estas bajas son las mayores sufridas por el Ejército británico desde la Guerra de Corea, además de considerar que este Regimiento fue objeto de investigación del Ministerio de Defensa británico por acusaciones de abusos a la población civil iraquí.

En las Fuerzas Armadas Españolas (FAS), el consumo y abuso de sustancias que generan dependencia es objeto de preocupación y de un interés por generar soluciones. Desde el año 2000 existe un Plan General de Prevención de Drogas en las FAS (PGPDFAS)²⁸ que, dependiente de la Subsecretaría de Defensa (SUBDEF), y a través de la Dirección General de Personal (DIGENPER), coordina y unifica las acciones de los diferentes ejércitos en materia de drogas y que desde 2009 se denomina Plan Antidroga del Ejército de Tierra (PADET), Plan de Lucha Antidroga de la Armada (PLADA) y Plan Antidroga del Ejército del Aire (PADEA).

24 Health Behavior Survey. Military Medicine 2010.

25 Moroge, y cols. 2012

26 Rigot y cols. (2011)

27 BBC News (2007)

28 Plan General de Prevención de Drogas en las FAS. 2010.

Entre los años 2002 a 2007, se realizó un estudio en las Fuerzas Militares de España a un total 31.272 integrantes de los Ejércitos de Tierra, Armada y Aire, en los grados de Soldado/Marinero, Soldado1ª/Marinero1ª, Cabo, Cabo1º y Cabo Mayor. De los resultados más significativos fue el consumo ocasional de drogas ilegales en un 15% para el cannabis y de un 2 a 8% para el resto de drogas, aspecto que se correlaciona con la población general de los países Latinos (mayor consumo de marihuana) en contraposición con la región Euroasiática con prevalencia de cocaína y distinto a los resultados ofrecidos por los estudios para la población escolar Española donde el 36% admitió el consumo de cannabis alguna vez en la vida (1 a 8% para el resto de drogas), cifra que dobla el resultado en el estudio en las Fuerzas Armadas.

El estudio en las Fuerzas Militares Españoles arrojó diversos resultados como que el 70% de los encuestados tenía entre 20 y 27 años; el 80% eran varones, la prevalencia general de no consumidores fue del 95% y, de forma específica se identificó que a diferencia de otras Fuerzas Militares en el mundo, el número de *no consumidores* de cannabis aumentó (84% en 2002, 91% en 2007). Para el resto de drogas, la prevalencia de *no consumidores* fue más estable: opiáceos y alucinógenos (98%), tranquilizantes (97,5%), anfetaminas (96,5%) y cocaína (92%). El 56% considera que el consumo de drogas es incompatible con una vida saludable, el 94% dice no haber tenido problemas médicos relacionados, el 67% cree que el medio militar no influye sobre el consumo, un 26% cree que puede favorecerlo y un 7% que puede disminuirlo. El 71% de los encuestados manifiestan su actitud positiva frente a la realización de controles de sustancias psicoactivas en orina a todos los miembros de las Fuerzas Armadas Españolas.

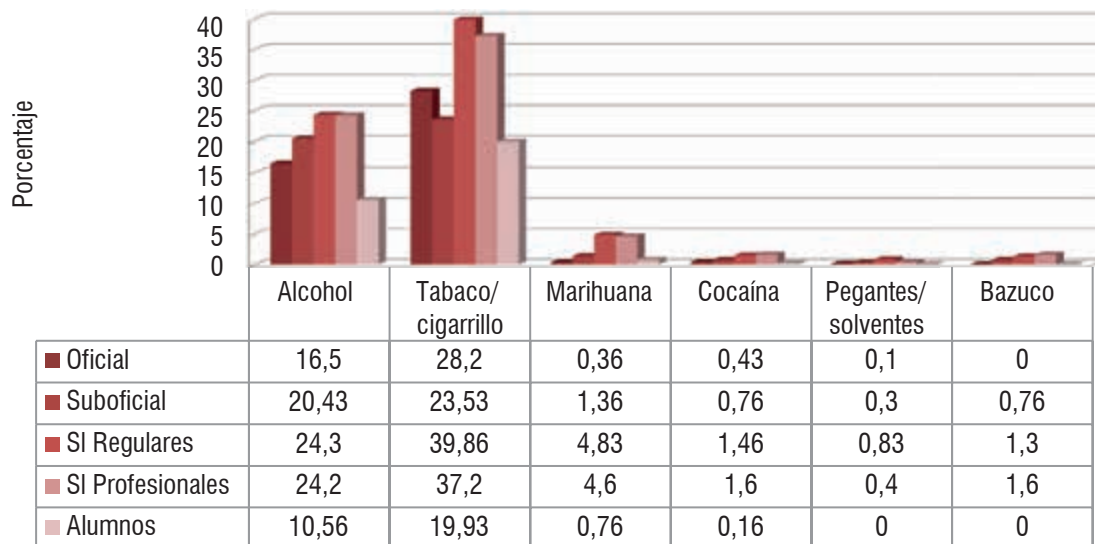
EL 79% de militares Españoles consideran que la participación en operaciones o ejercicios no influye sobre el consumo de drogas y el 13% opina que la participación en operaciones/ejercicios disminuye el consumo, caso contrario a los datos arrojados por los resultados de los ejércitos de Estados Unidos y Gran Bretaña, quienes consideran que los desplegados en Irak y Afganistán han aumentado el consumo de sustancias psicoactivas y que la participación en operaciones y ejercicios sí aumenta el consumo.

En un estudio realizado en la República Yibuti (Djibouti- Este de África), se encontró que de 100 hombres del Ejército de ese país, el 84% masticaba la hoja de khat o qat (*Catha Edulis*); los sujetos encuestados masticaban aproximadamente tres veces por día un promedio de 400 a 450 gramos, generando efectos psicológicos como excitación, euforia y anorexia, así como efectos simpaticomiméticos. En las Fuerzas Militares Canadienses y de acuerdo a estadísticas del año 2006 de la Clinique TSO Sainte-Anne (Montreal-Canadá), basadas en historias clínicas de 35 pacientes admitidos en la unidad de estabilización, el 71% consumía algún tipo de sustancias psicoactivas, siendo las más prevalentes alcohol, cannabis y cocaína. En 2002 se realizó una encuesta nacional con una muestra de 8.441 militares activos donde el 4,2% de los encuestados presentó dependencia al alcohol y problemas psicosociales asociados²⁹.

En el caso de Colombia, el primer estudio en las Fuerzas Militares sobre consumo de sustancias psicoactivas se realizó entre 1995 y 1996, donde se aplicó una encuesta a 11.728 efectivos en los grados de oficiales, suboficiales, soldados regulares (para el Ejército se tomó la población de soldados bachilleres), soldados voluntarios (solo para Ejército) y personal de alumnos³⁰. La mayor prevalencia de sustancias se observó en el consumo de sustancias lícitas (alcohol, tabaco, cigarrillo) en la población de soldados y soldados voluntarios y de especial relevancia, el consumo en alumnos siendo la edad mínima de ingreso de 16 años y que permite rastrear la tendencia en menores de edad en esa fecha. En el grupo de sustancias ilícitas prevalece el consumo de marihuana o cannabis, especialmente en la población de soldados tanto voluntarios/profesionales, como los que se encontraban prestando servicio militar (bachilleres, regulares) y en menor proporción el consumo de cocaína, bazuco, inhalantes y heroína.

29 Goedike y cols, 2011)
30 Toledo y cols, (1996)

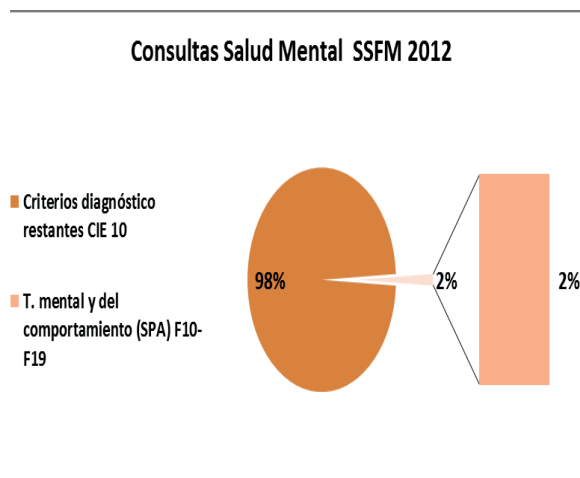
Estudio SPA FF.MM. de Colombia 1996



Gráfica 2. Estudio SPA FFMM. 1996

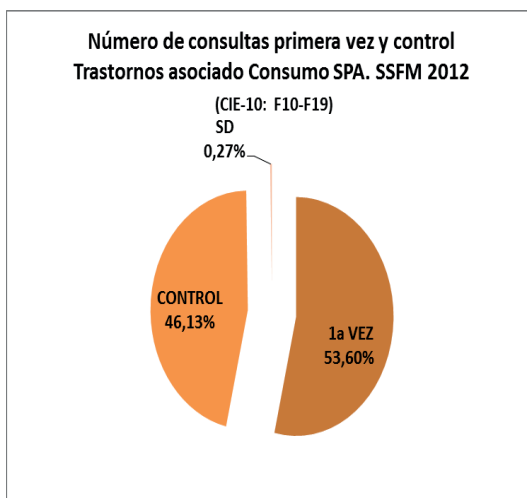
Durante los años 2005 a 2007 se realizó un estudio en la Fuerza Aérea sobre calidad de vida y salud mental en 1.566 oficiales y suboficiales de todas las unidades aéreas, en el que se indagó sobre el tema de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, encontrando prevalencias de intoxicación por alcohol de 16,33%, abuso 6,1% y dependencia 5,59%. que correlacionaban significativamente con menor percepción de calidad de vida general en los afectados, así como con mayor riesgo de presentar otros trastornos mentales como depresión, ansiedad, manía, trastorno disocial de personalidad, estrés postraumático y psicosis. Las prevalencias de consumo de marihuana en el último año fueron bajas 1,5% y de cocaína 0,8%, sin embargo un 30% manifestó que le habían ofrecido marihuana, un 17% que le habían ofrecido cocaína y un 5,6% quisiera probar la marihuana mientras que en 1,8% quisiera probar la cocaína.

En los últimos años las Fuerzas Militares no han realizado un estudio similar, sin embargo, se cuenta con estadística respecto a trastornos asociados a consumo de sustancias en los usuarios del SSFM.



Gráfica 3. Consultas Salud Mental SSFM. 2012. Fuente: Estadísticas Consolidadas SM - DGS

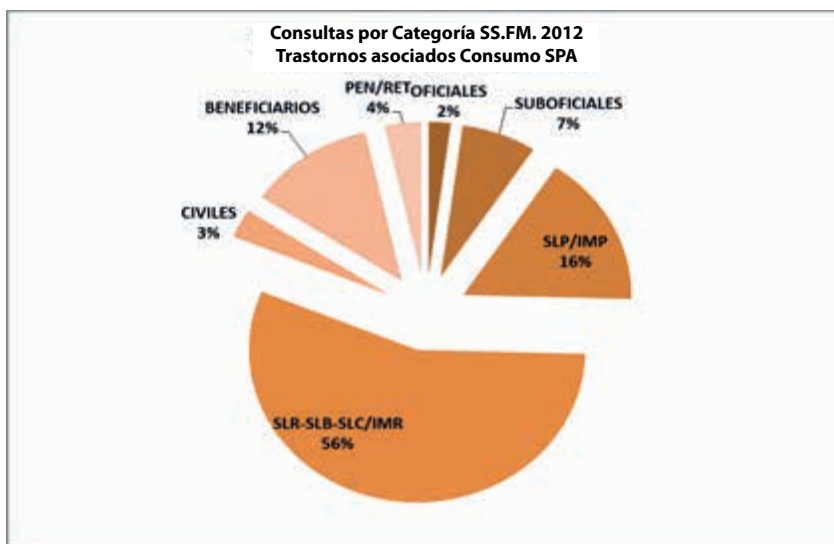
En la gráfica 3, se evidencia el total de las consultas de salud mental del Subsistema de Salud de las FFMM, donde el 2% de las mismas, obedecen a trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como primer diagnóstico, sin embargo, es probable que no refleje el total de la población que presenta este trastorno y que puede ser atribuido a la percepción de necesidad de ayuda ante la problemática o lo que ésta puede traer como consecuencia al interior de la Institución.



Gráfica 4. Consultas Salud Mental primera vez y control SSFM. 2012. Fuente: Estadísticas Consolidadas SM - DGSM

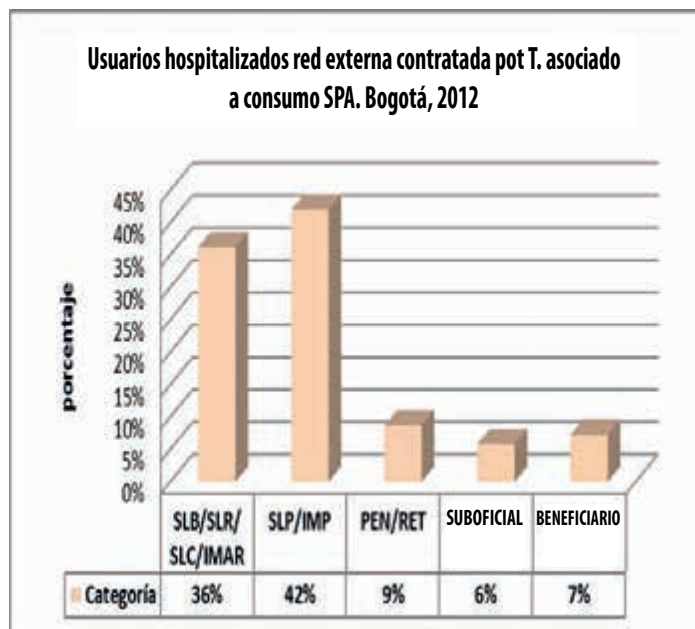
En la gráfica 4, se observa la proporción de la población consultante que se encuentra dentro del criterio diagnóstico F10–F19, donde el 43,13% son consultas de control y el 53,60% son por primera vez. Si bien no es particularmente significativo, es posible concluir que la diferencia entre las consultas control y de primera vez pueden estar influenciadas por los traslados del personal militar, por no acceso a la continuidad de la consulta, por situación operacional, por consultantes remitidos por autoridad inmediata o de apoyo pero que no tienen interés propio o a pesar de su consulta inicial, no hay interés en continuar.

La mayor frecuencia de las consultas realizadas por el criterio diagnóstico F10 –F19, corresponde al rango de edad 15 – 24 años, empezando a decrecer a los 25 años, en concordancia con las estadísticas de la población mundial general y de las Fuerzas Militares.



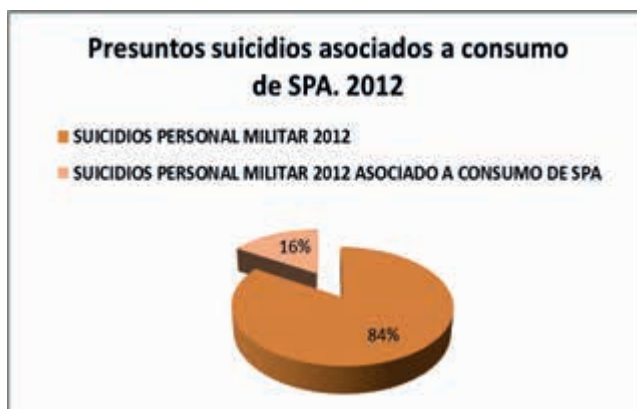
Gráfica 5. Consultas Salud Mental por categoría SSFM. 2012. Fuente: Estadísticas Consolidadas SM - DGSM

Los porcentajes más altos en el consumo de sustancias psicoactivas corresponden a la categoría de soldados e infantes; donde el 56% corresponde a Soldados Bachilleres-Regulares e Infantes Regulares y el 16% Soldados e Infantes de Marina Profesionales, aspecto que es concordante con la cantidad y el cambio poblacional en las Fuerzas especialmente al prestar el servicio militar.



Gráfica 6. Usuarios hospitalizados CIE10: F10- F19. Red Externa Bogotá, 2012.

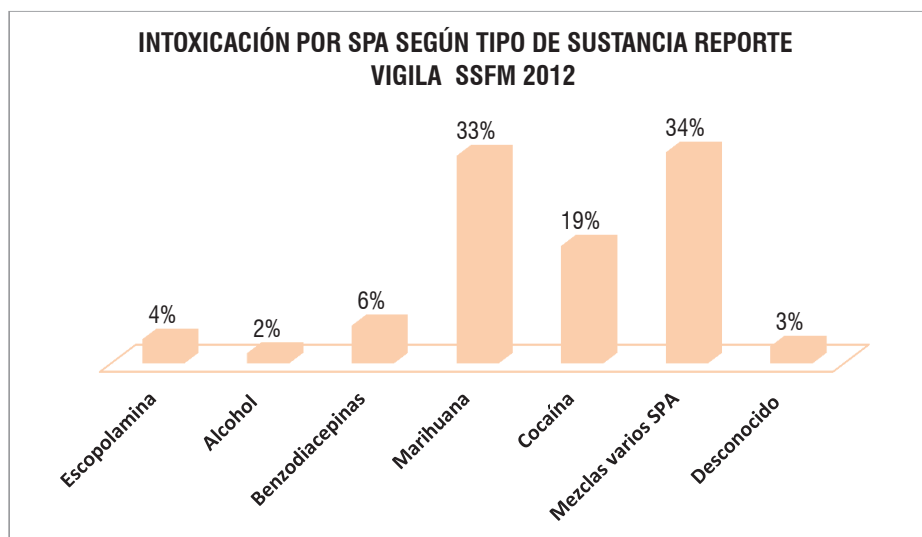
Durante el año 2012, la red externa contratada por el Hospital Militar Central en la ciudad de Bogotá reportó la hospitalización de 69 usuarios del SSFM con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento asociadas al consumo de SPA como primer diagnóstico, especialmente en la categoría de soldados e infantes profesionales, seguidos por soldados e infantes de marina regulares.



Gráfica 7. Presuntos suicidios asociados a consumo SPA SSFM. 2012. Fuente: Estadísticas Consolidadas SM - DGSM

Un aspecto de importancia es la presencia de suicidios con problemática asociada de consumo, uso y abuso de sustancias psicoactivas. Para el año 2012, del 100% de presuntos suicidios de personal militar activo, el 16% se asociaron con consumo de sustancias psicoactivas, de estos el 90% en la categoría de Soldados y el 10% restante en suboficiales, con un rango de edad de 18 a 24 años.

De acuerdo al reporte del SIVIGILA 2012, el número total de eventos de intoxicación por sustancias psicoactivas de usuarios del subsistema SSFM fue 181 eventos. De los cuales aproximadamente el 85% de la población presentó intoxicación por marihuana, cocaína o mezcla de sustancia.



Gráfica 8. Intoxicación por SPA según tipo de sustancias SSFM. 2012. Fuente: SIVIGILA 2012

El 85% de los eventos de intoxicación por sustancias reportados en el SIVIGILA se encuentran en el rango de 15 a 34 años de edad y de esta población el 67% está entre los 20 a 29 años de edad, directamente relacionado con la población que se encuentra prestando servicio militar obligatorio, así como lo hallado en las estadísticas de consumo en la población general mundial.

Este panorama de uso y abuso en las Fuerzas Armadas de los Países demanda un abordaje acucioso y serio al interior de cada una de ellas pero también de políticas mundiales; el Instituto de Medicina³¹ en el año 2012 elaboró para el Departamento de Defensa un informe sobre las diversas formas de abordar el problema del consumo de drogas y otras sustancias en las Fuerzas Armadas, entre ellas el mayor uso de la prevención e intervenciones de tratamientos con base científica y mayor acceso a la atención médica. El informe recomienda la ampliación de la cobertura del seguro para incluir tratamientos eficaces en pacientes ambulatorios y mejor entrenamiento de los profesionales de la salud para reconocer y detectar los problemas de consumo de drogas y otras sustancias para que, cuando sea necesario, puedan referir a los pacientes a los tratamientos adecuados, con base científica. También recomienda medidas como limitar el acceso al alcohol en las bases militares. Por otra parte, el informe del IOM indica que abordar el abuso de sustancias en las Fuerzas Armadas requerirá aumentar la confidencialidad y cambiar el entorno cultural en el que los problemas de las drogas son estigmatizados y provocan miedo en las personas que los padecen.

Algunas ramas de las Fuerzas Armadas ya han tomado medidas para frenar el abuso de medicamentos de prescripción. El NIDA y otras agencias gubernamentales están financiando investigaciones para comprender mejor las causas del abuso de drogas y de otros problemas de salud mental entre los militares, los veteranos de guerra y sus familias, y la mejor manera de prevenir y tratar estos problemas. El tema se está discutiendo, las propuestas, estrategias y abordajes son diversos sin embargo es necesario saber si estos están contribuyendo en disminuir la prevalencia e incidencia del consumo en las filas, por ahora los esfuerzos deben estar enmarcados en el proceso de prevención de consumo, promoción de la salud y protocolos claros de intervención.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

Las sustancias psicoactivas han acompañado al ser humano desde la prehistoria en su interacción consigo mismo, los otros y la naturaleza, descubiertas por casualidad en la vegetación y usadas como elemento fundamental en rituales religiosos, manejo de dolor, aumento de energía, relajación, integración social; posteriormente como una forma de apaciguar emociones negativas, acentuar nuevas experiencias o emociones positivas. Desde una perspectiva biológica, la ciencia ha permitido identificar receptores y ligandos endógenos de varias drogas como opiáceos, benzodiacepinas, cannabinoides, los cuales estimulan la liberación de dopamina en el centro de recompensa del sistema nervioso, que permite explicar la sensación placentera que genera una motivación intensa a consumir cantidades cada vez mayores, llevando en la mayoría de los casos al abandono de las fuentes naturales de satisfacción, al aislamiento, conductas agresivas y delictivas para obtenerlas que dejan en evidencia la pérdida de la voluntad y el control.

El uso de drogas por parte del hombre es tan antiguo como su propia historia. El alcohol o las plantas psicoactivas han formado parte de la 'cultura' y han sido consumidos ampliamente por muy diversos motivos y de forma claramente diferente, tanto en occidente como en oriente, en el norte y en el sur. Con el devenir de los tiempos su uso no solo no ha decrecido, sino que ha pasado a ser un problema de salud pública de primer orden. El consumo, uso y abuso permanecen, han cambiado los motivos por los que se consume y modificado las formas de administración. Su uso transforma y modifica las sensaciones, convirtiéndose en una forma fácil y rápida para combatir estados desagradables o simplemente para huir de situaciones estresantes.

Así mismo las terapias integrales, que tienen en cuenta aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, han demostrado eficacia similar a la de tratamientos para otras enfermedades como coronarias, asma, diabetes, hipertensión y se ha conceptualizado la adicción como otra condición médica crónica recurrente, susceptible de ser abordada con programas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

1. MODELOS EXPLICATIVOS

Aunque la evidencia científica y la Organización Mundial de la Salud reconoce la adicción como un problema de salud pública, aún persisten diversas explicaciones y abordajes sobre el fenómeno configuradas en los siguientes modelos:

MODELOS EXPLICATIVOS Y DE ABORDAJE DE LAS ADICCIONES	
MORAL	- La adicción se concibe como una serie de comportamientos que violan los códigos religiosos, morales o legales. - Al atribuir el uso excesivo de sustancias a una elección moral, el cambio sólo puede venir de un ejercicio de poder de voluntad, castigo externo o encarcelación.
MÉDICO	- La adicción es considerada como una enfermedad crónica y progresiva y se enfatiza en las causas físicas. - Los factores genéticos aumentan la posibilidad del uso o abuso de SPA. Los cambios neuroquímicos en el cerebro inducen a continuar el uso y contribuyen al desarrollo de la dependencia psicológica. - El tratamiento se ofrece en hospitales o ambientes médicos, e incluye varias terapias farmacológicas para ayudar a la desintoxicación, los síntomas de abstinencia, la aversión y el mantenimiento de comportamientos saludables. Los modelos médicos más recientes, reconocen la adicción como multifactorial.
ESPIRITUAL	- Las sustancias se usan como un intento para lograr llenar un vacío emocional o espiritual. - Este modelo ejerce gran influencia en el mundo, especialmente por sus directivas de 12-pasos como Alcohólicos Anónimos (AA), Cocainistas Anónimos, Narcóticos Anónimos, y Al-anon. Se discuten los “defectos de carácter” como centrales para entender el consumo, abuso y adicción, brindando un énfasis particular a la selección de principios éticos o la renovación de oportunidades para el crecimiento espiritual que mejoren la culpa, vergüenza, arrepentimiento y tristeza sobre el daño hecho a sí mismos, o a otros.
PSICOLÓGICO	El uso de sustancias problemático surge de deficiencias en el aprendizaje, disfunción emocional o psicopatología que se puede tratar por medio de terapias orientadas y fundamentadas empíricamente. A continuación se exponen algunas de las diferentes perspectivas: - Psicoanálisis contemporáneo, con el uso de SPA se intenta compensar vulnerabilidades en la estructura del ego. Motivado por una inhabilidad para regular la vida interna de sí mismo y el comportamiento externo. - Psicología del comportamiento, el uso de SPA es un comportamiento aprendido que se repite en relación directa a la cualidad, cantidad e intensidad de los refuerzos que siguen a cada episodio de uso. - Enfoque Cognitivo – conductual: el tratamiento se encamina a los cambios en el comportamiento, en el estilo de pensamiento y la percepción acerca de las recompensas y consecuencias sobre la manera en que la persona puede modificar su conducta y su reconocimiento en el mundo. - Modelo sistémico parte de los componentes ambientales que definen la realidad social, el consumo surge como resultado de la interacción dinámica con los otros en los diferentes contextos, la farmacodependencia es un síntoma de una dificultad en el funcionamiento familiar
SOCIOCULTURAL	- Enfatiza la importancia de los procesos de socialización y del medio ambiente cultural en los trastornos por abuso de sustancias. Abarca aspectos como: posición socioeconómica, creencias culturales y étnicas, disponibilidad de sustancias, leyes y penalidades que regulan el uso de sustancias, normas y reglas familiares y de otros grupos sociales. - La intervención se dirige a crear nuevas relaciones sociales y familiares, desarrollar destrezas y competencias sociales, y trabajar con la infraestructura cultural.

MODELOS EXPLICATIVOS Y DE ABORDAJE DE LAS ADICCIONES	
INTEGRADOR BIOPSICOSOCIAL -ESPIRITUAL	La atención a los trastornos de comportamiento o mentales asociados al consumo de SPA, se tratan por medio de acercamientos colaborativos y comprensivos que abordan los componentes biopsicosociales y espirituales.

Tabla No. 5. Modelos Explicativos y de Abordaje de las Adicciones

2. DEFINICIONES

Adicción a Sustancias Psicoactivas

Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Tendencia al aumento de la dosis.
- Dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Adicciones conductuales / sin drogas

Las últimas décadas se ha caracterizado por el incremento de un fenómeno denominado ‘*adicciones conductuales/ sin drogas*’. Se refiere al desarrollo de un proceso adictivo sin que medie ingesta de sustancia alguna. Son adicciones conductuales o psicológicas que se presentan asociadas a una determinada conducta (comer, jugar, sexo, comprar, Internet). Se relacionan con el desarrollo de actividades humanas que abstraen a las personas de su cotidianidad y les proporcionan bienestar, placer inicial, evitación de las propias circunstancias personales difíciles y que finalmente pueden generar dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar el equilibrio homeostático. La supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforma el núcleo central de la adicción³².

Las adicciones psicológicas/sin drogas no figuran incluidas como tal en el DSM-IV ni en la CIE-10. En estas clasificaciones psicopatológicas los términos *abuso* y *dependencia* se reservan para los trastornos producidos por el uso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, el perfil clínico de los adictos al juego, sexo o Internet y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los síndromes de abuso y adicción a SPA. Algunas adicciones como la ludopatía se clasifican en el DSM-IV en el capítulo de “trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados”.

Para efectos de promoción, prevención y atención de estos trastornos, se usará el modelo planteado para los síndromes de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

32 Lacoste, J. A. (2002). *Consecuencias Sociales del Uso de Internet*.

Craving (ansías)

Término inglés que se usa para referirse al impulso imperioso de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El craving supone una reacción aprendida, inicialmente a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y posteriormente, para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo)³³.

Comorbilidad

Enfermedad o enfermedades que coexisten en un mismo sujeto al que se está estudiando o tratando por padecer otra enfermedad distinta. Es sinónimo del término: “morbilidad conjunta” o “patología dual”.

Dependencia de sustancias psicoactivas

Patrón desadaptativo de uso de una sustancia que conduce a un deterioro clínicamente significativos, abarca un conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos los cuales evidencian la ausencia de control sobre su empleo. Generalmente incluye un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas con la consecuente pérdida de interés por otras actividades y obligaciones, tolerancia y ante la suspensión de la SPA se presenta síndrome de abstinencia.

Desintoxicación

Proceso médico mediante el cual se elimina del organismo las sustancias y sus efectos

Factor de protección

Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas³⁴.

Factor de riesgo

Atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementan la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas³⁵.

Intoxicación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), considera que la intoxicación “es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de SPA o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas”³⁶.

33 Rodríguez-Martos, 2000.

34 Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use : Risk and protective factors

35 Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use : Risk and protective factors

36 OMS, 2008

Reducción de daños

Programa dirigido a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de SPA, para el individuo y la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia; plantea en sus metas evitar y prevenir incremento en frecuencia como en niveles de dependencia; y así mismo, prevenir situaciones de riesgos que afecten su salud física, mental, emocional, familiar, social y que hagan vivir a otros situaciones de riesgo³⁷.

Rehabilitación

Rehabilitar implica reponer, readquirir, recuperar una función o patrón de actividades perdidas, lo mismo que reducir secuelas e incapacidades, tratando también de aprovechar o reorganizar las posibilidades residuales en el individuo y su entorno que quedan como consecuencia de procesos patológicos, ya sea por la gravedad misma del proceso o por la intervención tardía sobre este³⁸.

Según la definición dada por el Ministerio de Salud, la Rehabilitación: “Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica y social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad que pueden reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral³⁹.”

Síndrome de Abstinencia

Síndrome constituido por signos y síntomas específicos, físicos y psíquicos que aparecen al disminuir o suspender el uso de una SPA, de la persona que es dependiente.

Sustancias psicoactivas (SPA) – Anexo 2

Son sustancias químicas o sintéticas que afectan el sistema nervioso central y que al consumirlas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo⁴⁰. De acuerdo a sus efectos pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): disminuyen la actividad del cerebro y provocan sensaciones de relajamiento y somnolencia.
- Estimulantes del SNC: aumentan la actividad cerebral causando el aumento de la vigilia y la atención, aceleración del pensamiento, euforia.
- Perturbadoras del SNC que modifican la actividad cerebral produciendo ilusiones o alucinaciones.

Tratamiento

El tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas⁴¹.

37 UNESCO, 2008

38 MPS, 2007

39 Ministerio de Salud, 1994

40 OMS, (2005).

41 MPS. (2004). Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia.

De acuerdo a la OMS⁴² el término **Tratamiento en Farmacodependencia**, se aplica al “Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”.

Tolerancia

Se caracteriza por la disminución de la respuesta a una misma cantidad de droga o al requerimiento de dosis mayores de SPA para obtener el mismo efecto. Se produce como consecuencia del consumo repetido, lo que condiciona que la intensidad de la acción de la sustancia sea cada vez menor.

3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

32

La presencia de trastornos asociados al consumo de SPA contribuyen a describir los criterios clínicos que pueden ser abordados a partir de los sistemas de clasificación CIE10, así:

CRITERIOS PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS CIE 10 (Mínimo tres)

- Deseo intenso o compulsión de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar la conducta de consumir en términos de su inicio, terminación, o niveles de consumo.
- Condición fisiológica de privación/abstinencia.
- Evidencia de tolerancia.
- Abandono progresivo de alternativas de esparcimiento u otros intereses.
- Persistencia en el consumo a pesar de tener evidencias claras de consecuencias nocivas.

Figura 1. Criterios diagnósticos SPA

Para efectos prácticos de establecer un diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social sigue los lineamientos dados por la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades para los trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas de la Organización Mundial de la Salud - CIE 10 (Ver Anexo 1).

42 OMS, U. (2008). Principios del Tratamiento de la Toxicomanía.



Adicionalmente, el abordaje clínico de los trastornos mentales o del comportamiento asociados al consumo de SPA, permite identificar que frecuentemente se presentan acompañados de otras alteraciones que contribuyen a completar la intervención y recuperación de las personas. Este aspecto se reconoce como **“comorbilidad”, “trastorno dual” o “patología dual”**, y hace referencia a la coexistencia de trastornos de salud asociados al consumo de SPA.

El Ministerio de Protección⁴³, considera que de acuerdo a los registros de ingreso a las instituciones de atención en salud mental, entre los principales trastornos asociados se encuentran los del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar), los de conducta (impulsividad, conducta alimentaria), emocionales (ansiedad) y de personalidad que igualmente requieren de disponer de una adecuada infraestructura y grupo de profesionales capacitados para garantizar la atención integral a estas personas.

4. FACTORES DE RIESGO

4.1 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL

- Etapa de ciclo vital: el consumo de drogas a cualquier edad puede llevar a la adicción, sin embargo, entre más temprana sea la edad de inicio de consumo de SPA, mayor será la probabilidad de progresar al abuso y la dependencia.
- Antecedente de enfermedad mental
- Déficit en habilidades personales, solución de problemas, toma de decisiones y autocontrol emocional
- Alteraciones genéticas y vulnerabilidad biológica
- Tiempo libre no estructurado
- Antecedentes de abuso sexual

4.2 FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL

- Compañeros y amigos con consumo de SPA
- Presión de grupo y presencia de tribus urbanas
- Disponibilidad y accesibilidad a SPA
- Exclusión social, marginación y discriminación
- Influencia de medios de comunicación y publicidad que asocian el consumo con bienestar y aprobación social
- Acceso restringido a oportunidades de educación y trabajo

43 MPS, 2004.

4.3 FACTORES DE RIESGO FAMILIAR

- Entorno familiar e interacciones enmarcadas en violencia, maltrato, negligencia, abuso y abandono.
- Estilos de crianza que incluyen autoritarismo, permisividad o inexistentes
- Experiencias familiares traumáticas
- Presencia de conflictos y expectativas muy altas sobre desempeño de los hijos
- Posición ambigua frente a drogas lícitas
- Familiares significativas para el individuo que consumen SPA
- Ausencia de red familiar

5. FACTORES DE PROTECCIÓN

De otra parte, los modelos de intervención también concentran sus estrategias en los denominados factores de protección, los cuales incluyen:

5.1 FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONALES

- Actitudes personales adecuadas para resolver situaciones difíciles como toma de decisiones y solución de problemas
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales adecuadas
- Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona.

5.2 FACTORES DE PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTALES

- Apoyo social y pertenencia a una red funcional de interacción
- Adaptación al medio
- Escenarios donde exista control sobre la disponibilidad de sustancias
- Realización de actividades deportivas, artísticas que promuevan el desarrollo de estilos de vida saludable

5.3 FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES

- Pautas de crianza que respaldan modelos participativos de interacción
- Estructura funcional y dinámica entre sus miembros en especial sobre comunicación
- Lazos afectivos bien establecidos
- Capacidad para resolver problemas y tomar decisiones

6. CEREBRO Y ADICCIONES

El cerebro es el órgano que dice al ser humano, lo que hace y lo que ha hecho⁴⁴, es una estructura sumamente compleja que regula las funciones básicas del cuerpo permitiendo que el individuo interprete la experiencia y genere percepciones, pensamientos, emociones y comportamientos de forma única e individual. Trabaja de forma conjunta con muchas áreas que permiten el adecuado desarrollo del individuo en su entorno; las drogas afectan esta sincronía y de forma directa al individuo en su desenvolvimiento en el mundo. A continuación se hará una breve descripción de los diferentes elementos que componen el sistema nervioso central (SNC), cómo actúan las SPA en su equilibrio y los cambios directos en la cognición, la emoción y el comportamiento del individuo.



Figura 2. Efecto de las drogas en el cerebro.

Tomado de www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/las-drogas-y-el-cerebro

La neurona es la célula principal del sistema nervioso, funciona a través de redes mediante las cuales se regula la transmisión de información entre diferentes áreas cerebrales, facilitando los procesos de sinapsis. En este espacio sináptico actúan las drogas, se sintetizan, empaquetan y liberan los neurotransmisores actuando de diferentes formas,

44 Kuhn, C. y cols., 2010.

p. ej. La cocaína no permite que la dopamina⁴⁵ que queda en el espacio sináptico sea recaptada por la neurona transmisora, generando su permanencia y afectando directamente el centro de gratificación cerebral.

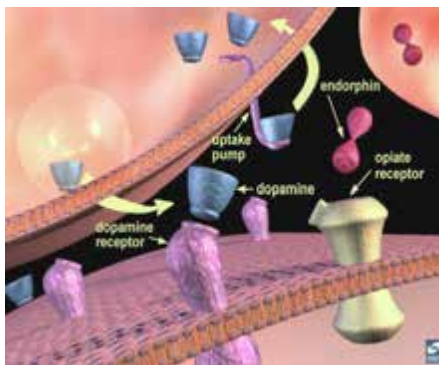


Figura 3. Captación de neurotransmisores en el espacio sináptico.

Tomado de www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/neurobiology-drug-addiction

El cerebro está organizado en áreas específicas que controlan el habla, la vista, la audición, el aprendizaje, las emociones y otras más, al irrumpir la SPA en el organismo, el efecto depende de dónde actuó y de su correspondiente función en la intrincada red neuronal; al no conocer en su totalidad, hay efectos de las drogas que son desconocidos a pesar de las investigaciones realizadas.

En ese sentido, recientes estudios de neuroimágenes funcionales han identificado el circuito neuronal comprometido en la adicción, denominado **“sistema de recompensa”** activado por estímulos apetitivos como alimento, sexo, ejercicio, actividades lúdicas, recreativas, logros, entre otros, generando repetición de las conductas que provocan estas sensaciones. Sin embargo, las cantidades masivas de dopamina que desencadenan las drogas hacen que el placer que generan estos estímulos apetitivos naturales pierdan su capacidad para motivar la conducta, y la persona se suma en la autoadministración de la sustancia abandonando lo que antes era gratificante en su vida⁴⁶.

A continuación se revisa brevemente el mecanismo de acción de las SPA:

NICOTINA

En el sistema nervioso existen numerosas áreas con receptores de nicotina, las cuales regulan procesos de memoria, atención y motivación; sin embargo, el uso continuado de la sustancia genera que estos receptores aumenten en cantidad y requieran cada vez dosis mayores de la misma.

ALCOHOL

El alcohol afecta directamente los transmisores GABA⁴⁷ y glutamato, es decir que actúa sobre los principales receptores involucrados en la inhibición y excitación de las células y en la comunicación entre ellas; cuando actúa sobre

⁴⁵ Las catecolaminas dopamina, adrenalina y noradrenalina actúan como mensajeros químicos en el Sistema Nervioso de los mamíferos. La dopamina es el transmisor catecolaminérgico más importante del Sistema Nervioso Central (SNC), participa en funciones como la actividad locomotora, la afectividad, la regulación neuroendocrina y la ingestión de agua y alimentos. En el Sistema Nervioso Periférico, la dopamina es un modulador de la función cardíaca y renal, del tono vascular y de la motilidad gastrointestinal. Diversas alteraciones en la transmisión dopaminérgica han sido relacionadas, directa o indirectamente, con trastornos severos del SNC, como la enfermedad de Parkinson, trastornos psicóticos (p. ej. esquizofrenia) y la dependencia a drogas como la anfetamina y cocaína.

⁴⁶ National Collaborating Centre for Mental Health, 2008.

⁴⁷ En 1950, Eugene Roberts y J. Awapara descubrieron el GABA (ácido gamma aminobutírico), otro tipo de neurotransmisor inhibitorio. El GABA actúa como un freno de los neurotransmisores excitatorios que llevan a la ansiedad. La gente con poco GABA tiende a sufrir de trastornos de la ansiedad, y los medicamentos como el Valium funcionan aumentando los efectos del GABA. Si está ausente en algunas partes del cerebro, se produce la epilepsia.

GABA incrementa su actividad inhibitoria generando el efecto de sedación del alcohol y al actuar sobre el glutamato⁴⁸ impide la formación de nuevas memorias, en este proceso la dopamina está presente de forma constante, se eleva en el organismo a medida que hay presencia de alcohol pero desaparece con la sustancia, de ahí la necesidad de la ingestión constante por parte del individuo, deseando recuperar esa sensación inicial.

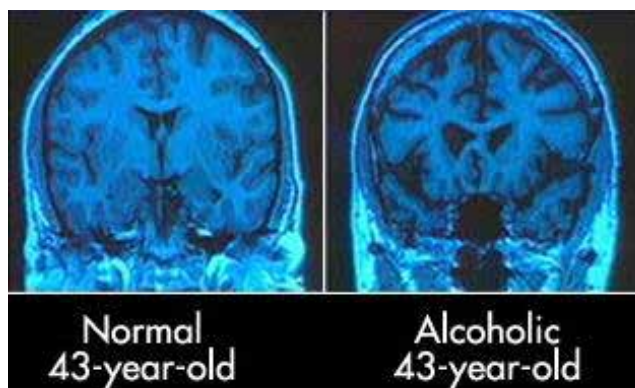


Figura 4. Aspecto del cerebro de un alcohólico.

Tomado de <http://www.wickedmagazine.org/2008/10/se-reduce-el-tamano-del-cerebro-causa.html>

Las alteraciones en las funciones cerebrales que se derivan de la ingesta del alcohol son:

- **Formación de nuevas memorias:** el individuo presenta alteración para formar nuevos recuerdos y se incrementa en los momentos en que su ingesta es mayor y crónica; este déficit puede tener relación directa por el daño en el hipocampo, los cuerpos mamilares y/o los lóbulos frontales.
- **Pensamiento abstracto:** la capacidad de interpretar el significado, de desligar éste de lo concreto o de resolver problemas matemáticos, se encuentra alterada en el bebedor crónico.
- **Alteración en la solución de problemas:** está directamente relacionada con las funciones ejecutivas de los lóbulos frontales, en parte se presenta por la ineficacia del bebedor de ser flexible en la búsqueda de nuevas estrategias de solución.
- **Alteración de la atención y concentración:** son de las funciones que presentan mayor alteración en el bebedor crónico, las tareas que requieren estas habilidades evidencian el deterioro.
- **Déficit en la percepción de la emoción:** es de las habilidades deterioradas que produce una consecuencia evidenciable en el entorno de la persona, especialmente en su vida de pareja, debido a la dificultad que presenta en identificar en el lenguaje del interlocutor el tono, prosodia y cadencia que comunican la emoción.

MARIHUANA

La marihuana al igual que otras SPA, cuenta con receptores de cannabinoides en el cerebro humano en forma natural.

Las consecuencias de su uso se refleja en las funciones cognitivas. Una de las principales sustancias presentes en la resina de la planta es el THC (delta - 9 - tetrahidrocannabinol), la cual afecta especialmente al hipocampo y el centro de la memoria. Dentro de los efectos subjetivos, se presenta la afectación de nuevos aprendizajes, una alteración

⁴⁸ El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio en el cerebro y en el cerebelo, juega un papel primordial en varias funciones del SNC, especialmente en la memoria y en la *nocicepción* (proceso neuronal que codifica y procesa los estímulos potencialmente dañinos para los tejidos).

en la percepción del tiempo, con desaceleramiento que puede estar relacionado con una concentración difusa o una memoria desarticulada⁴⁹ propia de un efecto de la sustancia.



Figura 5. Efectos de la marihuana en el cerebro.

Tomado de www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-la-marihuana/como-produce-sus-efectos-la-marihuana

También hay presencia de alteración en la flexibilidad mental que se encuentra regulada en el lóbulo frontal, por lo cual cuando el individuo está bajo consumo o con presencia de THC en el organismo, son frecuentes las estrategias no exitosas ante una tarea, aunque la experiencia sugiera que no están siendo efectivas.

HEROÍNA

La heroína es un opioide sintético mucho más potente que los opiáceos producidos en forma natural, lo cual hace que se adhiera rápida y fuertemente a los receptores de opiáceos; genera una oleada de sensaciones agradables, conocida como “rush”⁵⁰ que desaparece al corto tiempo y genera la necesidad de continuar auto administrándose la sustancia; y además, favorece la pérdida del efecto de los opiáceos naturales que se producían con los estímulos motivacionales de la vida cotidiana.



Figura 6. Heroína y sus implicaciones en el cerebro.

Tomado de www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-addiccion/

En el caso de la adicción a la heroína y opiáceos, los efectos residuales de su consumo parecen afectar los procesos ejecutivos de flexibilidad, planificación e inhibición, impulsividad y toma de decisiones⁵¹. Se observan alteraciones en velocidad de procesamiento, atención, procesos visoespaciales y memoria operativa; así mismo los estudios han demostrado que en tiempo de abstinencia, algunos de estos deterioros de la atención y flexibilidad parecen reversibles.

COCAÍNA Y DERIVADOS

Cuando la dopamina⁵² se libera en la sinapsis se une a los receptores para esta sustancia que se encuentran en las neuronas vecinas, la dopamina sobrante es reciclada por neuronas transmisoras mediante una proteína especial, si hay presencia de cocaína en el cerebro, ésta se une a la transportadora de dopamina y bloquea el proceso normal de reciclaje generando una acumulación de dopamina en la sinapsis, que potencializa los efectos placenteros de la cocaína⁵³.

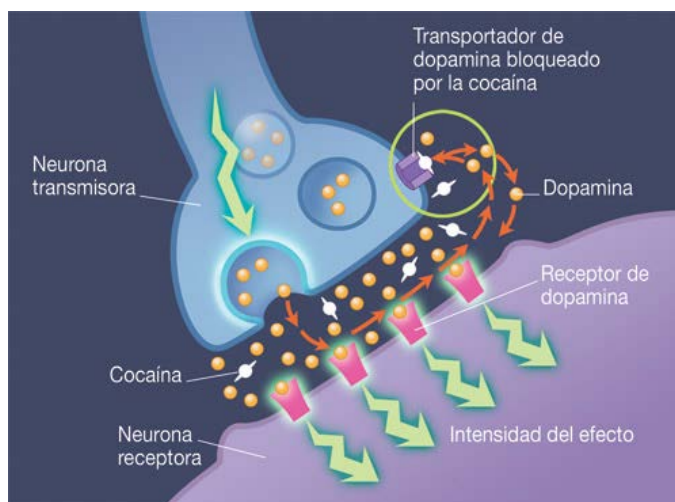


Figura 7. Como actúa la cocaína en el cerebro. Tomado de www.inspirationsteenrehab.com/cocaina.asp

Algunos estudios⁵⁴ han explorado el impacto de la cocaína en la velocidad de procesamiento y en la atención alterante, que sin ser concluyente presentan alteraciones en su desempeño. De manera relevante, se señala la existencia de un deterioro claro en las funciones ejecutivas y en el control de impulsos/inhibición de estímulos irrelevantes, estas alteraciones puede explicar en parte el fracaso terapéutico que puede darse con frecuencia en este grupo de pacientes y señala la necesidad de adaptar las terapias al funcionamiento cognitivo real del sujeto. Otro impacto se dirige a las funciones ejecutivas, generando una mejor explicación de la tendencia a la perseverancia, necesidad del consumidor de la recompensa inmediata y alteraciones en actividades que requieren mayor planificación.

ANFETAMINAS

Las anfetaminas como el éxtasis, además de inhibir la recaptura de dopamina en las hendiduras sinápticas, exprimen y liberan la dopamina acumulada en las vesículas sinápticas produciendo una mayor sensación de euforia e hiperactividad, con alteración del control de impulsos y desinhibición sexual y social, aunque también aparece desconfianza y suspicacia, con el tiempo se pierde las reservas de dopamina y se dañan las mismas terminales sinápticas generando un estado de desinterés, desmotivación y depresión de difícil manejo.

51 García. G, y cols. 2011.

52 Bahena. R y cols, 2000.

53 www.inspirationsteenrehab.com/cocaina.asp y www.drugabuse.gov/es/publicaciones/

54 Madoz – Gurpide, Agustín y cols. 2012.

7. FASES DE LA ENFERMEDAD

De acuerdo a los informes de la OMS⁵⁵ se considera que a nivel mundial aproximadamente 205 millones de personas consumen SPA ilegales y de esta cifra 25 millones han desarrollado dependencia a las mismas, lo cual ha conllevado a ser considerado como un problema de salud pública, de desarrollo socioeconómico y de seguridad para todos los países tanto industrializados como en vías de desarrollo.

Al abordar el tema de las adicciones, la mayor parte de la población desconoce que el uso de SPA genera cambios en el cerebro, lo cual fomenta el abuso compulsivo de las mismas y así mismo, no se tiene claridad de las razones por las cuales algunas personas desencadenan una adicción; erróneamente se considera que el abuso y la farmacodependencia son problemas estrictamente sociales y se caracteriza a las personas involucradas en estos trastornos como moralmente débiles.

40

Una creencia muy común, es que el cambio en los patrones de comportamiento de este tipo se logra con solo estar dispuestos a modificarlos, sin percibir la complejidad que encierra este fenómeno al ser una enfermedad que impacta el cerebro. Sea cual fuere el efecto que las drogas tienen en el cerebro, el uso problemático de las SPA puede entenderse como una progresión de sucesos que interactúan entre sí, -que no en todos los casos se sigue-, pero que cuando se presenta es valorada por la persona o por otros en su sistema de significados como problemática, en relación a los efectos que tiene en la vida de la persona y sus relaciones, en un contexto, social y cultural.

Sí se tiene en cuenta un esquema evolutivo hacia la adicción, clínicamente se pueden describir cuatro etapas de la enfermedad: consumo, uso, abuso y dependencia o adicción. Se requiere hacer la claridad que no necesariamente una etapa conduce a otra y que es difícil ubicar exactamente al consultante, pero en la mayoría de los casos favorece el entender la severidad del problema y las necesidades individuales de tratamiento.⁵⁶

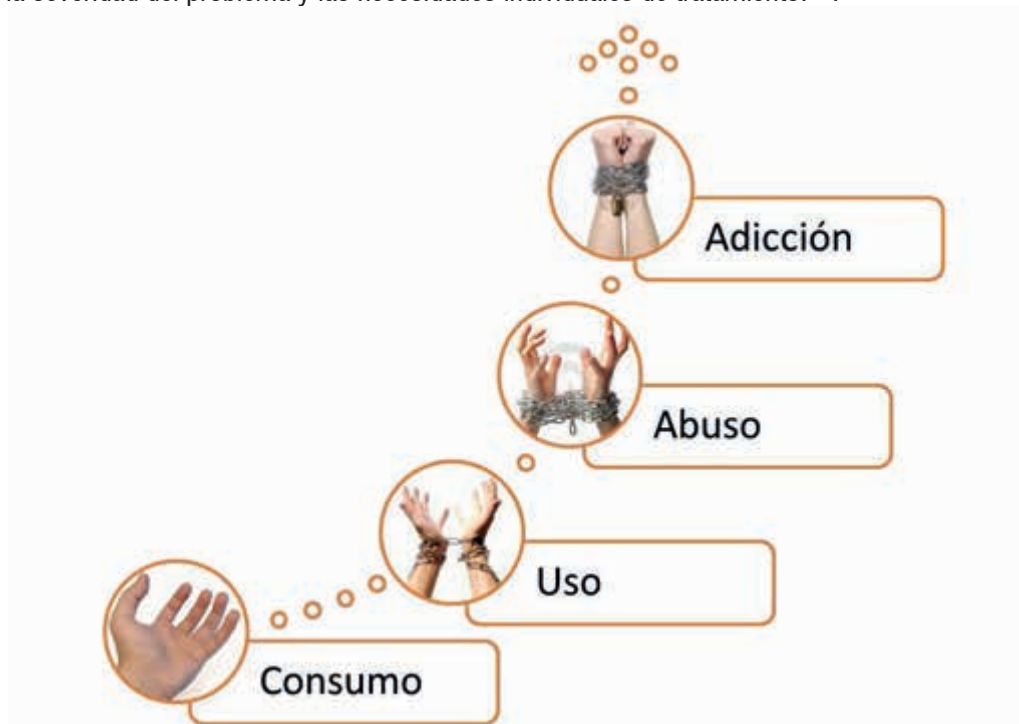


Figura 8. Etapas de la enfermedad

55 OMS, 2008.

56 Memorias TreatneT, 2010.

7.1 CONSUMO

Representa aquella etapa en la que se consume solo en algunas situaciones, se decide qué sustancia utilizar, cuándo y con quién hacerlo, y usualmente se asocia a actividades de diversión; el grupo de amigos varía entre consumidores y no consumidores, sin embargo, aún no se evidencia una alteración significativa en las actividades usuales.



Figura 9. Comportamiento en la etapa de CONSUMO

CARACTERÍSTICAS

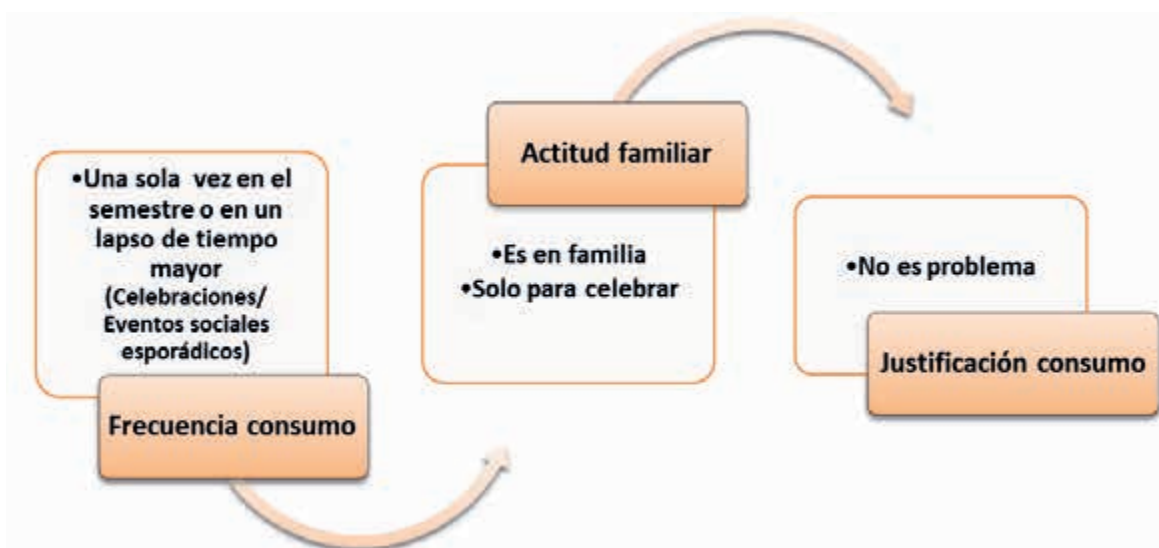


Figura 10. Característica de la etapa de CONSUMO

7.2 USO

En esta etapa la química cerebral manifiesta alteración, se pueden presentar episodios de usos descontrolados no tan severos ni frecuentes, pero se convierten en evidencia de la instalación del desorden bioquímico. Presenta motivación al consumo, debido al refuerzo que las SPA han ejercido sobre su comportamiento. Aparecen los pensamientos automáticos de consumo y se empieza a invertir tiempo no programado en el mismo.



Figura 11. Comportamiento en la etapa de USO

CARACTERÍSTICAS



Figura 12. Característica de la etapa de USO

7.3 ABUSO

La pérdida de control sobre el comportamiento se hace más evidente y los episodios de consumo aumentan en intensidad y frecuencia. Se incrementan los problemas en las diferentes esferas relacionales: familiares, laborales y académicos; situación que hace que el pensamiento adictivo se intensifique debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. La química cerebral ha cambiado de manera importante, a la vez que su personalidad también se ve afectada, incrementando los niveles de irritabilidad, ansiedad e intolerancia. Intenta mantener la imagen de “normalidad”.



Figura 13. Comportamiento en la Fase de ABUSO

CARACTERÍSTICAS



Figura 14. Característica de la etapa de ABUSO

7.4 ADICCIÓN O DEPENDENCIA

La pérdida total de control para detener el consumo es característica de esta etapa. Los problemas en todas las esferas han incrementado: rupturas familiares, despidos, quiebras económicas, robos, problemas con la ley, entre otros. Se hacen evidentes: aislamiento social, depresión secundaria al desorden adictivo, autoestima deteriorada y en las adicciones químicas puede aparecer psicosis tóxica e ideación psicótica en las adicciones de conducta.

44



Figura 15. Comportamiento de la etapa de ADICCIÓN

CARACTERÍSTICA



Figura 16. Característica de la etapa de ADICCIÓN

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SSFM

Los trastornos derivados del abuso y dependencia de SPA, se consideran de naturaleza crónica y recidivante e incluyen aspectos biomédicos, psicológicos y sociales que deben ser atendidos en el mediano y largo plazo, salvo los cuadros de intoxicación o de abstinencia agudos, que requieren de una intervención inmediata y cuya resolución suele darse en un período de tiempo relativamente breve (horas o días). El abordaje clínico del consumo comprende varios niveles de complejidad e intensidad, constituyendo la oferta de tratamiento, la cual debe satisfacer la demanda de atención de los consultantes y su elección viene determinada por la combinación de los criterios descritos para ellos.

La atención del consumo de SPA, requiere la participación integrada de un conjunto de servicios (establecimientos, programas, equipos de profesionales y técnicos) que den cobertura a las diferentes necesidades limitando el daño y la discapacidad potencial resultante de estos trastornos. En la práctica, puede resultar poco realista, pensar que todos estos aspectos van a poder ser cubiertos de manera simultánea y eficiente por un solo programa o establecimiento, actuando de forma aislada, así que se hace necesario establecer mecanismos de articulación entre los diferentes actores involucrados en la atención, a manera de red, facilitando el que las distintas ofertas disponibles se complementen y lleguen a satisfacer razonablemente los requerimientos de los usuarios con criterios de oportunidad, equidad, calidad y eficiencia.

En el sistema de tratamiento es posible identificar varias áreas de intervención:

ABORDAJE CLÍNICO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SSFM			
MODALIDAD DE INTERVENCIÓN	ETAPAS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD	TIPO DE TRATAMIENTO	ACTIVIDADES
MODALIDAD I: AMBULATORIO	CONSUMO/USO	INTERVENCIÓN TEMPRANA CONSULTA EXTERNA	• PSICOTERAPIA BREVE • CONSEJERÍA • INTERVENCIÓN EN CRISIS • MOTIVACIÓN A TRATAMIENTO FORMAL • SEGUIMIENTO
MODALIDAD II: DE MEDIANA INTENSIDAD	USO / ABUSO	AMBULATORIO INTENSIVO CLÍNICA /HOSPITAL DÍA	• PSICOTERAPIA: • ESTRATEGIA MOTIVACIONAL • PREVENCIÓN DE RECAÍDAS • TERAPIA OCUPACIONAL • SEGUIMIENTO
MODALIDAD III: RESIDENCIAL	ABUSO / ADICCIÓN	DESINTOXICACIÓN DESHABITUACIÓN REHABILITACIÓN	• ATENCIÓN MÉDICO/PSIQUIÁTRICA • PSICOTERAPIA INDIVIDUAL • PSICOTERAPIAS GRUPALES • GRUPOS DE APOYO PSICOSOCIAL • TERAPIA OCUPACIONAL • INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL • INTERCONSULTA CON ESPECIALIDADES • ATENCIÓN ENFERMERÍA
MODALIDAD IV: HOSPITALIZACIÓN		SEGUIMIENTO/REINSERCIÓN SOCIAL	
URGENCIA INTERVENCIÓN EN CRISIS	DESCOMPENSACIÓN BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA O SOCIAL (INTOXICACIÓN O ABSTINENCIA GRAVE),	DESINTOXICACIÓN ORIENTACIÓN Y REFERENCIA	• ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA • INTERVENCIÓN EN CRISIS • MOTIVACIÓN A TRATAMIENTO FORMAL • SEGUIMIENTO

Tabla 6. Abordaje Clínico del consumo de SPA SSFM

El Ministerio de Protección Social reconoce que “La evidente heterogeneidad de los consumidores de SPA hace pensar que un solo tipo de tratamiento o un solo objetivo puede no necesariamente responder a las necesidades de todos y cada uno de los consumidores existentes. En nuestro país los tratamientos buscan la abstinencia total de las SPA como meta primaria y última; este enfoque es congruente con la mayoritaria participación de programas tipo comunidad terapéutica, Modelo Minessota (residencial basado en 12 pasos), teoterapia y grupos de autoayuda inspirados en la filosofía de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). Aunque algunas instituciones de tratamiento han incorporado modelos ambulatorios y de hospital día, así como programas especiales para adolescentes, la realidad muestra una mayor participación de tratamientos de corte residencial. También pueden encontrarse los modelos de tratamiento médico que van desde la desintoxicación hasta el manejo psiquiátrico y psicoterapéutico del problema y muy recientemente se empieza a hablar de minimización de riesgos y de daños”⁵⁷. En síntesis, las condiciones de atención para el consultante, en lo posible deben favorecer la asistencia ambulatoria bien sea bajo modalidad de consulta externa o de hospital día.

1. CONCEPTUALIZACIÓN: TRATAMIENTO – REHABILITACIÓN – SEGUIMIENTO/REINSERCIÓN SOCIAL

Los tratamientos que se adelantan con población afectada por el consumo de SPA de manera intrínseca establecen la meta de la rehabilitación que pretende recuperar en los individuos sus funciones, reducir secuelas e incapacidades y en lo posible, aprovechar o reorganizar las posibilidades residuales en él y en su entorno. Al detectar que el usuario presenta consumo de SPA o al determinar el diagnóstico de la enfermedad, las intervenciones deben ser dirigidas a evitar su avance y brindar un tratamiento adecuado que limite el daño, permita recuperar su funcionalidad a partir de las secuelas establecidas y favorezca su reinserción social.

En este punto es necesario hacer algunas precisiones de los términos “**Tratamiento**”, “**Rehabilitación**” y “**Reinserción social en adicciones**” los cuales muchas veces tienden a confundirse:



Figura 17. Tratamiento formal en adicciones

Tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas. Para el Sistema de Seguridad Social Nacional, el tratamiento

lo constituyen “todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad, que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo”⁵⁸.

Específicamente, el **tratamiento en adicciones** puede definirse como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole que se encuentran asociados con el abuso de drogas, de tal forma que se pueda optimizar el desempeño personal y social. Según el comité de expertos en Farmacodependencia de la OMS⁵⁹, el término “tratamiento” se aplica al ***“Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”***.

El término Rehabilitar, implica: reponer, readquirir, recuperar una función o patrón de actividades perdidas; reducir secuelas e incapacidades, tratando también de aprovechar o reorganizar las posibilidades en el individuo y su entorno que quedan como consecuencia de procesos patológicos, ya sea por la gravedad misma del proceso o por la intervención tardía sobre este.

Según la definición dada por el Ministerio de Salud, la **Rehabilitación**: “Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica y social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad que pueden reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral”⁶⁰

La **Rehabilitación en Adicciones** está intrínseca en el proceso de tratamiento y debe tenerse en cuenta desde el mismo momento en que se realiza el diagnóstico, evaluando las posibles discapacidades y evitando las secuelas. Es el paso siguiente a la desintoxicación y deshabitación y busca reintegrar al individuo a su vida comunitaria y social. Puede ofrecerse a través de asesoría y asistencia, desarrollo de habilidades, educación y orientación vocacional, entre otros. Una vez la persona ha terminado su rehabilitación, se esperaría que las habilidades adquiridas o recuperadas y la reinstauración de la autoconfianza, le ayuden a reincorporarse de manera efectiva a la vida comunitaria y social.

Reinserción Social en Adicciones. En la práctica se realiza después del tratamiento y la rehabilitación, aunque en realidad se inicia y hace parte de todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. Generalmente, se considera que la persona con trastornos asociados al consumo de SPA completa la mayor parte del trabajo al terminar su programa de tratamiento y rehabilitación, no obstante, la ausencia de un seguimiento y un cuidado posterior podría ser responsable de muchas recaídas y reincidencias en la problemática.

A continuación se describen aquellos aspectos que resumen los propósitos de las intervenciones y de la rehabilitación.

58 MPS, 2004.

59 OMS, 2008.

60 Decreto 1938, 1994.

TRATAMIENTO EN CONSUMO DE SPA POSTERIOR A LA DESINTOXICACIÓN			
Fase	DESHABITUACIÓN	REHABILITACIÓN	SEGUIMIENTO
Objetivo	Restablecer las condiciones físicas y psicológicas que se han visto alteradas por el consumo, e identificar aquellas acciones que determinarán la continuidad de las siguientes fases de intervención	Restaurar las condiciones psicológicas, sociales y físicas previas al inicio del consumo que permitan la reconstrucción de un estilo de vida libre de SPA y prevengan también la recaída y reincidencia en el consumo.	Realizar seguimiento y apoyar el proceso de reinserción social y prevención de recaídas
Estrategia de intervención	Ofrecer los medios para contrarrestar la influencia de los factores de riesgo que llevaron tanto al inicio como al mantenimiento del consumo de SPA (las condiciones previas personales, familiares y contextuales)	a) Estimular aspectos de la vida de la persona en las que se han identificado las afecciones por el consumo, entre ellos, autoestima, autoeficacia, estilos de vida, patrones relacionales, pérdida de intereses y habilidades, entre otros. b) Propender por la recuperación y desarrollo personal a través de redes de apoyo social que favorezcan la adquisición de un nuevo rol social diferente del asumido durante el consumo de SPA, correspondiendo estos objetivos a algo más allá que el logro de la abstinencia	Seguimiento por consulta externa: psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y grupos de autoayuda.

Tabla 7. Cuadro comparativo tratamiento y rehabilitación en SPA

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRATAMIENTO

En cumplimiento de los estándares y normas mínimas de operación de los servicios de tratamiento, establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS, la atención cuenta con las siguientes características:

Accesibilidad y disponibilidad

- El tratamiento debe ser accesible y oportuno para aquellas personas que lo necesiten y con acciones tendientes a alcanzar el nivel de salud y bienestar más alto posible.
- Los objetivos del tratamiento incluyen la atención del consumo de SPA, los problemas asociados de variada índole, la comorbilidad y los aspectos biopsicosociales.
- El programa debe favorecer los vínculos necesarios con otros servicios de tratamiento para SPA y el establecimiento de redes que cubran con la mayor solvencia posible las necesidades de los pacientes.

Motivación al tratamiento

- Servicios que favorezcan el ingreso de las personas a tratamiento y su permanencia en el mismo.

- Respeto por la condición humana que proteja los derechos fundamentales, lo que incluye: estar suficientemente informado acerca de las características del tratamiento propuesto, sus potenciales riesgos y beneficios, las distintas opciones disponibles y las posibles consecuencias de no recibirlo.
- Garantía del respeto a su dignidad, privacidad y confidencialidad.

Flexibilidad

- Brindar la posibilidad de realizar los ajustes necesarios durante el proceso de recuperación, implementando estrategias terapéuticas ajustadas a las necesidades individuales.

3. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN / TRATAMIENTO

A partir del reconocimiento del tratamiento como la intervención que potencialmente contribuirá a recuperar a las personas con consumo de SPA, es necesario definir cada una de las modalidades que al implementarse, darán respaldo a los objetivos de atención formulados.

3.1 ATENCIÓN URGENTE

La atención oportuna en los servicios de urgencias establece para muchos casos el paso definitivo en la determinación de los planes de tratamiento que han de ser eficaces en la recuperación de otras complicaciones agudas del consumo (intoxicación o síndrome de abstinencia). En cuanto a las modalidades de atención de urgencias se establecen:

3.1.1 Manejo de Intoxicación Aguda y del Síndrome de Abstinencia

El tratamiento de las alteraciones resultantes de la intoxicación aguda, del síndrome de abstinencia y del consumo compulsivo en pacientes dependientes de SPA, no constituye necesariamente una alternativa específica de tratamiento de los trastornos adictivos, se convierte en un complemento de gran utilidad y en ocasiones agente vital en el pronóstico del paciente. Es un abordaje terapéutico de dos entidades clínicas:

- Consumo de sustancias psicoactivas por uso actual o supresión del mismo
- Riesgo inminente de la vida de la persona, por ello la tecnología involucrada es esencialmente de tipo médico general o especializado (cuidados intensivos, toxicología) y enfermería.

Los servicios de desintoxicación deben articularse con las fases de tratamiento, de acuerdo a las necesidades del paciente sin que tengan necesariamente que estar ubicados en una misma modalidad. A continuación se relacionan diferentes niveles de intervención en la desintoxicación y el tratamiento del síndrome de abstinencia:

3.1.2 Desintoxicación Ambulatoria

Corresponde con cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, su intensidad no presenta riesgo alguno o tiene un mínimo riesgo de complicaciones; el manejo debe brindarse bajo supervisión médica, de acuerdo a protocolos establecidos, con profesionales entrenados y en un esquema de consultas periódicas.

3.1.3 Desintoxicación Residencial

Con supervisión médica: indicado en cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia, sus complicaciones potenciales pueden ser atendidas por un equipo terapéutico adecuadamente entrenado, siguiendo protocolos específicos de intervención. Requiere de supervisión médica pero no, de recursos hospitalarios.

Con manejo médico directo: Indicado en cuadros de intoxicación o de abstinencia de moderada a grave intensidad, con gran riesgo de complicaciones que deben ser atendidas por un equipo de profesionales de la salud, médicos y de enfermería con entrenamiento adecuado; siguiendo protocolos específicos de intervención y requiriendo de algunos recursos hospitalarios.

Hospitalaria con manejo médico intensivo: Indicado en cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad con alto riesgo de complicaciones, requiere un equipo de profesionales de salud, médicos y de enfermería, con el debido entrenamiento que asistan al paciente de manera continua, siguiendo las pautas establecidas en protocolos específicos de intervención y con el apoyo de todos los recursos hospitalarios.

3.1.4 Orientación y Referencia

El manejo de la intoxicación y del síndrome de abstinencia, requiere adicionalmente del servicio de orientación y apoyo para el manejo de la situación que rodea al evento médico propiamente dicho como es el caso del soporte psiquiátrico y de trabajo social a consultantes y familiares.

Se hace necesaria la realización de una evaluación integral (biopsicosocial) y las referencias a que haya lugar, a los programas de tratamiento para mantener la continuidad y evitar los ciclos repetidos de recuperación y recaídas con múltiples ingresos a los servicios de atención de agudos que suelen ocurrir cuando el tratamiento se interrumpe en las primeras fases de su desarrollo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica o social de una dimensión tan severa que requiere en forma inmediata atención médica y de enfermería.
- b) Pacientes con cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad, los cuales presentan alto riesgo de complicaciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Las condiciones de no cumplimiento de estos criterios establecen la exclusión del tipo de atención descrito.
- b) En caso de que un paciente rehúse participar de manera completa con las indicaciones definidas para el tratamiento, el profesional de la salud deberá dejar registro formal en historia clínica de las acciones implementadas como soporte a los objetivos planteados para la atención integral en SPA.

3.2 MODALIDAD I: AMBULATORIA

Incluye programas de intervención temprana y tratamiento, con la participación de un equipo interdisciplinario - médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional- con formación específica para el tratamiento de los trastornos por consumo de SPA o de salud mental. Incluye:

3.2.1 Intervención Temprana

Se concibe como un abordaje terapéutico en personas que se encuentran en situación de riesgo para un trastorno de dependencia o abuso. Implica la realización de actividades orientadas a reconocer y actuar sobre esos factores de riesgo asociados con el consumo de SPA.

Esta intervención vincula al consultante que refiere haber tenido un evento en el que haya consumido alguna de las SPA, con una frecuencia máxima de consumo de una vez al mes y sin evidencia de una afectación significativa de las áreas de ajuste del usuario.

3.2.2 Consulta Externa

Se define como la atención sistemática orientado por profesionales con formación específica para el tratamiento de los trastornos por consumo de SPA o de trastornos mentales, dirigido a personas que pueden beneficiarse de la modalidad de baja intensidad dentro de un plan para la atención que incluye objetivos definidos, actividades de evaluación e intervención clínica.

En esta modalidad, el consultante asiste a sesiones programadas regularmente y las intervenciones terapéuticas responden a parámetros establecidos en guías basadas en evidencias científicas. El tratamiento está orientado a promover cambios permanentes en la conducta de consumo e incluye la orientación hacia el desarrollo de estilos de vida saludables y patrones de comportamiento que potencien el logro de los objetivos terapéuticos en la consecución de una vida libre de SPA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Personas cuya evaluación muestra un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en esta modalidad.
- b) Personas que de manera voluntaria, por remisión o por resultados de tamizaje reconocen haber tenido consumo de SPA y presentan riesgo de volver a consumir.

- c) Personas que aunque pudieran requerir mayor intensidad de atención, en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa.
- d) Personas que han sido tratadas en una modalidad más intensiva y han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en esta modalidad.
- e) Personas con “diagnóstico dual”, que sufren trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables en la actualidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Personas que han incrementado el consumo de SPA de manera significativa en frecuencia y/o variedad, por lo cual requieren remisión al siguiente nivel de atención.
- b) Inasistencia en por lo menos el 30% de las sesiones programadas sin excusa justificada.
- c) Presencia de trastorno mental sin adecuado control.
- d) Detección de un grado mayor de severidad de su cuadro clínico.
- e) Evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención y que obstaculiza el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- f) Ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en esta modalidad.
- g) Paciente que estando en capacidad de dar consentimiento, rechaza el tratamiento y firma descargo de responsabilidad, avalado por su representante legal o acudiente.

3.3 MODALIDAD II: DE MEDIANA INTENSIDAD

Corresponde a programas de tratamiento ambulatorio que concentran sus intervenciones en pacientes que requieren mayor tiempo y frecuencia de atención para su recuperación, con la participación de un equipo interdisciplinario – médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, entre otros - con formación específica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias o de salud mental.

Las intervenciones están basadas en un protocolo definido de acuerdo con una agenda programada regularmente, incluyen componentes de atención médica 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. Se enmarcan en un plan individual de tratamiento, formulado con base en los problemas identificados, objetivos factibles y evaluables con la participación activa del consultante.

Para este tipo de servicios la atención está estructurada de manera intensiva con el objetivo de brindar educación sobre el problema del consumo de SPA y sus consecuencias, desarrollar las estrategias para alcanzar y mantener la abstinencia dentro de un encuadre que permita aplicar las herramientas adquiridas en el tratamiento dentro de su ambiente habitual.

3.3.1 Ambulatorio Intensivo

Tratamiento sistemático orientado por profesionales con formación específica para los trastornos por consumo de SPA o de trastornos mentales y dirigido a personas que pueden beneficiarse de la modalidad de mediana complejidad dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones; las cuales son programadas en una agenda de intensidad intermedia, con frecuencia diaria o varias veces a la semana (tres o más).

3.3.2 Clínica Día /Hospital Día

Tratamiento sistemático orientado por profesionales, dirigido a consumidores o dependientes de SPA que pueden beneficiarse en un encuadre de intensidad intermedia que apunte también hacia la oferta de un ambiente estructurado dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas para ser cubiertas en períodos de permanencia en el establecimiento durante todo el día, mañanas o tardes, con frecuencia diaria o de varias veces a la semana (tres ó más).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La inclusión de los pacientes - excepto los que ingresan por atención de urgencias - requiere de una evaluación interdisciplinaria de la condición biopsicosocial del consultante, en la cual se describen los componentes y criterios relacionados con el comportamiento adictivo, el tipo y cantidad de sustancia, tiempo y frecuencia de consumo, elementos de la atención brindada y su adherencia, motivación y resultados alcanzados.

Este informe-concepto de evaluación interdisciplinaria, debe estar respaldado por: Psiquiatría^{61*}, Psicología*, Trabajo Social*, Terapia ocupacional, Neuropsicología y otros profesionales que se considere oportunos de acuerdo a la condición del paciente.

A continuación se relacionan los criterios de inclusión:

- a) Consultantes cuyos problemas tienen un grado de severidad que requieren ser manejados en un programa ambulatorio, con reforzamiento en la intensidad de los cuidados terapéuticos y la oferta de un ambiente estructurado, los cuales pueden ser brindados en una frecuencia diaria y/o durante períodos de permanencia de varias horas.
- b) Consultantes que han sido tratados en una modalidad más intensiva (hospitalaria/residencial) y que han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad de atención menos intensiva.
- c) Consultantes que han sido dados de alta de ambiente hospitalario, luego de desintoxicación y requieren beneficiarse de modalidades ambulatorias.
- d) Ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad consulta externa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Personas que incrementan el consumo de SPA de manera significativa en frecuencia y/o variedad, por lo cual requiere remisión al siguiente nivel de atención, de alta complejidad
- b) Inasistencia en por lo menos el 20% de las sesiones programadas sin excusa justificada.
- c) Presencia de trastorno mental que requiera hospitalización o internación.
- d) Condición clínica médica que amerite tratamiento intrahospitalario
- e) Detección de un grado mayor de severidad de su cuadro clínico de abuso
- f) Evidencia recurrente de la incapacidad del consultante para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención
- g) Ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del consultante que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad ambulatoria /hospital día.
- h) Consultante que estando en capacidad de dar consentimiento rechaza el tratamiento y firma descargo de responsabilidad, avalado por su representante legal o acudiente.

3.4 MODALIDAD III: RESIDENCIAL

Se refiere a programas de intervención terapéutica basados en un encuadre de permanencia en una institución durante las 24 horas, bajo la atención continua de un equipo acreditado en el tratamiento de abuso y/o adicción a SPA y bajo lineamientos de protocolos con base científica. Se caracterizan por estar enmarcados en el tratamiento comunitario como agente terapéutico, incluyen programas de atención como la “Comunidad Terapéutica” o “Centros especializados de Rehabilitación”, donde la participación es de intensidad variable, dependiendo de las necesidades de los usuarios.

El apoyo, la estructura permanente y la participación grupal que se garantiza en la modalidad residencial, permiten al consultante el desarrollo de herramientas y habilidades interpersonales, orientadas a la recuperación, adopción de estilos de vida saludables y proyecto de vida libre del consumo de SPA.

A través de la atención en esta modalidad (Residencial / Comunidad Terapéutica), se espera que las personas tratadas logren los siguientes objetivos:

- Permanencia libre de consumo de SPA
- Cambios globales en su estilo de vida, actitudes y valores
- Mejoría y/o recuperación de los déficits funcionales y estructurales.
- Disminución del riesgo de recaídas.
- Incremento de los comportamientos pro sociales.
- Uso de las herramientas de recuperación obtenidas.
- Mantener un nivel funcional en sus áreas de ajuste



- Desarrollo de procesos de autonomía
- Reintegro al ambiente laboral, educativo y familiar.

Los programas correspondientes a esta modalidad de atención deberán abordar los procesos de evaluación y tratamiento. Se desarrollarán bajo el control del equipo de profesionales de la salud acreditados, así:

- Enfermería
- Psiquiatría
- Psicología
- Medicina General
- Interconsulta a especialistas
- Trabajo social
- Terapia Ocupacional
- Grupos de apoyo psicosocial

Dentro de las intervenciones que están demostrando eficacia a nivel terapéutico para diversos trastornos se encuentran los **Grupos de Apoyo Psicosocial**, estrategia que en sí misma no es considerada como un programa de tratamiento, sin embargo, ofrece una propuesta de trabajo muy importante tanto en procesos psicoeducativos como psicoterapéuticos. Estos grupos son guiados por personas con formación y entrenamiento en estas estrategias, quienes definen previamente temáticas de pertinencia para el abordaje clínico de los trastornos emocionales y del comportamiento.

De otra parte, como derivada de estos grupos de apoyo se encuentran los denominados **Grupos de Autoayuda**, constituidos por las personas afectadas, los pacientes y sus familiares los cuales buscan uniendo esfuerzos orientar y fortalecer los mecanismos de recuperación y rehabilitación de todos aquellos que han sido vulnerados por el consumo de SPA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los programas correspondientes a esta modalidad están indicados para aquellos consultantes que presentan trastornos específicos en su funcionamiento y requieren de un ambiente residencial estable y seguro. Se vinculan con intervenciones ya sea de forma integrada o funcionando separadamente bajo estrecha coordinación. En personas que:

- a) Necesiten mayor tiempo de intervención terapéutica en un ambiente que favorezca su recuperación y adopción de herramientas de afrontamiento funcionales.
- b) Requieren ambientes controlados para reducir al mínimo la influencia de factores de riesgo y precipitantes de consumo.
- c) Presenten déficits funcionales y/o estructurales que les impidan o dificulten el uso de las herramientas de recuperación, de responsabilidad personal, o están desconectados del mundo laboral, educativo o de la vida familiar.
- d) No han logrado reconocer que tienen un problema con el consumo de SPA y se tiene evidencia de una afectación significativa de las áreas de ajuste
- e) Se encuentran en un estado temprano de disposición al cambio y requieren de estrategias de motivación, monitoreo para prevenir su deterioro, compromiso en su tratamiento y facilitar su progreso a través de los estadios de cambio hacia la recuperación.

- f) Presentan efectos muy significativos de los trastornos por uso de sustancias, donde las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en modalidad ambulatoria no son posibles o carecen de efectividad.
- g) Con trastornos cognitivos, que dificulten sus relaciones interpersonales o el desarrollo de habilidades de afrontamiento.
- h) Relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral-educacional y sistema de valores antisociales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

56

- a) Pacientes que han sido tratados en esta modalidad residencial y han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad de tratamiento ambulatorio.
- b) Incumplimiento reiterativo de las normas de la institución y de los compromisos adquiridos por el consultante y/o su acudiente al inicio del programa, lo cual imposibilita continuar el tratamiento y lograr los objetivos terapéuticos.
- c) Agudización del trastorno mental en consultantes con comorbilidad
- d) Evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención, que obstaculizan el cumplimiento de objetivos terapéuticos.
- e) Ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad residencial
- f) Paciente que estando en capacidad de dar consentimiento rechaza el tratamiento y firma descargo de responsabilidad, avalado por su representante legal o acudiente.

3.5 MODALIDAD IV: HOSPITALIZACIÓN

Los programas ubicados en esta modalidad de atención están representados por aquellos establecimientos que proveen servicios de tratamiento durante las 24 horas, basados en un protocolo de intervención, dentro de un plan de tratamiento en un ambiente hospitalario, con evaluación médica directa y especializada para consumidores que presenten necesidades derivadas de trastornos mentales y/o por consumo de sustancias psicoactivas y complicaciones de tipo médico dentro de un plan de tratamiento con objetivos definidos.

Los programas correspondientes a esta modalidad de atención incluyen:

- Evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, bajo el control del equipo de profesionales de la salud acreditados.
- Medicina General
- Interconsulta con especialidades

- Enfermería
- Psiquiatría
- Psicología
- Trabajo social
- Terapia Ocupacional

Los procedimientos que constituyen la atención se brindan en establecimientos que cuenten con todos los recursos de un hospital general de agudos o de un hospital especializado en psiquiatría y están a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales médicos y de otra ramas, con entrenamiento en el tratamiento de problemas por consumo de sustancias psicoactivas, los cuales prestan servicios planificados de evaluación y tratamiento, con base en un protocolo definido de intervenciones clínicas.

Es la modalidad de tratamiento más intensivo dentro del continuum de atención, tiene como objetivo principal corregir los desequilibrios en el estado del paciente, estabilizarlo y prepararlo para su eventual inclusión en un programa de tratamiento bajo un encuadre menos intensivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La atención en esta modalidad incluye la prestación de cuidados de tipo agudo de aquellos pacientes que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica o social, de una dimensión tan severa que requiere primeramente atención médica y de enfermería.

Esta modalidad está indicada para personas que presentan:

- a) La ocurrencia de cambios imprevistos en su funcionamiento y que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad ambulatoria o residencial.
- b) La evidencia recurrente de la incapacidad para beneficiarse del tratamiento en otra modalidad de atención.
- c) 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.
- d) Problemas de intoxicación o síndrome de abstinencia moderado o severo.
- e) Problemas médicos moderados y severos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes que han sido tratados en esta modalidad y han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad residencial.
- b) Incumplimiento reiterativo de las normas de la institución y de los compromisos adquiridos por el paciente y/o su acudiente que imposibilitan continuar el tratamiento y lograr los objetivos terapéuticos.

- c) Evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención, que obstaculizan el cumplimiento de objetivos terapéuticos y que determina la vinculación con otra institución.
- d) Paciente que estando en capacidad de dar consentimiento rechaza el tratamiento y firma descargo de responsabilidad, avalado por su representante legal o acudiente.

En resumen, se plantean los diferentes componentes del modelo de abordaje integral en el consumo de SPA dentro del Subsistema de Salud de las FF.MM., que determina los diferentes momentos y conceptualización de las actividades que conforman el modelo, así como las instancias que tendrán a su cargo el desarrollo del mismo.



CAPÍTULO IV

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La adicción es una enfermedad prevenible. Los resultados de las investigaciones auspiciadas por el National Institute on Drug Abuse - NIDA⁶² han demostrado que los programas de prevención que involucran a la familia, el medio académico, la comunidad y los medios de comunicación son eficaces para reducir el abuso de drogas. Si bien existen muchos eventos y factores culturales que afectan la tendencia a consumir drogas, cuando las personas perciben al abuso de drogas como perjudicial, reducen el mismo. Por lo tanto, es necesario ayudar a los consultantes y a la población en general, a comprender los riesgos del abuso de drogas y continuar promoviendo, a través de los maestros, padres y profesionales de la salud, el mensaje que la adicción a las SPA se puede prevenir, si la persona se **abstiene de comenzar a abusar de las drogas en primera instancia**.

Considerando la prevención en consumo de sustancias psicoactivas como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentar el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de la droga; se hace indispensable crear una cultura de la prevención para enfrentar esta problemática.

El fenómeno del consumo de SPA ha variado en los últimos **años**, con la aparición de nuevas sustancias, el incremento del consumo de drogas legales y una edad de inicio cada vez más temprana. Por ello las acciones mundiales están encaminadas a implementar herramientas que ayuden a **evitar el consumo de drogas**.

Los diferentes niveles de prevención, tienen como propósito fortalecer recursos personales y sociales que favorezcan el desarrollo de estilos de vida y entornos saludables. La **prevención primaria** está destinada a las personas no consumidoras de drogas y su objetivo es evitar que se inicien estos consumos. La **prevención secundaria**, dirigida a consumidores de drogas en fases iniciales, donde todavía no están consolidados los problemas de abuso de las mismas, tiene como objetivo lograr una detección precoz y prestar atención temprana a estas personas. Y la **prevención terciaria**, orientada a personas que ya presentan problemas de abuso o dependencia de drogas, tiene como objetivo atenderlas y reducir daños asociados al consumo (alude a la rehabilitación y reinserción social/seguimiento).

Dentro de las estrategias que respaldan los objetivos mencionados se describen:

ESTRATEGIAS UNIVERSALES: Son aquellas que se dirigen al conjunto de la población (por ejemplo, los adolescentes), independientemente del nivel de riesgo al que esté sometida.

ESTRATEGIAS SELECTIVAS: Son las que se dirigen a grupos de riesgo previamente identificados, de los cuales se conoce que están sometidos a niveles de riesgo superiores a los de la media (por ejemplo, los hijos de drogodependientes).

ESTRATEGIAS PARTICULARES: Orientadas de forma específica a individuos de quienes se sabe están sometidos a situaciones de alto riesgo (por ejemplo, componentes de un grupo seleccionado por vivir en contexto de alta vulnerabilidad, de zonas geográficas que registran altos niveles de consumo y tráfico de drogas, que han experimentado a corta edad con distintas drogas, etc).

62 NIDA, 2009.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son dos conceptos estrechamente relacionados y se refieren al proceso mediante el cual las personas toman decisiones responsables para mantener o mejorar su estado de salud. La Promoción de la Salud, se puede definir como el proceso mediante el cual se busca ayudar a las personas a obtener un control personal de su salud, modificando ciertos hábitos y adoptando un estilo de vida conducente a un estado óptimo de salud. A su vez, la prevención corresponde a un conjunto de estrategias médicas y de salud pública destinadas a reducir la ocurrencia de la enfermedad, a fomentar, mantener o restaurar la salud cuando se ha producido algún daño⁶³.

La prevención debe encaminarse a todo el personal de las Fuerzas Militares y especialmente a aquellos grupos potencialmente vulnerables, para brindarles toda la información disponible respecto de las consecuencias para la salud, la institución, la familia y la sociedad y hacer pública la toma de conciencia en cabeza de comandantes respecto de la imperiosa necesidad de vivir libre de drogas, además conscientes de la total incompatibilidad con la vida militar y con los valores que rigen a la institución castrense.

Al igual que otro programa de salud mental, es muy importante disponer de información sencilla, actualizada y aplicada al contexto, que resalte coherencia, pertinencia y practicidad como aporte a la Misión Institucional. Se resalta la disposición de elementos ambientales del medio militar que promuevan un ambiente saludable, organización de alojamientos, trato adecuado, manejo adecuado del tiempo libre, realización de actividades deportivas, participación activa de comandantes, entre otros.

60

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer acciones orientadas a prevenir el consumo de SPA y optar por estilos de vida saludable que promuevan el bienestar psicológico entre la población de usuarios del SSFM.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el desarrollo de estilos de vida saludable de abordaje individual y/o grupal que permitan evitar o minimizar el interés por el consumo de SPA.
- Potenciar los factores de protección para prevenir o disminuir el consumo de SPA.
- Propiciar y fomentar en los grupos poblacionales, hábitos de vida saludable y habilidades que favorezcan una relación sana en los diferentes escenarios de vida dentro y fuera del medio militar.
- Fortalecer la vivencia y exigencia de un comportamiento acorde con los valores institucionales.

2. MARCO DE REFERENCIA

Los programas de prevención y promoción establecen dentro de sus principios la participación de todos aquellos que representan a la comunidad y son sus objetivos principales, las poblaciones consideradas como de mayor vulnerabilidad. La labor del psicólogo en los diferentes Establecimientos de Sanidad Militar y Unidades Militares, tanto para personal uniformado como civil y beneficiario, implica partir de actividades de la vida diaria, así como del reconocimiento de la influencia que estas ejercen en el comportamiento de las personas. Aspecto que consolida el prevenir otros problemas de relevancia para el personal en salud mental (riesgo de suicidio, problemas de interacción, trastornos de estado de ánimo y en general tópicos de atención psicológica), mediante estrategias como la educación para la salud.

La intervención implica el desarrollo de modelos y estrategias de educación para la salud que se define como un proceso deliberado de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo⁶⁴. La educación para la salud tiene como finalidad influir positivamente en esta y sus estrategias deben alentar la fortaleza individual y los factores que protegen a los individuos en entornos y situaciones de estrés⁶⁵.

Las alternativas en los programas de promoción orientan el desarrollo de aptitudes individuales, comportamientos y un estilo de vida sano y bien establecido, respaldados en apoyo constante de las partes, como son: comandantes, líderes y de todos aquellos que promueven la interacción social, donde el aprendizaje permita un mayor desarrollo individual y colectivo.

Frente al trabajo que se requiere adelantar, es necesario enfatizar de manera particular en la comunicación interpersonal, la habilidad para resolver problemas y la toma de decisiones como componentes centrales. Establecer el abordaje de educación para la salud con niños, adolescentes y adultos, donde en últimas se busca potenciar al individuo a lo largo de su ciclo vital, para incorporar aquellos elementos que han de favorecer su óptimo desarrollo y permitir el mayor nivel de adaptación posible.

3. METAS DEL MODELO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Las metas que se buscan alcanzar con el Desarrollo de Modelos de Educación para la Salud son:

- Empoderar a los individuos en actividades de control y poder sobre su propia vida, acogiendo oportunidades, recursos, apoyos personales y del contexto que afectan su vida y de los que dependen sus decisiones y acciones.
- Potenciar el aprendizaje, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y competencias como componentes del poder y control sobre la vida.
- Promover los factores de protección frente a los factores de riesgo, las fuentes de estrés y los factores de recuperación después de las crisis y la adversidad.
- Fortalecer los recursos profesionales para las intervenciones transformadoras de educación para la salud.

64 Costa, M. y cols, 2008.

65 Gallar, M., 2006.

4. ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD

La educación para la salud adopta tres estrategias imprescindibles:

- **Detectar problemas de salud:** a través de diversos procedimientos que permitan reconocer la presencia de factores de riesgo o de fenómenos que afectan la salud de los grupos poblacionales. Para ello se sirve de estrategias como encuestas, debates, medios de comunicación, etc.
- **Motivar:** mediante el reconocimiento de las necesidades en salud y la modificación de hábitos perjudiciales, con lo cual se pretende identificar los medios para lograr una vida sana. Gallar⁶⁶ plantea que existen una serie de aspectos que se requiere fomentar:
 - Capacidad de decisión personal, sin imposiciones externas.
 - Fomento de la autoestima.
 - Incremento de la motivación para superarse y disminuir la tendencia a ser influido negativamente por su entorno.
- **Instruir:** se hace necesario disponer de tecnologías educativas precisas y bien empleadas, con objetivos y metas claras; teniendo en cuenta, que su ausencia podría generar comportamientos poco saludables y motivaciones muy bajas para un cambio real.

5. ELEMENTOS BÁSICOS DE LOS PROGRAMAS

Los programas de promoción de la salud buscan fortalecer el auto empoderamiento, proceso por medio del cual grupos e individuos incrementan el control sobre sus ambientes físicos, sociales e internos. Algunas estrategias facilitadoras de este proceso son: técnicas de solución de problemas, entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales, todas ellas en el marco del aprendizaje participativo que han de servir a la hora de responder a la presión social o de grupo, entre otros⁶⁷.

Al establecer y diseñar estrategias de prevención y promoción frente al consumo de SPA y otras adicciones, se requiere fortalecer los siguientes aspectos:

- Disponibilidad y acceso de la población de usuarios a los servicios de atención en salud mental en los Establecimientos de Sanidad Militar o Unidades Militares.
- Fortalecimiento del recurso humano: se requiere contar con personal que tenga la capacitación necesaria, para ampliar y mejorar todas las intervenciones en salud, debido a que la atención de las problemáticas en mención dependen en gran medida del personal de salud, más que de la tecnología o de equipos sofisticados.
- Disponibilidad de herramientas simplificadas de diagnóstico y tratamiento: instrumentos, registros y escalas que faciliten la intervención de los miembros del equipo de salud mental en la prevención y promoción de salud y la detección temprana de factores de riesgo.

6. ESTRATEGIAS DE APOYO EN LA EJECUCIÓN DE LAS TEMÁTICAS

El inicio de la intervención en prevención por parte de los profesionales en salud mental, debe ajustarse, a las características particulares de los grupos poblacionales, teniendo en cuenta variables de tipo cultural y psicosocial que permitan hacer un mejor ajuste de la estrategia en la consecución de los objetivos propuestos. Dentro de estas se incluyen:

- Psicoeducación
- Campañas
- Grupos focales (que permita aprovechar individuos con rasgos favorables al proceso)
- Vinculación con procesos que determinan incentivos y contingencias.
- Medios de difusión
- Creación de medios de divulgación de información pertinente (desarrollo de folletos, cartillas, etc.).
- Concursos donde se resalten habilidades y valores que se respaldan en la misión institucional

7. PROGRAMAS

7.1 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Los contextos en los que se desenvuelven los individuos crean relaciones que afectan su autonomía y su desarrollo personal. Se identifican factores de riesgo que en algún momento pueden llevarlos a asumir comportamientos de exposición a condiciones de riesgo, en este caso frente al consumo de SPA y al vínculo con otras adicciones.

Los estilos de vida se manifiestan a través de conductas, actitudes, vivencias y hábitos que cada persona realiza en su cotidiano vivir. Estas respuestas pueden ser situacionales, transitorias o tornarse repetitivas y estereotipadas; en este caso, podría verse obstaculizado el despliegue de la creatividad y la posibilidad de cambio. El valor positivo o negativo de estos hábitos dependerá de las experiencias en su desarrollo, su idea de mundo, sus valores, principios y, en general, del sistema de creencias. Las relaciones que la persona establezca consigo misma, con otras y con su medio ambiente, conformará su estilo de vida, entendido como un modo de ser en el mundo.

Algunos de los aspectos que han de resaltar el desarrollo de estilos de vida saludable contemplan las siguientes temáticas.

ALIMENTACIÓN

Se tiene claro que la alimentación juega un papel determinante en la vida de los organismos. Las personas establecen vínculos especiales con la comida que van más allá de la atención de necesidades básicas como el hambre y la sed. Las preferencias y elecciones en alimentos y bebidas se encuentran influidos por una interacción compleja de procesos que incluyen las costumbres, la cultura y la disponibilidad, sin embargo, se puede disponer de información básica acerca de los alimentos y mantener un régimen nutricional que asociado a circunstancias especiales diarias alcancen los objetivos de una buena alimentación.

El riesgo de obesidad y la mala nutrición se observa no solo en países donde existe una amplia diversidad de alimentos, sino también en la comodidad que representa para algunas personas “comer cualquier cosa”. Las grandes industrias buscan persuadir a la gente para consumir, incluso más comida de la requerida, especialmente aquella con altos contenidos energéticos, aumentar el tamaño de lo servido y un mejor precio por ordenar una mayor cantidad, etc.,

Para efectuar un cambio de comportamiento frente a la alimentación, los mensajes deben ser simples, claros y consistentes. Es importante contar con personas expertas (nutricionistas) que puedan ayudar a consolidar las estrategias

Estrategias:

- Disponer de información relacionada con los alimentos, en forma convencional se utiliza la tabla de nutrientes.
- Complementar la información anterior con sesiones informativas y talleres donde se trabaje los beneficios de una buena alimentación, por ejemplo establecer la “semana contra el sobrepeso y la obesidad”.

En relación con el alcohol es importante trabajar en función de la evidencia acerca de los riesgos para la salud asociados con un aumento en el consumo de la bebida. Se puede mencionar la ambivalencia que ha existido sobre el licor, la cantidad de consumo y los beneficios que en algún momento se han otorgado para el individuo. Cuando se interviene sobre programas de prevención y promoción para la salud, el objetivo es enseñar a las personas que el consumo sin control en todos los casos representa afección para la salud. Al respecto Marks, y cols, mencionan diferentes clases de riesgos:

Riesgos al ingerir demasiado alcohol:

- Accidentes automovilísticos, industriales o domésticos; caídas, fuego, ahogamiento
- Violencia doméstica o hacia otras personas (sitios públicos, áreas de trabajo, etc.)
- Violencia doméstica o de otras formas como víctima
- Embarazos no deseados; contagio con enfermedades de transmisión sexual por actividad sexual sin protección.

Riesgos en que se incurre por la bebida crónica regular

- Muerte por cirrosis hepática y pancreatitis aguda
- Daño neurológico irreversible
- Incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer
- Problemas causados por la dependencia al alcohol
- Exacerbación o dificultades preexistentes tales como depresión y problemas familiares
- Pérdida del empleo

Riesgos en que incurren las mujeres que beben durante el embarazo

- Síndrome alcohólico fetal
- Aborto espontáneo
- Bajo peso del bebé al nacer

Las estrategias a implementarse para el trabajo con los grupos poblacionales pueden implicar jornadas sobre “salud y alcohol”, con el propósito de resaltar los riesgos en que se incurre al ingerir demasiado alcohol tanto en una ocasión como en forma crónica regular, y de igual forma, se pueden considerar escenarios de práctica de otras actividades y diversión en los que se trabaje el lema de “disfrutar sin alcohol” todos ellos serán ajustados por el equipo de salud.

ACTIVIDAD FÍSICA

El interés por la actividad física como un medio para promover la salud en la población, ha sido creciente en los últimos diez años. Se han identificado los beneficios para la salud cuando se realiza actividad física de manera regular, como reducción del riesgo de cardiopatías coronarias, obesidad, cefaleas, entre otros.

Es importante aclarar que la actividad física no corresponde a la práctica de un deporte propiamente dicho, incluye actividades como jardinería, barrer, jugar de forma activa con los niños, caminata enérgica, todas ellas manteniendo la recomendación establecida por la Asociación Americana del control y prevención de enfermedades: práctica de treinta minutos diarios totales que han de favorecer la salud de las personas.

Las estrategias que pueden favorecer el cumplimiento de este objetivo, incluyen el desarrollo de programas basados en el hogar, el ejercicio informal no supervisado, contacto profesional frecuente con la asistencia a gimnasios, caminatas como ejercicio regular sostenido. Con base en esto se puede establecer:

- Campañas de caminatas ecológicas ajustables a un mapa del lugar donde se adelanten estas acciones y que favorezca la participación de todos.
- Evaluación “donde estoy y para dónde voy”, tiene como propósito identificar los datos de peso corporal, índice de masa general, factores de riesgo para enfermedad y comorbilidades que puedan ser la fuente de trabajo para el desarrollo de planes individualizados donde la persona sea su gestor y control al mismo tiempo.
- Búsqueda de apoyo institucional con entidades como el Instituto para la recreación y el deporte IDRD (Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, Alcaldías Menores, Coldeportes) que con sus diferentes comités en las ciudades pueden vincular profesionales como soporte a las campañas de actividad física.

7.2 MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

El manejo de tiempo libre en un mundo donde todo está programado representa un desafío, porque siempre se espera tener tiempo y en ocasiones al tenerlo, las personas en ocasiones no tienen claridad de cómo aprovecharlo.

Las indicaciones sobre la estructuración del tiempo libre involucra elementos culturales, espacios lúdicos, de descanso, contemplación o de reflexión sobre sí mismos y sobre su entorno, de tal forma que se resalte un buen nivel de motivación y disposición en llevar a cabo otras actividades en los diversos escenarios de vida (Ver Anexos 21 y 22).

7.3 MANEJO DE ESTRÉS - AFRONTAMIENTO

El estrés puede estar presente en la cotidianidad, sin importar en forma fundamental las experiencias y actividades que se realizan. Los factores que hacen manifiesta su presencia pueden ser transitorios y de breve duración o de carácter permanente y crónico. Si se dispone de señales que permitan a la persona reconocer dichos factores podría discernir su grado de amenaza; solo entonces podrá requerir afrontar el problema, tener la oportunidad de promover un cambio en la situación y desde otra perspectiva redirigir la atención hacia la posibilidad de resolver las dificultades de manera funcional.

Uno de los fenómenos más interesantes en relación con el estrés lo determina la presión de grupo o social, es decir, cuando el grupo de alguna manera, presiona o violenta al propio individuo sin dejarle opciones de elección libre. En algunos casos, la necesidad de ser aceptado, la curiosidad de experimentar cosas nuevas que le proponen, los afectos que se desarrollan con el entorno y la configuración social, hacen que se pueda ser vulnerable a la influencia de otros.

7.4 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES

El propósito de generar entrenamiento en esta área es facilitar que los participantes puedan afrontar adecuadamente las diferentes circunstancias en las que se reconozca que el consumo de SPA se convierte en una opción viable, al enfrentar experiencias problemáticas o de presión de grupo.

La destreza para resolver problemas implica el dominio de habilidades de comunicación y es un componente importante en el desarrollo humano. En los diferentes textos que abordan este tema se establecen los siguientes pasos:⁶⁸

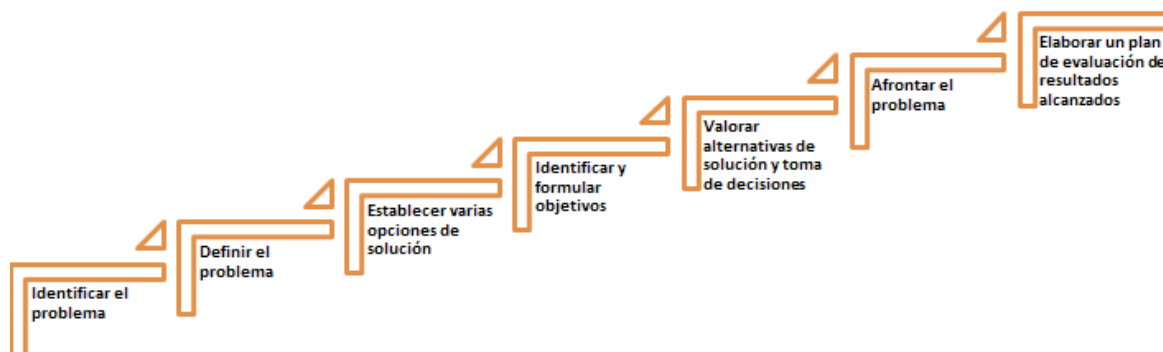


Figura 18. Ciclo Resolución de problemas

Un problema es la diferencia que existe entre la situación real y la situación deseada. En salud personal, corresponde a un sentimiento de discrepancia entre cómo se percibe la vida personal - en relación con el bienestar y con las prácticas de salud y de riesgo - y cómo se espera o le gustaría que fuera.

Las intervenciones en esta área permiten identificar tres objetivos:

- Suscitar ánimo apropiado y reflexión.
- Promover confianza y sentimientos de autoeficacia
- Preparar las condiciones del entorno que facilitan la solución de problemas y la toma de decisiones tanto en metas a corto plazo y otras que sean identificadas como finales.

Estrategias de trabajo:

Su implementación aplica tanto en forma individual como grupal. A continuación se brindan una serie de pautas que serán de utilidad en la actividad de los psicólogos

- **Definición del problema:** se orienta al participante a desarrollar los interrogantes dentro de los cuales se incluyen: ¿Qué tengo y qué me gustaría tener?, ¿Por qué lo que vivo no es lo que quiero?, ¿Qué me hace sentir esta situación?, ¿Qué me gustaría tener o alcanzar?, ¿Por qué no es fácil tratar de resolver esta situación? ¿Qué hacer cuando me ofrecen consumir alcohol u otra sustancia?
- **Pensar en muchas soluciones:** implica que se describa a la solución como aquello que las personas hacen para alcanzar un objetivo y que lleve a reconocer que le permita resolver un problema, las soluciones pueden llevar a que se establezcan posibilidades como “lluvia de ideas” para luego ser evaluadas a través de una adecuada valoración que permita augurar mejores resultados.



- Establecer un plan de acción: implica elaborar una descripción sobre las actividades que requiere la persona para lograr lo planeado. Tener en cuenta que algunos problemas no requieren cambios especiales, formular interrogantes como: ¿en qué cosas hay que pensar para asegurar que el plan funcione?, ¿existen incentivos sobre los resultados que tendría el plan?, ¿cuándo es el mejor momento para hacerlo?

Es necesario también definir qué podría pasar si el plan no sale como se esperaba, sería conveniente que con el participante se describan las alternativas para complementar lo establecido.

7.5 PROYECTO DE VIDA

A lo largo del ciclo de desarrollo el ser humano se enfrenta entre otros elementos a reconocer un aspecto de identidad personal y responder a preguntas orientadas sobre su función en la sociedad. Los individuos más vulnerables al consumo de SPA pueden tener vacíos en la valoración de lo que ha sido su vida hasta el momento y con ello aumentar el riesgo frente a esta conducta.

Para implementar estrategias que promuevan la motivación por comprometerse con el desarrollo de un proyecto de vida libre de SPA, se sugiere tomar en cuenta:

- Resaltar la capacidad que tiene el individuo sobre la formulación de metas alcanzables y la motivación frente a su consecución.
- Plantear las desventajas que acarrearía para la vida, la vinculación con conductas de riesgo en especial sobre el consumo de SPA.
- Promover elementos sobre el sentido que tiene la vida, es decir, identificar aquellas tareas que la vida le plantea, respaldadas en la consolidación de valores individuales.
- Resaltar la responsabilidad que tiene la persona sobre sí mismo y sobre las otras personas que acompañan su proceso de vida.

Estrategias:

El objetivo de este ejercicio es identificar aquellos valores o reglas de comportamiento propios de la cultura y de los diferentes escenarios en los cuales se desenvuelve la persona. Se sugiere trabajar en interrogantes como:

- ¿Cuáles son los principios que rigen mi vida?
- ¿Qué hago cuando otros son diferentes a mí?
- ¿Por qué se me dificulta relacionarme con otros?
- Todos estos interrogantes buscan comprender aspectos de sentimientos, pensamientos y valores personales y de los demás y que hacen parte del reconocer cuáles son los factores protectores alrededor de la posibilidad de iniciar consumo de sustancias psicoactivas.
- Ejercicios de promulgación de valores: mediante dinámicas de publicidad representativas de los valores que guían la vida cuando se tiene vinculación con escenarios como las FF.MM.

7.6 AUTOESQUEMAS

El reconocimiento de sí mismo plantea en las personas la sumatoria de componentes autoestima, autoimagen, autoeficacia y autoconcepto. A lo largo de la historia, se ha dado peso a cada uno de ellos cuando se concibe en forma integral al individuo.

Cuando existe un problema, en particular sobre el consumo de SPA se busca aclarar los factores que lo propiciaron, en muchos casos se identifican en la evaluación clínica el compromiso de estos factores y por lo tanto en las intervenciones clínicas se pretende restablecer el equilibrio que favorezca la recuperación del paciente.

De acuerdo con lo anterior, las acciones de prevención y promoción pueden entonces desarrollarse a lo largo del ciclo vital, nunca sería demasiado temprano para contribuir con el buen desarrollo y potencial de las personas. Se daría cumplimiento con el lema “mente sana, cuerpo sano”.

Estrategias

Desarrollar la denominada “biografía personal”, donde las personas que integran la actividad pueden identificar comportamientos, emociones, pensamientos, recuerdos, acciones, sensaciones físicas que le han sido importantes y que le permiten reconocer su “individualidad”, ¿Quién soy?, ¿Qué soy? y ¿Cómo me defino?

Luego de responder a estas preguntas en forma individual o grupal se verbalizan aquellos elementos que le son importantes en momentos como: al decidir si atiende o no al ofrecimiento de consumo de SPA, razones para no consumir, ¿qué hay en mí que fortalece mi decisión?; aspectos que podrán ser compartidos con el terapeuta como facilitador.

También puede considerarse el ejercicio “cómo estoy y cómo me siento” orientado a atender aquellos aspectos que con las circunstancias cambiantes de la vida (por ejemplo la vida militar) han afectado positiva o negativamente a las personas y cómo se puede promover una mayor adaptación.

CAPÍTULO V

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA

En este apartado se describen las condiciones de detección y atención temprana de las personas que han iniciado el consumo de psicoactivos; así como la implementación de estrategias de evaluación e intervención que permitan modificar este comportamiento y retornar a condiciones de ajuste psicosocial (ver tabla 8). Es una manera especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia, a través de acciones como la detección oportuna y la limitación del daño ocasionado por el consumo de sustancias psicoactivas. Se incluyen procesos de evaluación psicológica sobre factores conductuales, emocionales y cognoscitivos así como la descripción de estrategias de intervención.

La intervención temprana debe basarse en un **diagnóstico precoz** mediante campañas en la población, específicamente en grupos de riesgo. La disponibilidad de atención específica a través de los Establecimientos de Sanidad Militar constituye una intervención fundamental, para prevenir la progresión de la enfermedad a estadios más avanzados.

ESTRATEGIA	OBJETIVO	OPCIONES DE TRABAJO
Prevenir	Influir en comportamientos de riesgo: - Ausencia de redes de apoyo - Déficit en habilidades sociales - Disponibilidad de la sustancia - Insuficiencia de estrategias funcionales para manejar la tensión y el estrés. - Dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables - Baja autoestima	Identificar la población vulnerable mediante: - Encuestas de tamizaje - Campañas educativas y de sensibilización - Activación de redes de apoyo
Capacitar	Mejorar las competencias y habilidades para relacionarse con el otro y resolver problemas en las diferentes áreas de ajuste.	Grupos focalizados de la población en general: - Grupos de riesgo. - Personal de comandantes y cuadros - Familias y educadores
Fortalecer contextos	Promover espacios de interacción, libres de sustancias psicoactivas y consolidación de redes de apoyo (familia y escenarios de desarrollo individual)	- Intervenciones grupales - Desarrollo de campañas - Restricción de acceso a licor, tabaco y drogas

Tabla 8. Estrategias de detección temprana

1. DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana en el ámbito del consumo de drogas implica acciones que identifiquen o detecten signos, señales o situaciones que hacen suponer un consumo problemático de las sustancias psicoactivas; la necesidad de iniciar actividades y estrategias que detecten en forma temprana este problema radica en que el consumo altera la percepción y la motivación para iniciar cambios en los estilos de vida, aspecto que dificulta el análisis y reflexión de la problemática por parte del individuo y por ende, su toma de decisiones.

1.1 OBJETIVOS

70

- Reconocer las condiciones del entorno que potencialmente puede representar un nivel de riesgo adicional sobre la conducta de consumo (entorno)
- Identificar el nivel de riesgo que tiene el consumo de la persona
- Establecer las condiciones psicológicas (rasgos de personalidad – aspectos emocionales) asociadas a la conducta de consumo que requieren de intervención profesional

1.2 TAMIZAJE

La detección precoz puede ser realizada mediante tamizajes.

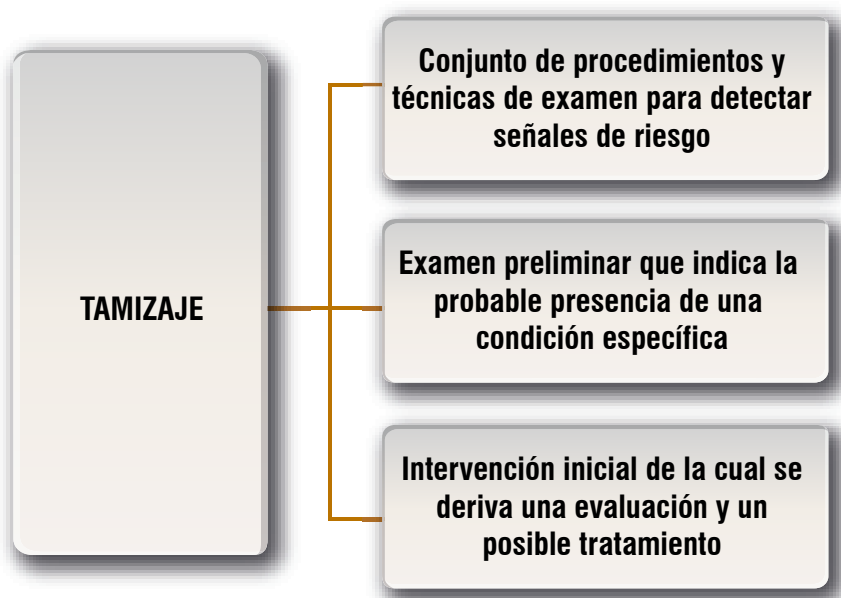


Figura 19. Definición tamizaje

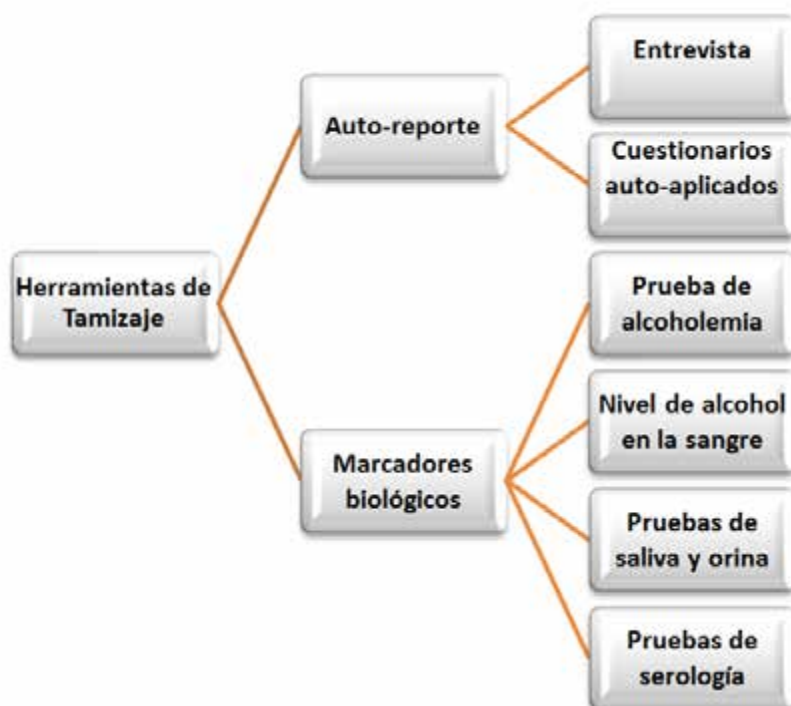


Figura 20. Herramientas de tamizaje

Considerando el problema de las drogas como un aspecto que afecta también a las Fuerzas Militares, es preciso que el personal de salud mental de las Unidades implemente de forma sistemática y consistente el programa de detección temprana, que implica la necesidad de trabajar de forma directa con la población que se estima tiene presente algunos de los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas.

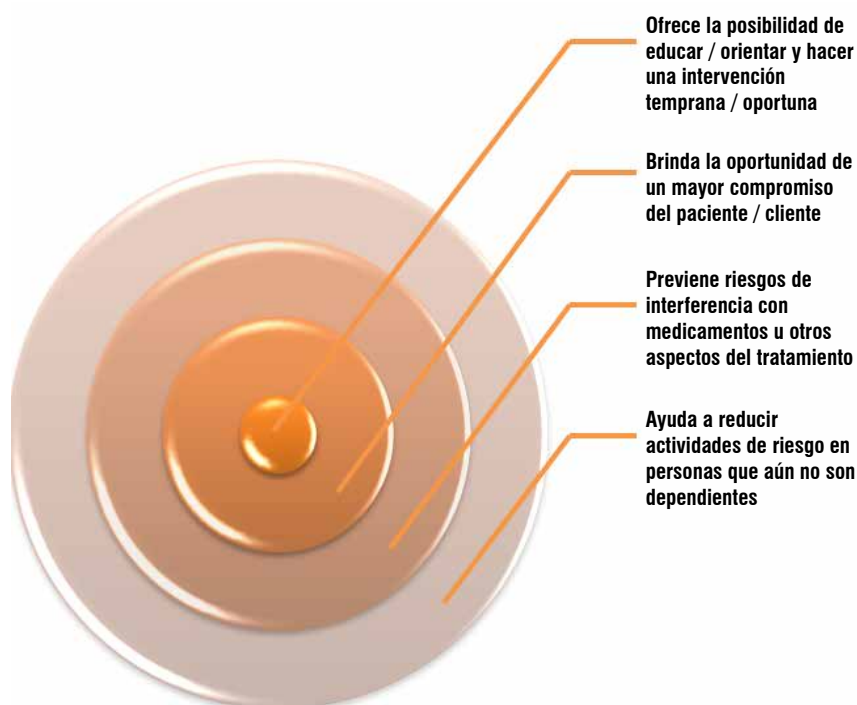


Figura 21. Beneficios del tamizaje

1.3 CUESTIONARIOS BREVES DE DETECCIÓN

En las unidades es necesaria la aplicación de cuestionarios breves o screening que permitan apoyar la labor de detección temprana. Son instrumentos cortos que pueden dar información general de posibles situaciones de consumo problemático:

Cuestionario Breve para la detección de consumo problemático CCD:

Este cuestionario fue creado por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile – CONACE –, su brevedad y facilidad de calificación apoya la labor del personal de salud mental en las unidades. Consta de ocho preguntas. (Anexo 3).

Cuestionario de tolerancia de Fagerstrom (CTF)

Tiene como finalidad detectar el consumo de tabaco y estimar el grado de dependencia de la nicotina; contiene seis ítems con una puntuación máxima de 10 puntos, la dependencia a la nicotina está relacionada en cinco grados: (Anexo 4)

Test para Identificar Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)

Permite la identificación del uso problemático y dependencia de alcohol; consta de diez preguntas que evalúan el consumo de alcohol en los últimos doce meses. Se usa con adultos / adolescentes / adultos jóvenes, presenta alta sensibilidad con muchas poblaciones. Su aplicación se puede realizar en entrevista o autoaplicado, cuenta con validación transcultural. (Anexo 5)

Test de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST)

Desarrollado por la OMS, está conformado por ocho preguntas sobre alcohol, tabaco/cigarrillo y drogas ilícitas (incluyendo drogas inyectables). Brinda información sobre consumo riesgoso, perjudicial y dependencia. Ha sido desarrollado para ser aplicado en atención primaria y a través de entrevista. (Anexo 6)

Cuestionario CRAFFT⁶⁹

El CRAFFT está diseñado específicamente para adolescentes. Se basa en instrumentos de tamizaje para adultos, cubre alcohol y otras drogas, y hace referencia a situaciones comunes en la adolescencia. (Anexo 7)

Índice de gravedad de la adicción (ASI)⁷⁰

Es una entrevista clínica semiestructurada para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Tiene un fin diagnóstico clínico, investigativo y de seguimiento. Se aplica en 30 a 45 minutos. Es apropiado para adictos al alcohol y otras drogas, adultos mayores de 16 años, hombres y mujeres. (Anexo 8)

El ASI evalúa la Severidad del Problema en ocho áreas frecuentemente afectadas:

- Estado Médico General
- Situación laboral/financiera

⁶⁹ Tomado de: Knight JR y cols, 2002.

⁷⁰ Tomado de MPS, 2004



- Uso de alcohol
- Uso de otras drogas
- Situación Legal
- Situación familiar/social
- Estado psicológico psiquiátrico.

Encuesta de evaluación de alcohol y otros

Se aplicará a la población vulnerable o en la que se hayan identificado factores de riesgo asociados al consumo de SPA, e identificados en el medio militar. Este tamizaje se realizará de acuerdo con las variables de tiempo, persona y lugar asociadas al consumo, población de edades, entre otros. (Anexo 9).

1.4 INDICADORES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO

Estos indicadores se consideran presuntivos para el consumo de SPA en los diferentes contextos. Son aspectos que pueden ayudar a la detección temprana del consumo de sustancias; sin embargo, es importante aclarar que estas situaciones por sí solas no constituyen prueba única para el diagnóstico, deben contextualizarse a la población y establecer en qué estadio del ciclo evolutivo se encuentra el individuo, para evitar confusiones:

Dentro de los indicadores más reconocidos como factores asociados al consumo problemático se encuentran:

- **Relaciones interpersonales:** aspectos como cambio de amistades, no presentarlas a la familia, presencia de conflictos con sus compañeros y conocidos, pueden considerarse una señal de alerta.
- **Estado de ánimo:** conductas observables como irritabilidad sin motivos aparentes, desinterés por cosas en las que antes era evidente su motivación, indiferencia y distanciamiento afectivo.
- **Relaciones con familiares o personas afectivamente significativas:** actitud y comunicación defensiva-agresiva, presencia de mentiras, ausencias sin motivo, llegadas tarde sin aviso, salidas sin permiso e incumplimiento de deberes o tareas.
- **Cambios de hábitos:** alteración del sueño, que éste sea excesivo o deficiente, dificultad para conciliarlo, cambios o despreocupación por la higiene y la presentación personal y pérdida o aumento de peso.
- **Cambios de conducta:** problemas disciplinarios frecuentes, bajo rendimiento académico, físico, procesos atencionales y de memoria alterados, cansancio constante, incumplimiento y desinterés de actividades propias del entorno en el que se desenvuelve.

Es importante la evaluación adecuada del contexto teniendo en cuenta que cambios de comportamiento similares pueden atribuirse a procesos propios del ciclo vital, y no necesariamente determinar que la persona esté con dificultades en el consumo de SPA.

1.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

A partir de la aplicación de cuestionarios o implementadas las charlas y talleres grupales, se identifican los participantes con consumo presuntivo de sustancias. Se determinará en forma individual la verificación de la sospecha y se implementarán algunas estrategias orientadas a la prevención del consumo o a la vinculación del usuario con el programa de atención integral.

A continuación se describen algunas de estas estrategias:

- **Ofrecer consejo y orientación** es la práctica de la empatía cuyo objetivo es que el individuo inicie un proceso de motivación para el cambio, incluye una recomendación concreta y específica de la información que una persona requiere para orientar su proceso sin ser errático y confuso, generando una pérdida de interés o desmotivación.
- **Aumentar la percepción de riesgo**: es importante aumentar en el individuo, la conciencia de las consecuencias adversas de seguir en la conducta.
- **Eliminar los obstáculos**: permitir a las personas que identifiquen los aspectos que pueden disminuir su motivación al cambio como costos, acceso al tratamiento, traslados, consecuencias disciplinarias, etc., así como reconocer más objetivamente aquellos factores que en forma directa o percibida por el usuario puedan ser superados.
- **Ofrecer ayuda activa**: esta estrategia implica la percepción de compañía que el individuo tenga que pueda motivar el inicio del cambio.
- **Motivar a recibir tratamiento**: contempla el reconocimiento de condiciones base para la implementación de estrategias que favorezcan la adaptación del paciente, desde la detección e intervención temprana hasta el seguimiento de su proceso de recuperación.

1.6 SENSIBILIZACIÓN EN PROCESOS DE INCORPORACIÓN Y RECLUTAMIENTO

Bajo la premisa del cumplimiento del deber, se requiere disminuir el ingreso de personal que presente desórdenes de comportamiento a causa de las conductas adictivas, dado que el perfil militar involucra características irrestrictas como el control y dominio de sí mismo, factor altamente vulnerado en personas con problemas de adicciones.

De acuerdo con las estadísticas disponibles para el año 2012 en la Dirección General de Sanidad Militar se observa que en el consumo específico de SPA, el mayor número de consultas se concentra en el personal de soldados-infantes profesionales (42%), soldados-infantes que prestan el Servicio Militar Obligatorio (36%), seguido de pensionados (9%), beneficiarios (7%) y suboficiales (6%). Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje se encuentra en la población circulante (soldados-infantes), se requiere generar acciones eficaces que permitan disminuir el ingreso de personal con antecedentes de consumo de SPA. Las Jefaturas de Reclutamiento en coordinación con las Direcciones de Sanidad liderarán este proceso de forma que se aborde de manera integral y se complemente la evaluación psicológica, médica y odontológica con un tamizaje de riesgo de consumo.

2. INTERVENCIÓN TEMPRANA

A partir de los hallazgos en los procesos de tamizaje o por remisión, se inicia la intervención clínica que de manera temprana tiene como objetivo estimular y mantener el nivel de motivación del consultante hacia el control de la conducta frente al nivel de riesgo de nuevos consumos. Esta intervención privilegia la consejería y la intervención en crisis como momentos cruciales en el enganche terapéutico. Para tal fin se requieren habilidades clínicas específicas como:

- Empatía y no enjuiciamiento, de tal forma que no se reconozcan señalamientos de culpa frente a su comportamiento.
- Autoridad sobre el tema, lo cual implica una comunicación veraz y bien fundamentada alrededor del consumo de SPA y sus implicaciones biopsicosociales.
- Capacidad para afrontar la posibilidad de rechazo de ayuda, cuando la persona tiende a minimizar las implicaciones de su comportamiento frente a los riesgos de desarrollar una adicción.

2.1 CONSEJERÍA

La consejería puede definirse como una relación interactiva y colaborativa orientada a brindar apoyo emocional y reforzamiento positivo, mediante la implementación de habilidades clínicas, técnicas de orientación que definan pautas y acciones concretas. Aunque los escenarios de consejería no son reconocidos como espacios físicos únicos, si establece la necesidad de contar con sistemas de registro que respalden la intervención profesional como elemento relevante en los sistemas de atención integral en SPA. Adicionalmente, se requiere planificar con la persona la necesidad de establecer un seguimiento del caso para reforzar la ayuda dentro de este proceso de cambio.

Se reconocen como factores inherentes a la consejería las siguientes habilidades básicas:

Escucha Activa

La escucha activa por parte del terapeuta motiva al consultante a compartir información, mediante otras habilidades:

- **Atender:** expresar receptividad e interés hacia lo que el consultante está comunicando en forma verbal o no verbal
- **Parafrasear:** es una manera de responder, en la cual se reitera el enunciado de una afirmación previa del consultante, usando palabras similares a las de este pero en forma resumida, lo que reafirma que le entiende.
- **Reflejar sentimientos:** es la expresión comprensiva de las sensaciones y emociones que manifiesta abierta o implícitamente el consultante.
- **Resumir:** agrupa e integra un conjunto de vivencias y reflexiones expuestas a lo largo de la sesión o en un intervalo

Procesar

Es el ejercicio de análisis que realiza el terapeuta sobre el consultante y lo que éste ha manifestado. Implica organizar mentalmente sus vivencias y expresiones, relacionándolas con los hechos o situaciones que afectan su juicio y su desempeño

Además le permite al terapeuta organizar mentalmente los siguientes datos:

- Conocimientos, creencias, ideas, actitudes y expectativas del consultante.
- Información suministrada por la familia.
- Observaciones e impresiones del terapeuta.

Responder

76

Es el acto de comunicar al consultante información, la cual puede incluir retroalimentación y apoyo emocional, observaciones sobre problemas, e indicaciones u orientaciones prácticas.

Esta habilidad articula aspectos como:

- **Empatía:** es la acción de comprender, estar consciente de, ser sensible a, y experimentar indirectamente los sentimientos, los pensamientos y las vivencias de otra persona.
- **Explorar:** corresponde al uso que hace el terapeuta de preguntas para dirigir la atención del consultante a examinar su situación con mayor detenimiento y profundidad. Al momento de formularlas se recomienda que sean abiertas y exploratorias.
- **Interpretar:** Es la explicación del terapeuta sobre los problemas e inquietudes del consultante después de observar su conducta, escucharle y tomar en consideración otras fuentes de información. La interpretación efectiva tiene tres componentes:
 - Identificar y reformular los mensajes básicos.
 - Añadir impresiones e ideas para un nuevo marco de referencia.
 - Validar estas apreciaciones con el consultante.
- **El uso del silencio por parte del terapeuta:** puede animar al consultante a reflexionar y continuar con la expresión de vivencias, pensamientos, sentimientos y emociones.

Orientar

Se define como el guiar al consultante en las acciones y decisiones que han de favorecer la participación en su proceso de cambio frente al consumo de SPA y la identificación de elementos que le soporten.

Un aspecto inmerso en la consejería es la transferencia de los aprendizajes y el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades de los consultantes. La práctica de estas habilidades y la reafirmación del profesional en estos aprendizajes contribuyen a reformular información y ejercitar habilidades necesarias para alcanzar el conocimiento y el dominio en el control de su conducta. Se consideran las siguientes habilidades como eje central en el proceso de consejería:



- **Motivar a la práctica:** en el proceso de aprendizaje es posible incurrir en errores, teniendo en cuenta que dominar una habilidad demanda tiempo y práctica; se requiere apoyar al consultante en los futuros intentos.
- **Dar una sustentación clara:** enfatizar constantemente la importancia de practicar las nuevas habilidades afuera de las sesiones de consejería y explicar las razones para ello.
- **Monitoreo:** realizar seguimiento de los ejercicios asignados, su cumplimiento, comentar la experiencia con ellos, de tal manera que las dificultades puedan ser tratadas en la sesión.
- **Motivación:** Reforzar los progresos alcanzados por el consultante, estimular la práctica de las habilidades adquiridas y forjarse nuevas metas.
- **Explorar las resistencias:** Explorando la naturaleza específica de las dificultades, el terapeuta puede promover trabajar sobre ellas para superarlas.
- **Valorar los esfuerzos:** el terapeuta puede valorar y estimular los esfuerzos resaltando todo lo que ellos reporten como benéfico para su comportamiento y satisfacción.

El uso de las habilidades anteriormente expuestas, favorece el desarrollo de algunos procesos tanto al Terapeuta como al consultante, así:

Facilita al terapeuta el:	Ayuda al consultante a:
• Entender mejor al consultante a través de una observación cuidadosa.	• Relajarse y sentirse cómodo.
• Verificar su percepción de las declaraciones del consultante.	• Expresar libremente sus ideas y sentimientos, con su propio estilo.
• Resaltar un problema.	• Confiar en el terapeuta.
• Verificar si está comprendiendo correctamente lo que siente el consultante	• Tener un papel más activo en sus sesiones de terapia.
• Hacer explícitos aspectos problemáticos sin que el consultante se sienta forzado o presionado.	• Constatar que el terapeuta comprende lo que él (ella) le está diciendo, sintiendo y pensando
• Centrar la atención en lo sustancial	• Clarificar sus comentarios.
• Confirmar las percepciones del consultante.	• Centrarse en lo que es relevante e importante.
• Hacer énfasis en determinado asunto, sin desconocer otros aspectos.	• Tener conocimiento de sus sentimientos y emociones.
• Terminar la sesión en una forma lógica	• Saber que las sensaciones y el comportamiento están conectados.
	• Aclarar significados.
	• Saber lo que el consejero entiende.
	• Tener un sentido de avance y progreso

Tabla 9. Beneficios para el terapeuta y el consultante del empleo de habilidades terapéuticas

2.2 INTERVENCIÓN EN CRISIS

Las crisis representan según Slaikeau⁷¹ “un estado temporal de desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad de la persona para abordar situaciones particulares que puede reconocer como desproporcionadas y que afectan la capacidad para solucionar problemas”. A las crisis que se reconocen a lo largo del ciclo vital, se suman otras que son inesperadas y que en muchas ocasiones cambian ostensiblemente la calidad de vida, bienestar de las personas, el contexto y la naturaleza del trabajo, oficio o profesión. Además, otorgan otro tipo de riesgos que pueden exponer a las personas a experimentar nuevas crisis; se pueden asumir como una oportunidad para quienes estando cerca de la persona, disminuyan la probabilidad de daño físico o emocional.

La intervención en crisis puede definirse como el proceso que sirve para ayudar a una persona, familiar o grupo, a aceptar un hecho como desfavorable o traumático de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimicen y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximicen⁷².

78

Los objetivos de las intervenciones en crisis son:

- Identificar y promover la expresión de sentimientos y necesidades de la persona durante la crisis.
- Indagar acerca de las dimensiones que ha traído la crisis, en especial sobre las condiciones previas a ellas, aquellos factores que quizá la favorecieron, así como las características en el futuro inmediato, con el fin de orientar la toma de decisiones necesaria
- Reorientar el sentido de su vida ajustado a las circunstancias disponibles, con el fin de ejercer el mayor control posible sobre los factores de riesgo que pueden agravar la situación
- Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo sucedido, es decir, reenfocando aquellos elementos que servirán para superar la crisis.
- Favorecer la adopción de respuestas emocionales y estilo de afrontamiento funcional a las condiciones que desencadenan la crisis (autoestima, asertividad y solución de problemas).

De parte del terapeuta es importante resaltar habilidades como:

- Capacidad de observación.
- Capacidad para indagar, para optimizar el espacio físico y los elementos a su alrededor que permita un ambiente cálido.

Es conveniente considerar el modelo establecido para los primeros auxilios psicológicos que determina el seguimiento de pautas que favorezcan en la persona la recuperación de su condición. Entre estas pautas se incluyen:

- Favorecer una relación empática para promover la expresión respetuosa, aceptada y segura.
- Promover el reconocimiento de características personales que puedan ayudar a resolver la situación.
- Analizar las dimensiones de la crisis y el manejo de los sentimientos, es decir identificar los posibles factores predisponentes de la situación.
- Identificar los nuevos significados y alternativas de solución que haya intentado o que pueda implementar.
- Estimular la búsqueda de sentido y de toma de decisiones concretas que promuevan el beneficio individual y de alguna manera de las personas que le rodean.
- Determinar el nivel de seguimiento y evaluación de las acciones identificadas a partir del reconocimiento de metas a corto plazo.

71 Slaikeau, 1996
72 DGSM, 2007.

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN CLÍNICA - TRATAMIENTO FORMAL

A medida que se ha incrementado el conocimiento acerca de la naturaleza de los trastornos adictivos, sus mecanismos fisiopatológicos y sus determinantes psicosociales, se han desarrollado diversos modelos y estrategias para su tratamiento, de tal forma que se reconocen los principios generales que deben regir las intervenciones terapéuticas en el manejo de los trastornos por consumo de SPA.

En relación con los tratamientos, es necesario definir aquellos aspectos que por consenso representan más beneficio para la población afectada, apoyados en la evidencia científica disponible. Es claro que las estrategias de intervención tendrán que ajustarse a las características individuales de las personas, buscando de igual forma el mínimo grado de restricción, la mayor libertad, seguridad y efectividad posibles.

1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

La atención de las adicciones para los casos de abuso y adicción/dependencia requiere de acuerdo con los objetivos de la intervención en salud, desarrollar e implementar una serie de estrategias tendientes a permitir que el paciente recupere la funcionalidad en sus diferentes áreas y una adecuada adaptación al medio. Lo cual incluye:

- Suspender y reducir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Reducir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Lograr un desempeño apropiado en la familia, en el trabajo, y en la sociedad.
- Promover la recuperación de la salud de las personas que han tenido historia de abuso y adicción a SPA.

2. EVALUACIÓN, CONSUMO Y DEPENDENCIA A SPA

Como en todo trastorno mental o del comportamiento la evaluación es básica para el diseño y ejecución de estrategias de tratamiento eficaces. Para abuso o dependencia SPA es fundamental contar con elementos de una evaluación completa que oriente apropiadamente a los profesionales en la consecución de los objetivos de atención clínica. Al realizarla se requiere tener en cuenta dos aspectos:

- 1) Diagnóstico
- 2) Grado en que se encuentra comprometida la funcionalidad de la persona en su dimensión biopsicosocial.

El Ministerio de la Protección Social, define Diagnóstico como “... todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente” ⁷³. Su establecimiento puede generar entre otras las siguientes virtudes:

- Diferenciar el cuadro observado.
- Unificar criterios y facilita la comunicación.
- Establecer pronósticos de evolución.
- Medir los cambios que se producen durante el transcurso de la enfermedad.
- Realizar estudios sobre su etiología y sus causas.

80

La evaluación permitirá establecer una base sólida para determinar las intervenciones terapéuticas a implementar integradas en un “**plan de tratamiento**” fundamentado en las necesidades propias del paciente.

Al momento de definir el plan de tratamiento, el profesional que interviene con personas con uso y consumo de SPA, requiere involucrar los siguientes aspectos:

- Reconocer que algunas personas pueden tener otros elementos de carácter emocional y del comportamiento que afectan su bienestar adicional al trastorno por abuso de sustancias, lo que permitirá definir acciones eficaces en el control de su condición.
- Aceptar nuevas metas en el plan de intervención y concentrarse en un tratamiento individualizado de acuerdo con las características del paciente y la manera en que se ha dado el consumo.
- Generar disposición para el trabajo conjunto posiblemente de más de una disciplina científica, de tal forma que se puedan consolidar esfuerzos de ayuda para el consultante.

3. CONSENTIMIENTO Y DESISTIMIENTO INFORMADO

La iniciación de los tratamientos clínicos exige el cumplimiento de los procesos de aceptación por parte de los pacientes que se vinculan con los programas de atención clínica en las diversas modalidades que se ofrezcan, de tal manera que el representante legal o el paciente mismo reciba la información necesaria y se garantice su comprensión en relación con los objetivos y alcance de las propuestas terapéuticas y de evaluación clínica requeridas.

El marco de las implicaciones legales que se asocian con este requisito es definido por el Subsistema de Salud y las políticas de protección de los Derechos de los pacientes.

De igual manera, el paciente o su representante legal puede en determinado momento del proceso de atención clínica, expresar su interés por **no recibir el tratamiento o desistir** de las condiciones que este ofrezca, lo que determina para los equipos de salud, el seguimiento y cumplimiento de las acciones correspondientes para dejar claramente establecido las características de la atención y el alcance de la misma.



4. COMPONENTES MÍNIMOS DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

La evaluación de un consultante con problemas de abuso o dependencia a SPA, debe incluir como mínimo una revisión de:

4.1 DATOS SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

La descripción del patrón de consumo de SPA, incluye:

- Edad de inicio
- Tipo de sustancia
- Dosis
- Frecuencia de consumo
- Evolución de la historia de consumo pasada y actual
- Fecha último episodio de consumo.
- Efectos cognitivos, psicológicos y conductuales atribuidos al abuso o dependencia de SPA Identificación de las sustancia “preferida” por la persona
- Actitud hacia el tratamiento

Historia médica general

Hace referencia a indagar sobre tratamientos previos, hospitalizaciones y el resultado de dichos tratamientos. Incluye el correspondiente examen físico y la realización de pruebas de laboratorio o exploraciones adicionales que sean necesarias para determinar la presencia de comorbilidad o de complicaciones.

Historia social y familiar

Es importante describir y analizar aspectos relacionados con los antecedentes familiares en torno al acceso a sustancias psicoactivas, presencia de familiares con historia de consumo o adicción y condición actual de estructura y dinámica familiar, de tal manera que oriente la construcción de planes de intervención ajustados a las necesidades reales del paciente.

Evaluación toxicológica

Detección de sustancias psicoactivas en sangre, aliento y orina. El resultado de la evaluación abarca dos áreas específicas para la elaboración del plan de tratamiento:

Evaluación diagnóstica.

Referida a la definición del cuadro clínico de acuerdo con los criterios contenidos en los clasificadores diagnósticos vigentes (CIE-10; DSM IVTR). El SSFM adopta los Criterios Diagnósticos propuestos por la OMS, es decir, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE – 10.

Evaluación de la severidad del trastorno.

Son de utilidad, instrumentos de evaluación como el Addiction Severity Index (ASI) u otro equivalente, que permitan detectar en detalle el compromiso del funcionamiento de las personas en las diferentes áreas, sus implicaciones para el tratamiento a implementar y el pronóstico de la evolución del cuadro clínico. (Anexo 8)

Monitoreo toxicológico del uso de SPA

Esta herramienta debe ser incluida en las diferentes etapas de tratamiento, especialmente en los siguientes momentos:

- Ante la presencia de situaciones que implican alto riesgo de recaídas.
- Durante las fases iniciales del tratamiento.
- Traslado del paciente a niveles de atención menos intensivos.
- Durante el primer año de seguimiento, posterior a la culminación del tratamiento activo.

4.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Al plantear un esquema de intervención clínica formal que permita brindar ayuda integral a las personas con consumo de SPA, es necesario definir aquellos elementos que han de conformar la evaluación clínica psicológica, de tal manera que se identifiquen aquellos factores emocionales y de comportamiento que requieren ser abordados durante el proceso de intervención clínica.

4.2.1 Objetivos

Los objetivos de la evaluación psicológica para esta atención clínica son:

- Determinar condiciones de ajuste psicológico asociadas al abuso de sustancias psicológicas, mediante estrategias de evaluación psicológica bien fundamentadas.
- Determinar el impacto emocional y el funcionamiento del individuo sobre las respuestas emocionales asociadas con el abuso y el mantenimiento de la adicción.
- Establecer las condiciones del funcionamiento adecuado a nivel individual que permitan reconocer los puntos blanco de trabajo en el restablecimiento del ajuste emocional del paciente.
- Implementar estrategias de intervención psicológica a partir de la evaluación establecida que favorezca la rehabilitación del paciente con abuso a SPA

- Brindar informes y recomendaciones acerca de las modalidades de intervención que requiera la persona en consideración con el nivel de recuperación que se expresa en el tiempo
- Hacer seguimiento de la evolución clínica de la persona, estimulando su participación en programas de rehabilitación y reinserción social.
- Promover el funcionamiento de las redes de apoyo que han de favorecer la recuperación de la persona con esta problemática.

4.2.2 Estrategias de evaluación

Para la evaluación psicológica se mencionan como estrategias a utilizar aquellas definidas en el Plan Maestro Integral en Salud Mental⁷⁴, tales como:

- Entrevista individual y/o colateral.
- Entrevista semiestructurada.
- Aplicación de pruebas psicométricas.
- Exploración clínica en las diferentes esferas de ajuste.
- Análisis Funcional.

4.3 EVALUACION MÉDICA/PSIQUIÁTRICA

La valoración médica en personas con consumo de SPA, establece la conveniencia de determinar claramente cuáles son los aspectos más relevantes a tomar en cuenta en la planificación de los tratamientos, sus exigencias y cumplimiento cuando se está considerando el objetivo de rehabilitar y recuperar a las personas que han tenido un consumo reiterado de SPA y que de manera evidente comprometen su condición de salud en general y su salud mental en particular.

Los objetivos de la evaluación médico psiquiátrica para esta atención clínica son:

- Definir, con el apoyo del equipo interdisciplinario, si se trata de un consumo ocasional, o un cuadro de abuso o dependencia de SPA.
- Determinar comorbilidades psiquiátricas tanto en Eje I (trastornos mentales) como en Eje II (personalidad/retardo mental) y/o desajustes familiares, ocupacionales, económicos o sociales que estén desencadenando o manteniendo el cuadro.
- Estudiar la afectación en la salud física y mental secundaria al consumo, mediante examen físico, mental y pruebas paraclínicas.

- Valorar el riesgo, prevenir y manejar la intoxicación y síndrome de abstinencia de SPA.
- Valorar y manejar el riesgo de auto-heteroagresión de los pacientes.
- Brindar tratamiento psicofarmacológico cuando esté indicado.
- Referir a otras especialidades médicas cuando esté indicado.
- Motivar y canalizar un cambio de actitud y comportamiento frente al consumo.
- Incluir los casos de abuso y dependencia en un Programa de tratamiento formal y/o rehabilitación, según corresponda.
- Definir la modalidad de tratamiento/rehabilitación más adecuada para cada paciente.
- Participar en las actividades evaluativas, psicoeducativas y psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales incluidas en el programa.
- Fomentar una adecuada comunicación y coordinación del equipo en la evaluación y atención de los casos.
- Hacer seguimiento y evaluación de la evolución de cada paciente durante el programa.

5. COMPONENTES MÍNIMOS DEL TRATAMIENTO

Para adelantar un tratamiento eficaz en las diferentes modalidades de intervención, se hace necesario considerar que en éste se fundamentan las metas y objetivos que se espera alcanzar en el paciente.

Se recomienda jerarquizar las prioridades en la atención, de tal forma que estas puedan orientar el seguimiento de criterios que indiquen el nivel de cumplimiento alcanzado y el grado de recuperación del que dé cuenta el paciente y el equipo médico a cargo. Es importante que dentro del marco del tratamiento se establezcan los tiempos en los cuales se espera alcanzar dichas metas.

Los componentes incluidos en el plan como parte del tratamiento se ajustan en cuanto a la selección de los métodos, la intensidad, frecuencia y tipo de servicios prestados, así como en lo que respecta a su duración, dependiendo de la manera como estas intervenciones influyan en la solución de la situación crítica actual y en sus probables efectos positivos a largo plazo en el curso de la problemática de abuso por SPA y en la búsqueda de un funcionamiento general más saludable.

5.1 METAS DEL TRATAMIENTO

De acuerdo con la Guía de atención integral para farmacodependencia⁷⁵, los tratamientos en adicciones son variados y deben ser orientados por **metas a** corto, mediano y largo plazo, ajustados a la **modalidad propuesta**, los éxitos parciales en cada área pueden llevar a un efecto acumulativo con buenos resultados. Las metas pueden describirse en:

- **Metas sobre el consumo de SPA:** en los últimos años se ha trabajado no solo en el propósito de abstinencia total, sino también sobre la reducción progresiva del consumo y con ello la minimización del daño que a mediano plazo conduzca al no consumo.
- **Metas sobre el funcionamiento social:** buscando que la persona alcance el nivel previo de desempeño en las diferentes áreas de ajuste
- **Metas sobre la productividad:** los éxitos parciales en cada fase pueden llevar a un efecto acumulativo con buenos resultados.

5.2 EJES DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN⁷⁶

De acuerdo al esquema propuesto por la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM, 2001)⁷⁷ para la identificación de las necesidades de atención en los niveles descritos, se proponen seis ejes de evaluación con los cuales se pretende cubrir de forma general las múltiples facetas involucradas en el estudio del abordaje de problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Los ejes de evaluación se enumeran a continuación:

5.2.1 Eje 1: Potencial de intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia

Los aspectos cubiertos por este eje se refieren a:

- El riesgo potencial asociado al nivel de intoxicación aguda actual del paciente.
- La posibilidad significativa de que se presenten síntomas graves de abstinencia o de convulsiones basados en:
 - Historia previa de situaciones de supresión de sustancias psicoactivas de la persona.
 - Cantidad, frecuencia, cronicidad o proximidad reciente de la reducción o supresión del uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
 - La presencia de signos de síndrome de abstinencia en la actualidad.
 - Existencia y disponibilidad de recursos de apoyo externo para asistir a un programa de desintoxicación ambulatoria.

Con respecto a este eje, el tipo de atención recomendada busca:

- Reducir al mínimo los riesgos potenciales que se derivan de la supresión del uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Facilitar la desintoxicación y el acceso oportuno al tratamiento requerido mediante la realización de enlaces e ingresos oportunos a tratamientos médicos, de dependencia o psiquiátricos, así como la vinculación a grupos de autoayuda en el caso de estar indicados.
- Estimular el respeto a la dignidad del paciente y disminuir su malestar durante el proceso de supresión.
- Minimizar el riesgo de daño a sí mismo o a terceros en relación con la intoxicación.

⁷⁶ Guía de atención integral para farmacodependencia
⁷⁷ ASAM (2001)

5.2.2 Eje 2: Trastornos y complicaciones médicas (biomédicas)

Los aspectos cubiertos por este eje de evaluación se refieren a:

- Descartar la existencia de alguna enfermedad física actual independiente del síndrome de abstinencia o la intoxicación.
- La necesidad de tratamiento requerida para evitar o reducir al mínimo los riesgos que esta enfermedad representa en la actualidad para la recuperación del problema de dependencia de sustancias psicoactivas.
- Detectar la existencia de trastornos crónicos que pueden afectar la evolución del trastorno por dependencia o de su tratamiento.

5.2.3 Eje 3: Trastornos y complicaciones psicológicas o psiquiátricas

86

En este eje, la evaluación va dirigida a:

- Descartar la existencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que conlleven riesgo o complicaciones en el tratamiento. Estos trastornos incluyen enfermedades psiquiátricas o problemas de conducta, de las emociones o de tipo cognitivo.
- Indagar sobre la existencia de problemas crónicos que puedan afectar el desarrollo del tratamiento.
- Explorar si los problemas psiquiátricos o psicológicos son consecuencia; forman parte del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o son independientes de éste.
- En el caso de que los problemas psiquiátricos o psicológicos estén vinculados al trastorno por dependencia, precisar si su gravedad requiere de tratamiento específico de salud mental.
- Determinar la capacidad actual del paciente para manejar eficientemente sus actividades cotidianas así como para enfrentar cualquier problema emocional, conductual o cognitivo.

5.2.4 Eje 4: Disposición al tratamiento

Determinar el grado de disposición del paciente a establecer compromisos con el tratamiento en función de conseguir a través de éste, un cambio en su modo de vida y un mejor nivel de funcionamiento. La exploración de los aspectos correspondientes a este eje se orientan a:

- Conocer el grado esperado de cooperación con el tratamiento.
- La conciencia que el sujeto tiene acerca del impacto del consumo de sustancias psicoactivas en su calidad de vida y las consecuencias negativas que se derivan de éste.
- El conocimiento del grado de “disposición al cambio” puede ser de mayor utilidad en la selección del tipo de tratamiento a escoger así como de la utilización de herramientas para reforzar la motivación, en lugar de considerar solamente la elección que hace el paciente del tratamiento como criterio único respecto a la ubicación en un nivel de atención dado.

- Una vez conocido este aspecto resulta conveniente asociar su resultado con la oferta de programas en los cuales se promuevan estrategias de compromiso con el tratamiento, estímulo a la motivación, participación en el diseño del plan de tratamiento y en la búsqueda de alternativas orientadas a satisfacer sus necesidades particulares.

5.2.5 Eje 5: Potencial de recaída, de uso continuado de sustancias psicoactivas y persistencia de otros problemas

Este eje de evaluación tiene carácter pronóstico y se refiere a la probabilidad que tiene un paciente de reiniciar el consumo o de mantenerlo en el futuro así como también en cuanto a la evolución de otros problemas que puede tener el paciente, en especial los de tipo psicosocial pero sin excluir los trastornos psiquiátricos u otros problemas de salud. Se evalúa la medida en que estas circunstancias pueden afectar el proceso de recuperación del paciente de su trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas.

Se ha discutido mucho acerca de la importancia, incluso de la necesidad insoslayable, de que el ingreso al tratamiento sea voluntario. Sin embargo, la experiencia muestra que no es de extrañar que exista algún grado de resistencia al tratamiento, en este caso debe el equipo terapéutico motivar al paciente la aceptación del mismo.

Recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas, la decisión sobre la ubicación del paciente en un nivel de atención determinado debe fundamentarse en la evolución previa del trastorno, en sus antecedentes, en situaciones similares y también en un profundo análisis de la situación actual y los determinantes del consumo. No necesariamente implica un fracaso o un agravamiento del trastorno que requiere un nivel de atención más intensivo.

Las consideraciones de evaluación en este eje incluyen:

- El peligro inmediato de sufrir problemas severos como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas.
- La capacidad del paciente para darse cuenta, reconocer y enfrentar su problema de dependencia o su trastorno mental, asumiendo los cambios necesarios para prevenir recaídas, detener el consumo o impedir la continuación de los problemas.
- La severidad de los problemas a enfrentar y la carga adicional de estrés que pudieran ocurrir en el caso de que el paciente no logre comprometerse exitosamente con el tratamiento en este momento.
- El grado 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.

5.2.6 Eje 6: Ambiente de recuperación / ambiente de vida.

Este eje se refiere a la valoración que se hace del ambiente externo del paciente y sus potenciales efectos en la recuperación. Las consideraciones de evaluación incluyen:

- Revisar en el entorno del paciente la existencia de amenazas potenciales para su seguridad o para el mantenimiento de su compromiso con el tratamiento. Estas amenazas pueden consistir en situaciones vitales, relación con familiares y personas significativas, condiciones laborales, académicas, entre otras.

- Indagar sobre fuentes de apoyo, personas, recursos económicos, posibilidades educativas o de trabajo que pudieran aumentar las posibilidades de éxito terapéutico.
- Evaluación de las condiciones sociales que sirvan de apoyo a la motivación para recibir el tratamiento, tales como presiones familiares, laborales o mandatos legales.

CUADRO RESUMEN: Criterios para la Ubicación de Pacientes⁷⁸

EJES DE VALORACIÓN	AMBULATORIO	AMBULATORIO DE MEDIANA INTENSIDAD	RESIDENCIAL / COMUNIDAD TERAPÉUTICA	HOSPITAL
Intoxicación/ Síndrome Abstinencia	Riesgo no significativo o mínimo.	Riesgo moderado de Síndrome de abstinencia severo.	Síndrome de Abstinencia moderado o severo manejable.	Alto riesgo. Manejable en ambiente con recursos hospitalarios.
Trastornos Médicos	Ninguno o muy estable. En control médico.	Ninguno o no implica obstáculo.	Manejable. Ninguno o estable; en control médico.	Requiere control médico 24 horas, enfermería y los recursos de un hospital.
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.	Ninguno, o de severidad tal que no implica obstáculo para la recuperación.	Problemas mentales severos o inestables, que necesitan cuidados psiquiátricos las 24 horas y tratamiento concomitante para la dependencia de SPA.
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.	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.	Resistente al tratamiento, pobre control de impulsos, necesita estrategias motivacionales en encuadres estructurados de 24 h. o un programa de fortalecimiento motivacional.
Riesgo de Recaída, mantenimiento del consumo u otros problemas	Capacidad 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 y apoyo casi diario.	Problema grave, opuesto al tratamiento, con poca o ninguna conciencia y peligro de consecuencias inminentes. Entiende las recaídas, pero necesita estructura para mantener los logros terapéuticos. Requiere de encuadre residencial para prevenir recaídas y sus consecuencias.	No califica para servicios menos intensivos.
Ambiente	Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación.	Carece de apoyo actual pero con estructura, apoyo y el alejamiento del ambiente hogareño, puede manejarse con éxito.	Peligroso. Necesita de una estructura de 24 h. para aprender a manejarse exitosamente.	Peligroso. No califica para servicios menos intensivos.

Tabla 10. Cuadro resumen: Criterios para la Ubicación de Pacientes

6. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención psicológica tiene dentro del Sistema de Salud, la participación en grupos interdisciplinarios para identificar los aspectos emocionales asociados con el abuso de sustancias y el desarrollo de la adicción, así como la intervención terapéutica orientada al restablecimiento de sus condiciones personales y de otras áreas de ajuste, la prevención de recaídas, y el desarrollo y fortalecimiento de habilidades individuales que promuevan una total recuperación sobre su vida.

Adicionalmente, como respaldo a las actividades hasta aquí descritas, es necesario incorporar la descripción de las terapias que puedan favorecer la prevención de recaídas y la recurrencia de los casos de pacientes con adicción a SPA. A continuación se describen algunas modalidades que se encuentran fundamentadas en modelos cognitivos conductuales y ofrecen un marco de trabajo útil para las intervenciones clínicas.

6.1 ESTRATEGIA MOTIVACIONAL

En los últimos años, la investigación ha llevado su atención hacia la posibilidad de incrementar la Motivación de las personas que usan sustancias para que inicien tratamiento o permanezcan en él, teniendo como fin superar el abuso de las mismas.

La entrevista motivacional que respalda este modelo puede concebirse como una estrategia terapéutica cuya finalidad es trabajar con el paciente y sus ambivalencias, de tal forma que se promueva el aumento en la motivación y el cambio de comportamiento.

Esta entrevista, es un estilo de asistencia directa centrada en la persona, tiene como propósito provocar un cambio de comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias. La empatía y el apoyo del terapeuta facilita la relación interpersonal y el fortalecimiento de la autoeficacia, motivaciones y valores de la persona, necesarios para el cambio conductual. A continuación se realiza una comparación entre el modelo tradicional y el motivacional:

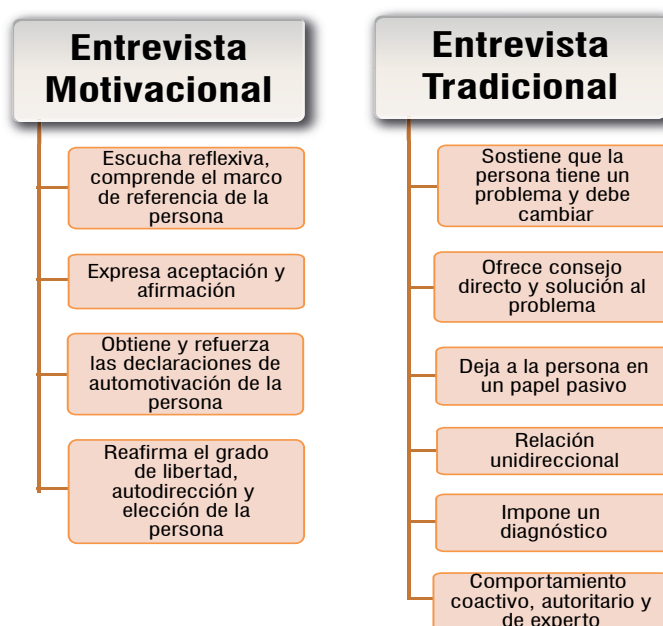


Figura 22. Comparativo modelo tradicional y entrevista motivacional

6.1.1 Etapas para el cambio y las estrategias motivacionales

Desde el modelo transteórico se plantean cinco etapas de cambio frente al consumo, ellas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; adicionalmente se incluye una sexta etapa que puede llegar a presentarse denominada recaída.



Figura 23. Etapas para el cambio

Estas etapas se evidencian cuando la persona experimenta diferentes dificultades en el proceso de cambio, y tenderá a devolverse a etapas anteriores, por lo que el modelo no es del todo lineal, pero brinda las condiciones para que el profesional o terapeuta pueda guiar acciones orientadas por las etapas del proceso y hacerlo de forma sólida en la recuperación del paciente.

Establecer el estadio de cambio en el que se encuentra la persona al iniciar la terapia, es determinante para incidir en su nivel de motivación y en su proceso terapéutico.

6.1.1.1 Precontemplación

En este estadio la persona no reconoce la presencia de un problema adictivo, las consecuencias actuales o potenciales de un consumo continuado y por supuesto, no ha contemplado la posibilidad de acudir a tratamiento. El objetivo terapéutico se establece en relación a aumentar la toma de conciencia de la adicción, la cual posteriormente, le permita lograr un cambio en su vida.

Estrategias Motivacionales del Clínico

- Psicoeducación acerca del consumo, los perjuicios a corto, mediano y largo plazo de este comportamiento
- Trabajar en la auto-eficacia del individuo y su necesidad de cambio



- Explorar el significado de los sucesos que le llevaron al tratamiento o a los resultados de tratamientos anteriores
- Percepciones de las personas sobre tratamientos anteriores
- Proporcionar retroalimentación personalizada sobre los hallazgos de la evaluación
- Explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias
- Ayudar a intervenir a otras personas significativas
- Examinar las discrepancias entre las percepciones de la persona y los demás en cuanto al uso de sustancias
- Expresar interés y dejar la puerta abierta

6.1.1.2 Contemplación

En este estadio existe un mayor nivel de conciencia del problema, la persona ha considerado cambiar aunque normalmente rechaza la ayuda para el cambio. Se caracteriza por la ambivalencia, generando sentimientos contradictorios sobre continuar con la adicción.

Estrategias motivacionales del clínico

En este estadio se reconoce claramente la ambivalencia del paciente frente a esta situación, por lo tanto se requiere trabajar en:

- Psicoeducación sobre los problemas del consumo.
- Ayudar a la persona a “sopesar el balance decisional” hacia el cambio al:
- Extraer y poner en una balanza las ventajas y desventajas del uso de sustancias y del cambio
- Cambiar la motivación extrínseca por intrínseca
- Examinar los valores de la persona en relación a un cambio
- Enfatizar la libre elección, responsabilidad y autoeficacia de la persona para el cambio
- Extraer planteamientos automotivacionales en cuanto a la intención y el compromiso de la persona
- Extraer ideas acerca de la autoeficacia que percibe la persona y las expectativas en cuanto al tratamiento
- Resumir los planteamientos de auto-motivación
- Describir los beneficios y desventajas de no establecer una meta de cambio frente al consumo de SPA (Anexos 13 y 14)

- Bajo esquema de solución de problemas y toma de decisiones: se busca habilitar al individuo en la propuesta de creación de metas a cumplir, resaltando los beneficios

6.1.1.3 Preparación

La persona toma la decisión, se compromete con el cambio, el abandono de su conducta adictiva y su planificación en un futuro cercano (Anexo 15).

Estrategias motivacionales del clínico

Mediante el empleo de comunicación empática, se determinan:

- Elección de metas
- Identificación de las acciones sobre las cuales éstas sean ajustable a su cumplimiento real
- Eliminar del ambiente aquellos factores que puedan estar asociados con el uso de SPA
- Aclarar las metas y estrategias de la persona para el cambio.
- Ofrecer un menú de opciones para el cambio o el tratamiento.
- Negociar un plan de cambio – o tratamiento – y contrato de comportamiento.
- Considerar y reducir las barreras del cambio.
- Ayudar a la persona a conseguir apoyo social.
- Explorar expectativas del tratamiento y el papel de la persona.
- Ayudar a la persona a negociar finanzas, cuidado de niños, trabajo, transporte, u otras barreras potenciales.
- Hacer que la persona anuncie públicamente sus planes de cambio



6.1.1.4 Acción

La persona inicia una serie de procedimientos dirigidos a alcanzar la abstinencia y la modificación del estilo de vida.

Estrategias motivacionales del clínico

En esta parte las estrategias deben ir encaminadas en preparar al individuo a enfrentar los posibles obstáculos que tenga. La labor del terapeuta se puede consolidar en apoyo permanente, así:

- Evaluar con el paciente las posibles dificultades que pueden aparecer al intentar cambiar, determinar los factores que le invitan nuevamente al uso de psicoactivos
- Fortalecer aspectos de logros y potencialidades sobre el nivel de cambio alcanzado y los beneficios de mantener su interés por el cambio completo
- Definir con el paciente la manera de limitar situaciones que se asocien con un mayor riesgo de uso de sustancias psicoactivas
- Comprometer a la persona con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener la recuperación
- Apoyar un punto de vista realista de cambio a través de pasos pequeños.
- Reconocer las dificultades para la persona en las etapas iniciales del cambio.
- Ayudarle a identificar las situaciones de alto riesgo y las estrategias para intervenirlas.
- Ayudar a la persona a encontrar nuevos refuerzos de cambio positivo.
- Ayudar a la persona a evaluar cuando tiene un apoyo familiar y social fuerte.

6.1.1.5 Mantenimiento

Se caracteriza por la generalización de la abstinencia, por el mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida y por el aprendizaje del manejo de las crisis y las recaídas.

Estrategias motivacionales del clínico

- Fortalecer aspectos de logros y potencialidades sobre el nivel de cambio alcanzado y los beneficios de mantener su comportamiento
- Reforzar la habilidad del paciente para reconocer e identificar los factores desencadenantes del consumo en otros momentos de su vida y establecer con él aquellas acciones que puede fortalecer su progreso alcanzado con la terapia

- Ayudar a la persona a identificar y examinar fuentes de placer libres de drogas (por ej., nuevos refuerzos).
- Apoyar los cambios en el estilo de vida.
- Afirmar la resolución de la persona y la autoeficacia.
- Ayudar a la persona a practicar y usar nuevas estrategias para liderar la evitación del regreso al consumo.
- Mantener un contacto de apoyo.
- Desarrollar un plan de “escape” si la persona vuelve al consumo de sustancias.
- Repasar con la persona las metas a largo plazo

6.1.1.6 **Recaída**

La persona ha experimentado una recurrencia de síntomas, por lo que tiene que poner en práctica lo aprendido para manejar las consecuencias y decidir qué hacer ahora.

Estrategias motivacionales del clínico

- Es importante que el individuo comprenda los motivos de la recaída, se debe proporcionar información sobre el cambio
- Apoyar en la estructuración de los planes para el próximo intento
- Trabajar con el individuo en su auto-convencimiento para el cambio
- Ayudar a la persona a reentrar al ciclo de cambio y reconocer cualquier disposición para reconsiderar un cambio positivo
- Explorar el significado y la realidad de la recurrencia como una oportunidad de aprendizaje.
- Ayudar a la persona a encontrar alternativas a las estrategias de manejo.
- Mantener un contacto de apoyo.

6.1.2 Elementos de Intervenciones Motivacionales Efectivas⁷⁹

La intervención motivacional se define en términos generales como cualquier estrategia clínica diseñada para aumentar la motivación de la persona hacia el cambio. Sin duda, la motivación es el prerequisite para iniciar el cambio, sin esta es imposible generar la exploración, el control y la resolución del conflicto que presenta el individuo. La motivación tiene las siguientes características:



Figura 24. Etapas para el cambio

Al ser la intervención motivacional una estrategia clínica designada para aumentar la motivación hacia el cambio, se hace necesario entender lo que impulsa a una persona a reducir o eliminar el uso de sustancias, se han determinado seis elementos más comunes que inspiran el cambio positivo:

Retroalimentación (Feedback)

Ofrecer información en una forma directa, respetuosa, usando un lenguaje fácil de entender y culturalmente apropiado, que ayude a reconocer la existencia de un problema de uso de sustancias y la necesidad de cambiarlo. Se puede usar a lo largo del tratamiento, es especialmente valiosa como método para reforzar el progreso.

Responsabilidad

El consultante tiene la elección de continuar con su comportamiento o cambiar. El acercamiento motivacional le permite estar activo en lugar de pasivo, al insistir en que escoja el tratamiento y que asuma responsabilidad por el cambio. No se debe imponer al consultante puntos de vistas o metas; a cambio, se debe pedir permiso para hablar sobre el consumo de sustancias e invitarle a considerar la información. Si se es libre de escoger, se sentirá con menos necesidad de resistir o descartar las ideas del terapeuta.

Consejería sobre el cambio

Las sesiones cortas en las que se ofrecen sugerencias, pueden ser efectivas en cambiar comportamientos como fumar, beber alcohol y otros consumos de sustancias, la manera en que se brinde la consejería es determinante: es mejor no *decir* a la gente lo que debe hacer, **sugerir** produce mejores resultados. Un acercamiento motivacional para ofrecer consejería puede ser directivo (hacer una sugerencia) o educacional (explicar información).

Opciones

La motivación para participar en el tratamiento se intensifica al dar a los consultantes elecciones en cuanto a las metas del tratamiento y las clases de servicios que se necesitan. Ofrecer un menú de opciones ayuda a disminuir las tasas de deserción y la resistencia al tratamiento, y aumenta la efectividad general del tratamiento. Proporcionar un menú de opciones es consistente con el principio motivacional que las personas tienen que escoger y hacerse responsables de sus elecciones. Su papel es aumentar la habilidad de las personas para que puedan tomar decisiones informadas. Cuando las personas toman decisiones independientes, es mayor la probabilidad de que estén más comprometidos con las mismas.

Consejería empática

La empatía generalmente acarrea escuchar atentamente cada planteamiento del consultante y repetirlo en diferentes palabras de forma que sepa que el terapeuta entiende el significado. La persona habla la mayor parte del tiempo, cuando un clínico usa el estilo empático. Es responsabilidad de este último, crear un ambiente seguro que estimule el flujo libre de información por parte de la persona. Su mensaje implícito es: “Veo dónde está” y “¿Hacia dónde se quiere mover ahora?” La suposición es que, con el apoyo empático, una persona se moverá naturalmente en una dirección saludable. A pesar de que un estilo empático parece fácil de adoptar, en realidad exige un adiestramiento cuidadoso y un esfuerzo significativo por parte del clínico. Puede ser particularmente efectivo con personas que parecen estar molestas, reacias o a la defensiva.

Autoeficacia

Para tener éxito con el cambio, las personas deben creer que son capaces de emprender tareas específicas y poseen las destrezas necesarias. Una de las tareas más importantes del terapeuta, es fomentar la esperanza y el optimismo al reforzar la confianza de las personas en sus propias habilidades y capacidades. Este papel tiene más posibilidad de ser exitoso si el clínico cree en la habilidad de cambio de la persona, se requiere ayudarlo a identificar lo que ha hecho en el pasado con sus problemas de una forma exitosa, una vez sean identificadas las fortalezas, se puede ayudar a construir con base en éxitos pasados.

6.1.3

Competencias y Habilidades Terapéuticas

Para optimizar el uso de la entrevista motivacional, se recomienda desarrollar en el terapeuta las siguientes competencias y habilidades:



Figura 25. Competencias y habilidades terapéuticas

Al emplear la estrategia motivacional el terapeuta debe tener claridad en **no utilizar** comportamientos terapéuticos que usualmente pueden emplearse desde otros enfoques, pero que obstaculizaría el cumplimiento de los objetivos de la intervención motivacional (Anexo 16), ellos son:

- Afirmaciones respecto a que el paciente tiene un problema y tiene que cambiar.
- Ofrecer consejos directos y soluciones a sus problemas
- Dejar al paciente en un papel pasivo
- Relación unidireccional
- Imponer un diagnóstico
- Comportamiento coercitivo, autoritario y de experto

6.2 TERAPIAS COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC) Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PR)⁸⁰

La prevención de recaídas con orientación cognitiva conductual es una forma de “diálogo terapéutico” empleada para enseñar, animar y apoyar a las personas sobre la forma de reducir y suspender el consumo nocivo de sustancias psicoactivas; brinda habilidades orientadas a lograr y mantener la abstinencia de sustancias.

La terapia cognitiva conductual (TCC/PR) presenta fortalezas en su empleo frente a la prevención de recaídas, así:

- Es un enfoque de consejería-enseñanza adecuado a la capacidad de recursos de la mayoría de programas de tratamiento.
- Es estructurada, orientada a metas y enfocada en los problemas inmediatos que enfrentan los abusadores de sustancias que entran a tratamiento y están luchando por controlar su conducta de consumir
- Aporta conceptos básicos sobre dependencia de sustancias y cómo no usar drogas.

- Enseñar y entrenar al consultante en el aprendizaje de nuevas habilidades para el cambio conductual y el auto-control.
- Involucra el dominio de habilidades mediante la práctica.
- Ha sido evaluada extensamente en ensayos clínicos rigurosos y tiene un sólido respaldo empírico.
- Tiene una perspectiva flexible, personalizada, que se puede adaptar a una gama amplia de usuarios, así como a una variedad de contextos (internado, tratamiento externo) y modalidades (individual, grupal).
- Es compatible con otros tratamientos que puede recibir el usuario, como la farmacoterapia.

6.2.1 Principios del Aprendizaje y el Condicionamiento en la Prevención de Recaídas

98

Los principios del aprendizaje y el condicionamiento comprendidos en la TCC/PR son:

- Condicionamiento clásico
- Condicionamiento operante
- Modelamiento

PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE Y EL CONDICIONAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS		
	En la ADICCIÓN/DEPENDENCIA SPA	Aplicación a las técnicas
Estímulo condicionado	• Reiteradas asociaciones de ciertos eventos, estados emocionales o señales con el uso de una sustancia producen ansias de consumir esa sustancia. • Con el tiempo, el consumo de alcohol u otras sustancias se asocian con señales tales como dinero, ciertos implementos, lugares particulares, personas, horas del día, emociones. • Ocasionalmente, la exposición a esas señales produce ansias o impulsos de consumir tales sustancias.	• Comprender e identificar los “desencadenantes” (señales condicionadas). • Comprender cómo y por qué ocurren las “ansias de consumir • Aprender estrategias para evitar la exposición a desencadenantes • Manejar las ansias para reducir/eliminar los impulsos condicionados de consumir.
Condicionamiento operante	• El uso de una sustancia es una conducta que se afianza (refuerza) por el estímulo o reforzamiento positivo que proviene de las propiedades farmacológicas de la sustancia. • Al llegar a la etapa de adicto, el consumo de la sustancia se mantiene por el refuerzo negativo de reducir o evitar los síntomas molestos de la abstinencia/ privación.	• Análisis funcional – identificar situaciones de alto riesgo y determinar los reforzadores. • Examinar las consecuencias del consumo a corto y largo plazo para reforzar la determinación de permanecer abstemio. • Programar el tiempo y recibir recompensa. • Generar reforzadores significativos alternativos al uso de sustancias.
Modelamiento	• El modelamiento es un factor importante en la iniciación al consumo de sustancias. • Durante la adolescencia, el modelamiento es a menudo el factor principal en la forma como otros jóvenes promueven la experimentación con sustancias.	• Los consultantes aprenden nuevas conductas a través de juego de roles. • Habilidades de rechazo de sustancias. • Observar nuevas estrategias del modelo clínico. • Practicar esas estrategias.

Tabla 11. Principios del Aprendizaje y el Condicionamiento en la Prevención de Recaídas



6.2.2 Principios Prácticos de la TCC/PR

Adaptación a las necesidades del usuario

- La TCC/PR es individualizada y personalizada, por lo tanto, se requiere adaptar los contenidos, los ejemplos y la asignación de ejercicios prácticos a las necesidades específicas del consultante.
- Avanzar en forma pausada, para asegurar que el consultante entiende y asimila los conceptos, evitando involucrarse en disertaciones o discusiones excesivas.
- Utilizar los ejemplos específicos ofrecidos por el consultante para ilustrar los conceptos.

Repetición

- Los hábitos suelen estar profundamente arraigados por lo tanto, se requiere Incorporar nuevos aprendizajes en situaciones crónicas o antiguas, los cuales pueden requerir varios intentos.
- Generablemente, el uso crónico de sustancias afecta las habilidades cognitivas y la memoria de los consultantes; frente a los cuales es necesario repetir los conceptos básicos para asegurar su correcta asimilación. (ej., desencadenantes, ansias, situaciones de alto riesgo, etc.).
- En ocasiones será necesario repetir sesiones completas o parte de ellas.

Práctica

- El dominio de nuevas habilidades exige tiempo y práctica. El proceso de aprendizaje a menudo implica cometer errores, asimilar lecciones de esos errores, y tratar de nuevo una y otra vez.
- Es importante que los usuarios tengan la oportunidad de probar nuevas estrategias.

Dar razones claras

- El clínico debe tener en cuenta que el consultante solamente practicará una habilidad o ejercicio asignado, una vez entienda claramente por qué le puede servir el realizarlo
- Señalar constantemente la importancia de practicar por fuera de las sesiones lo que el consultante aprende en ellas, explicándole las razones para hacerlo.

Expresarse claramente, con términos simples

- Usar un lenguaje apropiado para el nivel educativo y la capacidad de comprensión del consultante.
- Confirmar frecuentemente con el consultante para asegurarse que entiende los conceptos y los considera adecuados a su situación.

Monitorear

- Hacer seguimiento a los esfuerzos del consultante para practicar los ejercicios asignados y verificar su realización.
- Implica conversar con el consultante sobre su experiencia con las tareas indicadas, de tal forma que se puedan atender los problemas o dificultades durante las sesiones.

Elogiar las aproximaciones

- El clínico debe tratar de moldear y mejorar los comportamientos del consultante manifestando su reconocimiento y estímulo a los pequeños avances en los ejercicios prácticos, y resaltar todo lo que muestre ser útil o benéfico para el consultante.

Ayudar a superar los obstáculos para las tareas asignadas

- El fracaso en la implementación de estrategias de manejo por fuera de las sesiones puede tener distintos significados (ej., sentir desesperanza). Explorando la naturaleza específica de las dificultades del consultante, el clínico puede ayudarlo a superarlas.

Qué hace ineficaz la TCC/PR

Los extremos de estos dos estilos opuestos pueden hacer ineficaz la terapia cognitiva conductual:

- Un enfoque terapéutico no directivo o pasivo.
- Un enfoque muy directivo o mecánico.

6.2.3 Fases de la Intervención

La prevención de recaídas se desarrolla en dos fases:

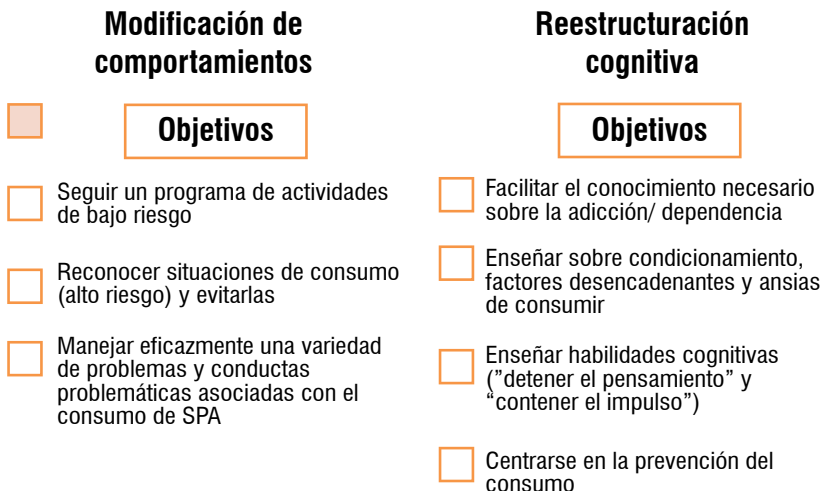


Figura 26. Fases en la prevención de recaídas

6.2.4 Técnicas de la TCC/PR en la Prevención de Recaídas

Dentro de las técnicas para el Tratamiento del abuso de sustancias y la prevención de recaídas se incluyen:

6.2.4.1 Análisis Funcional⁸¹

Consta de la realización de algunas preguntas, con el objetivo de conocer los detalles del consumo de sustancias y determinar su relación con las diferentes áreas de la vida de la persona. Es una de las primeras tareas que debe desarrollarse, debido a que la obtención de esta información con los diferentes detalles, se convierte en apoyo para diseñar un plan de tratamiento efectivo. (Anexo 17)



Figura 27. Análisis Funcional.

6.2.4.2 Desencadenantes del consumo (señales condicionadas)

Uno de los objetivos más importantes del análisis funcional, es saber sobre las personas, los lugares, las cosas, los momentos y las emociones que se han asociado con el consumo de sustancias del consultante. A estos se les llama “**desencadenantes**” o “**señales condicionadas**”.

Los desencadenantes pueden incluir personas, lugares, cosas, momentos, estados emocionales, periodos de tiempo. Generalmente, pueden estimular pensamientos y ansias de consumir sustancias.

Se debe determinar tanto desencadenantes externos como internos (anexos 18 - 19):

Desencadenantes Externos	Desencadenantes Internos
• Personas: amigos que usan drogas, expendedores • Lugares: bares, fiestas, casas de consumidores, sitios de la ciudad donde se consumen drogas • Cosas: sustancias, implementos para usar drogas, dinero, alcohol, películas que muestran consumo de sustancias • Periodos de tiempo: días de pago, festivos, ratos de ocio, salida del trabajo, momentos de estrés	• Ansiedad • Ira • Frustración • Deseo sexual • Euforia • Aburrimiento • Fatiga • Alegría

Figura 28. Desencadenantes externos e internos

6.2.4.3 Situaciones de Alto Riesgo y Bajo Riesgo

Un concepto importante de la TCC/PR es enseñar a los consultantes a reducir su exposición a situaciones de alto riesgo y aumentar su permanencia en situaciones de bajo riesgo.

Situaciones de Alto Riesgo: las situaciones que conllevan desencadenantes y han sido asociadas con el consumo de sustancias.

Situaciones de Bajo Riesgo: otras situaciones (o lugares, personas, etc.) que nunca se han asociado al consumo de sustancias.

6.2.4.4 Ansias de Consumir

Las Ansias o Craving, se asocian con un “*deseo intenso de...*”, una “*necesidad urgente de...*”, un “*requerimiento apremiante de...*”. Incluye una combinación de pensamiento, ansiedad y un fuerte componente fisiológico que hace de las ansias un evento muy poderoso y difícil de resistir

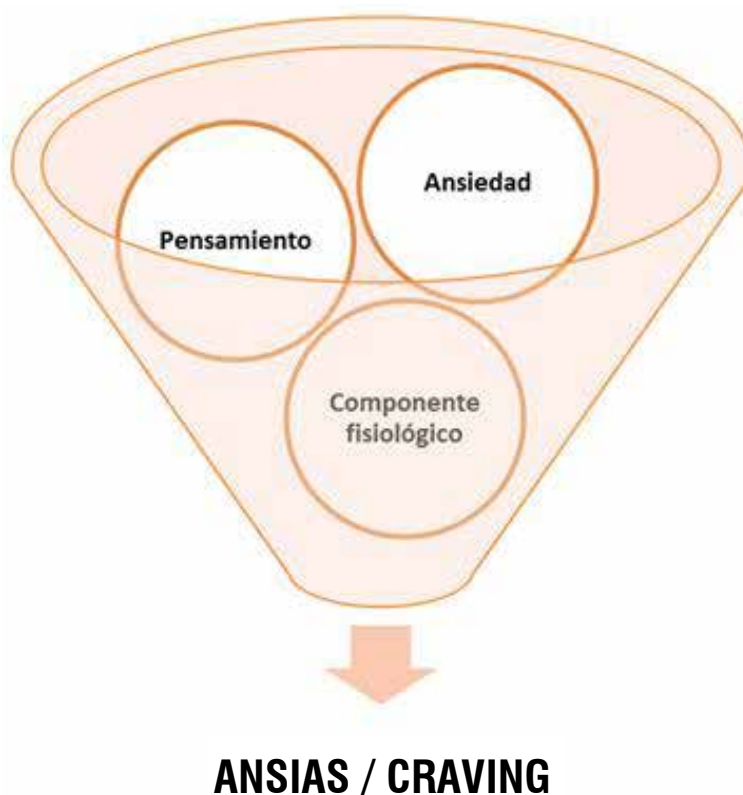


Figura 29. Ansias

Se puede experimentar en una variedad de formas:

- **Somática:** “*Tengo una sensación muy fuerte en mi estómago*”/ “*Mi corazón late a mil por hora*”/ “*Me llega el olor de la nada*”
- **Cognitiva:** “*Lo necesito ya*”/ “*No puedo sacarlo de mi mente*”/ “*Me está llamando*”.

Una creencia generalizada en las personas que consumen, es que una vez que aparecen las ansias de consumir, es inevitable no hacerlo, por lo tanto, siempre terminan cediendo al consumo. (Anexo 20) En TCC/PR, es importante brindar a los consultantes herramientas para resistir el deseo intenso de consumir, así:

- Empezar actividades no relacionadas con sustancias
- Hablar de las ansias
- “Surfear” las ansias (como si fueran una ola)
- Detener el pensamiento / relajarse
- Contactar a un amigo que no consuma o a un consejero
- Orar / meditar

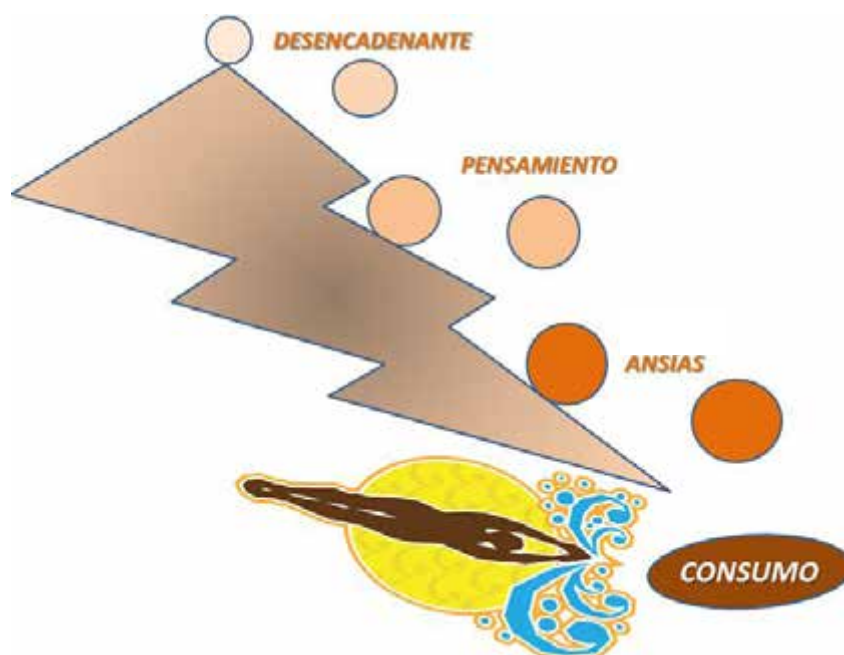


Figura 30. Desencadenantes y ansias de consumo

6.2.4.5 Habilidades para rechazar el consumo de sustancias Cómo decir “NO”

Una de las situaciones más comunes de recaída, surge cuando alguien: “amigo, expendedor...” le ofrece la sustancia. Muchas personas consideran que **no saben cómo decir “No”**. Frecuentemente, su modo ineficiente de enfrentar la situación los lleva a consumir.

Hay varios principios básicos en el rechazo efectivo de sustancias psicoactivas:

- Responder rápidamente (no dudar o vacilar, sin titubeos).
- Sostener la mirada de la persona que ofrece o incita.

- Responder con un “No” claro y firme que no deje la puerta abierta a futuros ofrecimientos.
- Acortar la conversación.
- Retirarse de la situación.

Después de examinar las habilidades básicas de rechazo, los consultantes deben practicarlas mediante juego de roles, y se deben identificar y analizar las dificultades para el rechazo asertivo.

- Escoger una situación real que le haya ocurrido recientemente al consultante.
- Pedir al consultante que mencione algunas características de la persona a la cual se debe expresar la negativa de consumir.

6.2.4.6 Síndrome de violación de la abstinencia

Si el consultante tropieza y consume después de un periodo de abstinencia, puede ocurrir:



Figura 31. Síndrome de Violencia de la abstinencia

Es vital el apoyo terapéutico en este momento, los consultantes necesitan saber que si tropiezan y consumen de nuevo alcohol o drogas, no significa que se volverán adictos nuevamente. Se debe ayudarle a contextualizar y “redimensionar” el evento de consumo y prevenir que la reincidencia se convierta en un retorno a la situación de dependencia.

6.2.4.7 Cambio en el estilo de vida

El consultante requiere asumir nuevas conductas sin drogas:

- Muchos usuarios tienen un pobre repertorio de actividades sin drogas o carecen de ellas, por lo tanto el clínico debe dar instrucciones y estimular al consultante para emprender nuevas actividades alternativas.
- Se debe “inducir y reforzar” intentos de probar nuevas conductas o retomar conductas anteriores sin drogas.

6.2.4.8 Desarrollo de un “Plan Diario de Recuperación”

El objetivo es establecer un plan para los ejercicios que se deben hacer antes de la próxima sesión.

Muchos consultantes **no planean su día, simplemente hacen lo que les gusta**. Lo cual los hace muy vulnerables al enfrentar situaciones de alto riesgo y exponerse a desencadenantes para consumir sustancias. Para contrarrestar esta situación, es de gran utilidad crear una programación hora a hora para su tiempo diario.

Planear anticipadamente un día con el consultante, le permite al terapeuta trabajar en forma cooperativa para maximizar el tiempo del consultante en situaciones de bajo riesgo, no desencadenantes y, por lo tanto, reducir su exposición a situaciones de alto riesgo. Si el consultante cumple la programación, normalmente no consumirá drogas. Si no la cumple, por lo general consumirá.

Una programación diaria detallada:

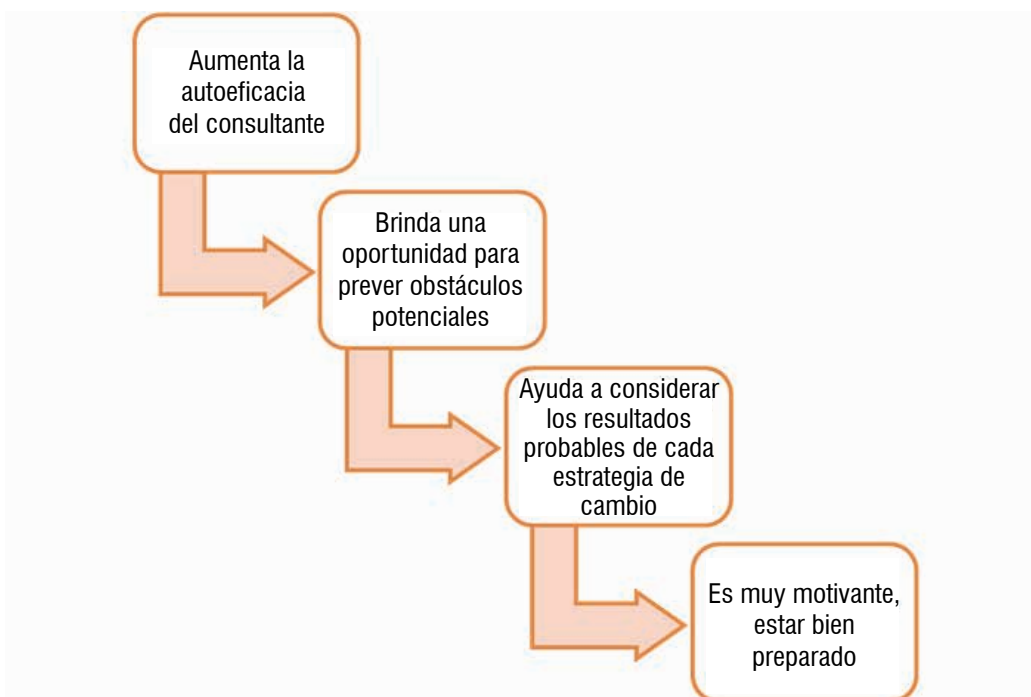


Figura 32. Beneficios de establecer una programación diaria detallada

Manejo de la resistencia a programar

Los consultantes pueden resistirse a programar **“Yo no soy una persona de horarios”**, o **“En nuestra cultura no acostumbramos a programar nuestro tiempo”**. Para contrarrestar la resistencia a programar se debe:

- Usar el modelamiento para enseñar la habilidad de programar.
- Reforzar los intentos de seguir una agenda, aceptando que la perfección no es la meta.
- Progresivamente, dejar que el consultante asuma la responsabilidad sobre su programación.

El clínico debe animar al consultante a seguir la programación como la guía de ruta para mantenerse libre de drogas (Anexos 21 y 22).

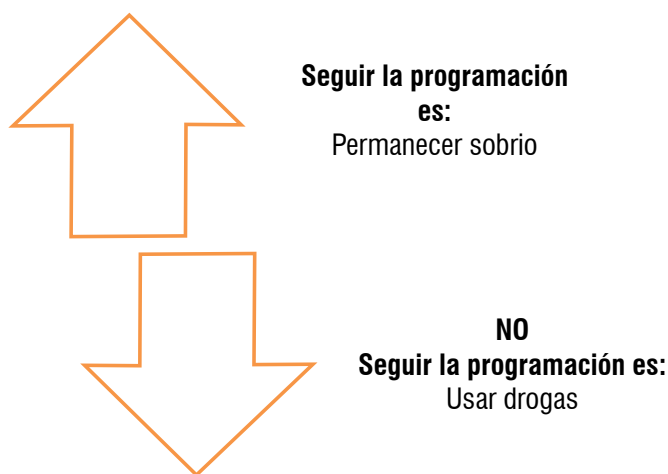


Figura 33. Permanecer sobrio Vs. Consumir drogas

6.2.5 Habilidades del clínico

El clínico debe generar las siguientes habilidades:

- Enseñar y entrenar al consultante en el aprendizaje de nuevas habilidades para el cambio conductual y el auto-control.
- Asumir el rol de entrenador y “guía” para la recuperación y una fuente de información correctiva.
- Ser empático, entender realmente los difíciles desafíos de las recuperaciones.
- Ser flexible para tratar las crisis que se presenten, sin permitir que cada sesión sea una “sesión de manejo de crisis”.
- El clínico es una de las fuentes más importantes de reforzamiento positivo y apoyo para el consultante durante el tratamiento.
- Mantener una postura no enjuiciadora ni de crítica.
- Las habilidades de entrevista motivacional son valiosas en la TCC/PR.
- Las habilidades de entrevista motivacional son extremadamente valiosas en la TCC/PR.

La TCC/PR debe procurar un equilibrio entre:

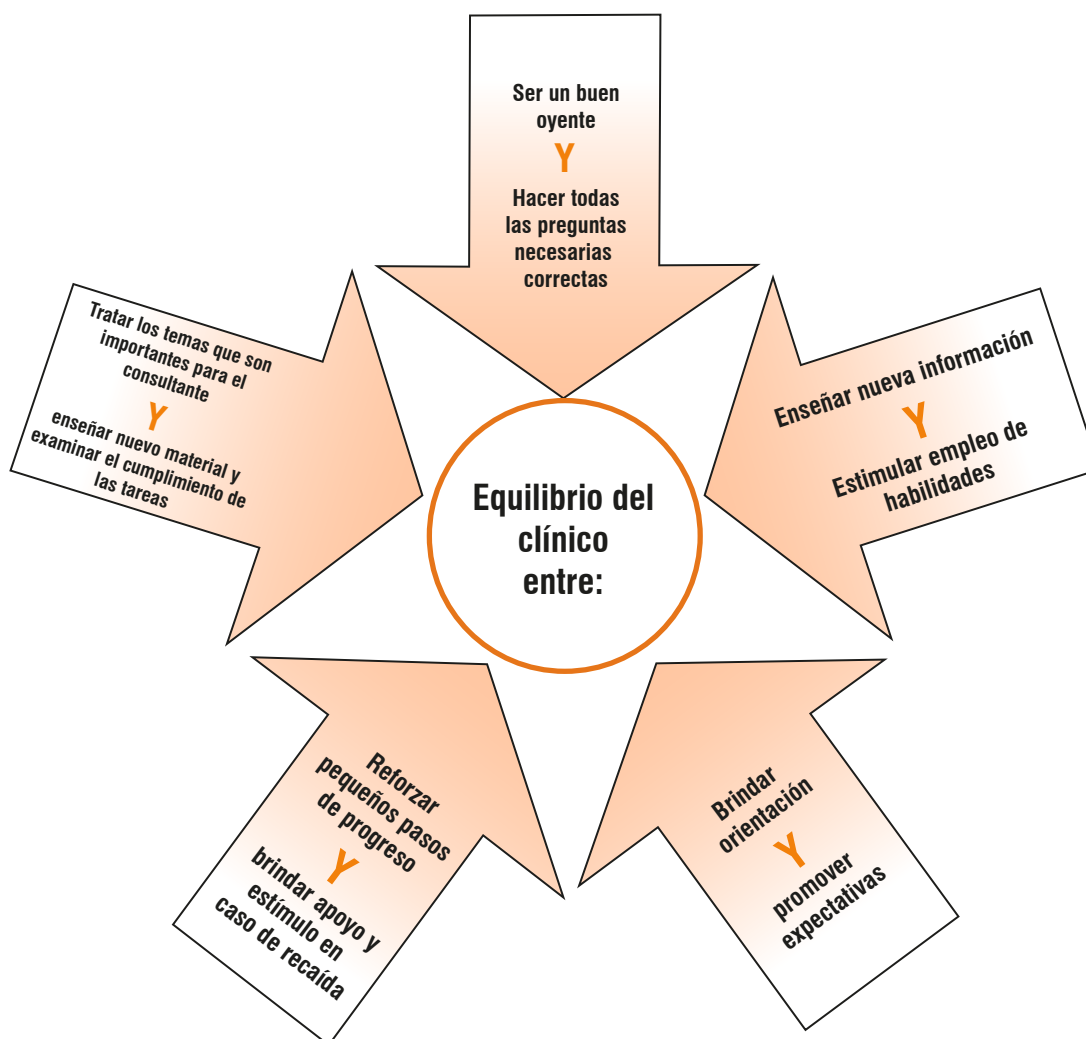


Figura 34. Habilidades del clínico

6.2.6 Desarrollo de las sesiones

La TCC/PR puede realizarse en sesiones individuales o grupales.

- Las sesiones individuales permiten análisis más detallados y la enseñanza directa con cada consultante.
- Las sesiones en grupo permiten a los consultantes aprender unos de otros sobre el uso exitoso de las técnicas de TCC/PR.

Las sesiones de TCC/PR son muy estructuradas y exigen que el clínico asuma una posición muy activa. Las sesiones duran 60 minutos y se dividen en tres segmentos de 20 minutos cada uno.



Figura 35. Desarrollo de las sesiones

7. MANEJO MÉDICO/PSIQUIÁTRICO

La complejidad en el abordaje clínico de los pacientes con problemas de consumo en SPA representa para los profesionales una responsabilidad muy significativa ya que tendrá como meta la recuperación del paciente y las condiciones necesarias para su rehabilitación.

A continuación se presentan los elementos centrales para el abordaje y tratamiento que plantean la psiquiatría y la medicina en general sobre este problema de salud.

SUSTANCIA	ALCOHOL	OPIÁCEOS	BENZODIACEPINAS	NICOTINA
Intoxicación por...	Se recomienda: • Valoración médica completa. • Descartar toxicidad por otras sustancias • Realizar un lavado gástrico • Solicitar glicemia: si el nivel es bajo, administrar una infusión de dextrosa, administrar previamente tiamina para prevenir encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. • Ante deterioro excesivo en el estado mental con respecto al nivel de alcohol en sangre, realizar neuroimágenes para descartar lesiones traumáticas. • En casos severos, se requiere manejo de la vía aérea con intubación endotraqueal. • Una vez se recupere el paciente, explorar la presencia de abuso y dependencia y canalizar en un tratamiento adecuado.	Los signos pueden incluir: • Miosis (contracción de las pupilas) • Deterioro del estado de consciencia desde somnolencia hasta coma • Depresión respiratoria • Broncoaspiración • Hipotensión/hipotermia • Emesis • Constipación • Retención urinaria • Euforia • Analgesia • Bradicardia El tratamiento incluye: • Medidas de soporte general • Monitoreo y manejo de estado cardio-respiratorio • Suspender el consumo de opiáceos • Detectar otros problemas médicos infecciones, trauma craneoencefálico o el consumo simultáneo de otras SPA y la administración de un antagonista opiáceo, como naloxona endovenoso, en casos de paro respiratorio y readministrar cada 2-3 minutos de acuerdo a respuesta. • Tener precaución de no sobredosificar para evitar la precipitación del síndrome de abstinencia a opiáceos.	Los síntomas pueden ser: • Sobresedación • Disartria, ataxia y depresión del estado mental, aunque pueden ocurrir inhibición y agitación paradójicas. • En extremo, sobre todo cuando se ha consumido otro agente como alcohol, barbitúricos u opiáceos la consecuencia puede ser estupor, depresión respiratoria, coma y aún la muerte. El tratamiento, como en la intoxicación por opiodes y alcohol, se basa en : • Protección de la vía aérea • Evaluación de problemas médicos comórbidos • Descontinuación de las benzodiacepinas y otros agentes depresores • Medidas de soporte (monitoreo de frecuencia respiratoria, temperatura e hidratación) • Administración de un antagonista de las benzodiacepinas, el flumazenil repetida cada 30 segundos en casos de insuficiencia respiratoria. • Puede desencadenar síndrome de abstinencia en pacientes habituados.	El manejo de la dependencia de nicotina es considerado un modelo de prevención costo-efectivo de complicaciones médicas.

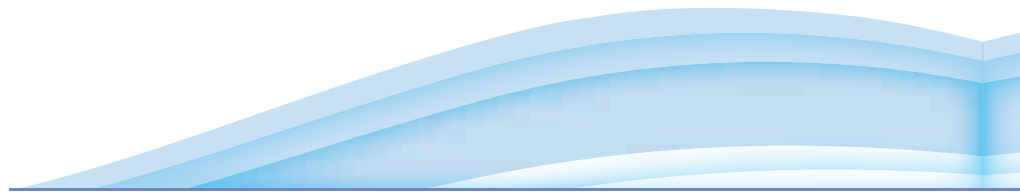
SUSTANCIA	ALCOHOL	OPIÁCEOS	BENZODIACEPINAS	NICOTINA
Abstinencia	• Puede aparecer usualmente entre las 6 y 24 hs. siguientes a una reducción o suspensión abrupta del consumo en personas habituadas. • El temblor inicia en el primer día en el 90% de los casos, aunque puede aparecer hasta 10 días después. • Los síntomas más tempranos junto al temblor son nerviosismo, irritabilidad, náuseas y vómito. • Para valorar la presencia y severidad del síndrome se recomienda escalas CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised) y la AWSS (Alcohol Withdrawal Symptom Scale). • Casos leves (CIWA-AR < 8; AWSS < 5) requieren medidas de soporte (hidratación, reposo, tiamina, ácido fólico, antieméticos y antiácidos), eventualmente diazepam o lorazepam hasta cada 8 horas. • Casos moderados (CIWA-AR > 8-15; AWSS 6-9) requieren diazepam oral, lorazepam hasta controlar los síntomas. • Una vez se mantenga estabilidad clínica durante 24hs, se empieza a reducir gradualmente la dosis hasta suspender. • Casos críticos (CIWA-AR > 15; AWSS > 9) requiere diazepam IV o VO cada 30-60 minutos hasta que el paciente se torne sedado pero alertable. Las dosis pueden oscilar entre 60 y 160mg. • Si reaparecen los síntomas dar dosis según estado de salud. (Anexo 23)	• El síndrome genera un marcado malestar al paciente, pero rara vez compromete la vida. • Dependiendo de la vida media del opiáceo consumido, los síntomas pueden iniciar desde las primeras 3-4 hs. con deseo intenso “craving” de la droga, ansiedad y miedo al síndrome. • Entre 8 y 14 hs. se desarrolla malestar general, síntomas de resfriado, ansiedad, inquietud, insomnio, bostezadera, rinorrea, lagrimeo, diaforesis, calambres abdominales y midriasis. • Entre uno y tres días aparecen temblores, espasmos musculares, náuseas, vómito, diarrea, hipertensión, taquicardia, hipertermia, pilo-erección, frialdad y palidez. • Generalmente se utilizan agonistas opiáceos como metadona o buprenorfina (un agonista-antagonista parcial), de acuerdo a los parámetros objetivos como: pulso > 90 o aumento de 10 pulsaciones por minutos sobre el basal, aumento de presión arterial sistólica mayor de 10mmHg o presión arterial basal > 160/95, pupilas dilatadas, diaforesis, bostezadera, rinorrea o lagrimeo.	• Como con el alcohol y los barbitúricos, las benzodiazepinas al potenciar el GABA pueden desarrollar tolerancia y síndrome de abstinencia (incluyendo agitación, hiperactividad autonómica, confusión, irritabilidad, deseo intenso de consumo, delirium y convulsiones). • Puede aparecer tras la reducción significativa o suspensión de la sustancia. • Los síntomas de abstinencia son similares a los de la abstinencia alcohólica, y su tiempo de aparición depende de la vida media de la benzodiazepina y el patrón de abuso (frecuencia, dosis total diaria, tasa de reducción, uso de otros depresores del sistema nervioso). El tratamiento consiste en: • Medidas de evaluación • Monitoreo y soporte; usualmente incluye la reintroducción de la misma sustancia, para luego retirarla de manera gradual. • Se prefiere el uso de dosis equipotentes de alguna benzodiazepina de acción larga (diazepam, clonazepam) para ayudar a una titulación suave y minimizar los síntomas de abstinencia al retirarlo gradualmente. • Hay reportes favorables del uso de carbamazepina, valproato, gabapentin, topiramato y ozcarbamazepina, que se pueden usar como coadyuvantes o en el tratamiento a largo plazo.	• Las terapias de reemplazo de nicotina (goma, parches transdérmicos, inhalador, spray nasal) incrementan la tasa de personas que dejan de fumar a un 50-70%. • Su éxito es mayor con un programa de consejería. • La vareniclina (un agonista parcial del receptor de nicotina) tiene una tasa de personas que dejan de fumar del 48% en 4 semanas, comparada con 33% para bupropión y del 17% para el placebo. • Por su parte, el bupropión (un inhibidor de la recaptura de dopamina y norepinefrina) ha mostrado tasas de cesación del tabaquismo del 44% contra el 19% para el placebo.

7.1 OTRAS SUSTANCIAS DE ABUSO

No hay manejo médico específico para la intoxicación, abstinencia o dependencia de otras sustancias psicoactivas como anfetaminas, cannabinoides, cocaína, hidrocarburos, solventes, anticolinérgicos, alucinógenos, entre otros, por lo cual el manejo debe ser de monitoreo y soporte en la intoxicación y luego canalizar en un programa de tratamiento y rehabilitación psicosocial adecuado. Sin embargo recientes estudios han planteado la posibilidad de utilizar n-acetil cisteína para el manejo de la dependencia de cannabinoides y posiblemente podría ayudar en la adicción a otras sustancias psicoactivas. Existen estudios interesantes con disulfiram en el caso de dependencia de cocaína, al igual que con moduladores de GABA como tiagabina, topiramato o baclofén y con un agonista dopaminérgico con efectos anticolinérgicos llamado amantadina. A nivel experimental, se están desarrollando “vacunas” que estimulen la producción de anticuerpos que se unan a la cocaína bloqueando su paso al sistema nervioso central. También se plantea el uso de antipsicóticos atípicos como risperidona u olanzapina en la intoxicación o psicosis por cocaína, anfetaminas u otros psicoestimulantes. En todo caso es fundamental evaluar e intervenir en la comorbilidad psiquiátrica altamente prevalente en estos pacientes, cuyo tratamiento específico podría disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

7.2 ADICCIONES SIN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En las últimas décadas se ha postulado cada vez con más evidencia científica que algunas conductas como el juego, el sexo, la comida (trastorno por atracones), el internet, las compras, tricotilomanía (arrancarse el pelo), “picking” (escoriarse la piel), cleptomanía (robo compulsivo), piromanía (iniciar incendios) o acumulación de objetos, pueden presentarse con un patrón impulsivo, y luego compulsivo, de manera similar al fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas. Al punto que en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), se ha incluido el juego patológico dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. El abordaje debe de la misma manera ser integral, incluyendo intervenciones psicosociales apropiadas, preferiblemente en modalidad ambulatoria, si bien hay casos tan severos que podrían ameritar internación para la deshabitación inicial de la conducta y prevenir riesgos e auto y heteroagresión. También es importante explorar y documentar la posible comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos pues el manejo específico y apropiado de estos, puede contribuir a la disminución de la conducta disfuncional. Con respecto al manejo farmacológico, la mayoría de estudios se han realizado con inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, especialmente sertralina, fluoxetina o fluvoxamina. También hay estudios con naltrexona, un antagonista opiáceo, así como con anticonvulsivantes o antipsicóticos, que podrían ser utilizados de acuerdo al criterio del psiquiatra.



ANEXOS

ANEXO 1: DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

CIE-10 DÉCIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10 – F19)⁸²

Esta sección incluye trastornos muy diversos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicoactivas. La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F), y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. Las SPA se enumeran al principio, seguidas por los códigos del cuarto carácter, los cuales son aplicables a todas las SPA que lo requirieran. Sin embargo, no todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógeno
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.

113

F1x.0	INTOXICACIÓN AGUDA
.00	No complicada
.01	Con traumatismo o lesión corporal
.02	Con otra complicación de índole médica
.03	Con delirium
.04	Con distorsiones de la percepción

.05	Con coma
.06	Con convulsiones
.07	Intoxicación patológica

F1x.1	CONSUMO PERJUDICIAL
--------------	----------------------------

F1x.2	SÍNDROME DE DEPENDENCIA
.20	En la actualidad en abstinencia
.21	En la actualidad en abstinencia en un medio protegido.
.22	En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado.
.23	En la actualidad en abstinencia en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes
.24	Con consumo actual de la sustancia
.25	Con consumo continuo.
.26	Con consumo episódico (dipsomanía).

F1x.3	SÍNDROME DE ABSTINENCIA
.30	No complicado
.31	Con convulsiones

F1x.4	SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM
.40	Sin convulsiones
.41	Con convulsiones

F1x.5	TRASTORNO PSICÓTICO
.50	Esquizofreniforme
.51	Con predominio de ideas delirantes
.52	Con predominio de alucinaciones.
.53	Con predominio de síntomas polimorfos
.54	Con predominio de síntomas depresivos
.55	Con predominio de síntomas maniacos
.56	Trastorno psicótico mixto

F1x.6	SÍNDROME AMNÉSICO
--------------	--------------------------



F1x.7	TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICÓTICO DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
.70	Con reviviscencias ("flashbacks")
.71	Trastorno de la personalidad o del comportamiento
.72	Trastorno afectivo residual
.73	Demencia inducida por alcohol u otras sustancias Psicoactivas
.74	Otro deterioro cognoscitivo persistente
.75	Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias Psicoactivas.

F1x.8	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO
--------------	---

F1x.9	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN
--------------	---

- **F1x.0 INTOXICACIÓN AGUDA**

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de SPA que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

- **F1x.1 CONSUMO PERJUDICIAL**

Forma de consumo que está afectando la salud física (como en el caso de la hepatitis por administración de SPA por vía parenteral) o mental, (episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

- **F1x.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA**

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

- **F1x.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Conjunto de Síntomas que se agrupan según diferentes modos y 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 están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia..

- **F1x.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM**

Se trata de un trastorno en el que el síndrome de abstinencia se complica con un delirium

• F1x.5 TRASTORNO PSICÓTICO

Trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo, más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

• F1x.6 SÍNDROME AMNÉSICO

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución en la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suelen estar relativamente bien conservadas y los defectos amnésicos son incomparablemente mayores que los de otras funciones.

• F1x.7 TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias Psicoactivas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN Y GENERALIDADES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)

ESTIMULANTES				
Sustancia Psicoactiva	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Cocaína	Se obtiene de una planta llamada coca; tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor El crack es un derivado de la base con la que se produce la cocaína, que genera una reacción rápida al ser fumado.	• Euforia y excitación • Ansiedad • Hablar con exageración • Dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea y la temperatura • Acelera el corazón • Alucinaciones y delirios de persecución • Sensación de confianza excesiva y de mayor alerta con energía adicional • El consumo de crack, intensifica todas estas sensaciones	Dependencia física y psicológica acompañadas de problemas de salud como: • Pérdida de peso, debilidad física • Convulsiones • Alucinaciones • Excitabilidad • Trastornos circulatorios • Perforación de los tejidos nasales y problemas respiratorios • Muerte por insuficiencia cardíaca	Argot: • Cocaína: Coca, nieve, perica, fuá, polvo, talco, pase • Crack: rocas o piedras • Free-base: base • Bazuco: susto, suco, terapia. Vías de Administración: • Inhalada • Fumada • Inyectada
Anfetaminas y metanfetaminas	Son potentes estimulantes fabricados en laboratorio, se presentan en tabletas o cápsulas de tamaño, forma y color diferentes. Por lo general se venden en trozo o en polvo.	• Excitación e hiperactividad • Temblor de manos • Sudoración abundante • Insomnio • Disminución del apetito • Angustia • Nerviosismo • Depresión. • Su efecto es muy rápido (unos cuantos segundos), lo que intensifica la sensación de energía acelerada y de que “todo se puede hacer”; cuando disminuye el efecto (“el bajón”) se puede experimentar paranoia y agresión. Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia,	El uso crónico genera: • Hipersomnia • Depresión • Ansiedad • Irritabilidad • Inapetencia • Enfermedades hepáticas • Insomnio prolongado • Alucinaciones • Desórdenes mentales y emocionales • Muerte. • Puede desarrollarse conducta adictiva, más de carácter psíquico que físico, asociado a cuadros psicóticos	Argot: • Anfetas • Corazones • Elevadores • Hielo • Tacha • Pildora del amor • Cranck • Speed • Fuego • Vidrio • Cruz blanca • Cristal • Ice.

Sustancia Psicoactiva	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Anfetaminas y metanfetaminas		resequedad de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardíacas.		Vías de Administración: • Inhalados • Oral • Inyectados • Fumados mediante una pipa.
	Éxtasis Es una droga de diseño de laboratorio (generalmente clandestino) derivada de las anfetaminas, que de acuerdo con su composición, puede tener propiedades alucinógenas.	• Sensación de armonía y desinhibición • En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales. • Sentimientos de depresión y cansancio cuando se suspende el uso de la droga, sumados a náusea y vómitos, aumento de la presión sanguínea y de las pulsaciones, y posiblemente hasta la muerte debida al sobrecalentamiento del cuerpo y la deshidratación o pérdida de agua.	Induce: • Crisis de ansiedad y ataques de pánico • Insomnio o sueño • Falta de apetito • Irritabilidad • Depresión • Hipertensión arterial • Arritmias • Asistolias • Colapso cardiovascular • Coagulación intravascular diseminada, Rabdomiolisis • Convulsiones • Hipertermia (posible muerte por “golpe de calor”).	
Nicotina	Proviene del tabaco (planta originaria de América). En el humo del cigarrillo se han identificado más de 4 mil sustancias tóxicas entre ellas: monóxido de carbono, amonio, plutonio, nicotina, óxido nitroso, ácido cianhídrico, acroleínas,	Con la exposición a la nicotina, se estimula la producción de adrenalina, provocando una descarga de glucosa que incrementa la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardíaco	La exposición continua al tabaco está asociada con las siguientes enfermedades: • Cáncer de pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, renal y/o vesícula. • Del sistema respiratorio, como bronquitis crónica, asma y enfisema. • Del corazón, como deficiencia coronaria (falta de afluencia de sangre al órgano, lo que ocasiona infarto).	Argot: “Pucho”

Sustancia Psicoactiva	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Nicotina	Fenoles, ácido fórmico, formaldehído, nitrosaminas, cadmio, polonio 210, níquel, zinc y alquitranes (benzopirenos, ciclopentano). etc. Aproximadamente 40 de estas sustancias, como el benceno, el níquel y el polonio, tienen potencial cancerígeno		• Padecimientos cerebro-vasculares, derrames cerebrales, aneurisma (deformación o incluso rotura de las paredes vasculares) y problemas circulatorios e hipertensión (presión arterial alta). • Embolias y accidentes cardio y cerebro-vasculares, sobre todo en mujeres que fuman y toman anti-conceptivos. • Resequedad de la piel, arrugas prematuras y pérdida de piezas dentales. • Molestias vinculadas con la menstruación que se relacionan con menopausia temprana, algunos casos de esterilidad o concepción retardada. • Disfunción eréctil (impotencia sexual); el consumo de tabaco es una de sus causas más frecuentes.	Vías de Administración: • Fumado (cigarrillo, cigarro, picadura de pipa) • Inhalado (en rapé) • Gomas para mascar
Cafeína (XANTINAS)	Alcaloides procedentes de plantas (café, té, cacao, cola, mate, guaraná, yopa).	Ligera euforia, aumento de la atención y la concentración. Estado de ánimo agradable. Disminuye sensación de fatiga mental y física. Aumenta diuresis.	A dosis altas: • Nerviosismo • Inquietud • Insomnio • Temblores • Hiperestesia • Intoxicación aguda: taquicardia, extrasístoles, convulsiones, tensión.	Vías de Administración: • Oral

DEPRESORES

Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Alcohol	Es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura. El alcohol etílico que contienen las bebidas se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez.	Los efectos se desarrollan en varias etapas y se relacionan a continuación: 1. Relajado, comunicativo, sociable y desinhibido, la conducta se libera y el individuo parece excitado. 2. Conducta esencialmente emocional, problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio. 3. Confusión mental, inestabilidad en la marcha, visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye. 4. Incapacidad de sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia 5. Inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria	Después de un tiempo de abusar del consumo de bebidas alcohólicas ocurre un deterioro gradual en diversos órganos: • Boca: estomatitis nutricional, glositis. • Ojos: ambliopía alcohólica y oftalmoplejía. • Esófago: esofagitis, síndrome de Mallory – Weiss (laceraciones muy sangrantes), cáncer. • Estómago y duodeno: gastritis erosiva aguda, gastritis hipertrófica, úlcera péptica, aumento de cáncer. • Intestino: malabsorción, diarrea alcohólica. • Hígado: esteatosis, hepatitis alcohólica, cirrosis. • Páncreas: pancreatitis aguda y crónica, pseudoquistes, insuficiencia endocrina pancreática. • Tracto respiratorio: mayor susceptibilidad a las infecciones. • Cardiovascular: cardiomiopatía • Genitourinario: Ginecomastia e hipogonadismo. • Endocrino y metabolismo: hiper e hipoglucemia, disminución de testosterona, hiperuricemia, acidosis respiratoria y metabólica, hipofosfatemia, hipocalemia.	Argot: • Trago • Cervezas • Polas • Vinos • Licores • Drinks • Cocktails Vías de Administración: • Oral

Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Opio y sus derivados (morfina, heroína y codeína)	Se elaboran a partir de la goma de opio, que a su vez se extrae de una flor llamada adormidera o amapola. Se tratarán en conjunto, dado que sus representaciones, efectos y repercusiones son muy semejantes. Se encuentran en forma de polvo blanco muy fino o, cuando su fabricación es imperfecta, de color amarillento, rosado o café, de consistencia áspera. También se pueden presentar en comprimidos, cápsulas, gotas, solución, polvo.	• Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. • Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” respecto del dolor y las preocupaciones sociales. • Relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. • Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.	• Desnutrición • Sudoración • Temblores • Infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas • Hepatitis • Abscesos en hígado, cerebro y pulmones • Depresión respiratoria • Edema pulmonar • Miosis puntiforme (pupila en forma de cabeza de alfiler) • Hipotensión • Cianosis (morado) • Bradicardia • Coma y hasta paro respiratorio. • La triada diagnóstica es: miosis, depresión respiratoria y coma.	Argot: • Llamados estupefacientes o reina, jinete del Apocalipsis, azúcar morena, dama blanca, nieve, poderosa o H (hache). • Entre otros nombres: “Chute”, “Hache”, “horse”, “caballo”. • La heroína mezclada con cocaína se llama: “speed ball”. Vías de Administración: • Inyectada • Fumada • Inhalada
Inhalables	Serie de sustancias químicas volátiles (que se desplazan por el aire) de uso casero, comercial o industrial.	• Sensación de hormigueo y mareo • Visión borrosa • Zumbido en los oídos • Dificultad para articular palabras • Inestabilidad en la marcha • Sensación de flotar • Pérdida de las inhibiciones • Agresividad • Alucinaciones	• Vómito • Sueño • Temblores • Respiración rápida y superficial • Irregularidad en el latido cardíaco • Convulsiones • Destrucción neuronal • Daños en pulmones, riñones e hígado • Degeneración en la sustancia blanca • Demencias • Atrofia óptica • Pérdida de audición • Anosmia • Espasticidad • Ataxia cerebelar • Sofocación • Estado de coma	Argot: • Chemo • Cemento • Mona • Activo • PVC • Goma • Thinner • Gasolina • Bóxer • Gale • Pega • Sacol Vías de Administración: • Inhalada

Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Medicamentos tranquilizantes y antidepresivos	Son medicamentos que se encuentran en forma de tabletas de diferentes tamaños y colores; también en ampollitas	- Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos. - Sus efectos son parecidos a los que producen los derivados del opio. - En la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.	Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte.	Argot: - Pastas - Roche - Pastillas - Rufis - Pepas - Granos - Barbs - Caramelos - Downs - Benzo Vías de Administración: - Oral - Inyectada - Rectal

ALUCINÓGENOS				
Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
Marihuana	Se obtiene de la planta cannabis, cuyas hojas de color verde, largas, estrechas y dentadas son trituradas; en ocasiones se mezclan las semillas y tallos de la planta. El hachís es una preparación de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra de la cannabis. La marihuana es una de las sustancias más consumidas después del alcohol, el tabaco y el café.	- Enrojecimiento de ojos - Incremento de la frecuencia cardíaca - Risa incontrolable sin motivo aparente - Habla exagerada - Exaltación de la fantasía - Sueño - Sensación de que el tiempo transcurre lentamente - Hambre.	- Trastornos de la memoria - Sudoración - Sueño - Apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. - Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes. - Alteraciones en la atención, concentración y memoria - Psicosis - Infecciones respiratorias a repetición - Alteración en la fertilidad y en las hormonas sexuales.	Argot: - Pasto - Hierba - Mota - Toque - Sin semilla Vías de Administración: - Comúnmente se fuma en cigarrillos elaborados en forma rudimentaria.



Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
			Síndrome amotivacional, caracterizado por apatía, pérdida de eficacia en el desarrollo de trabajos complejos, frustración fácil, bajo nivel de concentración y sobrestimación de la propia productividad, este síndrome se caracteriza por el abandono de hábitos regulares de aseo personal, cuidado en el vestir y en los hábitos alimenticios.	
ALUCINÓGENOS (LSD, Hongos, otros)	Hongos (Psilocibina). Popularmente conocidos como hongos mágicos o alucinógenos, son plantas que crecen en lugares húmedos; la psilocibina es la sustancia que provoca los efectos alucinógenos. Dietilamida del ácido lisérgico comúnmente tiene la apariencia de un líquido incoloro, inoloro e insaboro; también puede encontrarse en polvo, en píldoras blancas o de color, tabletas y cápsulas en forma ovalada y de tono gris plateado que se ingieren	- Sensación de mayor agudeza sensorial - Alteraciones del estado de ánimo - Alteraciones perceptivas - La complicación aguda más frecuente es el llamado "mal viaje", con pánico y alucinaciones terroríficas, agitación psicomotora, aprensión y desconfianza de las personas del entorno, temblores, taquicardia e hipertensión arterial. A veces, ergotismo con vasoconstricción generalizada. - Alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos auto-destructivos y reacciones de pánico; temblor de manos, dilatación de las pupilas y gran sensibilidad de los ojos a la luz. - Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles; variaciones extremas de estado de ánimo, disminución de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia cardíaca,	- Intoxicación - Trastorno perceptivo - Delirium por intoxicación - Trastorno psicótico - Trastorno de ansiedad - Trastorno del estado de ánimo - Pérdida de contacto con la realidad, angustia, delirios de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones prolongadas de las funciones mentales y reacciones psicóticas. - Trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención, deterioro de las habilidades académicas. Las alucinaciones pueden reaparecer espontáneamente (sin consumir la droga) días y hasta meses después de la última dosis.	Argot: - Ácidos - Trip - Micropuntos - Secantes - Gotas - Barrilito - Sunshime - Cubo de azúcar - Cielo azul - Rayo blanco Vías de Administración: - Oral - Inhalado

Sustancia	Generalidades	Efectos	Repercusión	Argot/ Vías de Administración
		• Temblor de manos, sudoración, “carne de gallina”; dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía, ideas delirantes. Se sufren distorsiones de la imagen del propio cuerpo, lo que puede provocar ataques de pánico.		

ANEXO 3: ESCALA BREVE PARA LA DETECCIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO CCD

124

Todas las personas que consumen alguna sustancia deberían preguntarse cada cierto tiempo si les está haciendo más bien que daño o, al contrario ¿más daño que bien?. Para mayor seguridad conteste las siguientes preguntas:

¿Ha tenido problemas con su familia, y/o pareja a causa del consumo de drogas?	SI		NO	
¿Le han llamado la atención por el consumo de drogas en el trabajo o escuela?	SI		NO	
¿Ha sufrido accidentes por el consumo de drogas?	SI		NO	
¿Le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta, termina consumiendo mayor cantidad de los que pensaba o esperaba?	SI		NO	
¿Ha tenido problemas judiciales por portar droga o beber en la vía pública?	SI		NO	
¿Le ha ocurrido que si no consume sustancias, se siente nervioso o irritable?	SI		NO	
¿Ocupa gran parte del día en buscar o conseguir la droga?	SI		NO	
¿Le ha pasado que necesita consumir cada vez mayor cantidad para obtener el efecto deseado?	SI		NO	

Si responde **NO** a todas las preguntas o **SI** a una sola,
Usted no tiene problemas de consumo de sustancias psicoactivas (Alcohol y/o drogas)

Si responde **SI** a dos de ellas,
está en **ALTO RIESGO** de convertirse en una persona con problemas de consumo de sustancias

Si responde **SI** a 3 ó 4 preguntas,
Usted tiene un problema de consumo de sustancias.

Consulte con un profesional de la salud para aclarar dudas,
ya que los criterios evaluados son solo indicadores
y quien determina el diagnóstico debe ser un profesional especializado en el tema,
quien determinará las acciones a seguir.

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE TOLERANCIA DE FAGERSTRÖM CFT

¿Cuánto tiempo pasa habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0

¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cines, centros sanitarios, autobuses, cafeterías, etc.)

Si	1
No	0

Durante el día, ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

El primero de la mañana	1
Otro	0

¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?

Menos de 10	0
Entre 11 y 20	1
Entre 21 y 30	2
31 o más	3

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?

Si	1
No	0

¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?

Si	1
No	0

El Cuestionario contiene seis ítems con una puntuación máxima de 10 puntos, la dependencia a la nicotina está relacionada en cinco grados:

muy baja (0-2 puntos),
baja (3-4 puntos),
media (5 puntos),
elevada (6-7 puntos)
y muy elevada (8-10 puntos)

ANEXO 5: TEST PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)⁸³

Nombre _____ Fecha _____ Puntuación _____

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	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? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i>	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.
Registre la puntuación total aquí	

Dominios e ítems del AUDIT		
Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo



ANEXO 6: TEST ASSIST⁸⁴

OMS - ASSIST V3.0

No. CONSULTANTE

FECHA

INTRODUCCIÓN *(Léala al consultante o paciente)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: “¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?”	Si contestó “No” a todos los ítems, termine la entrevista. Si contestó “Si” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.
--	--

Pregunta 2

128

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió “Nunca” a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?		Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d.	Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j.	Otras - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?		Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d.	Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/ Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j.	Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la **a.** a la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27 +
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27 +
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27 +
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27 +
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27 +
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27 +
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27 +
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27 +
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27 +
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27 +

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

Tarjeta de respuestas - sustancias

a.	Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b.	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)
c.	Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)
d.	Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)
e.	Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f.	Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)
g.	Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h.	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i.	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)
j.	Otras - especifique:

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses



TARJETA DE RESPUESTAS PARA EL CONSULTANTE O PACIENTE

Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otras – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿ESTÁ PREOCUPADO ACERCA DE SU CONSUMO DE SUSTANCIAS? OMS - ASSIST ⁸⁵

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ El consumo habitual de tabaco se asocia con: (marque una)
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadoras
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con: (marque una)
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ El consumo habitual de cannabis se asocia con: (marque una)
	Problemas de atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

85 OMS. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Tests. OMS 2003



c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ____ Moderado ____ Alto ____
	El consumo habitual de cannabis se asocia con:	(marque una)
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso	
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel	
	Accidentes y lesiones, problemas económicos	
	Pensamientos irracionales	
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía	
	Agresividad y paranoia	
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés	
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas	
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos	

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ____ Moderado ____ Alto ____
	El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:	(marque una)
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación	
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares	
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia, temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea, agresividad y conducta violenta	
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas	
	Daño cerebral permanente	
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras	

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ____ Moderado ____ Alto ____
	El consumo habitual de inhalantes se asocia con:	(marque una)
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa	
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales	
	Indigestión, úlceras estomacales	
	Accidentes y lesiones	
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión	
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia	
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)	
	Muerte por fallo cardíaco	

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo habitual de sedantes se asocia con:	(marque una)
	Sedación, mareo y confusión	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar	
	Problemas de sueño	
	Ansiedad y depresión	
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo	
	Síntomas severos de abstinencia	
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras	

g. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo habitual de alucinógenos se asocia con:	(marque una)
	Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias	
	Dificultades para dormir	
	Náuseas y vómitos	
	Aumento en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial	
	Cambios de humor	
	Ansiedad, pánico, paranoia <i>Flash-backs</i>	
	Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia	

g. Opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo habitual de opiáceos se asocia con:	(marque una)
	Escozor, náusea y vómitos	
	Mareos	
	Estreñimiento, deterioro de los dientes	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual Dificultades de pareja	
	Problemas económicos y laborales, delincuencia	
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia	
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria	



TARJETA SOBRE RIESGOS ASOCIADOS CON INYECTARSE INFORMACIÓN PARA CONSULTANTES O PACIENTES OMS - ASSIST⁸⁶

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias

El daño puede provenir de:

- **La sustancia**

- Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
- Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
- Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

- **La conducta de inyectarse**

- Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
- Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
- Sus venas pueden colapsar.
- Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

- **Compartir material de inyección**

- Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones vírales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

- ❖ **Es más seguro no inyectarse**

- ❖ **Si se inyecta:**

- ✓ Use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- ✓ Use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- ✓ No comparta el material con otras personas
- ✓ Limpie el área de preparación
- ✓ Lávese las manos
- ✓ Limpie la piel en el punto de inyección
- ✓ Utilice un punto de inyección distinto cada vez
- ✓ Inyéctese lentamente
- ✓ Ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

- ❖ **Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**

- ✓ Evite inyectarse y fumar
- ✓ Evite consumir a diario

- ❖ **Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**

- ✓ Evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
- ✓ Consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
- ✓ Tenga a alguien cerca cuando consume
- ✓ Evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una Sobredosis
- ✓ Tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia

ANEXO 7: CUESTIONARIO CRAFFT⁸⁷

	SI	NO
1. ¿Se ha movilizado en un vehículo (Car) conducido por alguien (incluido usted) que haya consumido alcohol o drogas?	—	—
2. ¿Ha usado alcohol o drogas para relajarse (Relax), sentirse bien o ser aceptado en un grupo?	—	—
3. ¿Ha usado alcohol o drogas estando solo (Alone)?	—	—
4. ¿Ha olvidado (Forget) cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?	—	—
5. ¿Le han dicho sus familiares (Family) o amigos (Friends) que debe dejar de consumir alcohol o drogas?	—	—
6. ¿Ha tenido algún problema (Trouble) mientras consumía alcohol o drogas?	—	—

Puntuación: Dos o más respuestas afirmativas indican la necesidad de una evaluación más amplia.

87 Tomado de: Knight JR; Sherritt L; Shrier LA/Harris SK/Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent* 156(6) 607-614, 2002.

ANEXO 8: ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (ASI)⁸⁸

La valoración de cada área tiene dos puntuaciones: Una dada por el usuario y la otra por el entrevistador.

Valoración por el usuario.

El usuario después de contestar las preguntas de cada área responde ajustándose a la siguiente tabla:

¿Qué tan grave considera su condición en esta área?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

Valoración por el entrevistador

El entrevistador utilizará un método de dos pasos para evaluar la severidad.

1. En el primer paso este solo considerará los datos objetivos del área problema valorada, poniendo atención en particular en aquellos numerales cítricos (Apéndice al final de la prueba) y valora la severidad del problema.
2. En un segundo momento revisa lo dicho por el usuario y decide si está de acuerdo con él o no. Puede modificar la valoración, anotando porqué toma esta decisión.

Finalmente la valoración se hará teniendo en cuenta el consenso y calificando la Severidad de la Adicción en cada Área y la necesidad de tratamiento de acuerdo a esta tabla:

0 – 1	Si realmente No hay problema en esa área. El tratamiento no es indicado
2 – 3	Si el problema es insignificante. El tratamiento probablemente no es necesario
4 – 5	Si el problema es moderado. Algún tratamiento es necesario
6 – 7	Si el problema es considerable. El tratamiento es necesario
8 – 9	Si el problema es extremo. El tratamiento es absolutamente necesario.

	Estado Médico	RTA	
M1.	¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas físicos?		
M3.	¿Tiene alguna enfermedad crónica que le impida llevar una vida normal?		0. No - 1. Sí En caso afirmativo especifique:
M4.	¿Toma Con regularidad algún medicamento recetado para un problema físico?		0. No - 1. Sí En caso afirmativo especifique:

88 Realizado por MacLellan y Colbs en 1980, publicado po NIDAQ en 1985 y validado para Colombia por el Hospital Mental de Antioquia en 1986.

M5.	¿Recibe pensión por discapacidad Física?		0. No - 1. Sí En caso afirmativo especifique:
M6.	¿Cuántas veces ha tenido problemas físicos en los últimos 30 días?		
M7.	¿Cómo ha sido la molestia o malestar causado por esos problemas en los últimos 30 días?		0. Nulo 1. Leve. 2. Moderado 3. Fuerte 4. Muy fuerte
M8.	¿Qué importancia tiene para usted ahora el tratamiento de esos problemas físicos?		0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
M10.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No - 1. Sí
M11.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No - 1. Sí

	Empleo /ingresos	RTA	
E1.	E1. Nivel de educación:	Años: _____ Meses: _____	
E2.	Capacitación o educación técnica:	Años: _____ Meses: _____	
E4.	¿Posee un permiso de conducir válido?		0. No - 1. Sí
E5.	¿Dispone de un automóvil?		0. No - 1. Sí
E7.	Ocupación habitual o último empleo		
E9.	¿Su trabajo genera la mayoría de sus ingresos?		0. No - 1. Sí
E10.	¿Cómo fue su trabajo durante los últimos tres años?		1. Jornada completa (35 horas o más) 2. Jornada parcial (horario regular) 3. Jornada parcial (horario irregular) 4. Estudiante 5. Servicio 6. Jubilado/ discapacitado 7. Desempleado 8. En un entorno controlado
E11.	¿Cuántos días recibió remuneración por su trabajo durante los últimos 30 días?		
E12.	Empleo (sueldo neto o "líquido")	\$	



E13.	Compensación por desempleado	\$	
E14.	Bienestar Social	\$	
E15.	Jubilaciones, beneficios o seguridad social	\$	
E16.	Pareja, familia o amigos	\$	
E17.	Ilegal	\$	
E18.	¿Cuántas personas dependen principalmente de usted en lo que respecta a alimentación, vivienda y demás aspectos?		
E19.	¿Cuántas veces ha tenido problemas laborales en los últimos 30 días?		
E20.	¿Cuánto le han molestado o preocupado esos problemas laborales en los últimos 30 días?		0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo
E21.	¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir asesoramiento en relación con esos problemas laborales?		0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
E23.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No - 1. Sí
E24.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No - 1. Sí

	Consumo de alcohol / drogas	RTA	
D1.	Alcohol (cualquier tipo de consumo):	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____	
D2.	Alcohol (hasta embriagarse)	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____	
D3.	Heroína	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	Vías de administración: 1.Oral 2.Nasal 3.Fumando 4.Inyección no intravenosa 5.Intravenosa
D4.	Metadona	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D5.	Otros opiáceos/ analgésicos	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D6.	Barbitúricos	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D7.	Sedantes hipnóticos	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	

D8.	Cocaína	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	Vías de administración: 1.Oral 2.Nasal 3.Fumando 4.Inyección no intravenosa 5.Intravenosa
D9.	Anfetaminas	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D10.	Cannabis	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D11.	Alucinógenos	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D12.	Inhalables	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____ Vía de Administración _____	
D13	Más de una sustancia por día (incluido alcohol)	En los últimos 30 días _____ En toda la vida (años) _____	
D17	¿Cuántas veces ha sufrido delirium trémens provocado por el alcohol?		
¿Cuántas veces ha sido tratado por:			
D19.	¿Abuso de alcohol?		
D20	¿Abuso de drogas?		
¿Cuántos de esos tratamientos fueron solamente de desintoxicación por:			
D21.	¿Abuso de alcohol?		
D22.	¿Abuso de drogas?		
¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado durante los últimos 30 días?			
D23	¿En alcohol?	\$	
D24.	¿En drogas?	\$	
D25.	¿Cuántos días ha sido tratado como paciente ambulatorio por consumo de alcohol o drogas en los últimos 30 días?		
¿Cuántas veces ha tenido en los últimos 30 días			
D26	¿Problemas de alcohol?		
D27	¿Problemas de drogas?		
¿Cuánto le han preocupado o molestado en los últimos 30 días esos			
D28.	¿Problemas de Alcohol?		0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo
D29.	¿Problemas de drogas?		



¿Qué importancia tiene para usted ahora tratarse de esos:			
D30.	¿Problemas de Alcohol?		0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
D31.	¿Problemas de drogas?		
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
D34.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No - 1. Sí
D35.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No - 1. Sí
	Situación Legal	RTA	
L1.	¿Su ingreso fue iniciado o sugerido por el sistema de justicia penal?		0. No - 1. Sí
L2.	¿Está usted en libertad condicional o libertad vigilada?		0. No - 1. Sí
¿Cuántas veces en su vida ha sido arrestado y acusado de los siguientes delitos:			
L3.	Robo a Tiendas / vandalismo		0. No - 1. Sí
L4.	Violación de la libertad condicional/ libertad vigilada		0. No - 1. Sí
L5.	Acusaciones sobre drogas		0. No - 1. Sí
L6.	Falsificación		0. No - 1. Sí
L7.	Delitos de armas		0. No - 1. Sí
L8.	Robo con allanamiento de morada/ hurto /violación de domicilio		0. No - 1. Sí
L9.	Robo con violencia		0. No - 1. Sí
L10.	Agresión		0. No - 1. Sí
L11.	Incendio provocado		0. No - 1. Sí
L12.	Violación		0. No - 1. Sí
L13.	Homicidio / Homicidio sin premeditación		0. No - 1. Sí
L14.	Prostitución		0. No - 1. Sí
L15.	Desacato a los Tribunales		0. No - 1. Sí
L16.	Otro delito		0. No - 1. Sí
L17.	¿Cuántas de esas acusaciones dieron lugar a sentencias condenatorias?		0. No - 1. Sí
¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:			
L18.	¿Desorden público, vagancia, ebriedad en público?		0. No - 1. Sí
L19.	¿Conducir en estado de ebriedad?		0. No - 1. Sí
L20.	¿Infracciones importantes de las reglamentaciones de tráfico?		0. No - 1. Sí
L21.	¿Cuántos meses ha estado encarcelado en toda su vida?		0. No - 1. Sí
L24.	¿Espera actualmente alguna acusación, juicio o sentencia?		0. No - 1. Sí
L25.	¿Por qué infracción?		0. No - 1. Sí
L26.	¿Cuántos días de los últimos 30 ha estado detenido o encarcelado?		0. No - 1. Sí

L27.	¿Cuántos días de los últimos 30 involucrado en actividades ilegales en provecho propio?		0. No - 1. Sí
L28.	¿Qué graves le parecen sus actuales problemas legales?		0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Muy graves 4. Gravísimos
L29.	¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir asesoramiento o ser remitido a un servicio de tratamiento en relación con esos problemas legales?		0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
L31.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No - 1. Sí
L32.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No - 1. Sí

	Relaciones familiares / sociales	RTA	
F1.	Estado civil:		1. Casado - 2. Casado en segundas nupcias - 3. Viudo - 4 Separado - 5. Divorciado - 6. soltero
F3.	¿Está satisfecho con esa situación?		0. No - 1. Le es indiferente 2. Sí
F4.	En los últimos años vivió habitualmente:		1. Con su pareja e hijos 2. Solamente con su pareja 3. Solamente con sus hijos 4. Con sus padres 5. Con familiares 6. Con amigos 7. Solo 8. En un entorno controlado 9. En forma inestable
F6.	¿Está satisfecho con esa situación?		0. No - 1. Le es indiferente 2. Sí
F9.	¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?		1. Con la familia 2. Con amigos 3. Solo
F10.	¿Está satisfecho empleando su tiempo libre de esa manera?		0. No - 1. Le es indiferente 2. Sí
¿Vive usted con alguien que :			
F7.	¿Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?		0. No - 1. Sí
F8.	¿Usa drogas sin receta?		0. No - 1. Sí
¿Ha tenido periodos importantes en los que haya experimentado graves problemas en sus relaciones con:			
F18.	¿Su madre?		0. No 1. Sí



F19.	¿Su padre?		0. No 1. Sí
F20.	¿Sus hermanos /hermanas?		0. No 1. Sí
F21.	¿Su pareja/ cónyuge?		0. No 1. Sí
F22.	¿Sus hijos?		0. No 1. Sí
F23.	¿Otros miembros importantes de la familia?		0. No 1. Sí
F24.	¿Sus amigos íntimos?		0. No 1. Sí
F25.	¿Sus vecinos?		0. No 1. Sí
F26.	¿Sus compañeros de trabajo?		0. No 1. Sí
Algunas personas le han maltratado :			
F28.	¿Físicamente?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
F29.	¿Sexualmente?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tenido conflictos graves:			
F30.	¿Con su familia?		0. No 1. Sí
F31.	¿Con otras personas?		0. No 1. Sí
¿Cuánto le han preocupado o molestado en los últimos 30 días los:			
F32.	¿Problemas familiares?		0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo
F33.	¿Problemas sociales?		
¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir tratamiento o asesoramiento en relación con sus:			
F34.	¿Problemas familiares?		0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
F35.	¿Problemas sociales?		
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
F37.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No - 1. Sí
F38.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No - 1. Sí

Estado Psiquiátrico y Psicológico		RTA	
¿Cuántas veces ha sido tratado por un problema psicológico o emocional?			
P1.	¿Internado en un Hospital o en otro lugar?		
P2.	¿Cómo paciente ambulatorio o particular?		
P3.	¿Recibe pensión por discapacidad psiquiátrica?		0. No 1. Sí
¿Ha tenido periodos considerables (que no hayan sido resultado directo del consumo de alcohol/ drogas) en que haya:			
P4.	Tenido grave depresión (tristeza, desesperación, pérdida de interés, dificultades con alguna función)?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P5.	¿Sentido gran ansiedad o tensión (nerviosismo, preocupación injustificada o imposibilidad de relajarse)?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P6.	¿Tenido alucinaciones? ¿(Visto cosas u oído voces que no eran reales)?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P7.	¿Tenido dificultades para entender, concentrarse o recordar?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P8.	¿Tenido problemas para controlar comportamientos violentos?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P9.	¿Pensando seriamente en suicidarse?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P11.	¿Tomando algún medicamento recetado por algún problema psiquiátrico o emocional?	En los últimos 30 días En toda la vida (años)	0. No 1. Sí
P12.	¿Cuántas veces ha tenido esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?		0. No 1. Sí
P13.	¿Cuánto le han preocupado o molestado esos problemas psicológicos o emocionales?		0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo



	P14. ¿Qué importancia tiene para usted ahora el tratamiento de esos problemas?		0. Nada 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima
Grado de Confianza			
La información anterior está muy desvirtuada porque:			
P22.	¿Hubo tergiversación por parte del usuario?		0. No 1. Sí
P23.	¿El usuario no comprendió las preguntas?		0. No 1. Sí

Apéndice ASI - Numerales objetivos críticos por área		
ÁREA	NUMERAL	DESCRIPCIÓN
Estado Medico general	1	- Hospitalizaciones en el transcurso de la vida
	3	- Problemas crónicos
Situación laboral/financiera	1 y 3	- Estudios y aprendizaje
	5	- Empleo de tiempo completo mas duradero
	6	- Ocupación usual
	8	- Patrón de empleo reciente
Uso de drogas/alcohol	1 y 12	- Historia de abuso
	15 y 16	- Abstinencia
	17 y 18	- Sobredosis y Delirium tremens
	19	- Tratamiento por alcohol y drogas
Situación Legal	3 y 16 (A y B)	- Actividad Criminal
	26 y 27	- Actividad criminal actual
Familia/relaciones sociales	2 y 3	- Estabilidad/satisfacción marital
	5 y 6	- Estabilidad/satisfacción con quien esta viviendo
	9	- Satisfacción con tiempo libre
	11 A – B	- Conflictos serios
	12 y 20	- Problemas con familiares en el transcurso de la vida
Estado psiquiátrico y psicológico	2 y 9	- Síntomas actuales y en el transcurso de la vida

ANEXO 9: MODELO ENCUESTA DE EVALUACIÓN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTROS**DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
ENCUESTA DE EVALUACIÓN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTROS**

Instructivo

Doctor(a)
Miembro Equipo de Salud Mental
FF.MM.

A continuación encontrará una encuesta que esperamos pueda ser implementada con las personas de la unidad en la cual usted se encuentra vinculado(a). Tenga en cuenta que los grupos a los cuales puede dirigir esta evaluación corresponde el personal de Oficiales, Suboficiales, Soldados y personal civil. La información es de carácter confidencial el participante firmará un consentimiento informado, es voluntaria su participación, el no participar no implicará ningún tipo de consecuencia. Se recuerda que la importancia de esta información podrá ser de gran beneficio para orientar la construcción de documentos encaminados a brindar la mejor condición de atención profesional para los individuos que en determinado momento requieran de atención frente a problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

De antemano agradecemos su valiosa colaboración

DGSM.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con CC. _____
de _____ y como soldado de las Fuerzas Militares de Colombia, manifiesto que conozco el objetivo del “Tamizaje.....”, y al ser convocado para participar en este estudio, decido hacer parte del mismo voluntariamente.
Declaro que al ser de forma voluntaria me comprometo a suministrar los datos de forma veraz y responsable.

Autorizo para que estos datos se utilicen y evalúen por los psicólogos encargados del estudio, con el objetivo de beneficiar a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Sé que los investigadores en la medida de lo posible, me comunicarán las conclusiones del estudio.

Firma Encuestado
C.C. No.:



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR ENCUESTA DE EVALUACIÓN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTROS

NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTA ENCUESTA

Tipo de vinculación con las FF.MM.

Oficial _____ Suboficial _____ SLP/IMP _____ SLR/IMR _____ Civil _____ Alumno _____

Aspectos sociodemográficos

Nivel educativo: Primaria _____ Bachillerato _____ Técnico _____ Universitario _____

Edad: _____ Género: M _____ F _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ U. Libre _____ Separado _____ Viudo _____

Aspectos relacionados con hábitos en general:

1. Cuántas veces en el último MES ha:	Nunca	1-2 veces	3-9 veces	10 o más
Consumido algún tipo de bebida alcohólica				
Considera que se ha “emborrachado”				
2. Cuántas veces en el último AÑO ha:	Nunca	1-2 veces	3-9 veces	10 o más
Consumido algún tipo de bebida alcohólica				
Considera que se ha “emborrachado”				
3. Durante el último año ¿en qué situación ha consumido alcohol?	Nunca	1-2 veces	3-9 veces	10 o más
En reuniones sociales programadas por la unidad				
En reuniones sociales fuera de la unidad militar				
En tiempo de trabajo en mi unidad militar				
En actividades deportivas				
En el tiempo libre				
De permiso/franquicia				
4. En qué lugares acostumbra a consumir alcohol? Puede marcar más de una opción				
Casa		Vía pública		
Lugar de trabajo		Vehículo		
Bares o Restaurantes		Otro ¿Cuál?		
5. ¿En qué lugares acostumbra a consumir alcohol? Puede marcar más de una opción				
Casa		Vía pública		
Lugar de trabajo		Vehículo		
Bares o Restaurantes		Otros ¿Cuál?		
6. Durante los doce meses (12) pasados ¿con qué personas consumió alcohol? Puede marcar más de una opción				
Compañeros de trabajo		Solo		
Amigos		La pareja		
Familia		Desconocidos		
Otros ¿Quiénes?				

7. Durante el MES PASADO ha ingerido por lo menos un trago de las siguientes bebidas alcohólicas (botella para el caso de la cerveza)? Puede marcar más de una opción				
Bebida	SI	¿Cuántos tragos o botella (cerveza) por ocasión		
Vino				
Ron				
Whisky				
Aguardiente				
Cerveza				
Otros				
8. Responda los siguiente enunciados⁸⁶:		SI	NO	
• ¿Ha sentido alguna vez que debe beber/ menos?				
• ¿Le ha molestado que otras personas lo critiquen por su forma de beber?				
• ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?				
• ¿Ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o recuperarse del “guayabo”?				
9. ¿Ha consumido algunas de las siguientes sustancias?		SI	NO	
• Tabaco (cigarrillo)				
• Cocaína (perico, bazuco)				
• LSD o alucinógenos (ácidos, trips, hongos)				
• Marihuana (kripi, yerba, cacho, bareto, mona)				
• Heroína, opio				
• Éxtasis				
• Inhalantes (bóxer, gasolina, gale, dik)				
• Tranquilizantes o pastillas para dormir (sin Prescripción médica)				
• Otros				
10. Cuántas veces en el último MES ha consumido:	Nunca	1-2 veces	3-9 veces	10 o más
Tabaco (cigarrillo)				
Cocaína (perico, bazuco)				
LSD o alucinógenos (ácidos, trips, hongos)				
Marihuana (kripi, yerba, cacho, bareto, mona)				
Heroína, opio				
Éxtasis				
Inhalantes (pegante, gasolina, dik)				
Tranquilizantes o pastillas para dormir (sin Prescripción médica)				
Otros				



11. Cuántas veces en el último AÑO ha consumido:	Nunca	1-2 veces	3-9 veces	10 o más
Tabaco (cigarrillo)				
Cocaína (perico, bazuco)				
LSD o alucinógenos (ácidos, trips, hongos)				
Marihuana (kripi, yerba, cacho, bareto, mona)				
Heroína, opio				
Éxtasis				
Inhalantes (pegante, gasolina, dik)				
Tranquilizantes o pastillas para dormir (sin Prescripción médica)				
Otros				
12. ¿Ha tenido conflictos /problemas por el consumo?	SI		NO	
• En el trabajo				
• En su salud				
• Con su familia				
• Con su pareja				
• Con sus compañeros				
• De tipo judicial/legal				
• Otros				
13. Si su Respuesta a la pregunta 9 fue Si, continúe:⁸⁷	SI		NO	
• ¿Ha intentado disminuir o suspender el consumo?				
• ¿Ha sentido alguna vez que debe consumir menos?				
• ¿Le ha molestado que otras personas lo critiquen por su consumo?				
• ¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo?				
• ¿Ha necesitado consumir por la mañana para calmar los nervios y sentirse mejor?				

ANEXO 10: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN CLÍNICA
EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)**

ACEPTACIÓN DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS Y PLANES DE TRATAMIENTO DENTRO DE LA ATENCIÓN CLÍNICA **EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)** QUE PRESTA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES A SUS USUARIOS

1. Fecha: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ Ciudad _____
Establecimiento de Sanidad Militar / Red Externa Contratada _____

2. IDENTIFICACIÓN

Yo _____ identificado(a) con documento tipo
(_____) número _____ de _____ en mi carácter de
consultante _____ o Representante legal _____ de _____
o del/la menor de edad _____ identificado(a) con documento tipo (_____) número
_____ de _____, con diagnóstico clínico relacionado con posible Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), mediante este documento certifico que he sido informado(a) por _____ cargo _____

3. Sobre las siguientes actividades, intervenciones, procedimientos y planes de tratamiento incluidos dentro de la atención clínica en Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), que requiero:

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS O PLAN DE TRATAMIENTO

4. Se me ha informado que este servicio es integral y que las actividades, intervenciones, procedimientos o plan de tratamiento pueden tener los siguientes efectos secundarios o complicaciones, y también se me informó sobre la existencia de riesgos que pueden ocurrir en condiciones de atención adecuada:



5. Se me permitió preguntar y aclarar dudas generadas sobre la atención. Las preguntas que he hecho sobre las actividades, intervenciones, procedimientos o plan de tratamiento han sido las siguientes junto con sus repuestas:

6. Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las siguientes opciones de manejo alternativas a las descritas atrás:

7. De acuerdo a la evaluación del equipo interdisciplinario y la severidad de mi consumo se me ha recomendado el siguiente tratamiento _____ dentro de las diferentes alternativas expuestas, para cada una de ellas se me han explicado los riesgos y beneficios, así como el tiempo posible para obtener un nivel de eficacia y evolución de mi diagnóstico.

8. He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, que se seguirán a lo largo del proceso, y me ha quedado claro que al otorgar mi consentimiento me comprometo a:

1. Suministrar información veraz, ya que de ello dependerá el éxito de la intervención.
2. Asistir puntualmente a las sesiones programadas, cumplir con el tiempo asignado para cada una y adelantar los registros y tareas que sean determinados por el equipo de salud.
3. Permitir convocar a los miembros de mi familia que sean solicitados por el profesional tratante.
4. Facilitar las muestras necesarias para exámenes periódicos de seguimiento del control y detección de alcohol y/o drogas, durante el tiempo que dure mi tratamiento, teniendo en cuenta el protocolo establecido y/o cuando el personal de salud considere conveniente.
5. Mantenerme durante y después del tratamiento libre de consumo de Sustancias Psicoactivas, entendiendo que de no ser así, los resultados de mi tratamiento no serán garantizados.
6. Cumplir con las tareas dentro del contexto terapéutico, así como las prescripciones enviadas por los profesionales para trabajo en casa.
7. En caso de evasión del centro de tratamiento o alta voluntaria, se entenderá que estoy desistiendo del mismo y se considerará ABANDONO DE TRATAMIENTO
8. Así mismo, de no asistir a las sesiones programadas, sin causa justificada, se me otorgarán 15 días de plazo para reprogramar las sesiones, en todo caso, después de tres inasistencias, se cerrará mi caso por ABANDONO DE TRATAMIENTO.

9. Así mismo, autorizo a los profesionales que me brindan atención en el programa de consumo de SPA para que en caso de existir riesgo sobre mi integridad y/o sobre mi familia o terceros, puedan revelar los aspectos que se requieran para proteger la vida. En el caso de que algún tercero requiera un informe acerca del proceso, éste deberá ser solicitado por escrito y enviado previo consentimiento del consultante o representante legal, excepto en los casos en que sea solicitado por instancia judicial competente.

10. Si durante el curso del tratamiento llegó a presentar reactivación sintomática de mi patología, conductas impulsivas, con riesgo de autoagresividad y/o heteroagresividad y que puedan comprometer mi vida o la de otros, yo y/o mi representante legal nos comprometemos a asistir en el menor tiempo posible al servicio de urgencias en el Establecimiento de Sanidad Militar más cercano o a la IPS contratada para tal fin.

11. Se me ha instruido que este documento es legal, sustentado bajo el principio de la autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia, y en el ejercicio y Código de Ética correspondientes a las distintas profesiones de la salud, estipulados de la siguiente manera: Medicina (Ética Médica) Ley 23 de 1981 capítulos I, II y III; Psicología Ley 1090 de 2006; Bacteriología Ley 841 de 2003 títulos I y IV; Enfermería Ley 911 de 2004. De la norma sobre el manejo de la historia clínica Res. 1995 de 1999. De la norma sobre archivo de documentos, Circular No. 2 (Archivo General de la Nación) y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999; y de la resolución 13437 donde se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, y demás normas concordantes.

12. Por lo tanto autorizo a _____ profesional en _____ de la Institución _____ y a los demás representantes del equipo terapéutico en representación del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, inicie el proceso de evaluación interdisciplinaria y la intervención clínica de mi caso en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, dejando constancia así mismo que he sido debidamente informado/a de las condiciones que este demanda.

13. En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad este documento y por consiguiente acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante

Documento de Identidad (tipo y número)



ANEXO 11: MODELO DESISTIMIENTO INFORMADO

DESISTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN CLÍNICA EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)

NO ACEPTACIÓN DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS Y PLANES DE TRATAMIENTO DENTRO DE LA ATENCIÓN CLÍNICA **EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)** QUE PRESTA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES A SUS USUARIOS

1. Fecha: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ Ciudad _____
Establecimiento de Sanidad Militar / Red Externa Contratada _____

2. IDENTIFICACIÓN

Yo _____ identificado(a) con documento tipo (_____) número _____ de _____ en mi carácter de consultante _____ o Representante legal _____ de _____ o del/la menor de edad _____ identificado(a) con documento tipo (_____) número _____ de _____, con diagnóstico clínico relacionado con posible Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), mediante este documento certifico que he sido informado(a) por _____ cargo _____

3. Sobre las siguientes actividades, intervenciones, procedimientos y planes de tratamiento incluidos dentro de la atención clínica en Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), que requiero:

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS O PLAN DE TRATAMIENTO

4. Hago manifiesta mi decisión de no acceder y/o continuar con el proceso de evaluación interdisciplinaria y/o intervención terapéutica ofrecida por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dejando constancia que he sido debidamente informado/a de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria de las consecuencias (físicas, emocionales, conductuales, sociales, familiares y laborales) de no acceder o interrumpir el plan de tratamiento acordado respecto al trastorno mental o del comportamiento asociado al consumo de SPA, así:

5. En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de mi decisión se deriven.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante

Documento de Identidad (tipo y número)



ANEXO 12: MODELO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre _____ Fecha _____
Sexo _____ Edad _____ Escolaridad _____ E.Civil _____
Teléfono _____
Fuerza: _____ Categoría _____ Unidad _____ Procedencia _____

II. EVALUACIÓN ÁREAS DE AJUSTE:

- a) ¿Describame un poco de su vida y de su entorno familiar?
- b) ¿Cómo son las relaciones entre las personas que conforman su familia?

III. HISTORIA DE CONSUMO :

- a) Describe cuales fueron las condiciones que acompañaron el inicio del consumo de (alcohol, tabaco, marihuana, etc)
- b) ¿Cuándo fue la última vez que consumió alguna de las siguientes sustancias?
(1) Alcohol _____ (2) Tabaco _____ (3) Cocaína _____ (4) Heroína _____
(5) Marihuana _____ (6) Pastillas _____ (7) Otra _____
- c) ¿En caso de consumir alcohol, qué tipo de bebida consume con mayor frecuencia?
(1)Aguardiente _____ (2) Cerveza _____ (3) Ron _____
(4) Vino _____ (5) Otra _____
- d) Cómo describe su CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS durante el año pasado
_____ (1) Sin problema
_____ (2) Un pequeño problema (me preocupa consumir pero hasta el momento no he tenido ninguna experiencia negativa)
_____ (3) Un problema menor (he tenido algunas dificultades, pero ninguna que pueda considerarse seria)
_____ (4) Un problema mayor (he tenido problemas por mi consumo y algunas consecuencias negativas)
- e) Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cuál es la mayor cantidad de tiempo que no ha consumido? _____
¿Cuándo ocurrió? _____

¿Por qué en esa ocasión particularmente se abstuvo?

- f) ¿Anteriormente ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS?

Si _____ No _____

- g) ¿Cuáles han sido los intentos por dejar de consumir las sustancias anteriores?

- h) ¿De qué manera describiría los resultados en ellos?

- i) ¿Qué acostumbra hacer cuando no está en el ambiente de académico – laboral ?

IV. ESTADO ACTUAL CONSUMO

- a) Droga principal de consumo
- b) Edad de inicio, ¿ha aumentado el consumo a lo largo del tiempo?
- c) ¿En qué situaciones principales reconoce la necesidad de consumo

V. PROYECCIÓN

- a) ¿Cómo reconoce que serán los aspectos más relevantes en su vida en una proyección a 2 y 5 años?
- b) ¿Cuáles son las motivaciones/intereses particular de querer participar en este tratamiento?
- c) ¿Cuáles son las expectativas que espera alcanzar a través de una intervención terapéutica?
- d) ¿Cuáles son las razones por las cuales considera podría retirarse de este programa de tratamiento?



ANEXO 13: LOS PRO Y LOS CONTRA⁸⁸

Las personas que consumen sustancias psicoactivas generalmente pueden identificar muchas ventajas y desventajas de consumir tales sustancias (alcohol u otras drogas). También podrían contrastar y sopesar las ventajas y las desventajas –pros y contras-, en un esfuerzo por decidir si continúan o suspenden el consumo de esas sustancias. En el siguiente cuadro, escriba los pros (ventajas) y los contras (desventajas) de su consumo de alcohol u otras sustancias:

PROS	CONTRAS

Revise la lista y califique las razones mencionadas según la importancia que tengan para usted. Califique dichas razones desde la número 1 (la más importante) hasta la menos importante.

ANEXO 14: ¿CUÁL ES EL COSTO?⁸⁹

Muchas personas que consumen regularmente alcohol o drogas dicen que continúan haciéndolo porque los costos de dejar de hacerlo les parecen muy altos o riesgosos. Puede ser útil para decidir si participa o no en algún tratamiento que examine los beneficios y los costos específicos que tiene mantener las cosas como están. En los recuadros de abajo, escriba ejemplos de lo que usted puede ganar y perder si continúa consumiendo esas sustancias, y de lo que podría ganar o perder si dejara de consumir.

Beneficios de seguir consumiendo	Costos de seguir consumiendo
Beneficios de dejar de consumir	Costos de dejar de consumir

Converse con su consejero o terapeuta sobre los aspectos mencionados por usted en cada uno de los recuadros. Con base en la información anterior, hágase las siguientes preguntas:

¿Es más favorable para mí seguir haciendo lo que hago?

¿Me conviene hacer un cambio en mí conducta de consumir sustancias?



ANEXO 15: PLAN DE CAMBIO⁹⁰

(Formato adaptado de: Millar, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1999)

Los cambios que quiero hacer son:

-
-
-

Las razones principales por las cuales quiero hacer estos cambios son:

-
-
-

Los pasos que planeo dar para cambiar son:

-
-
-

Las formas como otras personas pueden ayudarme son:

Persona	Posibles formas de ayuda

Sabré que mi plan está funcionando si:

-
-
-

Algunas cosas que pueden interferir con mi plan son:

-
-
-

Firma: _____ Testigo: _____

El plan será revisado dentro de _____ días, contados a partir de hoy: ____/____/____

ANEXO 16: LAS DOCE BARRERAS⁹¹

Por: Thomas Gordon

La doce “barreras” son respuestas o reacciones comunes que interfieren con una buena comunicación. No son necesariamente *erróneas*, pero tampoco reflejan una buena forma de escuchar a alguien. Interrumpen la exploración o reflexión que está haciendo la persona que habla y la obligan a detenerse, para volver la atención hacia lo que acaba de decir quien les está ‘escuchando’ (de allí el término de “barrera”).

1. **Ordenar, dirigir, comandar/encauzar.** Aquí se da una orientación con la fuerza de cierta autoridad. Puede ser una autoridad real (como la de un padre o un jefe de trabajo), o las palabras simplemente pueden sonar de manera imperiosa. Ejemplos:
No diga eso.
Tiene que enfrentar la realidad.
Regrese y dígame que lo siente.
2. **Advertir o amenazar.** Estos mensajes son similares a una orden, pero también pueden llevar una amenaza de consecuencias negativas si no se sigue la orientación. Pueden conllevar una amenaza para la persona, o simplemente la predicción de un mal resultado si algo no se cumple.
Si no se acerca a él, lo va a perder.
Es mejor que me escuche para que después no se lamente.
Si hace eso está buscando problemas.
3. **Prescribir, sugerir o formular soluciones.** Aquí la persona que escucha se apoya en su propio bagaje de conocimiento o experiencia para recomendar una acción a seguir. A menudo comienza con las palabras:
Yo le diría que...
¿Qué tal si...?
¿Ha tratado de...?
4. **Persuadir sustentando o con argumentos de autoridad.** El supuesto que subyace aquí es que la otra persona no ha sido suficientemente analítica o razonable y necesita ayuda. Las respuestas pueden empezar así:
El hecho es que...
Si, pero...
Pensemos que...
5. **Predicar, sermonear, recalcar los deberes.** Aquí se invoca un supuesto código moral con expresiones como “debería” o “tiene que”. La comunicación implícita es una instrucción sobre la conducta correcta a seguir. Puede empezar así:
Usted debería...
Lo que tiene que hacer...
Está en la obligación de...
6. **Juzgar, criticar, discrepar, culpabilizar.** El elemento común aquí es una implicación que hay algo errado en la otra persona o en lo que ella está diciendo. Esto incluye un simple desacuerdo.
Es su culpa.
Está siendo egoísta.
Se equivoca.

- 7. Asentir, aprobar, validar.** A algunas personas les puede sorprender que esto se incluya entre las barreras. Este tipo de mensaje da un reconocimiento o aprobación a lo que la otra persona ha dicho. Esto detiene el proceso de comunicación y puede también implicar una relación desigual entre la persona que habla y quien la está escuchando.

La verdadera comunicación no significa estar de acuerdo y no requiere aprobación.

Creo que está siendo absolutamente correcto.

Yo habría hecho lo mismo.

Usted es un buen...

- 8. Apenar, ridiculizar, etiquetar, insultar.** Aquí la desaprobación es más abierta y está dirigida a la propia persona, con intención de hacerla sentir culpable o corregir su conducta o actitud.

Eso es realmente estúpido.

Debe estar avergonzado.

¿Cómo pudo hacer eso?

- 9. Interpretar, analizar.** Esta es una respuesta muy común y tentadora para los consejeros: buscar el significado oculto para la persona y darle una interpretación propia.

Usted realmente no cree eso.

¿Sabe cuál es su verdadero problema?

Lo que usted quiere decir es que...

- 10. Reafirmar, congraciarse, consolar.** Aquí normalmente se está tratando de hacer sentir bien a la otra persona. ¿Qué hay de malo en eso? Nada, posiblemente, pero eso no es escuchar. Cumple con el criterio de ser una barrera porque interfiere con el curso espontáneo de la comunicación. Ejemplos:

Eso no está mal.

Estoy seguro de que las cosas se pondrán bien.

No se preocupe; cuando se acuerde de eso dentro de un año se va a reír.

- 11. Preguntar, corroborar.** Las personas también se pueden equivocar haciendo preguntas para saber más sobre algo. Un mensaje encubierto de quien pregunta, sin embargo, es que puede encontrar una solución si hace suficientes preguntas. Tales preguntas interfieren con el curso espontáneo de la comunicación, desviándolo hacia lo que interesa a quien pregunta, pero quizás no sean de ayuda o interés para el que habla. En ocasiones, acentuar o subir el tono de voz al final de una frase la convierte en una pregunta.

¿Qué lo hace sentir así?

¿Piensa hacer eso?

¿Por qué?

- 12. Desviar, distraer, cambiar el tema, hacer chistes.** Finalmente, esta barrera tan obvia es un intento de “sacar a la persona de eso” o “sacar eso de su mente”. Explícitamente desvía la comunicación e insinúa que lo que la persona está diciendo no es importante o no merece atención.

Hablemos de eso en otro momento.

Eso me recuerda una vez que...

Creo que mañana será un bonito día.

ANEXO 17: ANÁLISIS FUNCIONAL⁹²

ANÁLISIS FUNCIONAL				
SITUACIÓN ANTECEDENTE	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS Y EMOCIONES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
¿Dónde estaba?	¿Qué estaba pensando?	¿Cómo se sentía antes de consumir?	¿Qué hice?	¿Qué paso después?
¿Con quién la consumió ?	¿En que momento comenzó a pensar en consumir?	¿Qué sensaciones tenía?	¿Qué consumí?	¿Cómo me sentí luego?
¿Qué estaba ocurriendo antes de consumir?		¿Qué efectos físicos y emocionales quería sentir?	¿Cuánto consumí?	¿Cómo reaccionaron las otras personas?
¿Cuándo sucedió?			¿Cómo la consiguió (SPA)?	¿Alguna otra consecuencia?
			¿Qué implementos utilice?	
			¿Qué hacían otras personas en ese momento?	

92 Memorias Treatnet 2010



ANEXO 18: CUESTIONARIO DE DESENCADENANTES EXTERNOS⁹³

Marque con una equis (X) las actividades, situaciones o contextos en los que usted consumió sustancias. Coloque un cero (0) en las actividades, situaciones o contextos en los cuales nunca ha consumido sustancias.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ En casa, estando solo | ☐ Durante una cita romántica | ☐ Antes de la cena |
| ☐ En casa, con amigos | ☐ Antes de tener relaciones | ☐ Antes del desayuno |
| ☐ En casas de amigos | ☐ Mientras tenía relaciones | ☐ Después del almuerzo |
| ☐ En fiestas | ☐ Después de tener relaciones | ☐ Durante una cena |
| ☐ En eventos deportivos | ☐ Antes de trabajar | ☐ Después del trabajo |
| ☐ En cine | ☐ Cuando recibía dinero | ☐ En la calle |
| ☐ En bares o clubes | ☐ Cuando veía al expendedor | ☐ En el colegio o la universidad |
| ☐ En la playa | ☐ Conduciendo | ☐ En el parque |
| ☐ En conciertos | ☐ En una licorería | ☐ En el barrio |
| ☐ Con amigos que consumen | ☐ Durante el trabajo | ☐ Los fines de semana |
| ☐ Cuando subía de peso | ☐ Hablando por teléfono | ☐ Con familiares |
| ☐ En vacaciones y festivos | ☐ En excursiones | ☐ Cuando estaba triste |
| ☐ Cuando llovía | ☐ El día de pago | ☐ Antes de una cita romántica |

Escriba otras actividades, situaciones o contextos en los cuales ha consumido sustancias frecuentemente

Escriba las actividades, situaciones o contextos en los que usted no consumiría sustancias

Mencione las personas con las que usted puede estar sin consumir sustancias

TABLA DE DESENCADENANTES EXTERNOS⁹⁴

Fecha:

Instrucciones: Haga un listado de personas, lugares, situaciones o contextos, según el grado de asociación con el consumo de sustancias.

0% Posibilidades de consumir		100% Posibilidades de consumir	
Nunca consumo	Casi nunca consumo	Casi siempre consumo	Siempre consumo
Estas situaciones son “seguras”.	Estas situaciones son de bajo riesgo, pero se debe tener precaución.	Estas situaciones son de alto riesgo. Permanecer en ellas es muy peligroso.	Estas situaciones significan seguir siendo adicto. Deben evitarse del todo.



ANEXO 19: CUESTIONARIO DE DESENCADENANTES INTERNOS⁹⁵

Durante la recuperación, ciertos sentimientos o emociones a menudo provocan el consumo de sustancias. Lea el siguiente listado de sentimientos y emociones, y marque con una equis (X) en aquellos que pueden desencadenar el consumo de sustancias. Coloque un cero (0) en los sentimientos o emociones que no estén asociados al consumo de sustancias.

☐ Temeroso, asustado	☐ Criticado, reprochado	☐ Entusiasmado	☐ Excitado
☐ Frustrado	☐ Desadaptado	☐ Celoso	☐ Vengativo
☐ Abandonado, desatendido	☐ Presionado	☐ Aburrido	☐ Preocupado
☐ Bravo, disgustado	☐ Deprimido	☐ Cansado	☐ Nostálgico
☐ Culpable	☐ Inseguro	☐ Solitario	☐ Resentido
☐ Nervioso, intranquilo	☐ Relajado, tranquilo	☐ Envidioso	☐ Abrumado
☐ Confiado, optimista	☐ Apenado, avergonzado	☐ Deprimido	☐ Incomprendido
☐ Contento, feliz	☐ Molesto, irritado	☐ Humillado	☐ Paranoico
☐ Apasionado	☐ Triste	☐ Ansioso	☐ Hambriento

¿Qué estados emocionales que no estén incluidos en la lista anterior le han impulsado a consumir sustancias?

En las semanas anteriores a su ingreso a tratamiento su consumo de sustancias

☐ ¿Estuvo asociado principalmente a condiciones emocionales o afectivas?

☐ ¿A situaciones rutinarias o por costumbre, sin causas emocionales?

¿Hubo ocasiones en el pasado reciente en las que no estaba consumiendo y un cambio específico en su estado de ánimo le llevó a consumir? (Por ejemplo, se disgustó con alguien y quiso consumir por el disgusto que experimentó en ese momento)

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique:

TABLA DE DESENCADENANTES INTERNOS⁹⁶

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Haga un listado situaciones emocionales o afectivas, según su asociación con el consumo de sustancias

0% Posibilidades de consumir		100% Posibilidades de consumir	
Nunca consumo	Casi nunca consumo	Casi siempre consumo	Siempre consumo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Estas emociones son “seguras”.

Estas emociones son de bajo riesgo, pero se debe tener precaución.

Estas emociones son de alto riesgo.

Estas emociones significan seguir siendo adicto. Deben evitarse del todo.



ANEXO 20: DESENCADENANTE-PENSAMIENTO-ANSIAS-CONSUMO⁹⁷

La discusión perdida

Si usted decide dejar de beber o de consumir otras sustancias pero en algún momento termina haciéndolo de nuevo, su cerebro le ha dado permiso para hacerlo mediante un proceso llamado justificación de recaída. El pensamiento acerca de consumir inicia una discusión en su cabeza –su yo racional versus su yo dependiente de sustancias. Usted siente como si sus pensamientos estuvieran luchando, y tiene que llenarse de razones para mantenerse abstemio. Su mente está buscando una excusa para consumir de nuevo. Está buscando una justificación para reincidir. La discusión dentro de usted es parte de una serie de eventos que conducen al consumo de sustancias. ¿Con qué frecuencia en el pasado su yo dependiente de sustancias ha perdido esta discusión?

Los pensamientos se vuelven ansias

Las ansias de consumir no siempre ocurren en una forma directa, fácilmente reconocible. A veces la idea de consumir viene a su cabeza con muy o ningún efecto. Pero es importante identificar estos pensamientos y tratar de eliminarlos. Requiere esfuerzo identificar y detener un pensamiento. Sin embargo, permitirse seguir pensando en el consumo es optar por recaer. Entre más se dejen avanzar los pensamientos, más probable es su recaída.

El proceso “automático”

En la dependencia/adicción, los desencadenantes, los pensamientos, las ansias y el consumo parecen correr juntos. Sin embargo, la secuencia usual va de esta manera:

DESENCADENANTE → PENSAMIENTO → ANSIAS → CONSUMO

Dejar de pensar

La única manera de asegurar que un pensamiento no conduzca a una recaída es frenar ese pensamiento antes de que se convierta en ansiedad de consumir. Detener el pensamiento cuando apenas comienza evita que produzca unas ansias super-poderosas. Es importante hacerlo tan pronto usted se dé cuenta de qué está pensando en consumir.

ANEXO 21: LA IMPORTANCIA DE TENER UNA AGENDA⁹⁸

Llevar una agenda puede ser dispendioso y aburrido si usted no está acostumbrado a hacerlo. Sin embargo, esto es una parte importante del proceso de recuperación. Las personas con problemas de consumo de sustancias no programan su tiempo. Planificar el uso de su tiempo le ayudará a lograr y mantener la abstinencia.

¿Por qué es necesario tener una programación?

Si usted empezó su recuperación en una clínica o un centro de tratamiento, podría tener la estructura del programa y la preparación necesaria para ayudarse a dejar de consumir. Como persona en tratamiento externo o ambulatorio, usted deberá crear esa estructura para que le ayude a seguir operando en el mundo. Su agenda es su estructura.

¿Necesito escribir mi programación?

En absoluto. La programación que está en su cabeza es muy fácil de revisar. Si usted escribe su programación mientras su cerebro racional tiene el control y sigue la agenda, usted estará haciendo lo que *piensa* que debe hacer, en lugar de lo que *siente que le gustaría* hacer.

¿Qué pasa si no soy una persona organizada?

Aprenda a ser organizado. Compre una libreta de agenda y trabaje con su consejero. Programar completamente sus actividades es muy importante para superar su problema de consumo de sustancias. Recuerde, su cerebro racional planifica la agenda. Si usted cumple la programación, no va a consumir. Su cerebro dependiente de sustancias quiere estar fuera de control. Si usted se aparta de la agenda, su cerebro dependiente le traerá de regreso al consumo de alcohol o drogas.

¿Quién decide qué debo programar?

¡Usted! Puede tener en cuenta las sugerencias de su consejero o de su familia, pero la decisión final es suya. Sólo asegúrese de hacer lo que tiene programado. Cumpla su agenda; trate de no hacer ningún cambio.

La mayoría de personas pueden programar un periodo de 24 horas y cumplirlo. Si usted puede, estará en el camino de alcanzar el control sobre su vida. Si no puede, quizás necesite considerar un mayor nivel de cuidado de sí mismo como una forma de empezar.



ANEXO 22: PROGRAMACIÓN DÍA/HORAS⁹⁹

Fecha	
7:00 AM	¿Cuántas horas voy a dormir? De _____ a _____
8:00 AM	
9:00 AM	
10:00 AM	
11:00 AM	Notas:
12:00 M	
1:00 PM	
2:00 PM	
3:00 PM	
4:00 PM	
5:00 PM	
6:00 PM	Recordar:
7:00 PM	
8:00 PM	
9:00 PM	
10:00 PM	
11:00 PM	

ANEXO 23: ESCALA DE SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (AWS).¹⁰⁰

No. identificación: _____ Fecha: ____/____/____ Evaluador: _____

Paciente:

No. Documento:

Fecha: / / Hora: ____:____ (24hs)

SUB-PUNTAJE SINTOMAS SOMATICOS (SS)	0	1	2	3	4	TOTAL
Frecuencia cardíaca	<100x'	101-110x'	111-120x'	>120x'		
Tensión arterial diastólica	<95mmHg	96-100mmHg	101-105mmHg	>105mmHg		
Temperatura (°C)	<37,0	37,0-37,5	37,6-38,0	>38		
Frecuencia respiratoria	<20x'	20-24x'	>24x'			
Transpiración	Ninguna	Leve	Moderada	Severa		
Temblor	No	Leve	Moderado	Severo		
SUB-PUNTAJE					SS	
SUB-PUNTAJE DE SINTOMAS MENTALES (SM)	0	1	2	3	4	TOTAL
Agitación	Ninguna	Inquieto	Da vueltas en la cama	Intenta bajarse de la cama	Violento	
Contacto	Se puede conversar	Se distrae fácilmente	Perdiendo contacto	Diálogo imposible		
Orientación	Consciencia plena	Desorientado en una esfera	Dos esferas alteradas	Completa- mente confuso		
Alucinaciones	Ninguna	Inciertas	Un tipo	Dos tipos	Todos los tipos	
Ansiedad	Ninguna	Leve (al preguntar)	Severa (refiere espontánea- mente)			
SUB-PUNTAJE					SM	
PUNTAJE TOTAL					SS+SM	

CLASIFICACIÓN: LEVE ≤ 5 MODERADO 6-9 SEVERO ≥ 10



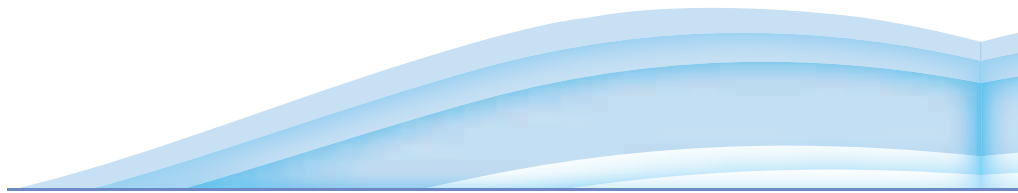
ANEXO 24: ESCALA SUBJETIVA DE ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS (ESAO)¹⁰¹

No. identificación: _____ Fecha: ____/____/____ Evaluador: _____

Instrucciones:

Responda a las siguientes afirmaciones con la mayor exactitud que pueda.
Califique la forma como se ha estado sintiendo en las ÚLTIMAS 24 HORAS, marcando en la siguiente escala la respuesta que mejor describa su situación con respecto a cada una de las afirmaciones.

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. Me he sentido ansioso					
2. He estado bostezando					
3. He estado transpirando					
4. He tenido los ojos llorosos					
5. He tenido congestión nasal					
6. He tenido la piel erizada					
7. He estado temblando					
8. He tenido sofoco / bochorno					
9. He tenido escalofrío					
10. Me han dolido los huesos					
11. Me he sentido inquieto					
12. He sentido náuseas					
13. He estado vomitando					
14. He tenido calambres					
15. He tenido malestar de estómago					
16. He sentido escozor / picazón					
17. He dormido mal					
18. He tenido poco apetito					
19. He tenido diarrea					





BIBLIOGRAFÍA

- Alba LH, Murillo R, Becerra N, Páez N, Cañas A, Mosquera C, et al. (2013). Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia: guía de práctica clínica basada en la evidencia. Biomédica.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Masson. Barcelona.
- ASAM. (2001) Placement criteria for the Treatment of Substance Related Disorders. 2. ed. American Society of addiction Medicine, Inc. Chevy Chase Maryland.
- Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. (2009). *Curso de planificación del recurso físico en salud*. Argentina
- Bahena Trujillo Ricardo, Flores Gonzalo y Cols. (2000). Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central. Rev Biomed (11) p. 39-60
- Bandura, A. (1997) Self-Efficacy. The Exercise of Control (Autoeficacia: el ejercicio de control). Nueva York: W.H. Freeman.
- BC News. (2007). Army “losing battalion” to drugs. (14 de diciembre de 2007). Londres.
- Becoña E, C. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; and Liese, B.S, (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse (Terapia cognoscitiva de abuso de sustancias). Nueva York: Guilford Press.
- Bray RM, Hourani LL. (2007). *Substance use trends among active duty military personnel*: findings from the United States Department of Defense Health Related Behavior Surveys, Addiction (volume) 102: 1092–1101.
- Bray RM, Pemberton RM, Lane ME, Hourani LL, Mattiko MJ, Babeu LA. (2010). *Substance Use and Mental Health Trends Among U.S. Military Active Duty Personnel*. Health Behavior Survey. Military Medicine Rev, 399.
- Brizuela del Moral, María Soledad, Fernández, Daniela y Murillo, Jorge Antonio. (2009). *Trabajo Monografía: “Adicciones”*. Universidad Nacional de Lanús (UNLA).
- Camarelles GF, et al. (2012). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin Barcelona.
- Carvajal, C. (2012) *Simposio Internacional: Situación y Retos en la Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes: Más allá de las cifras*. Bogotá, D.C.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors.
- Costa, M., López, E. (2008) *Educación para la salud*. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Pirámide.

Diccionario Real Academia de la Lengua Castellana, 2011

Dirección General de Sanidad Militar - DGSM. (2007). *Plan Maestro de Salud Mental FFMM*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.

Dirección General de Sanidad Militar - DGSM. (2010) Memorias primer seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas entrenamiento en la estrategia TREATNET.

Dirección General de Sanidad Militar - DGSM. (2012). *Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.

El-Guebaly N, Mudry T, Zohar J, Tavares H y Potenza M. (2011). Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. *Addiction* 107: 1726-1734.

Ellis, A., y Velten, E. (1992) *When AA Doesn't Work for You: Rational Steps to Quitting Alcohol* (Cuando AA no funciona para usted: pasos racionales para dejar el alcohol). Fort Lee, NJ: Barricade Books.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. (2008) *Treating Tobacco Use and Dependence: Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

Fuerzas Armadas de España. (2010). Plan General de Prevención de Drogas en las FAS. España

Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. 4ª. Edición. Madrid: Thomson.

Gálvez C y Guerrero M. (2008). *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por el Consumo de Sustancias Estimulantes*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 237ps.

García, Gloria, García Rodríguez, Olaya y Cols; *Neuropsicología y adicción a drogas*. *Papeles del Psicólogo*, 2011; (32) p. 159-165

Goedike J, Poirier L, Lucci S (2011) *Dépendances et traumatismes des vétérans : Enjeux cliniques et pistes de Solutions*. AITQ, Trois-Rivières, Québec.

González LA, Sanabria P, Zuluaga H, y cols. (2007). *Perception of the quality of life and the mental health of colombian airforce flight officers*. *Aviat Space Env Med* March; 78(3): 218.

González-Quevedo L A, Sanabria-Ferrand P A, Paredes O, Garcia M, Zuluaga H. (2007). *Calidad de vida y salud mental en la Fuerza Aérea Colombiana*. Universidad Militar Nueva Granada, editor. Colombia.

Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL y cols. (2012). A double-blind randomized controlled trial of N-acetylcysteine in cannabis-dependent adolescents. *Am J Psychiatry*; 169:805-812.

ICBF – OIM. (2008). *Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en clubes pre juveniles y juveniles*.

Instituto de Medicina, (1990). *Treating Drug Problems (Tratando Problemas con Drogas)*. Washington, DC: National Academy Press.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía de tratamiento basada en investigaciones*. 2ª edición.



Journal, (2010). <http://www.j-circ.or.jp>.

Kingston AH, Morgan AJ, Jorm AF, y cols. (2011). *Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians*. BMC Psychiatry; [versión electrónica]. 11(3): 1-7. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/3>.

Knight JR; Sherritt L; Shrier LA//Harris SK//Chang G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics & Adolescent.

Kuhn Cynthia, Swartzwelder Scott y Cols. (2010). Trabarse; la más reciente y completa investigación sobre las drogas, desde el alcohol hasta el éxtasis. Editorial Grijalbo.

Kuss DJ. (2011). Online social networking and addiction- A review of the psychological literature. Int. J. Environ. Res. Public Health ; 8: 3528-3552.

Larson MJ, Wooten NR, Adams RS, Merrick EI. (2012). *Military Combat Deployments and Substance Use: Review and Future Directions*. Journal of Social Work Practice in the Addictions; 12 (1): 6-27.

Lin F, Zhou Y, Du Y y cols. (2012) Abnormal White matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: A tract-based spatial statistics study. PLoS ONE; 7(1):e30253.

Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L and Nutt DJ. (2012). *BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP*. [Published online] Psychopharmacol. <http://jop.sagepub.com/content/early/2012/05/15/0269881112444324>.

Lacoste, J. A. (2002). *Consecuencias Sociales del Uso de Internet*. Barcelona: Editorial UOC.

Larson MJ, W. N. (2012). *Military Combat Deployments and Substance Use: Review and Future Directions*. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 12 (1): 6-27.

Mack A, Harrington A, Frances RJ. *Clinical Manual for Alcoholism and Adictions*. American Psychiatric Publisher; Washington, 2001. 288ps.

Madoz – Gurpide, Agustín y Ochoa-Mangado Enriqueta. (2012). *Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles*. Rev. Neurol, (54); p. 199-208

Maldonado JR. An Approach to the patient with substance use and abuse. Med Clin N Am 94 (2010) 1169–1205.

Marks, E., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. Mexico: Manual Moderno.

Martin, C. p.–O. (1995). *Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en clubes prejuveniles y juveniles*.

Martínez M, ;Alonso V; Taranco M; Gutiérrez C (2010) . *Encuesta sobre drogas a los Militares de Tropa y*

Marinería de las Fuerzas Armadas españolas. REVISTA DE SANIDAD de las Fuerzas Armadas de España Vol. 66 No. 2 Abril –Junio. Ed. Infante Campos. Madrid.

McAuliffe, W.E., y Gordon, R.A.. (1980). *Reinforcement and the combination of effects: Summary of a theory of opiate addiction (El refuerzo y la combinación de efectos: resumen de una teoría sobre la adicción a los derivados del opio)*. En: Lettieri, D.J.; Sayers, M.; y Pearson, H.W., eds. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives (Teorías sobre el abuso de drogas: selección de perspectivas contemporáneas)*. Serie de Monografías de Investigación de “NIDA”, Núm. 30. “DHHS” Pub. No. (ADM) 80-967. Washington, D.C. EE.UU. Oficina de Impresión del Gobierno, págs. 137-141.

Miller WR. (1999) *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos; Rockville, 237ps.

Ministerio de Justicia y del Derecho, (1998). Plan Nacional de Lucha contra las Drogas. Dirección Nacional de Estupeficientes, Unidad Administrativa Especial, Entidad de Coordinación Nacional. Colombia.

Ministerio de Protección Social. (2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*. 2ª edición.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupeficientes. (2008) *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia* – (Población general de 12 a 65 años, en hogares). UNODC.

Ministerio de la Protección Social y Fondo Nacional de Estupeficientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Editorial Guadalupe: Bogotá, 149ps.

Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Justicia y del Derecho. (2011) *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia*. Bogotá.

Mion, G; Oberti M (1998) *Etude épidémiologique du qâtisme dans l’armée nationale djiboutienne Tropicale* vol 58 No. 2 pp 161-164 (6 ref). Marsella

Moroge, S; Paul, F.; Milan, C; Pilard, M. (2012) *Consommation de cannabis dans les armées francaises : actualités épidémiologiques et comparasion avec la population générale. Médecine et armées* vol 40, 5. París.

Nanni RI, González H, González M y cols. Guía de Práctica Clínica. (2008). *Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud*. Secretaría de Salud; México, [versión electrónica] <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*, US Department of Health and human service. NIH Publication

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA (2005). *Assessing alcohol problems: Helping patients who drink too much: A clinician’s guide*. US Department of Health and human service. NIH Publication

National Institute on Drug Abuse NIDA. (2009). *El abuso de drogas y la adicción*. InfoFacts



National Institute on Drug Abuse NIDA. (2012). *El abuso de drogas y otras sustancias entre el personal militar*. EE.UU.

Oficina contra la droga y el delito UNDOC. (2012). Informe Mundial sobre Drogas Naciones Unidas.

Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de drogas y de prevención del delito. (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. Red mundial de la juventud. New York.

OMS, U. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*.

OMS, U. (2000). *Calidad de vida relacionada con la salud*

OMS, (2003). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST V3.0): Guidelines for Use in Primary Care.)

OMS, U. (2008). *Principios del Tratamiento de la Toxicomanía*.

OMS. (2008) *Clasificación de trastornos mentales CIE10*. 10th Edition

OMS, U. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*.

OMS, U. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades*.

Rigot, V; Pilar M; Paul F; Deparix, X; Marimoutou C (2011) *Alcohol and cannabis consumption in the French Army: determination of consumers profiles to focus on prevention and care*. Military medicine;176,1:1

Rodríguez Martos, A., Rubio, G., Aubá, J., Santo Domingo, J., Torralba, LI y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: Reliability study of its spanish versión. Alcohol & Alcoholism, 35, 270 – 275.

Salvador, Gloria de. (2008) *Los contextos de consumo y la prevención integral*. Documento interno. Fundación Prever.

Samsha. (1994). *National Centre for Education and Training on Addiction*. Australia

Saxena S, Poznyak V. (2010). *Atlas on substance use Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. World Health Organization: Génova, 137ps.

Secretaría de Salud, Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Ciencias Humanas. (2011) *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Cundinamarca*. Fase II: población escolar -. Gobernación de Cundinamarca.

Secretaría Distrital de Salud – Hospital de Engativá. (2009). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.* –. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Secretaria de Salud, (2008). *Prevención y tratamiento de adicciones*. México, D.F. Programa de Acción Específico.

Shapiro B, Coffa D and McCanze-Katz FF. (2013). A primary care approach to substance misuse. Am Fam Physician: 113 - 121.

Slaikueu, Karl. A. (1996) Intervención en Crisis. México D.F. Manual Moderno.

Steinglass, P Bennett, L. WolinSyReiss D. (2007) *La Familia Alcohólica*. España Gedisa.

Sofuoglu M y Kosten TR. (2005). Novel approaches to the treatment of cocaine addiction. CNS Drugs; 19(1): 13-25.
Steinglass, P. Bennett, L. Wolin, S. y Reiss D. (2007) *La Familia Alcohólica*. España: Gedisa.

Stephen, Rollnick y Miller, William. (1996). “*Qué es la Entrevista Motivacional?*” Revista de Toxicomanías

Shen Y-Ch, A. J. (2012). *Effects of Iraq/Afghanistan Deployments on Major Depression and Substance Use Disorder: Analysis of Active Duty Personnel in the US Military*. Am J Public Health, 102: S80–S87.

Stewart S, Swain S. (2012). *Assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in the acute hospital: concise guidance*. Clinical Medicine 12 (3): 266–71.

Tarragona, (2006). *Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones [versión electrónica]*. Psicología Conductual, 14, (3) 511-532.

The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, (2008). *National Collaborating Centre for Mental Health. Drug misuse: Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline. Number 5*. London, 338ps.

180 Thombs, D.L. (1994). *Introduction to Addictive Behaviors (Introducción a los comportamientos adictivos)*. Nueva York: Guilford Press.

Toledo, González, Sanabria y cols , (1996) *Estudio de salud mental FF.MM.*

Torbay, A. Heras, M. y Marreno, M. (2003). *Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes desde un programa de intervención. La perspectiva de los implicados, [versión electrónica]* Revista Anales de psicología, 19 (2), 173-186.

UNESCO, (2008). *Consulta nacional sobre reducción de daños y educación en situaciones asociadas al consumo de drogas y VIH en Colombia*.

UNODC – OMS (2008). *Principios del Tratamiento de la Toxicomanía*.

Wallace, J. (1990). *The new disease model of alcoholism (El modelo nuevo de la enfermedad del alcoholismo)*. Western Journal of Medicine.

Wilbanks, W.L. *Drug addiction should be treated as a lack of self-discipline (La adicción a las drogas se debe tratar como una falta de auto-disciplina)*. En: Leone, B., ed. *Chemical Dependency: Opposing Viewpoints (Dependencia química: puntos de vista opuestos)*. San Diego, CA:Greenhaven, 1989.

www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf.
Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.

www.drugabuse.gov/es/publicaciones/

www.inspirationsteenrehab.com/cocaina.asp