



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia



**ACTUALIZACION DE LA GUIA PRACTICA DE
ATENCION INTEGRAL EN FARMACODEPENDENCIA**





Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública

ACTUALIZACION DE LA GUIA PRACTICA DE ATENCION INTEGRAL EN FARMACODEPENDENCIA

Bogotá, D.C., Octubre de 2004

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

EDUARDO JOSÉ ALVARADO SANTANDER
Viceministro de Salud y Bienestar

ANA CRISTINA GONZÁLEZ VÉLEZ
Directora General de Salud Pública

LUZ ELENA MONSALVE RÍOS
Coordinadora Grupo de Promoción y Prevención

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Coordinador Grupo de Gestión Integral en Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO
Coordinador Grupo de Vigilancia en Salud Pública

ALDEMAR PARRA ESPITIA
Profesional Especializado Dirección General de Salud Pública

CARLOS RAÚL JIMÉNEZ FANDIÑO
Coordinador Convenio Reforma Centros de Tratamiento de Drogadictos

GRUPO CONSULTOR

FUNDACION PSICOACTIVA

ALVARO RESTREPO MEJÍA
Presidente Fundación Psicoactiva

GUILLERMO A. CASTAÑO PÉREZ
Coordinador Nacional Especialización en Farmacodependencia, FUNLAM

CARLOS OVIEDO ARBELÁEZ
Asesor Jurídico y en Diseño de Políticas Públicas

INDICE

	Pág.
PRESENTACION	v
AGRADECIMIENTOS	vii
INTRODUCCION	ix
PROCESO DE ELABORACION	xi
1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA GUIA	1
2. OBJETIVOS	3
3. DEFINICIONES	3
4. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO	7
5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	9
6. DISEÑO GENERAL DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO	11
6.1. SISTEMA DE TRATAMIENTO	12
6.2. PROCESO TERAPEUTICO	15
6.3. MODALIDADES DE ATENCIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCION	22
6.4. MODALIDADES DE INTERVENCION	26
7. CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SPA	43
8. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	51
9. PERMANENCIA Y EGRESO DE UN NIVEL DE ATENCIÓN	67
10. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	69
11. SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	69
12. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SU INTEGRACIÓN A LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD	71
13. ASPECTOS JURIDICOS, REGLAMENTARIO Y ETICOS	73
14. ASPECTOS ORGANIZACIONALES	81
15. PROTOCOLOS FARMACOLÓGICOS DE MANEJO	85
16. GLOSARIO	107
ANEXO 1	111
ANEXO 2	121
ANEXO 3	133
ANEXO 4	143
ANEXO 5	145
ANEXO 6	147
REFERENCIAS Y OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	153

INDICE DE FIGURAS

FIG.	Pág.
1. GUIA GENERAL DE ATENCION EN DROGODEPENDENCIAS	18
2. PLAN DE TRATAMIENTO	21
3. ATENCION INMEDIATA	25
4. MODALIDAD I. TRATAMIENTO AMBULATORIO	28
5. MODALIDAD II. AMBULATORIO INTENSIVO HOSPITALIZACION PARCIAL	31
6. MODALIDAD II. INTERNAMIENTO RESIDENCIAL	36
7. MODALIDAD IV. HOSPITALIZACION	39
8. DIAGNOSTICO Y EVALUACION	60
9. PLANTA DE TRATAMIENTO	61
10. CRITERIOS PARA LA PERMANENCIA Y EGRESO DE UN NIVEL DE ATENCION	68

INDICE DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1 Reinsercion Social	19
Cuadro 2 Proceso Terapeutico	20
Modalidades de Atencion en el Tratamiento del Abuso de Drogas	40
Criterios De Ubicación de Pacientes en Servicios de Atención (APA, 2002)	53
Ejes de Valoración en la Detección de Necesidades de Tratamiento.	58
Criterios Para la Ubicación de Pacientes.	62
Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia Alcohólica	91
Pauta Farmacológicas Para Manejo de Síndrome de Abstinencia	92
Pauta de Lorazepan en el Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica	93
Dosis de Clonidina en el Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica	94
Síndrome de Abstinencia a la Heroína: Pauta de Desintoxicación	99
Pauta de Desintoxicación Clonidina	100
Dosis de Iniciación Opiáceos	101
Síndrome de Abstinencia a la Heroína Por Pauta de Desintoxicación Rápida	102
Síndrome de Abstinencia a la Heroína Pauta de Desintoxicación D. Propoxifeno	103
Pautas Farmacológicas para el Manejo Clínico de la Deshabitación a otras SPA	106

PRESENTACION

El consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia ha constituido desde tiempo atrás una problemática relevante para el Ministerio de la Protección Social, tanto en lo que concierne al control sanitario como a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La apertura de servicios y programas de atención en distintas regiones del país, muchos de ellas sin cumplir con los requisitos mínimos de calidad en la atención, han despertado el interés del Ministerio por buscar la adecuación de estas acciones a las políticas y reglamentaciones actuales en salud, mediante la normalización y la estructuración de una Guía de Atención Integral que ayude a los profesionales y usuarios a decidir la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en que el protocolo sea aplicable.

Un protocolo o guía de práctica clínica es un instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita normas de actuación. Para el Ministerio, una Guía “ es el conjunto de actividades técnico- científicas y administrativas, a través de las cuales se busca garantizar la atención integral del usuario en los aspectos de desarrollo humano (ciclo vital), estilos de vida y alteraciones de la salud, determinando los pasos mínimos a seguir, el orden secuencial lógico de éstos, que aseguren la oportunidad de la atención, la eficiencia y calidad de los servicios y su impacto, así como la satisfacción del usuario y la contribución a la factibilidad económica del Sistema de Seguridad Social en Salud”¹.

Para el Ministerio de la Protección Social es motivo de satisfacción y al mismo tiempo una enorme responsabilidad, presentar este documento, el cual representa el fruto del intenso trabajo realizado por un equipo de colaboradores, conocedores del área de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción sociolaboral de la farmacodependencia, que recogió además el sentir de las regiones y de diversos expertos, organizaciones y equipos, quienes prestaron su valioso tiempo y experticia para hacer posible este documento.

En la búsqueda de vías que permitan ofrecer una mejor calidad de atención a las personas afectadas por problemas derivados del consumo de Sustancias Psicoactivas, el Ministerio de la Protección Social quiere empezar a adelantar acciones que orienten la prestación de servicios de tratamiento a los consumidores y dependientes de las Sustancias Psicoactivas hacia su optimización.

La elaboración y difusión de los contenidos de este documento está enmarcada dentro de un proyecto más ambicioso, que busca apoyar el proceso de sistematización de las acciones del tratamiento de las drogodependencias en el país, sirviendo de herramienta para los responsables de atender la problemática del consumo de Sustancias

¹ República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá. 1996. (p.54)

Psicoactivas, así como también para aquellos planificadores y administradores en el ámbito local.

Dada la dinámica propia del objeto de estudio de este documento, no pretendemos darle al mismo un carácter definitivo e invariable, por el contrario, sus contenidos y recomendaciones constituyen un material para la reflexión y discusión, en la búsqueda de opciones cada vez mas eficaces y adecuadas, una invitación a la búsqueda de respuestas al problema del consumo, abuso y la dependencia de drogas en el país. Corresponderá a los equipos de cada centro o institución, la interpretación y el análisis de las propuestas aquí enunciadas, así como el enriquecimiento de este material con sus valiosos aportes.

Este documento que hoy se pone a la disposición de los profesionales y centros de atención, constituye un decidido aporte al progresivo mejoramiento y eficacia de los programas de prevención y de la calidad de atención en el tratamiento del consumo disfuncional de sustancias psicoactivas. En ella se incluye buena parte del conocimiento acumulado sobre el tema que sobre el tratamiento de las adicciones se ha producido en el contexto nacional e internacional.

Estamos seguros de que esta publicación contribuirá a reducir parte del vacío existente en muchas áreas relativas al tratamiento y rehabilitación de los dependientes de drogas .

Esperamos que sea de utilidad y que en el futuro, sus hoy valiosos aportes, sean completados y de seguro, superados por nuevas evidencias .

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas e instituciones que participaron en las reuniones donde hicieron valiosos aportes, muchos de los cuales están incluidos en este documento.

Igualmente, un reconocimiento especial para los Asesores Externos Internacionales que aportaron sus valiosos conceptos en la Asesoría Técnica prestada: Dr. Luis Alfonzo, Psiquiatra. Asesor de la Comisión Nacional contra el uso ilícito de las Drogas – Venezuela; Dr. Alejandro Martín F. Carrero, Médico, Magister en Gestión Sanitaria. Ex director de la Agencia Antidrogas de Madrid – España; Dra. Guiselle Amador IAFA – Costa Rica; Dra. María Eugenia Pérez M. Experta en Reducción de la Demanda CICAD/OEA. Washington; y Dra. Selva Coreaga Comisión Nacional Contra Estupefacientes – CONACE – Chile.

Finalmente, queremos hacer extensivo este reconocimiento a la FUNDACION PSiCOACTIVA y a su equipo de trabajo, responsable de la construcción y redacción final de la “Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia”.

INTRODUCCION

El presente documento pretende, sobre la base de la situación antes expuesta, servir como una herramienta de apoyo en la construcción de una base conceptual, para el desarrollo en el país de sistemas de prestación de servicios de tratamiento para la dependencia de drogas.

Se ha tomado como punto de partida los avances que han venido realizando en esta materia distintas organizaciones y expertos vinculados al área de tratamiento, tanto en el ámbito nacional como internacional, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM), las Comisiones Nacionales de Drogas de otras naciones y la propia experiencia desarrollada en el país por distintos expertos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que a través de varias décadas se han ocupado de la atención a la problemática del consumo de Sustancias Psicoactivas, tanto en el área de prevención como de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

Se trata entonces de construir una propuesta de organización para la prestación de servicios de atención en prevención y tratamiento de la dependencia de Sustancias Psicoactivas, integrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS, orientada a mejorar su calidad, con parámetros de intervención definidos, que permitan establecer estándares mínimos de calidad con base en la buena práctica clínica y en la satisfacción de los usuarios, incorporando la evaluación sistemática como un factor indispensable.

En primer lugar, se considera la atención en el tratamiento de la dependencia de las Sustancias Psicoactivas como un *continuum*, en el cual tienen cabida desde las intervenciones de mínima complejidad dirigidas a atender a aquellos individuos con la menor gravedad de problemas derivados del consumo hasta aquellas intervenciones que requieren de utilización de mayor intensidad de tecnología y equipos especializados en la atención de los consumidores y dependientes de Sustancias Psicoactivas, en quienes, las consecuencias del consumo han alcanzado niveles tales de gravedad, que sólo es posible esperar resultados positivos mediante la utilización de un monto importante de recursos especializados para su recuperación.

El concepto de *continuum*, no sólo se refiere a la intervención terapéutica en todas las fases evolutivas del trastorno adictivo, sino también a la posibilidad de contar con un amplio espectro de opciones de tratamiento disponibles a manera de Red, para combinarlo con las necesidades específicas de distintos individuos y poblaciones, en la procura de resultados óptimos con la atención.

En segundo término, la atención es concebida dentro de un marco de referencia, constituido por los distintos criterios aplicables en cuanto al planeamiento de la misma en relación con aspectos claves, tales como la evaluación previa de los usuarios de los servicios, la selección de opciones de tratamiento, el ingreso a los programas, los mecanismos de referencia, contrareferencia y egreso, la duración del tratamiento, la evaluación del proceso y de los resultados del mismo. En este sentido se proponen

criterios orientadores, los cuales para su aplicación efectiva requieren de su adaptación a las particulares características regionales y locales.

Por último, se abre la oportunidad para desarrollar en un futuro próximo, un conjunto de recomendaciones prácticas que orienten la intervención en las distintas áreas relativas al tratamiento a manera de *guías de consenso*, que permitan definir y responder a las necesidades particulares de los distintos individuos o grupos poblacionales afectados por el consumo y dependencia de las Sustancias Psicoactivas.

Por esta vía, pretendemos apoyar a los responsables del desarrollo y la planificación de los programas de prevención y de tratamiento, a quienes trabajan directamente en la prestación de servicios, en el desarrollo de recursos humanos para la atención o en el financiamiento y evaluación de actividades relacionadas, permitiéndoles contar con una fuente referencial para la toma de decisiones orientadas a lograr el mejoramiento de la calidad de los servicios de tratamiento de los consumidores/abusadores y dependientes de Sustancias Psicoactivas en el país.

Finalmente, esta guía se puede aplicar en una amplia variedad de entornos culturales en donde exista una variación sustancial de puntos de vista sobre la adicción y dimensiones económicas, culturales, religiosas y políticas importantes que afecten a la manera en que las diferentes sociedades encaran el consumo de Sustancias Psicoactivas. Dicha variación enriquece y diversifica aún más las respuestas al problema de la dependencia de sustancias, respetando las cuestiones culturales fundamentales. La guía se rige por el principio de que los programas de prevención y tratamiento que han resultado eficaces en un entorno cultural se pueden adaptar para utilizarlos en otros contextos culturales. En este caso, esta guía se presenta a manera de caja de herramientas, en la que cada profesional y ente territorial tomará de ella lo que le sirva y pueda aplicar, remitiendo el usuario para otro nivel, cuando en su medio y de acuerdo al diagnóstico no tenga todas las condiciones para ofrecerle un servicio de calidad.

PROCESO DE ELABORACIÓN

La elaboración de este documento ha sido posible gracias a la asociación de un equipo nacional e internacional de expertos, tomando como punto de partida el documento preliminar Guía de Atención Integral en Farmacodependencia, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, del año 1997, complementándolo con dos documentos bases producidos por organismos internacionales de reconocida idoneidad como la CICAD/OEA y la OMS, que han producido recomendaciones para la elaboración de guías de intervención. Los documentos base de referencia son: Guía Práctica para la Organización de un sistema Integral de tratamiento de la Dependencia de Drogas - CICAD/OEA, 2004 y el Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Guía Práctica de Planificación y Aplicación UNODC. Naciones Unidas 2003.

A lo largo de todo el proceso se hizo hincapié en consultar y poner a prueba la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia, con una amplia variedad de grupos interesados, entre ellos expertos en el tema, centros de tratamiento y asociaciones de profesionales con una amplia trayectoria en prevención y tratamiento de las adicciones. Al hacerlo se ha procurado que no predomine ningún criterio profesional ni nacional en particular: Se ha adoptado, en cambio, un criterio multidisciplinario, de modo que se han hecho aportes desde las perspectivas de la medicina general, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la educación.

DOCUMENTOS BASE PARA ELABORACION DE LA GUIA

- Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. CICAD/OEA . 2004.
- Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Guía Práctica de Planificación y Aplicación. UNODC. Naciones Unidas 2003.
- Guía de Atención Integral en Farmacodependencia. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Documento preliminar. 1997.

GUIA PRACTICA DE ATENCION INTEGRAL EN FARMACODEPENDENCIA

1. PRINCIPIOS BASICOS

Este documento parte de una posición positiva en lo que respecta a hacer frente al consumo de Sustancias Psicoactivas y los problemas conexos. Esa posición está basada en el hecho de que en muchos países existen pruebas científicas fehacientes de que un tratamiento bien organizado, con personal capacitado que presta el apoyo necesario, puede surtir efectos rápidos y duraderos en las personas afectadas.

La preparación de esta guía se basó en las siguientes premisas básicas:

- Las personas que sufren problemas relacionados con Sustancias Psicoactivas suelen tener múltiples necesidades de tratamiento en una variedad de esferas personales, sociales y económicas.
- Los problemas generados por el consumo de Sustancias Psicoactivas se pueden tratar eficazmente si las personas afectadas tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación apropiados para atender a sus necesidades y de calidad, intensidad y duración suficientes.
- El apoyo financiero básico para el tratamiento y la rehabilitación se debe orientar a los servicios que hayan resultado verdaderamente eficaces.
- Ningún tratamiento es eficaz en todos los casos. Las personas pueden necesitar diversas clases de tratamientos, integrados y coordinados eficazmente, en los distintos momentos y etapas en que pidan ayuda.
- Las personas han de tener acceso o deben ser remitidas al tratamiento que más les convenga. Los servicios de tratamiento deben tener en cuenta necesidades concretas relativas al sexo, la edad, la salud y los comportamientos de riesgo.
- La prevención de infecciones transmitidas por uso de Sustancias Psicoactivas por vía parenteral, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C, es un componente fundamental de un enfoque de tratamiento integral.
- Los servicios de tratamiento deberán aprovechar, en la medida de lo posible, las instituciones sociales y de salud existentes y vincularse e integrarse a ellas con el objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. También deberán comprender servicios de apoyo en la comunidad.
- La coordinación de la atención es una tarea esencial de todo sistema de tratamiento eficaz y eficiente.

- Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz debe existir una asociación entre el gobierno, los organismos y proveedores públicos y privados en los planos regional y local, los usuarios de los servicios y la comunidad.
- Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y a apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad.
- Las actividades de investigación deben estar orientadas a allanar las lagunas existentes sobre la eficacia de los tratamientos y a producir conocimiento que permita la capacitación del personal.

2. OBJETIVOS

- Ofrecer a los profesionales e instituciones un marco conceptual y operativo viable para la Atención Integral en farmacodependencia, ajustado a las normas vigentes, que recoja la evidencia científica, la experiencia y los aportes actuales en este campo, y se adecue a las características de esta problemática en el país.
- Delimitar la actuación y posibilidad de respuesta del Sector Salud en la problemática de la farmacodependencia y articularla con los demás sectores gubernamentales y no gubernamentales involucrados, incluyendo la comunidad.

3. DEFINICIONES

3.1 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 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”. (Decreto 1938 de Agosto 5 de 1994)

Específicamente en el tema de las adicciones, el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia, 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.

De acuerdo con la UNDCP (1997) el tratamiento para el consumo de SPA va más allá de la provisión de un remedio médico a una alteración fisiológica. La(s) SPA que suscita(n) el abuso y la adicción es (son) sólo uno de los múltiples problemas que requieren atención, pues la farmacodependencia es un fenómeno complejo y multicausal y por tanto los tratamientos no sólo deben ocuparse de las razones del problema del consumo, sino de las complicaciones médicas derivadas de la interacción entre diversas sustancias y por tanto debe propender por ofrecer la terapia más adecuada al individuo, de acuerdo a sus circunstancias, fortalezas y debilidades.

Los tratamientos suelen ser variados, aunque lo usual es que se determinen por *metas* y *modalidades*; las metas pueden ser de corto, mediano y largo plazo y pueden clasificarse en: metas sobre el consumo de SPA, metas sobre el funcionamiento social y metas sobre

la productividad; los éxitos parciales en cada área pueden llevar a un efecto acumulativo con buenos resultados.

Con respecto a las modalidades de tratamiento, la experiencia muestra que el éxito se traduce en el ajuste del tratamiento a las necesidades de los clientes y en la calidad del servicio que se provee, más que en la modalidad misma o el tipo de tratamiento. La naturaleza del tratamiento pasa a segundo plano frente a consideraciones como la flexibilidad del programa, la calidad del equipo a cargo, la motivación del equipo y los pacientes que suelen ser más relevantes a la hora de medir resultados. Sin embargo, en este caso como en muchos otros, el gran reto está en determinar los criterios y las medidas de éxito pues son variables dependiendo de la modalidad y los objetivos propuestos (UN, 1996).

La evidente heterogeneidad de los consumidores de SPA hace pensar que un solo tipo de tratamiento o un sólo 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 Minnesota (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 residencial². 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.

3.2 REHABILITACION

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 este.

La rehabilitación 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.

Según la definición dada por el Ministerio de Salud, ahora de La Protección Social, 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

² La evidencia muestra que los tratamientos residenciales o la internación no necesariamente es la mejor opción para todos los consumidores pues la mayor o menor intensidad en el tratamiento no produce diferencias significativas en el éxito. Los internados no han logrado demostrar que sus resultados son superiores a los de otros tratamientos. Por esto la importancia de definir ¿qué tratamientos funcionan, para qué consumidores y bajo qué circunstancias? y ¿qué consumidores se beneficiarían más de tratamientos residenciales y qué consumidores menos?.

adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral. (Decreto 1938 de Agosto 5 de 1994).

El concepto de rehabilitación se ha equiparado de forma errada con el de tratamiento y ha sido usado ampliamente por diversos programas que no necesariamente comparten los mismos objetivos. La rehabilitación es el paso siguiente al tratamiento y la desintoxicación 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. La meta primaria de la rehabilitación es restaurar las condiciones psicológicas, sociales y físicas previas al inicio del consumo que permitan la reconstrucción de un estilo de vida libre de Sustancias Psicoactivas y prevengan también la recaída y reincidencia en el consumo.

Con el fin de diferenciar los objetivos del tratamiento frente a los de la rehabilitación, podría decirse que el tratamiento debe ofrecer los medios para contrarrestar la influencia de los factores de riesgo que llevaron tanto al inicio como al mantenimiento del consumo de Sustancias Psicoactivas (las condiciones previas personales, familiares y contextuales). La rehabilitación por su parte, deberá ofrecer los medios que permitan contrarrestar la influencia de los factores de riesgo producidos por el consumo mismo, entre ellos, aspectos de auto-estima, auto-eficacia, estilos de vida, patrones relacionales, desocupación, pérdida de intereses y habilidades, entre otros. La rehabilitación propenderá por la recuperación de una red de apoyo social a través de la adquisición de un nuevo rol social distante del rol que asumió siendo consumidor de Sustancias Psicoactivas, correspondiendo estos objetivos a algo más allá que el logro de la abstinencia.

3.3 REINSERCIÓN SOCIAL

Ocurre en la práctica después del tratamiento y la rehabilitación, aunque ésta se inicia y hace parte de todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. Muchas veces se cree erróneamente que la mayor parte del trabajo se completa cuando alguien termina su programa de tratamiento y rehabilitación, pero se observa que la ausencia de un seguimiento y un cuidado posterior es responsable de muchas recaídas y reincidencias en el problema. Los grupos de auto-ayuda se constituyen en recursos fundamentales para la reincorporación social, pero pueden ser insuficientes y hasta inadecuados para muchos consumidores, por su filosofía.

Una vez la persona ha terminado su rehabilitación, se esperaría que las habilidades adquiridas o recuperadas y la reinstauración de la auto-confianza, le ayuden a reincorporarse de manera efectiva a la vida comunitaria y social.

La reincorporación social y algunos aspectos de la rehabilitación requieren de una coordinación y cooperación intersectorial e interinstitucional, así como de una familia y una comunidad educadas y sensibilizadas frente a la importancia de la rehabilitación y la reincorporación social.

4. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

El abordaje y tratamiento de los trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas, implica responder efectivamente a la demanda de servicios de atención de diferentes niveles de complejidad que realiza la población afectada.

A medida que se ha incrementado el conocimiento acerca de la naturaleza de los trastornos adictivos, de cómo operan sus mecanismos fisiopatológicos y cuáles son sus determinantes psicosociales, se han desarrollado diversas estrategias para el tratamiento, muchas de ellas con base en la evidencia científica disponible. Se ha venido trabajando intensamente en la construcción del consenso acerca de los principios generales que deben regir las intervenciones terapéuticas en el manejo de los trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas. Uno de los puntos de coincidencia apunta a considerar el programa de tratamiento más adecuado, aquel que permite la atención oportuna de las necesidades del mayor número de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, con el mínimo grado de restricción, la mayor libertad, seguridad y efectividad posibles.

En el proceso de selección de la opción terapéutica más adecuada para un problema derivado del consumo de Sustancias Psicoactivas es necesario considerar:

- El tipo y cantidad de sustancia consumida.
- La gravedad del trastorno y el grado de compromiso funcional asociado.
- Los trastornos o complicaciones de tipo médico general o psiquiátrico.
- Las fortalezas y debilidades particulares del paciente
- El contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado.

La demanda de atención resume las necesidades de un paciente o de un grupo de pacientes y viene dada por la particular manera como se combinan los diferentes elementos arriba mencionados, determinando la existencia de varios niveles de complejidad y de intensidad de los servicios que constituyen la oferta de tratamiento. 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), los trastornos derivados del consumo de sustancias como el abuso y la dependencia, se consideran de naturaleza crónica y recidivante, incluyendo aspectos biomédicos, psicológicos o sociales de estos trastornos que deben ser atendidos en el mediano y largo plazo.

La satisfacción adecuada de las demandas de atención generadas por el consumo de sustancias, requiere de la participación integrada de un conjunto de servicios (establecimientos, programas, equipos de profesionales y técnicos) que den cobertura a las diferentes necesidades de manera oportuna, limitando el daño y la discapacidad potencial resultante de estos trastornos. En la práctica, puede resultar imposible o 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, por lo 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 puedan llegar a satisfacer razonablemente, con criterios de oportunidad, equidad, calidad y eficiencia, las necesidades de los usuarios.

5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Para la organización de un sistema de tratamiento, es necesario conocer las características mínimas que son indispensables para el buen funcionamiento de los servicios y para el logro de los objetivos fijados con el tratamiento. Actualmente, el Ministerio de la Protección Social viene ejecutando la Cooperación Técnica No Reembolsable ATJ 7325-CO la cual contempla como uno de sus productos un Diagnóstico Situacional de los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) a nivel nacional. Este proyecto busca, entre otras cosas, evaluar las condiciones en las que se está proveyendo el tratamiento a los drogodependientes y sus familias.

Adicionalmente, se pretende estratégicamente a través de la implementación de la Política Nacional de Reducción de Demanda de SPA, desarrollar normatividad referente a los criterios mínimos de funcionamiento de los mencionados Centros de atención a Drogodependientes (CAD). Esto constituye la base 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 y por añadidura de los parámetros de evaluación, debiendo cubrir los siguientes aspectos:

5.1 ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD

- El tratamiento debe ser accesible y utilizable por todas aquellas personas que lo necesiten de manera oportuna y durante el tiempo que éstos los requieran para su completa recuperación.
- Amplitud del alcance. Los objetivos del tratamiento no deben estar limitados a la atención del consumo de Sustancias Psicoactivas, sino que deben considerar otros problemas asociados o complicaciones de variada índole, incluyendo la comorbilidad, los aspectos biomédicos y psicosociales, así como los elementos de apoyo comunitario.
- Articulación con otros servicios y organizaciones comunitarias. El programa debe establecer los vínculos necesarios con otros servicios de tratamiento para la dependencia de Sustancias Psicoactivas y con las organizaciones comunitarias necesarias para el establecimiento de redes para la atención de manera que puedan cubrir con la mayor solvencia posible las necesidades de los pacientes.

5.2 MOTIVACION AL TRATAMIENTO

- Deben proveerse servicios que favorezcan la entrada de las personas a tratamiento y su permanencia en el mismo, como en el caso de la asistencia para la desintoxicación y la orientación preventiva acerca de problemas intercurrentes, en especial las complicaciones de tipo infeccioso.

- Respeto a la condición humana resguardando sus derechos fundamentales. En todo momento deben respetarse los derechos de los pacientes que buscan tratamiento, como el derecho a ser suficientemente informado acerca de las características del tratamiento propuesto, sobre sus potenciales riesgos y beneficios, las distintas opciones disponibles y las posibles consecuencias del mismo, así como del no recibirlo. Deben tomarse medidas para garantizar el respeto a su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como también, a mantener el contacto con familiares y otras personas significativas.

5.3 FLEXIBILIDAD

- En la medida de lo posible, el tratamiento debe dar respuesta a las necesidades individuales de atención de los usuarios y además brindar la posibilidad de realizar los ajustes necesarios durante el proceso de recuperación, a través de la implementación de medidas terapéuticas diseñadas con base en las particulares demandas de los usuarios, las cuales deben ser accesibles “in situ” o mediante procedimientos de referencia. Esto incluye la atención a población femenina, adolescentes, a personas con complicaciones o interurrencias médicas o psiquiátricas, entre otras.

5.4 VISION A LARGO PLAZO.

- Debe garantizarse la prestación de los servicios durante el plazo mínimo necesario para obtener una respuesta favorable (por lo menos tres meses) con el tratamiento, también la continuidad y permanencia de las intervenciones, así como el acceso a las mismas en el caso de recaídas.
- Inclusión de elementos de apoyo suficientes. Es necesario poder contar con el acceso a medicación, servicios de monitoreo toxicológico, intervenciones conductuales individuales o grupales, así como a otros servicios integrales de intervención (atención a la familia, servicios médicos, rehabilitación vocacional, asistencia legal, servicios sociales, grupos de autoayuda), que incrementen la posibilidad de obtener una recuperación satisfactoria y estable.

6. DISEÑO GENERAL DE UN SISTEMA DE TRATAMIENTO

La concepción del tratamiento para la dependencia de Sustancias Psicoactivas como un “continuum” de atención se refiere a dos enfoques o ejes complementarios acerca de la prestación de los servicios, correspondientes a los enfoques longitudinal y transversal del tratamiento.

Por un lado tenemos la aproximación longitudinal, la cual es en cierta medida, histórica y se refiere a la secuencia de intervenciones que componen el tratamiento concebido a manera de fases sucesivas que dan cuenta del proceso de recuperación de un consumidor o dependiente de las Sustancias Psicoactivas. Las acciones terapéuticas correspondientes a cada una de estas fases, aún cuando pudieran ser brindadas desde encuadres diferentes, requieren de un encadenamiento, una lógica del tratamiento, que permita el avance progresivo hacia los objetivos de la cura y rehabilitación del paciente, tomando en cuenta la temporalidad de las intervenciones con visiones a diferentes plazos, incluida la prevención y abordaje de las recaídas, así como la reinserción social.

La otra manera de apreciar el tratamiento corresponde a una visión transversal de la relación entre los diferentes programas de tratamiento e intervenciones que están disponibles integrando una red de servicios. Estas opciones pueden ser apreciadas como un conjunto de intervenciones complementarias, ofrecidas simultáneamente o en un plazo de tiempo corto y son reflejo de la diversidad requerida para atender adecuadamente las distintas facetas y necesidades de los trastornos relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas.

Del entrecruzamiento de ambos ejes o visiones del tratamiento, se desprende la concepción sistémica del mismo como una organización integrada de diferentes actividades o programas que brindan cuidados a las personas dependientes de las Sustancias Psicoactivas, las cuales pueden estar ubicadas en una misma institución de manera centralizada, pero también y quizá esta sea la forma más común de presentarse, como la coordinación o enlace entre distintas instituciones para la referencia de pacientes garantizando una adecuada cobertura y continuidad de la atención.

Cada vez tiene mayor aceptación dentro del tema de prestación de servicios de tratamiento para las personas dependientes de las Sustancias Psicoactivas, un enfoque integrador de los programas en contraposición al concepto tradicional de la coordinación de servicios de atención entre establecimientos especializados para el tratamiento de dependientes de las Sustancias Psicoactivas como un sistema aislado, paralelo. Dentro de este enfoque integrador, los programas de atención son concebidos, no sólo vinculados entre ellos, sino también con la red de servicios en general, particularmente con los de salud, tanto en el nivel de atención primaria como el de servicios especializados. En este orden de ideas, juegan un papel destacado los servicios comunitarios, en especial las organizaciones de autoayuda y de ayuda mutua, las cuales pueden servir como elemento de apoyo en todos los niveles de atención.

Dentro de este sistema o red de atención es importante definir los elementos estructurales o componentes básicos y también la manera como estos se vinculan entre sí, es decir, cómo funcionan, identificando los distintos procesos que componen la atención.

Si tomamos como ejemplo un hospital o consultorio, en ellos varios programas pueden funcionar simultánea o paralelamente aunque correspondan a distintos componentes básicos de atención como en el caso de un programa ambulatorio de prevención de recaídas y un servicio de atención en grupo para pacientes de régimen de internamiento a corto plazo que se llevan a cabo ambos en las instalaciones de un establecimiento hospitalario y por el mismo equipo de tratamiento. En conjunto, dichos componentes se consideran como los requisitos mínimos dentro de un sistema concebido para brindar una atención de calidad a los problemas derivados del consumo de Sustancias Psicoactivas.

El funcionamiento coordinado y complementario entre los diferentes componentes de tratamiento y con respecto a la red de servicios en general, constituye el sistema de tratamiento, el cual se encuentra organizado para proporcionar cuidados de calidad a las personas afectadas por el consumo de Sustancias Psicoactivas. Las distintas intervenciones terapéuticas se articulan para ser realizadas de forma simultánea o sucesiva, constituyendo el proceso terapéutico, considerando grados variables de intensidad y de complejidad en el uso de la tecnología llamados niveles de atención y modalidades de tratamiento.

6.1 SISTEMA DE TRATAMIENTO

Es la sumatoria de las intervenciones terapéuticas, que a manera de “*continuum*”, dan cabida a todo el espectro de servicios (establecimientos, programas) que están disponibles para la población de usuarios en un momento dado, de acuerdo con sus necesidades, así como el conjunto de todos aquellos servicios que se ofrecen sucesivamente a lo largo de la evolución del trastorno dentro del proceso de recuperación de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Cada uno de estos componentes se considera un elemento de enorme relevancia en la constitución y el funcionamiento de un sistema integral de tratamiento de la dependencia de Sustancias Psicoactivas, pero no tienen el mismo peso relativo y difícilmente se encuentran presentes en su totalidad en la mayoría de los países del hemisferio en la actualidad.

Dentro del sistema de atención se incluyen varios componentes o áreas de intervención, correspondientes a las distintas fases evolutivas de los problemas adictivos, como es el caso de la intervención de emergencia o la llamada “atención inmediata”, el tratamiento de la dependencia propiamente dicha o la reinserción social. En cada uno de estos casos, la intervención terapéutica puede ser ubicada físicamente en una unidad independiente, estar integrada al funcionamiento de un establecimiento de atención general o especializada en salud, así como también a unidades de servicio social u organizaciones comunitarias (Ver Figura 1).

A manera de resumen, en el sistema de tratamiento es posible identificar varias áreas de intervención, a saber:

6.1.1 COMPONENTES DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO

a) Intervención temprana. Comprende un conjunto de servicios destinados a brindar atención oportuna a aquellas personas de alto riesgo en desarrollar un problema por consumo de Sustancias Psicoactivas. En este grupo se incluye también la atención de aquellos consumidores que presentan un nivel de afectación que puede ser catalogado como abuso o uso nocivo, es decir, aquellos en quienes con la información disponible no es posible aún sustentar un diagnóstico de dependencia.

Las acciones que aquí se realizan se relacionan con la evaluación, el diagnóstico y la intervención breve, para la orientación de los casos de consumo, la determinación de la necesidad de recibir tratamiento, así como la intensidad que debe tener el mismo.

La duración de la intervención temprana es variable y depende de la capacidad de entender la información proporcionada y de traducirla en cambios del estilo de vida, así como de la aparición de nuevos problemas que plantean otras necesidades de intervención. Por lo general está restringida a un número limitado de sesiones (1-4 sesiones de orientación), aunque es necesaria más investigación en este aspecto para definir adecuadamente los protocolos de intervención.

b) Manejo de la Intoxicación. Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto que ha sido alterado como consecuencia del consumo reciente de Sustancias Psicoactivas. Estas intervenciones pueden incluir la compensación de dichas alteraciones mediante el uso de antagonistas de las Sustancias Psicoactivas, la facilitación de los procesos de metabolismo y excreción, así como la provisión de un ambiente calmado y seguro para la recuperación del paciente intoxicado.

c) Manejo del Síndrome de Abstinencia. Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a corregir o compensar las alteraciones del funcionamiento normal y el malestar del sujeto, que aparecen como consecuencia de la reciente reducción significativa o de la supresión absoluta del consumo de una Sustancia Psicoactiva, cuyo uso viene siendo generalmente intenso y en grandes dosis.

d) Intervenciones farmacológicas. Los medicamentos en el tratamiento de la Farmacodependencia constituyen un importante elemento, ya que su uso permite manejar tanto las situaciones de urgencia como muchas de las complicaciones. Incluso en el manejo a largo plazo, uno de cuyos objetivos es evitar las recaídas, se recurre en algunos casos a los medicamentos.

e) Tratamiento de la Dependencia y del consumo. Incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas. Pueden ser llevadas a cabo en encuadres más o menos intensivos dependiendo de sus necesidades particulares. Incluye el tratamiento ambulatorio de diferente intensidad, desde la intervención temprana breve orientadora, la atención por consulta externa ambulatoria o en hospital día, así como también las

intervenciones de tipo residencial, hospitalaria y de reinserción social y comunitaria.

f) Manejo de la Comorbilidad (Diagnóstico Dual y Complicaciones). Se refiere a las acciones de tratamiento destinadas a atender aquellos pacientes que presentan conjuntamente un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y otro trastorno de salud, especialmente de salud mental y que pueden ser realizadas en establecimientos especializados en este tipo de pacientes o que han sido habilitados para tal fin, es decir que cuentan con profesionales con entrenamiento específico para el diagnóstico y manejo de estos casos, capacidad para realizar acciones psicoeducativas y vínculos formales con otros servicios externos que pudieran ser requeridos.³ El tratamiento y cuidado de problemas infecciosos asociados como el VIH-SIDA, tuberculosis, abscesos, neumonías, entre otros, necesita ser brindado en combinación con profesionales de la salud competentes. Pero estos problemas requieren ser detectados e identificados adecuadamente en las puertas de entrada al tratamiento por profesionales debidamente entrenados. Los programas de tratamiento para problemas de consumo de sustancias psicoactivas son lugares críticos en cuanto a la detección oportuna y el control de estos problemas, ya que con frecuencia afectan a la población usuaria de sustancias y pueden extenderse a la población general.

g) Reinserción Social. Se refiere al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas. El área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: (Ver Cuadro 1)

- Familiar

³ Por una parte tenemos los pacientes cuyo trastorno primario está relacionado con el consumo de drogas y que además tienen un trastorno mental concomitante, pero que se encuentra en condiciones relativamente estables. Para este tipo de pacientes la respuesta de atención se plantea en un servicio orientado a atender problemas de drogas, pero que dadas sus características, está en capacidad de manejar estos trastornos mentales adecuadamente. Este tipo de servicios requiere que el paciente tenga preservado su funcionamiento autónomo independiente y capacidad para participar en el programa para la dependencia de drogas, el cual es el foco de su tratamiento.

El otro tipo de demanda viene dado por pacientes con un trastorno mental, de evolución inestable, sintomático y discapacitante, el cual tiene agregado otro trastorno debido al uso de drogas, estando su funcionamiento general comprometido como consecuencia del trastorno mental, requiriendo de la intervención específica de un psiquiatra y del equipo de salud mental, conjuntamente con el tratamiento para problemas por drogas, así como de hospitalización para poder participar en el programa de tratamiento para el problema de drogas. En el caso en que las condiciones del estado mental del paciente sean muy precarias, bien sea por una reagudización del cuadro o por marcado deterioro, significando un inminente peligro para sí mismo o para terceros, puede requerir de atención psiquiátrica constante, debe esperarse a la estabilización del cuadro para poder emprender posteriormente el tratamiento de ambas patologías concomitantes.

- Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo.
- Asesoramiento educativo.
- Alojamiento o Vivienda.

6.2 PROCESO TERAPEUTICO

Conjunto de actividades que se realizan en un ámbito definido, programa o establecimiento, correspondiente a un nivel de atención como parte del tratamiento que están dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en el paciente y que conducen a un resultado específico. (Ver Cuadro 2).

Los componentes del proceso corresponden a todas aquellas actividades orientadas al tratamiento de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con las necesidades identificadas y cuya ejecución se define en un ámbito determinado, programa o establecimiento (Componente estructural), dentro del “continuum” de la atención. Estos componentes por lo general consisten en combinaciones de dos tipos de intervenciones:

a) INTERVENCIONES FARMACOLOGICAS

Están bajo el control y responsabilidad del equipo médico. Se orientan a mejorar la salud de los usuarios mediante la utilización de fármacos para los problemas agudos o crónicos relacionados con el consumo de sustancias. Entre sus objetivos destacan:

- Tratar la intoxicación aguda o el síndrome de abstinencia.
- Reducir los efectos reforzadores o placenteros de las sustancias de abuso.
- Inducir efectos desagradables con el uso de las sustancias psicoactivas (efecto aversivo).
- Sustituir la sustancia de abuso por otra de efecto agonístico, con menor potencial adictivo y una vida media prolongada.
- Tratar las complicaciones y otros problemas concomitantes.

b) INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Comprenden una serie de intervenciones de distinta índole coordinadas por un equipo multidisciplinario, dirigidas a abordar las diferentes áreas comprometidas del sujeto en relación con su trastorno adictivo. Entre las intervenciones de este tipo que han sido reportadas como efectivas tenemos las terapias cognitivo-conductual, comportamental, humanísticas, interpersonales, intervenciones psicoterapéuticas individual, grupal y familiar, así como los grupos de autoayuda o ayuda mutua, entre otras opciones. Se incluyen aquí también acciones de reinserción social.

Con las intervenciones psicoterapéuticas lo que se busca es conseguir que el usuario realice un esfuerzo para la autoexploración de su situación dentro de un clima de soporte, carente de prejuicios y juicios de valor acerca de su problema, con el fin último de crear un espacio para la introspección que le permita reconocer y aceptar su problemática y encontrar soluciones. Entre los principios generales de la terapia psicosocial en el tratamiento de las adicciones se señalan:

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

Las terapias de grupo constituyen una modalidad de intervención en la que un conjunto de personas se reúne alrededor de un objetivo terapéutico. En ella las intervenciones e interpretaciones del terapeuta son para el grupo y no individuales, así se esté resolviendo un problema individual. Buscan como metas: la restauración del equilibrio emocional, el manejo de aspectos vitales relacionados con las experiencias vividas de los participantes en el grupo relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, el sexo, el trabajo, la escuela, las relaciones familiares, de pareja, interpersonales, etc; igualmente, el automonitoreo, estrategia mediante la cual el grupo desarrolla habilidades para mantener la abstinencia del grupo y evitar las recaídas; el desarrollo de tareas para resolver problemas mediante la cual el grupo da herramientas para el manejo del dinero, utilización del tiempo libre, reinserción sociolaboral, cambios en el estilo de vida, etc., y la educación, mediante la cual se proporciona formación acerca de todo lo relacionado con las Sustancias Psicoactivas y la enfermedad adictiva.

Con las intervenciones familiares se busca involucrar a la familia en la solución del problema del drogodependiente a través de la identificación de dinámicas de relación disfuncional entre sus miembros, el desarrollo de formas de expresión y comunicación más eficaces y el generar un compromiso familiar en un proyecto común de ayuda al miembro consumidor/ abusador de sustancias psicoactivas.

Igualmente, la terapia de familia ayuda a amortiguar el impacto y el sufrimiento derivados de los sentimientos de culpa y fracaso de la familia frente a uno o varios de sus miembros, favoreciendo la aceptación de necesidades y de los límites, contribuyendo a que la familia también adquiriera una visión más realista del problema y su carácter de cronicidad. Entre

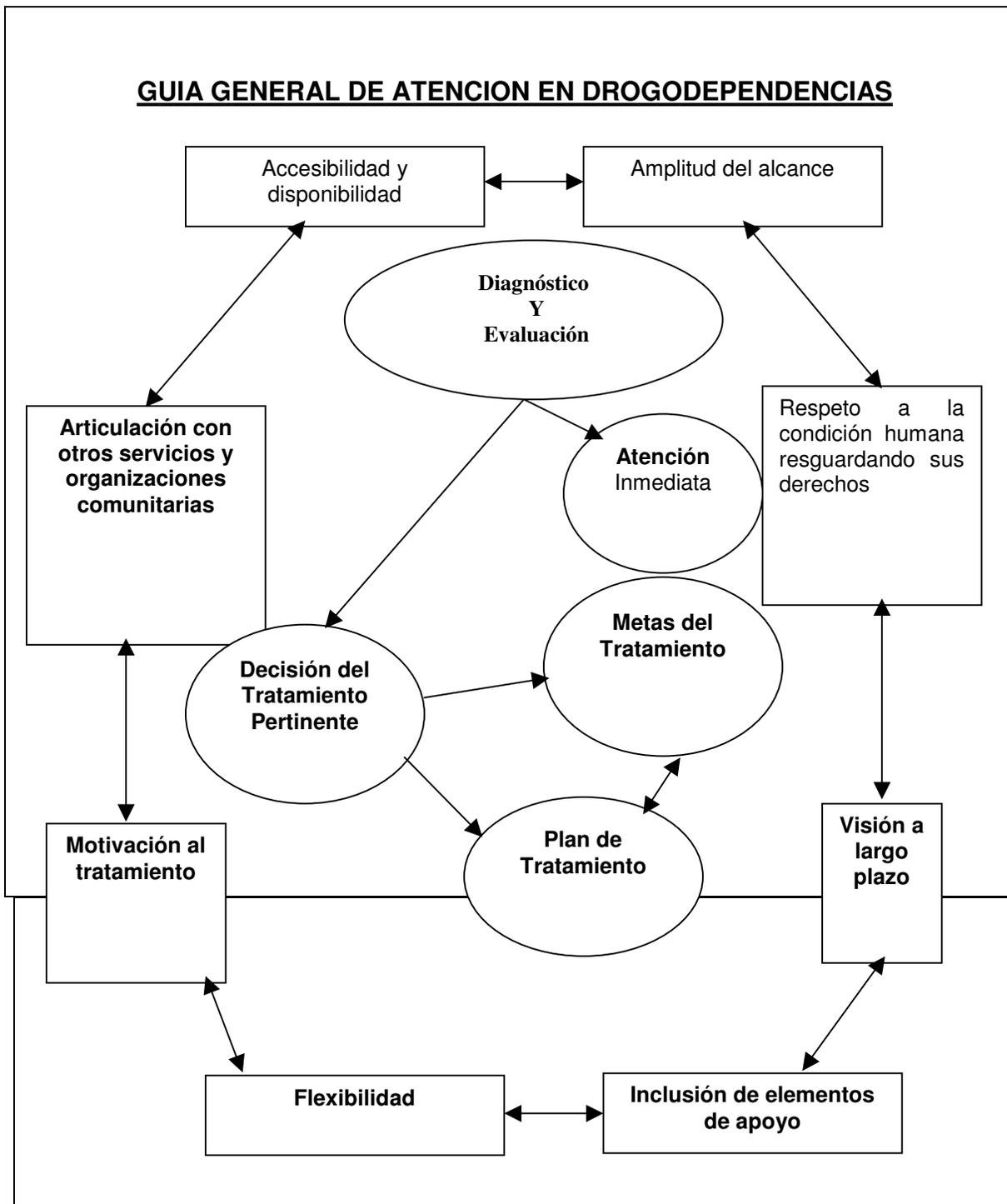
las fases o etapas de la terapia familiar de utilidad en el tratamiento de los consumidores/abusadores de SPA se destacan: la etapa de orientación y contacto, la cual tiene como propósito la comprensión del problema por parte de las familias y las alternativas que existen para enfrentarlo, así como brindar la esperanza de que es posible la recuperación de su miembro afectado; la etapa educativa que busca capacitar a la familia en diferentes aspectos de la enfermedad adictiva, los factores que interactúan, el proceso terapéutico, con el fin de conseguir su comprensión de la problemática y su apoyo. Igualmente busca reestructurar la actitud frente al problema y dotarle de herramientas para la solución de los problemas conexos al consumo. La etapa de evaluación familiar que se realiza individualmente e incluye a toda la familia del drogodependiente, buscando reconocer la estructura y las formas disfuncionales que deberán tratarse y la intervención familiar propiamente dicha con la cual se busca modificar las relaciones disfuncionales y estructuras patológicas.

Entre las metas a alcanzar con la TERAPIA DE FAMILIA en el tratamiento de las drogodependencias se han propuesto:

- Desmitificar el concepto en la familia que la dependencia a sustancias psicoactivas es un “vicio” y que debe ser entendida y tratada como una enfermedad.
- Crear conciencia sobre la problemática y evidenciar al interior de la familia alguna situación que pueda estar contribuyendo al consumo del paciente.
- Señalar los errores que las familias pueden estar teniendo frente al problema.
- Desmitificar la “cura milagrosa”, enfatizando el carácter de cronicidad y de posibles recaídas que tiene esta enfermedad.
- Comprometer a la familia en el proceso de rehabilitación.
- Ayudar a la familia a desarrollar su capacidad para enfrentar los problemas que se presentan como consecuencia del consumo de sustancia psicoactivas por uno de sus miembros.
- Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en otro miembro del grupo familiar.

Finalmente, y como parte de las intervenciones psicosociales, los grupos de apoyo buscan reforzar y mantener la sobriedad y los factores protectores tanto individuales como externos. Estos grupos constituyen la piedra angular del mantenimiento de la abstinencia, después que el paciente ha culminado su proceso de rehabilitación y ha egresado del programa donde realizó su tratamiento. Los grupos pueden constituirse en la misma institución que desarrolló el programa o en su defecto, debe recomendarse a los usuarios egresados que se integren a grupos de autoayuda externos como los Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, etc. (Ver Figura 2).

Figura 1



Cuadro 1
REINSERCIÓN SOCIAL

Integración familiar	Acciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y sensibilización a la familia sobre características de las sustancias psicoactivas y consecuencias de su abuso, importancia del papel de la familia como Red de apoyo. • Conseguir que el usuario reasuma su papel como miembro de la familia con sus respectivos derechos y responsabilidades. • Intervenciones familiares específicas, de acuerdo con los hallazgos de la evaluación familiar a través de consejería, vinculación de la familia a grupos de apoyo comunitario – AL-ANON – ALATEEN – y terapia familiar si es necesario.
En lo Social	Acciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Se orientará sobre alternativas que favorezcan la separación del sujeto abusador o dependiente del ambiente o grupo social cuando éste resulte ser un factor de riesgo. • Se buscará mejorar la integración social, el intercambio cooperativo y la consecución de nuevos grupos de amigos, relaciones íntimas duraderas, participación en actividades recreativas y placenteras en ambientes libres de drogas, así como la participación en actividades cívicas y culturales. • Es importante involucrar al entorno social del individuo para lograr su apertura a la reinserción de éste, así como trabajar con él, en la conformación o inclusión de grupos comunitarios preestablecidos que impulsen la experiencia de integración a un grupo. • Para involucrar la comunidad a la reinserción del farmacodependiente se deben realizar talleres, encuentros y actividades de sensibilización y de educación que permitan, por una parte conocer las consecuencias del consumo de SPA y por otra, facilitar la reincorporación de éste al medio familiar, social y laboral, dándole nuevamente la posibilidad de asumir el rol y las responsabilidades que tenía antes o en otros que sean compatibles con las condiciones detectadas en su proceso de rehabilitación. • Organizar actividades libres de drogas, realizar seguimiento y ofrecer apoyo a las empresas que vinculan ocupacionalmente a los rehabilitados, son actividades que deben ser desarrolladas con la comunidad.

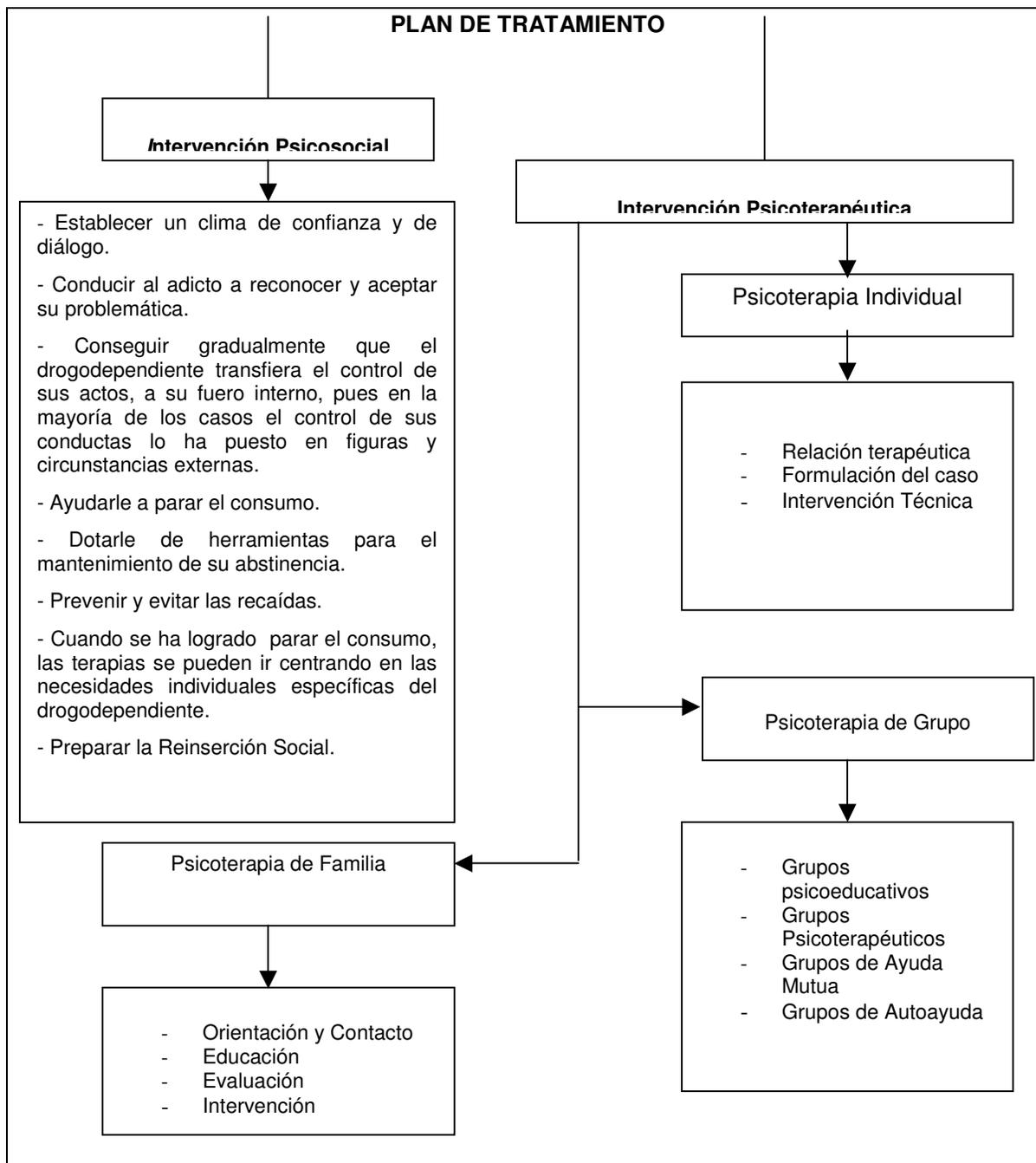
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la vinculación a grupos de apoyo o autoayuda ya establecidos, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos. • En todos los casos se tendrá en cuenta la participación comunitaria y sus acciones de autogestión que permitan convertir los espacios sociales en lugares de reinserción socio laboral.
--	--

Cuadro 2

PROCESO TERAPEUTICO

<p><u>Proceso Terapéutico:</u></p> <p>Conjunto de actividades que se realizan en un ámbito definido, programa o establecimiento, correspondiente a una modalidad de atención como parte del tratamiento y que están dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en el paciente</p>	<p><u>Intervenciones Farmacológicas:</u></p> <p>Bajo el control y responsabilidad del equipo médico y orientadas al restablecimiento del equilibrio del consumidor mediante la utilización de diversos fármacos.</p> <hr/> <p><u>Intervenciones Psicosociales:</u></p> <p>Responsabilidad de un equipo multidisciplinario, dirigidas a abordar las diferentes áreas comprometidas del sujeto y que se relacionan con su trastorno adictivo. Motivación al inicio del tratamiento y a la permanencia en el mismo</p>	<p><u>Manejo de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación aguda • Síndrome de abstinencia agudo • Dependencia • Complicaciones biomédicas • Complicaciones psicológicas • Complicaciones sociales • Trastornos Duales • Reinserción Social
---	---	--

Figura 2



6.3 MODALIDADES DE ATENCION Y PROPUESTAS DE INTERVENCION

Es el marco institucional o programático dentro del cual se realizan las actividades de tratamiento. Pueden existir establecimientos cuyo funcionamiento y complejidad de actividades corresponde a una sola modalidad de atención, mientras que otros pueden incluir componentes correspondientes a varias modalidades integradas.

Las modalidades de atención se definen como resultado de la combinación de los elementos estructurales o tipos de establecimiento donde se presta la atención y las funciones o actividades que constituyen dicha atención, en relación con las necesidades expresadas, las cuales determinarán la complejidad de servicio requerido para la atención adecuada de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Expresa el conjunto de tecnología utilizada en el tratamiento de un problema o grupo de problemas afines, relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y que por sus características puedan manejarse con base en recursos de similar modalidad, de complejidad, es decir, las actividades o procesos de tratamiento que se realizan en una modalidad de atención determinada.

Una modalidad de tratamiento puede estar referida a una o varias áreas de intervención, por ejemplo, en un servicio de atención inmediata como las salas de emergencia de hospitales generales, es posible intervenir para el manejo de la intoxicación aguda, del síndrome de abstinencia, pero también en la evaluación y orientación de casos de consumo.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE ATENCION

Son estructuras de apoyo psicosocial que refuerzan las intervenciones en los distintos momentos del tratamiento, tanto en la inducción como en el abordaje de la dependencia y de sus complicaciones, así como en el proceso de reinserción social. No pueden considerarse programas de tratamiento en el sentido estricto del término pero juegan un importante rol en la recuperación de las personas con trastornos adictivos. El ejemplo clásico de esta modalidad lo constituyen los grupos de ayuda mutua y autoayuda al estilo AA y NA, pero también se incluyen otras organizaciones que prestan servicios de asesoramiento académico, laboral, apoyo en servicios de transporte, guarderías, entre otras.

ATENCION INMEDIATA

Incluye alternativas de intervención para el manejo de pacientes con cuadros clínicos que demandan de una pronta respuesta ya que los retardos en el tratamiento pudieran significar consecuencias perjudiciales para el paciente como es el caso de complicaciones agudas del consumo (intoxicación o síndrome de abstinencia), pero también en el caso de personas que requirieran orientación y referencia a otras modalidades de intervención. Como ejemplo de modalidades de atención inmediata tenemos: Unidad de

Desintoxicación, Sala de Emergencia de hospitales generales o especializados y Servicio de Orientación y Referencia.

Manejo de la 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 las sustancias psicoactivas, comprende un grupo de intervenciones que se llevan a efecto en servicios de diferentes grados de intensidad y de complejidad tecnológica.

El manejo de estos cuadros agudos es considerado un momento clave en el proceso de tratamiento por la amenaza potencial que significan para la vida de las personas afectadas y para el futuro desarrollo del tratamiento. Por ello se requiere de intervenciones de gran intensidad que satisfagan exitosamente las demandas clínicas del paciente al momento y que además consigan comprometerlo con el tratamiento a mediano y largo plazo, lo cual se hace prácticamente imposible en condiciones de consumo compulsivo y cuando hay frecuentes ciclos repetidos de intoxicación/abstinencia.

Es posible definir varios sub-niveles de intensidad en la desintoxicación y el tratamiento del síndrome de abstinencia:

- **Desintoxicación Ambulatoria.** Está dirigida a pacientes que presentan cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo alguno o tiene un mínimo riesgo de complicaciones y que puede ser manejado siguiendo las pautas de protocolos establecidos por profesionales entrenados bajo supervisión médica en un esquema de consultas periódicas. La duración de la atención en la desintoxicación ambulatoria está limitada a una o varias horas cada día y se lleva a cabo en consultorios, en servicios especializados en el tratamiento de dependencias de sustancias psicoactivas, así como en la residencia del paciente.
- **Desintoxicación Residencial**
 - **Con supervisión médica.** Es el caso de pacientes que presentan cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo terapéutico adecuadamente entrenado, siguiendo protocolos específicos de intervención de manera continua durante 24 horas. Requiere de supervisión médica pero no, de recursos hospitalarios. A esta modalidad corresponden alternativas que pueden ubicarse en servicios residenciales no hospitalarios, comunidades terapéuticas, entre otros establecimientos.
 - **Con manejo médico directo.** En esta modalidad se brinda atención a pacientes que presentan 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. La atención es continua durante 24 horas, siguiendo protocolos específicos de intervención y requiriendo de algunos recursos hospitalarios. Este tipo de intervención corresponde a residencias o clínicas con personal médico y de enfermería “in situ” durante las 24 horas.

- **Hospitalaria con manejo médico intensivo.** Para atender pacientes que presentan cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad con alto riesgo de complicaciones, se requiere un equipo de profesionales de salud, médicos y de enfermería, con el debido entrenamiento que asistan al paciente de manera continua durante las 24 horas, siguiendo las pautas establecidas en protocolos específicos de intervención, con el apoyo de todos los recursos hospitalarios, incluyendo la atención médica intensiva. Este tipo de atención se presta en servicios hospitalarios con personal médico y de enfermería “in situ” durante las 24 horas, con disponibilidad de recursos para la atención intensiva de emergencia.

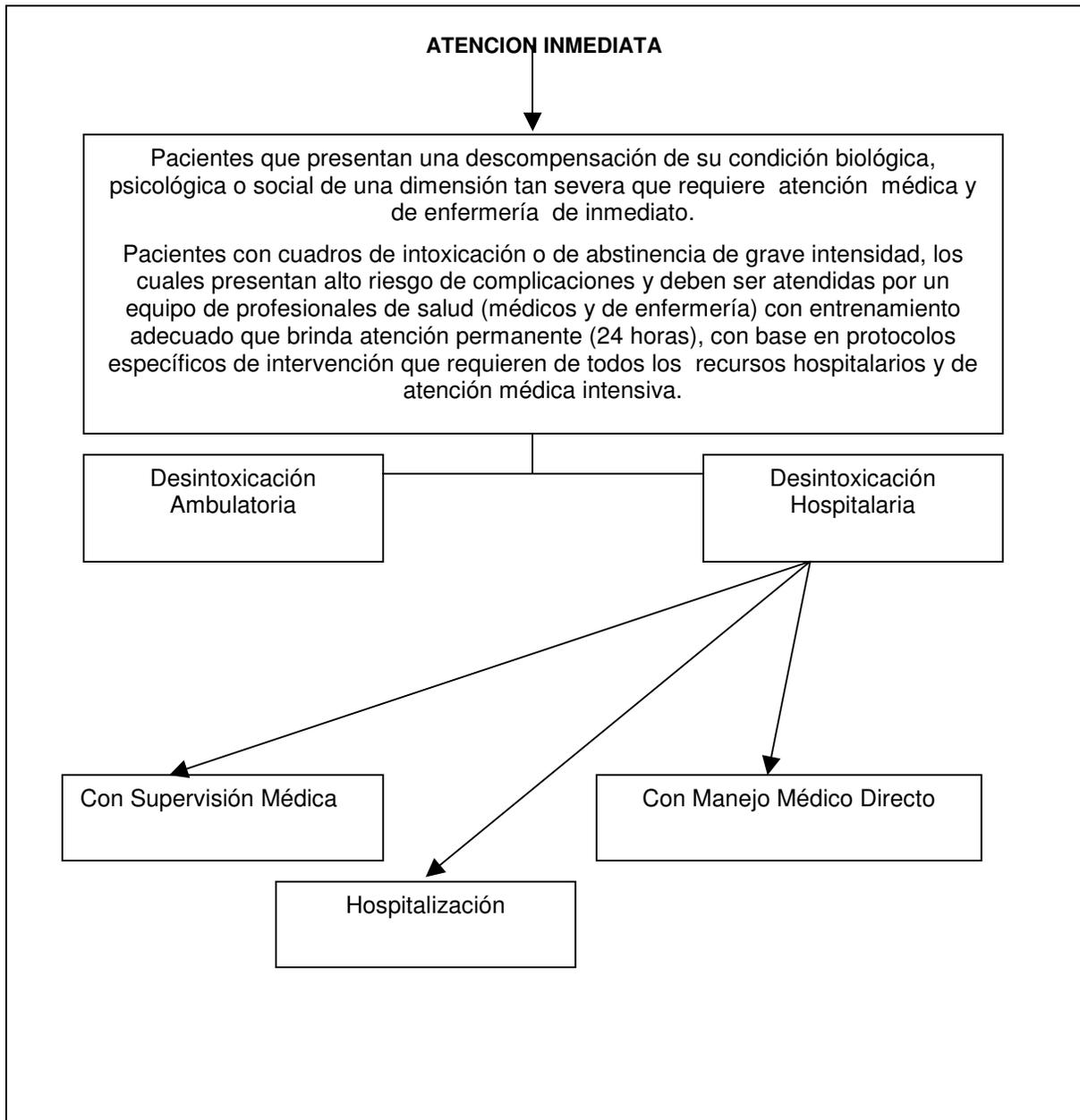
El manejo de la intoxicación y el síndrome de abstinencia corresponden a servicios de atención inmediata que no necesariamente constituyen alternativas específicas de tratamiento de los trastornos adictivos, pero que sin duda resultan ser un complemento de enorme utilidad, un factor cuya presencia mejora el pronóstico del paciente.

En realidad, se trata del abordaje terapéutico de dos entidades clínicas cuya causa responde de manera directa al consumo de sustancias psicoactivas (bien por su uso actual o por supresión del mismo), pero donde el factor fundamental a atender es el riesgo inminente a la vida del sujeto y por ello la tecnología involucrada es esencialmente de tipo médico general o especializado (cuidados intensivos, toxicología) y de enfermería, pero que requiere de servicios de apoyo para el manejo de la situación que rodea al evento médico propiamente dicho como es el caso del soporte de servicio social y de apoyo psicológico a pacientes y familiares.

Es posible definir componentes destinados al manejo de estos cuadros clínicos en todas las modalidades de atención con menor o mayor intensidad de cuidados según sea el caso, debiendo la conformación del equipo en cada uno de estas modalidades ajustarse a la complejidad de la atención. A su vez, los servicios de desintoxicación se combinan con los de atención en tratamiento, de acuerdo a las necesidades del paciente sin que tengan necesariamente que estar ubicados en una misma modalidad.

El servicio de desintoxicación puede ser brindado en forma independiente o estar integrado al programa de tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas. En todo caso, se impone la realización de una evaluación integral (biopsicosocial). Cuando la desintoxicación se lleva a cabo de manera independiente, es necesario establecer los vínculos necesarios con 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. (Ver figura 3).

Figura 3



6.4 MODALIDADES DE INTERVENCION

a) Modalidad I : Tratamiento Ambulatorio. La modalidad de Tratamiento Ambulatorio incluye aquellos servicios organizados o programas de tratamiento que pueden ser prestados en una amplia variedad de encuadres, con la participación de un equipo multidisciplinario cuyos miembros cuentan con formación específica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias o de salud mental.

En esta modalidad de tratamiento las intervenciones se realizan en un encuadre no residencial, con períodos de permanencia limitados a horas y con baja frecuencia (semanal o interdiaria). Incluye:

- **Intervención temprana.** Es un abordaje terapéutico de baja intensidad para atender oportunamente a consumidores de sustancias psicoactivas en situación de riesgo de desarrollar un trastorno por dependencia o abuso. La finalidad es minimizar el impacto del consumo en la vida del sujeto actuando sobre los factores de riesgo y de protección. La duración de esta intervención suele estar limitada a algunas sesiones e incluye intervenciones de tipo psicosocial. Ejemplo de esta modalidad pueden ser los servicios comunitarios de atención inmediata para jóvenes transgresores o para conductores bajo influencia alcohólica.
- **Consulta externa.** Tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas que pueden beneficiarse en un encuadre de baja intensidad 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 baja intensidad con frecuencia semanal o varias veces a la semana (menos de tres). Por ejemplo, la Consulta ambulatoria de un servicio de salud mental.

En los establecimientos ubicados en esta modalidad se realizan actividades de evaluación, tratamiento y rehabilitación, bajo la dirección de profesionales acreditados. El paciente asiste a sesiones programadas regularmente y las intervenciones terapéuticas responden a parámetros establecidos en protocolos de normas y guías de intervención, basados en evidencias científicas y dentro del marco de políticas regulatorias del Estado y de organismos competentes.

El tratamiento realizado en los servicios ambulatorios está orientado a conseguir cambios permanentes en la conducta de consumo de sustancias psicoactivas y a la búsqueda de niveles de funcionamiento mental adecuados en aquellos individuos cuyo nivel de severidad clínica lo permita.

En el tratamiento se incluye la orientación hacia el desarrollo de estilos de vida y patrones de comportamiento que potencien el logro de los objetivos terapéuticos, especialmente el logro de una vida libre del consumo de sustancias psicoactivas.

La duración del tratamiento depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente y de su evolución.

Dada la disponibilidad de los establecimientos correspondientes a este nivel de atención, es importante promover estrategias que permitan hacer accesible el tratamiento para aquellos pacientes con comorbilidad médica o psiquiátrica así como los que adolecen de falta de motivación suficiente para emprender un proceso de recuperación. (Ver figura 4)

El Tratamiento Ambulatorio está indicado para:

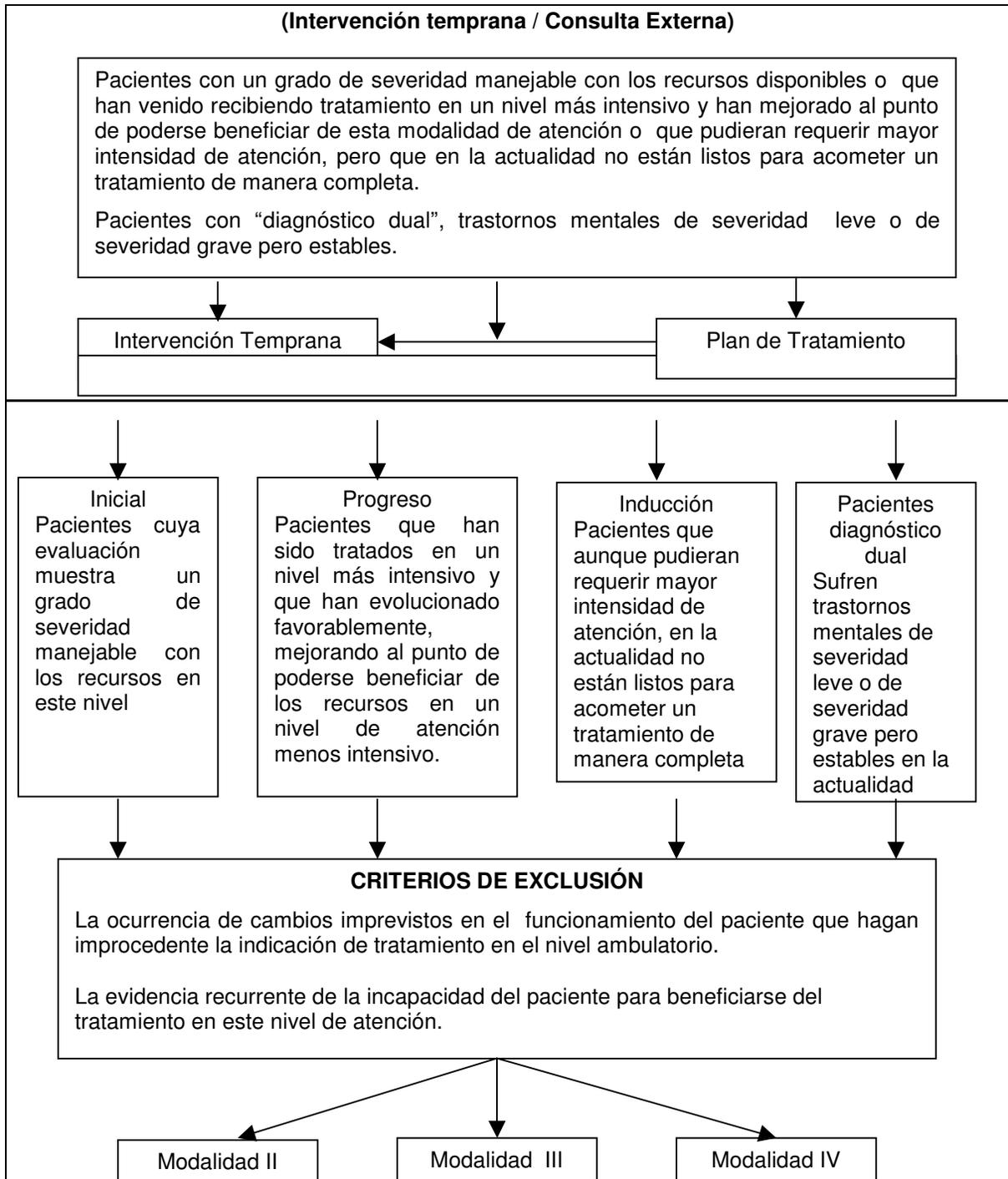
- Pacientes cuya evaluación muestra un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en esta modalidad.
- Pacientes que han sido tratados en una modalidad más intensiva y que han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad de atención menos intensiva.
- Pacientes que aunque pudieran requerir mayor intensidad de atención, en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa.
- Pacientes con “diagnóstico dual”, que sufren trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables en la actualidad

Se consideran criterios de exclusión para el Tratamiento Ambulatorio:

- La ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad ambulatoria.
- La evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención.

Figura 4

Modalidad I: TRATAMIENTO AMBULATORIO



b) Modalidad II : Atención de Mediana Intensidad. Es la modalidad correspondiente a aquellos programas de tratamiento ambulatorio que utilizan mayor concentración de intervenciones para pacientes con necesidades especiales, es decir, aquellos a quienes hay que atender durante mayor tiempo, más frecuentemente o en horarios en los cuales los servicios tradicionales de atención ambulatoria no están funcionando. En este grupo se ubican los llamados “hospitales día o clínicas día”, los servicios que prestan atención fuera de horas laborales, al final de la tarde, en horario nocturno o durante fines de semana.

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

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

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

La atención prestada en el Tratamiento de mediana intensidad (Modalidad II) puede incluir la evaluación y elaboración del plan de tratamiento; también actividades de tipo psicoeducativo, de monitoreo de conducta, tratamiento médico especializado, control de medicación y de trastornos mentales concomitantes, intervención en crisis, referencia a otras modalidades de atención y a servicios de apoyo comunitario. La duración del tratamiento depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente y de su evolución.

En la modalidad de Tratamiento de mediana intensidad se brindan servicios de orientación y psicoeducación sobre los trastornos por consumo de Sustancias Psicoactivas, se presta atención médica general y especializada en psiquiatría lo cual permite atender a pacientes con “diagnóstico dual” estables y de baja severidad. Las intervenciones están basadas en un protocolo definido de intervenciones de acuerdo con una agenda programada regularmente, con frecuencia alta de sesiones.

En la Hospitalización Parcial, la programación clínica es intensiva, de alta intensidad y frecuencia, con periodos de permanencia de varias horas o durante el

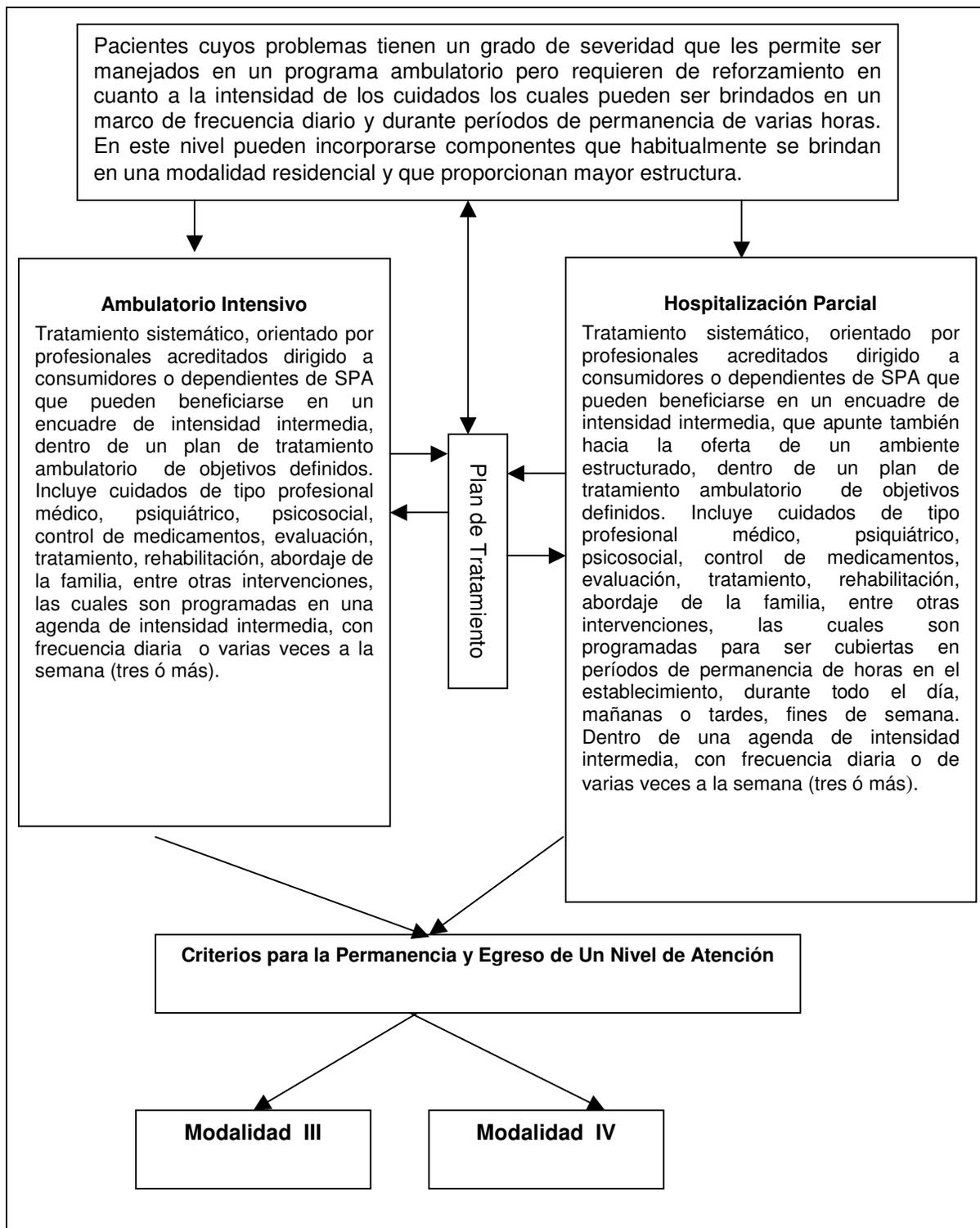
día completo, sin llegar a permanecer las 24 horas, con acceso expedito a servicios psiquiátricos, médicos y de laboratorio. (Ver figura 5)

En esta modalidad el tratamiento se realiza en un encuadre no residencial, con lapsos de permanencia en los establecimientos de atención que ocupan períodos de varias horas, una mañana, tarde o ambas y con una frecuencia aproximada diaria. Incluye:

- **Ambulatorio Intensivo.** Tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados, dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas que pueden beneficiarse en un encuadre de intensidad intermedia 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 ó más).
- **Hospitalización Parcial (Clínica Día /Hospital Día).** Tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados, dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas 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 de horas en el establecimiento durante todo el día, mañanas o tardes, fines de semana, dentro de una agenda de intensidad intermedia, con frecuencia diaria o de varias veces a la semana (tres ó más).

Figura 5

Modalidad II: AMBULATORIO INTENSIVO / HOSPITALIZACIÓN PARCIAL



c) Modalidad III : Internamiento (Residencia). Corresponde a aquellas alternativas terapéuticas basadas en un encuadre de permanencia en el establecimiento durante las 24 horas, bajo la atención constante de un equipo acreditado en el tratamiento de trastornos por usos de sustancias y de salud mental. Este tipo de atención está dirigido a aquellos pacientes que necesitan ambientes residenciales seguros y estables, vinculados a servicios de tratamiento y a organizaciones de apoyo comunitario.

Las intervenciones se realizan bajo los lineamientos de un protocolo planificado de atención en el marco de un conjunto de regulaciones con base científica y jurídica consistente. Garantizan la permanencia de los pacientes con seguridad y estándares mínimos de comodidad. Existe conexión con los otras modalidades de atención y con servicios de apoyo comunitarios.

En este grupo se incluyen programas de atención como la “Comunidad Terapéutica” y los hogares intermedios (halfway houses), donde la participación de médicos y otros profesionales de la salud es de intensidad variable, dependiendo de las necesidades de los usuarios, desde las de enfoque esencialmente residencial con mínima intensidad de manejo clínico hasta otras donde se requiere de alta intensidad en dicho manejo.

Los servicios de esta modalidad funcionan en un encuadre de permanencia residencial durante 24 horas, de manera que el apoyo y estructura permanente proporcionados, así como la participación grupal, permitan el desarrollo de herramientas de relación interpersonal, fomentando la recuperación y la reinserción social de las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

Los programas correspondientes a esta modalidad están indicados para aquellos pacientes que presentan trastornos específicos de su funcionamiento y requieren de un ambiente residencial estable y seguro al cual se asocian las intervenciones de tratamiento propiamente dichas, ya sea de forma integrada o funcionando separadamente bajo estrecha coordinación. Estos programas se caracterizan por estar basados en el tratamiento comunitario como agente terapéutico. Los componentes residenciales pueden ser combinados con servicios ambulatorios intensivos para individuos cuya situación de vida sea incompatible con sus metas de recuperación, y si cumplen los criterios de admisión para atención ambulatoria intensiva. (Ver figura 6)

Esta modalidad está indicada para personas que:

- Necesitan suficiente tiempo y un ambiente que les proporcione estructura para recuperarse e integrar herramientas de afrontamiento.
- Requieran ser removidos de un lugar de habitación poco protector para reducir al mínimo su uso continuado de alcohol u otras sustancias.

- Presentan déficits funcionales que les impidan o dificulten el uso de las herramientas de recuperación; carezcan de responsabilidad personal o están desconectados del mundo laboral, educativo o de la vida familiar.
- Todavía no han logrado reconocer que tienen un problema con el alcohol o las sustancias psicoactivas.
- Se encuentran en un estado temprano de disposición al cambio y requieren de estrategias de motivación y monitoreo para prevenir su deterioro, comprometerlos en tratamiento y facilitar su progreso a través de los estadios de cambio hacia la recuperación.
- Presentan efectos muy significativos de los trastornos por uso de sustancias, con un grado de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio no son posibles o carecen de efectividad.
- Presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o el desarrollo de habilidades emocionales para el afrontamiento.
- Presentan problemas graves que constituyen una indicación en sí mismos, tales como senectud, afección cognitiva, retardo en el desarrollo.
- Tienen necesidad de un programa que les proporcione suficiente tiempo para integrar lo aprendido y vivido en el tratamiento, en su vida cotidiana.
- Presentan ciertos problemas médicos que requieren de ser ubicados en una casa de cuidados u otros establecimientos dotados con médicos en su equipo o con problemas psicológicos y sociales graves.
- Tienen relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales.
- Requieren de tratamiento integral con múltiples aspectos y relativa larga duración que pueda manejar los déficits educacionales y vocacionales del paciente, así como todos los problemas interrelacionados.

A través de la atención en esta modalidad (Residencia / Comunidad Terapéutica), se espera que las personas tratadas:

- Se mantengan abstinentes del consumo de sustancias y eliminen sus comportamientos antisociales.
- Realicen cambios globales en su estilo de vida, actitudes y valores .
- Reduzcan la gravedad de los déficits .

- Minimicen el riesgo de recaídas.
- Refuercen los comportamientos pro sociales.
- Hagan uso de las herramientas de recuperación obtenidas.
- Mejoren su funcionamiento emocional.
- Se comporten de una manera responsable.
- Se reintegren al mundo del trabajo, la educación y a la vida familiar.
- Tengan una mayor conciencia de enfermedad y superen la ambivalencia hacia los problemas por uso de sustancias.

Entre los componentes de programas correspondientes a esta modalidad de atención se incluyen:

- Terapia individual, grupal o familiar.
- Manejo de medicación.
- Educación sobre la medicación.
- Reuniones de grupos de autoayuda o ayuda mutua.
- Atención y entrenamiento en habilidades.

La modalidad de internamiento contempla un tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas que pueden beneficiarse en un encuadre de alta intensidad, de permanencia durante las 24 horas, con objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones.

El Tratamiento Residencial incluye atenciones propias del internamiento y relacionados con el hospedaje y la alimentación, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. De acuerdo con la duración del período de permanencia pueden clasificarse en:

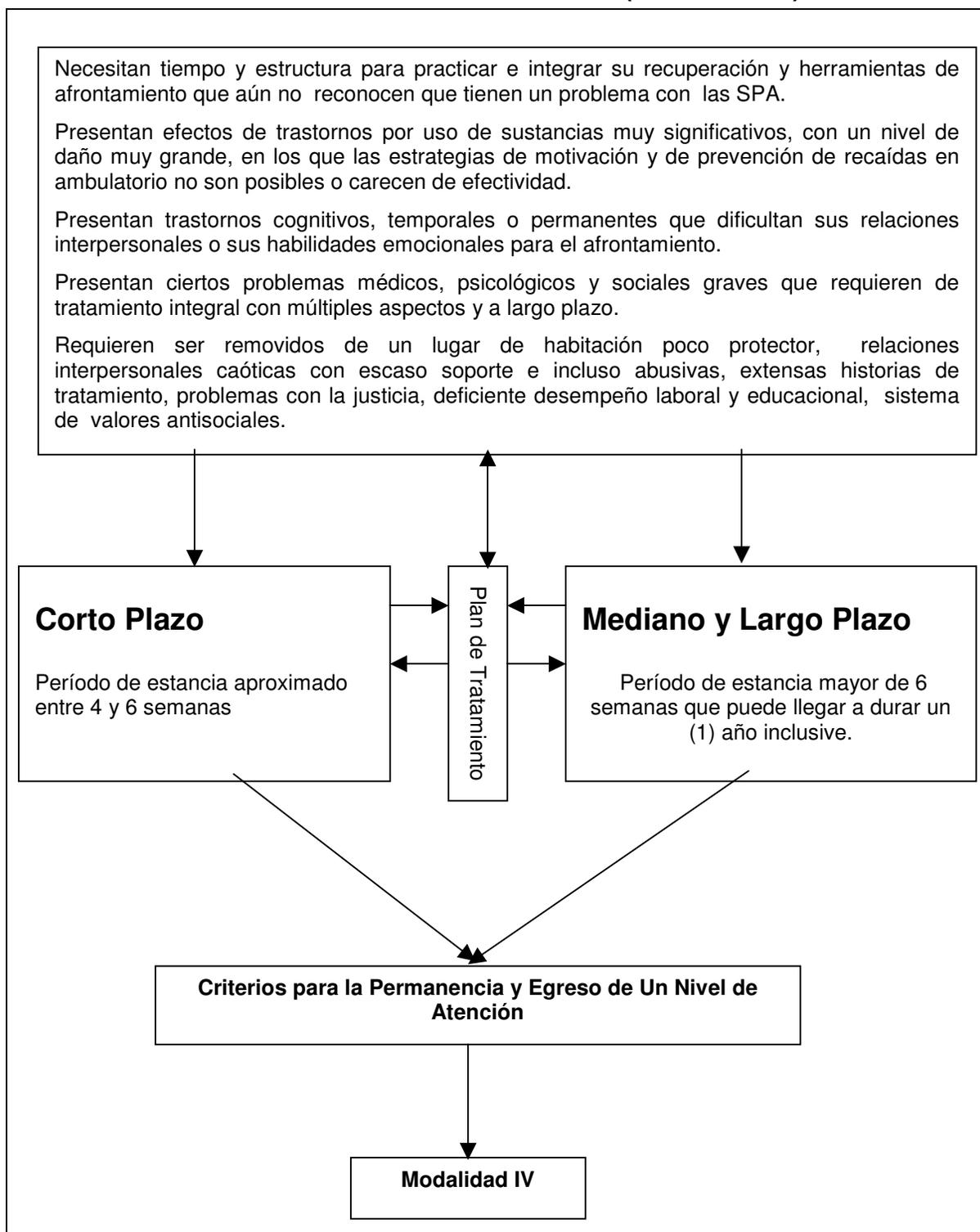
Corto Plazo. Período de estancia aproximado entre 4 y 6 semanas.

Mediano-Largo Plazo. Período de estancia mayor de 6 semanas, que puede llegar a durar un (1) año inclusive.

El ejemplo típico de esta modalidad de atención lo constituyen las Comunidades Terapéuticas (CT), tanto las que tienen una orientación exclusivamente residencial como aquellas con diversos grados de participación de profesionales de la salud.

Figura 6

MODALIDAD III: INTERNAMIENTO (RESIDENCIA)



d) 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, con evaluación médica directa, en un ambiente hospitalario. Garantiza la atención de los trastornos mentales y los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en un encuadre residencial de cuidados agudos realizado por personal médico acreditado en el área.

Las características de esta modalidad se ajustan a las necesidades de aquellos pacientes cuyos problemas mentales y derivados del consumo de sustancias psicoactivas así como sus complicaciones médicas, son de severidad tal, que requieren atención médica, psiquiátrica y de enfermería, en el marco de un hospital general de agudos o de un hospital psiquiátrico.

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, acreditados 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 ingreso en un programa de tratamiento bajo un encuadre menos intensivo.

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. La duración del tratamiento depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente y de su evolución. (Ver figura 7)

Esta modalidad está indicada para personas que presentan:

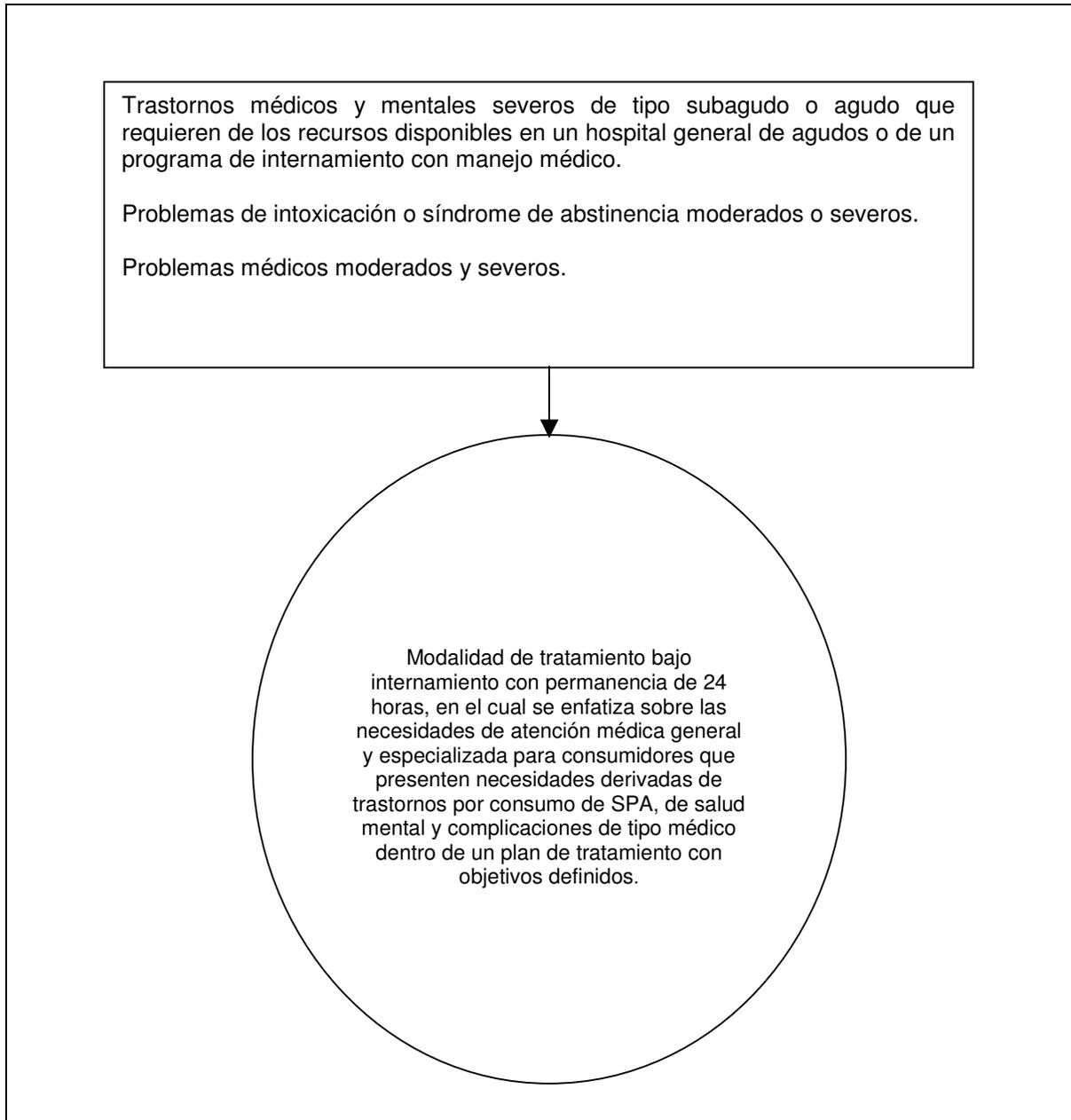
- Trastornos médicos y mentales severos, de tipo subagudo o agudo que requieren de los recursos disponibles en un hospital general de agudos o de un programa de internamiento con manejo médico.
- Problemas de intoxicación o síndrome de abstinencia moderados o severos.
- Problemas médicos moderados y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

Esta Modalidad de tratamiento bajo internamiento en Hospital , con permanencia de 24 horas, en el cual se enfatiza sobre las necesidades de atención médica general y especializada para consumidores que presenten necesidades derivadas de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de salud mental y

complicaciones de tipo médico dentro de un plan de tratamiento con objetivos definidos, incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, bajo el control de un equipo de profesionales de la salud acreditados.

Figura 7

MODALIDAD IV: HOSPITALIZACION



Cuadro Resumen Modalidades de Atención en el Tratamiento del Abuso de Drogas

<p>Modalidad de Atención: Es el marco institucional o programático dentro del cual se realizan las actividades de tratamiento, existiendo establecimientos cuya actividad se realiza dentro de un sólo nivel de atención y otros cuyo funcionamiento integra programas correspondientes a varios niveles integrados.</p>		
<p>Modalidad I Ambulatoria</p>	<p>Tratamiento en encuadre no residencial. Permanencia limitada (horas). Frecuencia (semanal o interdiaria). Ejemplo: Consulta Ambulatoria.</p>	<p>Pacientes con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han venido recibiendo tratamiento en una modalidad más intensiva y han mejorado al punto de poderse beneficiar de esta modalidad de atención o que pudieran requerir mayor intensidad de atención pero que en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa. Pacientes con "diagnóstico dual", trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables.</p>
<p>Modalidad II Ambulatoria Intensiva Hospitaliza- ción Parcial</p>	<p>Tratamiento en encuadre no residencial Permanencia de varias horas, una mañana, tarde o ambas. Frecuencia diaria. Ejemplo: Hospital Día</p>	<p>Pacientes cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de los cuidados, los cuales pueden ser brindados en un marco de frecuencia diario y durante períodos de permanencia de varias horas. En esta modalidad pueden incorporarse componentes que habitualmente se brindan en una modalidad residencial y que proporcionan mayor estructura.</p>

<p>Modalidad III Residencial Comunidad Terapéutica</p>	<p>Tratamiento en internamiento Permanencia de 24 horas Énfasis de residencia y estructura. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. Ejemplo: Comunidad Terapéutica a mediano plazo</p>	<p>Necesitan tiempo y estructura para practicar e integrar su recuperación y herramientas de afrontamiento que aún no reconocen que tienen un problema con las SPA. Presentan efectos de trastornos por uso de sustancias muy significativos, con un nivel de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio no son posibles o carecen de efectividad. Presentan trastornos cognitivos temporales o permanentes que dificultan sus relaciones interpersonales o sus habilidades emocionales para el afrontamiento. Presentan ciertos problemas médicos, psicológicos y sociales graves que requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y a largo plazo. Lugar de habitación poco protector o tóxico, relaciones interpersonales caóticas con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, Problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales.</p>
<p>Modalidad IV Hospital</p>	<p>Tratamiento en internamiento. Permanencia de 24 horas. Énfasis en atención médica general y especializada. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, bajo el control de un equipo de profesionales de la salud acreditados. Ejemplo: Residencia Médica a Corto-Mediano Plazo.</p>	<p>Necesidades derivadas de trastornos por consumo de SPA con complicaciones moderadas y graves de salud mental y de tipo médico. Trastornos médicos y mentales de tipo subagudo que requieren de todos los recursos disponibles en un hospital general o especializado.</p>

<p>Emergencia Intervención en Crisis</p>	<p>Servicios de atención inmediata que deben estar disponibles para todas las modalidades para el abordaje terapéutico de complicaciones agudas del consumo de SPA donde el factor fundamental a atender es el riesgo inminente a la vida del sujeto y por ello la tecnología involucrada es esencialmente de tipo médico general o especializado. Ejemplo: Sala de Emergencia en Hospital General</p>	<p>Pacientes que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica o social, de una dimensión tan severa que requiere atención médica y de enfermería de inmediato. Pacientes con cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad, los cuales presentan alto riesgo de complicaciones y deben ser atendidas por un equipo de profesionales de salud (médicos y de enfermería) con entrenamiento adecuado que brinda atención permanente (24 horas), con base en protocolos específicos de intervención que requieren de todos los recursos hospitalarios y de atención médica intensiva.</p>
---	--	--

7. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas constituyen la expresión conductual de las alteraciones fisiopatológicas que se producen en diversos órganos y sistemas, en especial en el sistema nervioso central, como consecuencia de la acción tóxica de las llamadas sustancias psicoactivas. Estas alteraciones pueden manifestarse de forma inmediata y a mediano o largo plazo, siendo la gravedad del trastorno el resultado de la interacción de los distintos cambios fisiopatológicos con las particulares circunstancias psicológicas, sociales y culturales en las que ocurre el consumo.

En la evolución clínica de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas desde el momento del consumo inicial de la sustancia hasta el desarrollo de un cuadro de dependencia, se describen diferentes patrones de uso de la sustancia en grados crecientes de intensidad y de gravedad de sus consecuencias⁴. Se consideran como factores determinantes de esta evolución, en primer lugar, la motivación principal de consumo, luego el desarrollo de tolerancia a la sustancia y por último, la capacidad para controlar su uso.

En un importante número de consumidores/abusadores de sustancias psicoactivas es posible describir un patrón evolutivo del trastorno adictivo más o menos típico, el cual se inicia con episodios de consumo generalmente motivados por la curiosidad o la presión social ejercida por el grupo de pares o compañeros. Dependiendo de la interacción con factores de variada índole, la conducta de consumo puede prolongarse y se va deteriorando la capacidad para el control voluntario sobre el uso de la sustancia al tiempo que se producen alteraciones del funcionamiento del sistema nervioso central que se manifiestan en el predominio de las conductas orientadas a proveerse de la sustancia a consumirse, o a recuperarse de sus efectos, afectando de manera gradual el desempeño del consumidor en distintas áreas y su estado de salud en general.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas incluyen desde la intoxicación aguda no complicada, pasando por el abuso o consumo nocivo y la dependencia, hasta las complicaciones mentales y físicas tales como

⁴ De acuerdo a la opinión de algunos autores (Johnson ,1980; Mc.Donald, 1984; Nowinsky,1990; Cohen y Estroff 2001), esta evolución puede ser explicada en fases progresivas:

1. **Experimental:** Consumo motivado por la curiosidad, presión de grupo y búsqueda de riesgos
2. **Social:** Consumo relacionado con actividades específicas, de tipo recreativo o social
3. **Instrumental:** Consumo relacionado con la intención de procurarse emociones placenteras o la evitación de malestar, a través de la utilización de sustancias químicas
4. **Habitual:** Incorporación del uso de drogas al estilo cotidiano de vida
5. **Compulsivo:** Pérdida del control, condicionando las actividades de la vida al consumo, con el consiguiente deterioro en todas las áreas.

infección por VIH, hepatitis C, tuberculosis, depresión, psicosis, entre otras, dependiendo del tipo de sustancia involucrada. Estos trastornos, en especial la dependencia, constituyen cuadros clínicos complejos que tienden a evolucionar hacia la cronicidad y a tener un comportamiento recurrente con frecuentes episodios de recaídas y repetidas experiencias de tratamiento.

Las características clínicas más relevantes de la dependencia incluyen la necesidad imperativa de consumir la sustancia, llegando a la compulsión, en ocasiones, incontrolable. También el establecimiento de un patrón de comportamiento centrado en la búsqueda de la sustancia, que relega buena parte de las conductas habituales del consumidor, descuidando obligaciones familiares, laborales, académicas y sociales, persistiendo en el consumo a pesar de conocer las consecuencias negativas que se derivan del mismo.

Al caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas con fines de diagnóstico y de planificación del tratamiento, los siguientes aspectos resultan de capital importancia:

Tipo de droga y patrón de consumo actual: Vías de administración, frecuencia de uso, dosis.

Historia previa de consumo: Edad de inicio, curso de los trastornos, antecedentes de tratamiento.

Características físicas, psicológicas y sociales del consumidor: Factores que predisponen al consumo, enfermedades previas y actuales, antecedentes familiares de consumo o dependencia a sustancias, enfermedades mentales.

Impacto y complicaciones físicas, psicológicas y sociales: Estado de salud, desempeño y relaciones en los ámbitos académico, familiar, social y laboral.

7.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO Y LA CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

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

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

Utilizando los criterios definidos en ambas clasificaciones es posible identificar diversos grados y tipos de alteraciones derivadas del consumo de las diferentes sustancias. Por una parte, se establecen los parámetros para el diagnóstico de la *Dependencia* y del

Abuso o Uso Nocivo. Por otra, se describen las complicaciones agudas y crónicas, referidas al comportamiento que se derivan del consumo de drogas, resaltando la *Intoxicación aguda* y el *Síndrome de Abstinencia agudo*, así como otros trastornos inducidos por sustancias como el delirium, la demencia, los trastornos amnésicos, afectivos, de ansiedad, la psicosis por drogas, las alteraciones del ritmo del sueño, de la percepción, de la función sexual, entre otros⁵.

Cada uno de estos trastornos es descrito para las sustancias psicoactivas de uso más frecuente⁶, a saber: Alcohol, Opioides, Cannabinoides, Sedantes o Hipnóticos (o ansiolíticos), Cocaína, Estimulantes (anfetaminas, cafeína), Alucinógenos, Tabaco (nicotina), Disolventes volátiles (Inhalables), y otras múltiples sustancias.

7.1.1. DEPENDENCIA

El diagnóstico de dependencia hace referencia a una condición en la cual el sujeto durante el último año ha manifestado una conducta caracterizada por la intensa necesidad de consumir la sustancia, la pérdida de la capacidad para controlar el consumo, la aparición de síntomas físicos asociados a la supresión del consumo o a la disminución de la dosis (síndrome de abstinencia), el desarrollo de tolerancia, requiriendo de mayores cantidades de sustancia para alcanzar los efectos deseados, así como el evidente deterioro en su desempeño (social, familiar, académico, laboral, etc.) y el fracaso de repetidos intentos para detener o controlar el uso, a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales.

En el caso del Abuso o Consumo Perjudicial, el énfasis está puesto en el daño a la salud física o mental que ocurre como consecuencia del consumo de la sustancia pero que no alcanza a cumplir la totalidad de los criterios necesarios para hacer el diagnóstico de dependencia. Entonces, el abuso pudiera considerarse como una forma “menor” del daño producido por el consumo de sustancias psicoactivas e implica una conducta de alto riesgo para el desarrollo de un trastorno por dependencia.

7.1.2. TRASTORNOS RELATIVOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El término hace referencia a un conjunto de entidades clínicas relacionadas directamente con el consumo agudo o crónico de sustancias psicoactivas. Muchos trastornos mentales y físicos están asociados al uso de sustancias psicoactivas, entre los cuales se incluyen complicaciones infecciosas locales o sistémicas, lesiones intencionales y accidentales, sobredosis y enfermedades hepáticas, entre otras.

Entre los trastornos mentales agudos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas destacan la intoxicación, el síndrome de abstinencia y la psicosis orgánica aguda (delirium) como situaciones que requieren atención inmediata o de emergencia, así como

⁵ El Manual Estadístico de Diagnóstico para Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) divide los trastornos relativos al uso de sustancias en dos grupos: el de los Trastornos por Uso de Sustancias (en el que se incluyen el abuso y la dependencia) y el de los trastornos inducidos por el uso de sustancias (que comprende la intoxicación, síndrome de abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico persistente, psicosis, ansiedad, trastornos del afecto, disfunción sexual y trastornos del sueño inducidos por sustancias).

⁶ En la DSM IV-TR se incluyen en categorías separadas los Trastornos por el Uso de Fenciclidina (PCP), Anfetaminas y Cafeína.

una serie de complicaciones de tipo crónico que incluyen la psicosis crónica, los trastornos afectivos y demenciales.

Requiere especial atención la coexistencia de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas con otros trastornos de salud, en especial con otros trastornos psiquiátricos, la cual configura buena parte de la demanda de atención que debe ser cubierta por los establecimientos de tratamiento especializados en dependencia de sustancias psicoactivas.

Esta condición es conocida como “diagnóstico dual”, “trastornos concurrentes” o “comorbilidad” y la relación entre los trastornos identificados no necesariamente es de orden causal pudiendo considerarse que se influyen entre sí en un sentido “bidireccional”.

Las condiciones que con mayor frecuencia se encuentran asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas son los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), los trastornos de personalidad (antisocial, entre otros), trastornos de conducta (tipo agresivo), esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, los de la conducta alimentaria, juego patológico y también la conducta suicida.

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

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

Otro aspecto importante en relación con el tratamiento de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas lo constituye la creciente afectación de grupos poblacionales especialmente vulnerables, los cuales anteriormente se consideraban atípicos para estos trastornos, como es el caso de la población femenina la cual ha venido progresivamente teniendo una mayor participación entre los grupos afectados por el uso de sustancias tanto de tipo legal como el alcohol y el tabaco, pero también en lo que respecta a sustancias ilícitas.

Dada la particular vulnerabilidad biológica a algunas sustancias, así como el papel clave que juega la mujer en los países de nuestro hemisferio donde funciona como el centro de la dinámica familiar y en muchas ocasiones es la cabeza de la familia, el impacto del consumo de sustancias por parte de nuestras mujeres trasciende el ámbito personal, afectando su descendencia y trastocando de manera grave la funcionalidad familiar.

A esta circunstancia se suma el hecho de que los programas de atención en su mayoría están diseñados pensando en un estereotipo de consumidor masculino, soltero y desempleado, soliendo dejar por fuera a la población femenina afectada o sometiéndola a la carga adicional que implica adaptarse a un modelo de tratamiento insuficiente para cubrir sus necesidades de una manera eficaz y además al hecho de ser estigmatizada como consecuencia de los valores culturales prevalecientes que no admiten de buena manera el problema de la dependencia de sustancias psicoactivas en las mujeres.

Para efectos prácticos del diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social seguirá 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 No 1).

7.2 EVALUACION DE LOS CONSUMIDORES Y DEPENDIENTES DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La evaluación constituye la piedra angular del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, tanto en lo referente al diagnóstico como al grado en que se encuentra comprometida la funcionalidad del sujeto consumidor en sus dimensiones biológica, psicológica y social. A través de la evaluación se sientan las bases que van a permitir a continuación proponer un conjunto de intervenciones terapéuticas integradas en un “plan de tratamiento” fundamentado en las necesidades detectadas en el paciente.

El diagnóstico es un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de la pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas observadas en un paciente, con respecto a una clase o a una dimensión dentro de una determinada clasificación de referencia.

Para el Ministerio de la Protección Social, el Diagnóstico lo constituyen “... 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” (Decreto 1938, agosto 5 de 1994).

Propósitos del Diagnóstico:

- Diferenciar el cuadro observado.
- Otorgar un nombre, lo cual permite 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, sus causas.
- Componentes mínimos del Diagnóstico y la Evaluación.

La evaluación de un paciente con problemas por consumo de sustancias psicoactivas debe incluir como mínimo una revisión de:

7.2.1 Datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Descripción del patrón de consumo de sustancias psicoactivas del paciente, su edad de inicio, el tipo de sustancia, las dosis, frecuencia de consumo, la evolución de la historia de consumo pasada y actual, fecha del último episodio de consumo.

Es importante la descripción de los efectos cognitivos, psicológicos y conductuales atribuidos a la SPA o grupo de SPA, así como la identificación de aquella sustancia “preferida” por el paciente y la actitud del paciente hacia el tratamiento.

7.2.2 Historia médica general y psiquiátrica. Debe indagar acerca de los 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 el descarte de alguna otra patología intercurrente o de complicaciones.

7.2.3 Historia social y familiar. Debe describir y analizar suficientemente, el entorno del paciente, sus antecedentes relevantes y situación actual.

7.2.4 Evaluación toxicológica. Detección de sustancias de abuso en sangre, aliento y orina.

El resultado de la evaluación puede reportarse en función de dos áreas esenciales para la elaboración del plan de tratamiento, a saber:

- **Evaluación diagnóstica.** Referida a la definición del cuadro clínico de acuerdo con los criterios contenidos en los clasificadores diagnósticos vigentes (CIE-10; DSM IV-TR). El Ministerio de la Protección Social ha determinado seguir los criterios Diagnósticos propuestos por la OMS y por tanto su usará el Sistema CIE – 10.
- **Evaluación de la severidad del trastorno.** Para la cual se pueden utilizar instrumentos de evaluación como el Addiction Severity Index (ASI) u otro equivalente (Maudsley), que permitan detectar en detalle el compromiso del funcionamiento del paciente en diversas áreas y sus implicaciones para el tratamiento a ser instaurado, así como para el pronóstico de la evolución del cuadro clínico. (Ver Anexo no. 3)

La evaluación orienta la decisión en cuanto al tratamiento de acuerdo a tres posibilidades:

- **Tratamiento intensivo inmediato.** Cuando se detecta la existencia de peligro inminente para la vida del paciente.
- **Tratamiento ambulatorio.** Cuando hay peligro potencial pero no inminente.
- **Orientación e inducción terapéutica.** Mientras se espera el ingreso a un programa de tratamiento formal de la dependencia.

7.3 EL MONITOREO TOXICOLOGICO DEL USO DE SUSTANCIAS

Es una herramienta que cuando está disponible debe ser incluida entre las intervenciones de tratamiento, sobre todo en momentos como:

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

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

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

8. PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

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

Para el diseño del plan los problemas identificados se enumeran y jerarquizan con base en las prioridades de atención, se hace un inventario de las potencialidades del paciente y de los apoyos externos con los que se cuenta así como de la medida en que éstos se encuentran disponibles a los fines de la recuperación. En el plan de tratamiento se incluyen de manera explícita los resultados esperados con el tratamiento y las vías posibles para llegar a ello, en un contexto de espacio y tiempo definidos que permita detectar los avances obtenidos en el proceso y hacer los ajustes necesarios para garantizar el mejor resultado posible.

Para el monitoreo del avance del programa se definen los indicadores; el plazo de duración del programa de tratamiento puede ser tentativo, susceptible de ajustes, al igual que en el abordaje de otras patologías dependerá de los resultados obtenidos, pudiendo acortarse o prolongarse según se alcancen las metas y el grado de solución a los problemas identificados sea congruente o no a lo inicialmente previsto.

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 enfermedad en la búsqueda de un funcionamiento general más saludable.

8.1 METAS DEL TRATAMIENTO

En el proceso de desarrollar alternativas que satisfagan las necesidades de atención de la población consumidora o dependiente de las sustancias psicoactivas, se establecen objetivos o metas a ser alcanzadas mediante el tratamiento en los cuales se traduce la concepción que se tiene del problema y también la disponibilidad de recursos para la atención:

- Detener el consumo.
- Prolongar la abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Recuperar un patrón de funcionalidad plena en lo personal, social y económico.

Al definir el alcance de un programa integral de tratamiento, éste no debe limitarse a estabilizar la condición del paciente en un momento determinado, más bien, las intervenciones deben estar orientadas a modificar de manera significativa el curso de la enfermedad, incrementando las posibilidades de recuperación plena para el sujeto consumidor o dependiente de las sustancias psicoactivas.

En este enfoque amplio del tratamiento se incluye la posibilidad de realizar un proceso de desintoxicación que implique el mínimo malestar y la mayor seguridad para el paciente, el cual va acompañado de una estrategia de inducción y de fortalecimiento de la motivación a proseguir en el tratamiento que incorpore acciones dirigidas a incrementar su conciencia acerca de los problemas que está presentando como consecuencia de su consumo y desarrolle una mejor disposición para aceptar la necesidad de recuperación, seguido de la adquisición y fortalecimiento de habilidades necesarias para mantener la abstinencia.

8.2 CRITERIOS GENERALES PARA LA UBICACIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En el proceso de brindar atención adecuada a las personas con trastornos por consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, es fundamental la relación que se establece entre las características de la demanda de servicios de tratamiento en un momento dado y la correspondiente oferta de los mismos, así como también, la manera como los usuarios logran acceder a los servicios y los diversos factores que determinan dicho acceso. El conocimiento que se tenga de estas condiciones permitirá una mayor probabilidad de éxito en la tarea de garantizar la obtención de una atención oportuna, de calidad y que impacte positivamente en las necesidades de la población afectada.

En este capítulo describiremos los criterios propuestos para ser utilizados en la ubicación de pacientes en determinados servicios de tratamiento⁷ con el fin de satisfacer sus necesidades de atención. Estas recomendaciones están dirigidas tanto para quienes deben tomar esta decisión en los niveles operativos como para aquellos responsables de elaborar planes y políticas sobre la provisión de servicios de tratamiento. Los criterios aquí expuestos deben ser complementados por el juicio clínico, la experiencia y el análisis de la realidad acerca de la disponibilidad de los recursos requeridos.

Desde un punto de vista general se han definido orientaciones para la ubicación de pacientes en un nivel dado de atención o en un encuadre específico. Al respecto, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) recomienda los siguientes criterios de ubicación:

⁷ Para la elaboración de los criterios que aquí proponemos, hemos tomado en cuenta el trabajo que al respecto han realizado expertos en el área, y de manera muy especial, la experiencia de la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM), en cuanto a la formulación del Patient Placement Criteria (ASAM PPC) en sus sucesivas revisiones, proponiendo un cuerpo de criterios objetivos para orientar la ubicación de pacientes con trastornos por consumo de drogas en los niveles de atención correspondientes.

CUADRO RESUMEN CRITERIOS DE UBICACIÓN DE PACIENTES EN SERVICIOS DE ATENCION (APA, 2002)

<p>Tratamiento Ambulatorio</p>	<p>Que la condición clínica o situación ambiental no requiera de una modalidad más intensiva de tratamiento.</p> <p>La posibilidad de realizar una aproximación “integral” que incluya intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas con monitoreo conductual.</p>
<p>Hospitalización Parcial</p>	<p>Cuando existan requerimientos que justifiquen la atención intensiva.</p> <p>La existencia de un grado razonable de probabilidad de detener el consumo de sustancias fuera de un encuadre restrictivo.</p> <p>En el caso de pacientes que egresan de un programa de hospitalización o residencial y que presentan un alto riesgo de recaídas. Se incluye aquí la falta de motivación suficiente para continuar en tratamiento.</p> <p>Cuando existe comorbilidad psiquiátrica severa.</p> <p>Los antecedentes de recaídas posteriores al egreso de una modalidad de tratamiento residencial o de hospitalización.</p> <p>Ambiente de alto riesgo con soporte psicosocial limitado.</p> <p>En el caso de pacientes con pobre desempeño en una modalidad de tratamiento con encuadre más intensivo.</p>
<p>Tratamiento Residencial</p>	<p>Cuando el paciente no tiene suficientes criterios para hospitalización.</p> <p>El paciente presenta un estilo de vida y de interacciones sociales predominantemente focalizadas hacia el consumo de sustancias.</p> <p>Hay carencia de herramientas sociales y vocacionales suficientes.</p> <p>Falta de fuentes de apoyo social libres de SPA para mantener la abstinencia en un programa de tratamiento de encuadre ambulatorio.</p> <p>Fracaso de tratamientos previos repetidamente.</p>
<p>Hospitalización</p>	<p>En el caso de presentarse una sobredosis que no pueda ser tratada con seguridad en un programa ambulatorio o en un servicio de emergencia.</p> <p>Cuando existe alto riesgo para presentar un síndrome de abstinencia severo o para sufrir una complicación médica severa.</p> <p>En el caso de presentar una comorbilidad médica que represente riesgo para realizar una desintoxicación segura.</p> <p>Cuando existen antecedentes de fracaso o abandono de tratamiento en encuadres menos intensivos.</p> <p>En al caso de existir comorbilidad psiquiátrica que obstaculice o requiera en sí misma de hospitalización (psicosis aguda o riesgo suicida importante).</p> <p>Cuando el estado del paciente represente riesgo para sí mismo o para otras personas.</p> <p>Falta de respuesta a modalidades de tratamiento menos intensivas y cuyo uso actual de sustancias constituye un riesgo presente para su salud física y mental.</p>

Los niveles de tratamiento descritos en la sección anterior se diferencian entre sí por las siguientes características:

- Intensidad del manejo médico directo.
- La estructura y seguridad proporcionada al paciente.
- Intensidad del servicio de tratamiento brindado.

Siguiendo el esquema propuesto por la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM, 2001) 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:

8.3. EJES DE EVALUACION DE NECESIDADES DE ATENCION EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Eje 1: Potencial de Intoxicación Aguda y/o Síndrome de Abstinencia.

Eje 2: Trastornos y Complicaciones Médicas (Biomédicas).

Eje 3: Trastornos y Complicaciones Mentales.

Eje 4: Disposición al Tratamiento.

Eje 5: Potencial de Recaída de uso continuado de drogas u otros problemas.

Eje 6: Ambiente de Recuperación / Ambiente de Vida.

8.3.1 EJE 1: POTENCIAL DE INTOXICACION 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 del paciente.
- 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.

8.3.2 EJE 2: TRASTORNOS Y COMPLICACIONES MEDICAS (BIOMEDICAS)

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.

8.3.3 EJE 3: TRASTORNOS Y COMPLICACIONES PSICOLOGICAS O PSIQUIATRICAS

En este eje, la evaluación va dirigida a:

- Descartar la existencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que conlleven riesgo o compliquen 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 es tan severa como para requerir 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.

8.3.4 EJE 4: DISPOSICION AL TRATAMIENTO

La evaluación del grado de disposición al tratamiento⁸ va más allá de conocer la existencia de una actitud opositora o negadora del tratamiento por parte del paciente, más bien está referida a determinar el grado de disposición 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. En la exploración de los aspectos correspondientes a este eje se apunta hacia:

- 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 sólo 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.

8.3.5 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.

⁸ 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 y que no debiera ser tomada como pretexto para excluir a un paciente del tratamiento

En el caso de 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 poder 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 pudiera ser comprometido 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.

8.3.6 EJE 6: AMBIENTE DE RECUPERACION / 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 para este eje 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 servir para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico.
- Evaluación de las condiciones sociales que sirvan de apoyo a la motivación para tratarse, tales como presiones familiares, laborales o mandatos legales.
- Disponibilidad de apoyo comunitario para el proceso de recuperación, tales como facilidades de transporte, servicio de guardería (cuidado de niños), alojamiento o empleo.

CUADRO RESUMEN Ejes de Valoración en la Detección de Necesidades de Tratamiento

	Ejes de valoración	Descripción de aspectos a evaluar
Eje 1	Potencial de Intoxicación Aguda o Síndrome de Abstinencia	<p>Riesgos asociados al nivel actual de intoxicación aguda del paciente o de síntomas graves de abstinencia o de convulsiones, basado en:</p> <p>Historia previa del paciente.</p> <p>Cantidad, frecuencia, cronicidad o proximidad reciente de la reducción o supresión del uso de alcohol y otras SPA.</p> <p>Signos actuales de síndrome de abstinencia.</p> <p>Fuentes de apoyo externo para asistir a un programa de desintoxicación ambulatoria.</p>
Eje 2	Trastornos y Complicaciones Médicas (Biomédicas)	<p>Existencia de alguna enfermedad física actual independiente del síndrome de abstinencia o la intoxicación.</p> <p>Requiere esta enfermedad de tratamiento porque implica riesgos o complicaciones para la recuperación del problema de dependencia de SPA.</p> <p>Existencia de trastornos crónicos que afecten la evolución del trastorno por dependencia o de su tratamiento.</p>
Eje 3	Trastornos y Complicaciones Mentales	<p>Existencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que conlleven riesgo o compliquen el tratamiento, problemas crónicos que puedan afectar el desarrollo del tratamiento.</p> <p>Explorar si los problemas psiquiátricos o psicológicos son consecuencia, forman parte del trastorno por consumo de SPA o son independientes de éste, y si su gravedad es tan severa como para requerir de tratamiento específico de salud mental.</p> <p>La capacidad actual del paciente para manejar eficientemente sus actividades cotidianas, así como para enfrentar cualquier problema psicológico.</p>
Eje 4	Disposición al Tratamiento	<p>Disposición del paciente a comprometerse con el tratamiento como una herramienta para el cambio y el logro de un mejor nivel de funcionamiento.</p>

Eje 5	Potencial de Recaídas, Uso Continuado de Drogas u Otros problemas	<p>El peligro inmediato de problemas severos por consumo de SPA.</p> <p>La capacidad del paciente para darse cuenta, reconocer y enfrentar su problema de dependencia o su trastorno mental, asumiendo los cambios necesarios para poder prevenir recaídas, detener el consumo o impedir la continuación de los problemas.</p> <p>La severidad de los problemas a enfrentar y la carga adicional de estrés que pudieran ocurrir en el caso de que el paciente no pudiera ser comprometido exitosamente con el tratamiento en este momento.</p> <p>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.</p>
Eje 6	Ambiente de Recuperación Ambiente de Vida	<p>Potenciales amenazas para la seguridad del paciente o para su compromiso con el tratamiento (situaciones de vida, relación con familiares y personas significativas, condiciones laborales, académicas, entra otras que conforman el entorno en el cual debe desenvolverse el paciente.</p> <p>Fuentes de apoyo, personas, recursos económicos, posibilidades educativas o de trabajo que pudieran servir de apoyo a la motivación al tratamiento o para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico.</p> <p>Disponibilidad de apoyo comunitario para el proceso de recuperación.</p>

El desarrollo y aplicación de criterios uniformes para la asignación de pacientes a una modalidad particular de tratamiento redundan en un incremento del beneficio potencial que se obtenga de una intervención terapéutica, lo cual depende en gran parte del grado de concordancia obtenido entre las necesidades del paciente y la oferta de servicios.

En la definición de estos criterios de ubicación es necesario contar con procedimientos de evaluación sistemática que permitan detectar suficientemente las necesidades de tratamiento en las distintas áreas de funcionamiento del paciente, así como también definir las competencias de atención correspondientes en cada nivel de cuidado.

La finalidad de la aplicación de este tipo de criterios es ubicar al paciente en el nivel de atención más apropiado, aquel que garantice en la mayor medida posible el cumplimiento de los objetivos terapéuticos con la menor intensidad de servicios y la mayor seguridad. (Ver figuras 8 Y 9).

Figura 8

DIAGNOSTICO Y EVALUACION

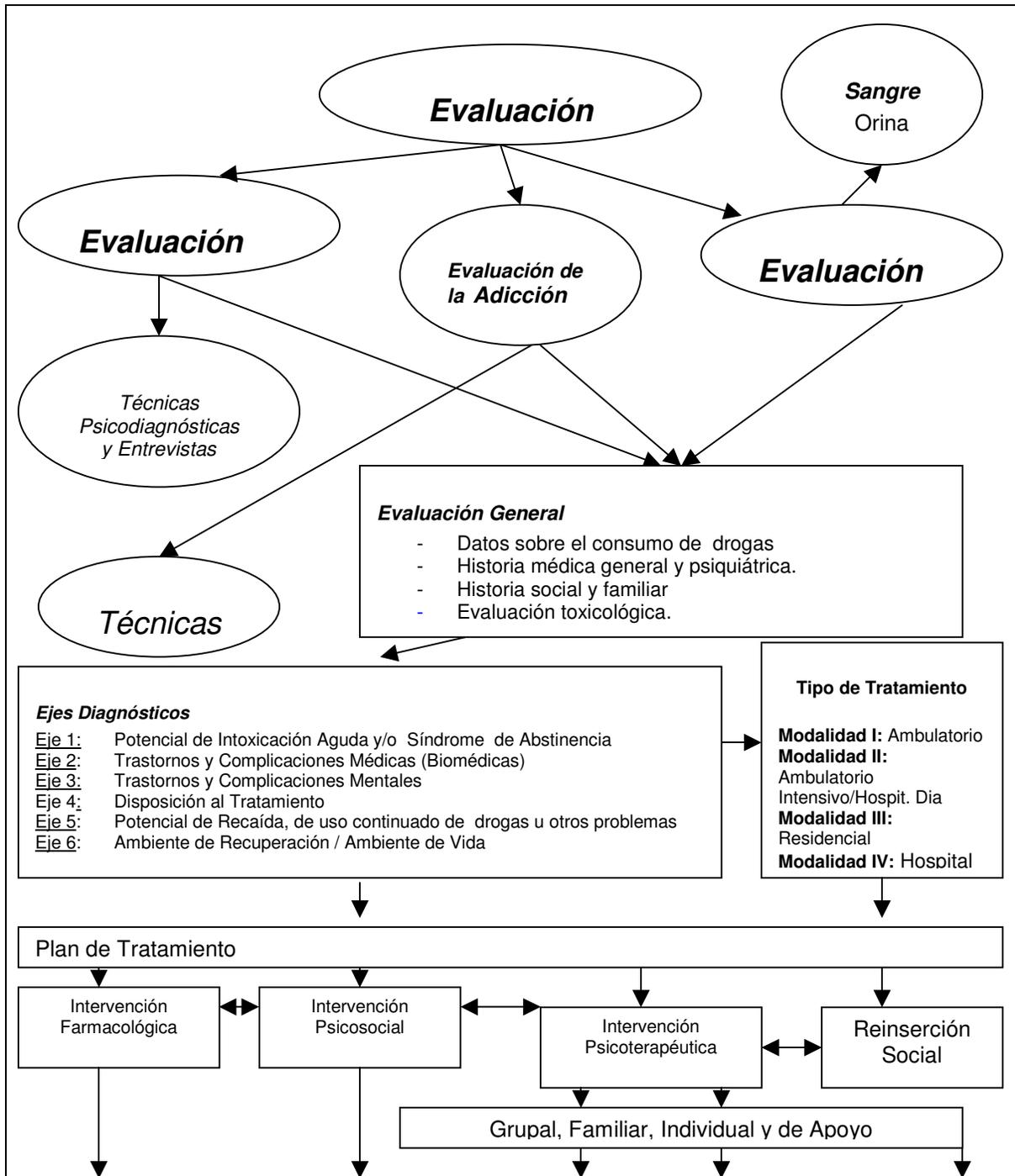
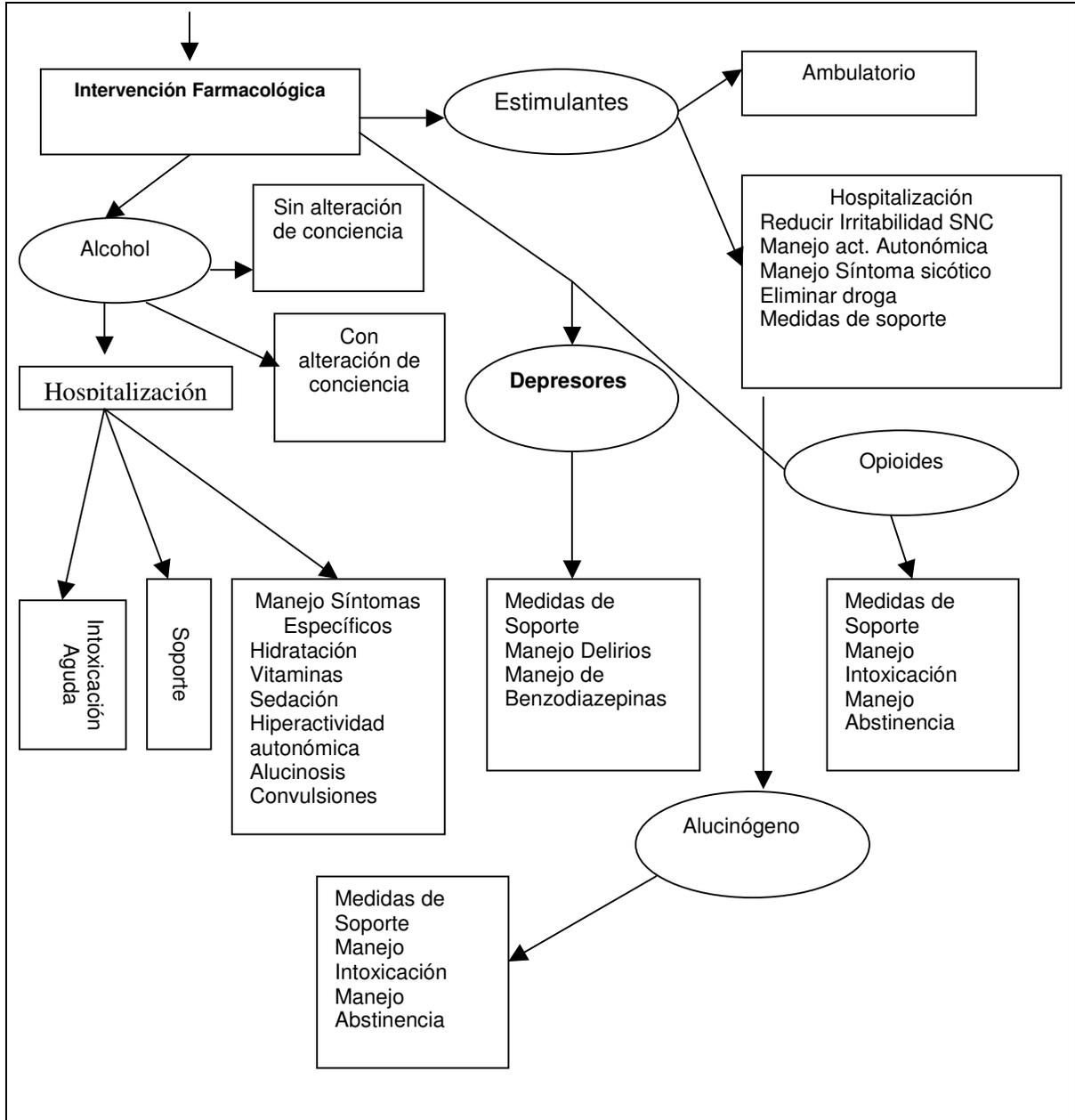


Figura 9

PLAN DE TRATAMIENTO



CUADRO RESUMEN: Criterios para la Ubicación de Pacientes

Ejes de valoración	Ambulatorio	Ambulatorio Intensivo Hospital Parcial	Residencia Comunidad Terapéutica	Hospital
1: Intoxicación / Síndrome de Abstinencia	Riesgo no significativo o mínimo	Riesgo moderado de Síndrome de Abstinencia severo	Mínimo. Síndrome de Abstinencia moderado o severo manejable	Alto riesgo. Manejable en ambiente con recursos hospitalarios
2: 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
3: Trastornos Mentales	Ninguno o muy estable y que está bajo control de salud mental	Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación y que requiere ser estabilizado	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
4: Disposición al Cambio	Dispuesto para la recuperación pero necesita motivación y control o hay alta severidad en este eje pero no en otros	Pobre compromiso. Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo	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. ó un programa de fortalecimiento motivacional
5: Riesgo de Recaída, mantenimiento del consumo u otros problemas	Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o en metas motivacionales con un mínimo apoyo	El problema se ha intensificado a pesar de su participación activa en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, mantener el consumo o continuar con sus problemas, si no cuenta con control estrecho y apoyo casi	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	No califica para servicios menos intensivos

		diario.	residencial para prevenir recaídas y sus consecuencias.	
6: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 24h. para aprender a manejarse exitosamente	Peligroso. No califica para servicios menos intensivos

8.4 SELECCION DE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO

La escogencia de una modalidad de intervención o de un encuadre específico de tratamiento durante la elaboración del plan de tratamiento depende de factores como:

- La disponibilidad existente de las modalidades específicas de tratamiento necesarias en el momento y lugar requeridos.
- El grado de control que se quiere tener sobre la posibilidad de que el sujeto tenga acceso a las sustancias psicoactivas.
- La necesidad de disponer de recursos para la atención médica integral, general y psiquiátrica.
- El ambiente general de tratamiento .
- La filosofía del tratamiento.
- El riesgo de “daño inminente” relacionado con problemas que puedan acarrear graves consecuencias al paciente o a terceras personas y que justifican la indicación de tratamiento inmediato, tales como:
 - Alta probabilidad de recaer o de continuar usando sustancias psicoactivas
 - Riesgo significativo de graves consecuencias adversas para el individuo o para otros.
 - Posibilidad de que esto ocurra en el futuro inmediato.
 - La duración estimada del tratamiento.
 - La disponibilidad de monitoreo toxicológico del consumo de sustancias psicoactivas.

- La continuidad de los servicios en el tiempo y la articulación de estos entre sí, en los distintos niveles de atención .
- La vinculación con otros servicios de la comunidad sin restringir la atención a las modalidades que pudieran estar integradas a un programa específico de tratamiento.
- Flexibilidad y objetividad en la aplicación de los criterios de ubicación para garantizar la mayor seguridad y bienestar posible a los pacientes.
- Los resultados esperados del tratamiento según cada problema identificado y su nivel de severidad. Es necesario documentar adecuadamente los resultados obtenidos del tratamiento con base en la literatura médico - científica y en la experiencia práctica reportada.
- La disponibilidad de alternativas ante la posibilidad de fracaso terapéutico.

8.5. CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES NO SE APLICAN LOS CRITERIOS PARA LA UBICACION DE PACIENTES

Hay circunstancias en las cuales a pesar de contar con criterios específicos que justifican la ubicación de un paciente en un determinado dispositivo de atención, ésta no es posible por el momento o de manera definitiva. Por lo tanto, es necesario considerar estas situaciones dado que la rigidez en la aplicación de los criterios puede dar lugar a dificultades en la satisfacción de las necesidades de atención de los usuarios. Ejemplo de tales circunstancias en las cuales no es posible la aplicación de los criterios para ubicar a los pacientes en servicios de tratamiento son las siguientes:

- Cuando el tipo de servicio o nivel de atención correspondiente de acuerdo con los criterios no está disponible.
- En el caso de fracaso del programa actual existiendo la necesidad de transferir al paciente a otro programa o nivel de tratamiento.
- Cuando existen limitaciones legales sobre el ejercicio profesional de la salud o sobre el funcionamiento de un establecimiento.

8.6 UBICACION DE PACIENTES CON “DIAGNOSTICO DUAL O COMORBILIDAD”

Tal y como se abordó previamente al tratar el tema sobre la organización de servicios de tratamiento, la creciente prevalencia de la coexistencia de otros problemas médicos y psiquiátricos con el trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas obliga a que los programas y profesionales del área de tratamiento al enfrentar este tipo de demandas estén en capacidad de atender los requerimientos de aquellos pacientes con “diagnóstico dual”.

Esta variabilidad de la demanda de servicios de atención por parte de pacientes con “diagnóstico dual” ha sido explicada por algunos factores contribuyentes tales como:

- El consumo de sustancias psicoactivas se hace cada vez más frecuente entre poblaciones más jóvenes con reducción en el promedio de edad de inicio en el consumo.
- El mayor conocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad adictiva con suficiente evidencia científica disponible acerca de los mecanismos neurofisiológicos de la dependencia de sustancias psicoactivas .
- La aceptación del uso de fármacos para el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas con un mayor desarrollo de las alternativas fármaco-terapéuticas y la reducción del prejuicio existente al respecto en muchos programas de tratamiento.
- El incremento en la comprensión de la dimensión psicosocial de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas así como en cuanto a los usos y efectos de las estrategias psicosociales y cognitivo-conductuales para el tratamiento de estos problemas, con un consecuente aumento en cuanto al conocimiento de un amplio rango de modalidades para enfrentar las necesidades individuales.
- La sensibilización de los sistemas de salud mental, seguridad social y justicia criminal hacia el impacto de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas con un incremento en el compromiso para la intervención temprana en estos problemas como alternativa al encarcelamiento.

Con respecto a la ubicación de estos pacientes debe tenerse en cuenta la severidad del trastorno concomitante como elemento de orientación para la toma de una decisión en este sentido. En general puede aceptarse que los pacientes con trastornos médicos o psiquiátricos tan graves que requieren prioritariamente medidas para lograr su estabilización, deben ser atendidos en un establecimiento médico o psiquiátrico antes de emprender el tratamiento para la dependencia de sustancias psicoactivas. Una vez estabilizados, la ubicación inicial en servicios de tratamiento de la dependencia está supeditada al resultado de la evaluación de acuerdo con el principio de que “el problema de severidad más alto determina la ubicación inicial”, sin perjuicio en cuanto a la posibilidad de hacer derivaciones hacia niveles de atención más ó menos intensos de acuerdo a la evolución.

Para estos casos entre los cuales se encuentran aquellas personas que se presentan con trastornos de tipo esquizofrénico, afectivos severos, con manifestaciones psicóticas, trastornos severos de ansiedad o de personalidad (como los problemas borderline), el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas requiere de programas especiales para personas con “diagnósticos duales”.

Otras circunstancias como la de aquellos pacientes que presenten alteraciones relativamente estables del humor o ansiedad, cuya gravedad es moderada, en los que los síntomas no interfieren mayormente con otras actividades, podrían ser atendidas en programas específicos para el tratamiento de problemas por consumo de sustancias psicoactivas.

9. PERMANENCIA Y EGRESO DE UN NIVEL DE ATENCION

Un dilema frecuente entre quienes deben decidir acerca de la prestación de servicios de tratamiento lo constituye, sin lugar a dudas, la cuestión acerca de cuánto dura el tratamiento en un nivel dado de atención y los determinantes que guían la referencia o el egreso de los pacientes que reciben tratamiento en ese nivel.

En el tratamiento de la dependencia de las sustancias psicoactivas, el tratamiento se diseña y aplica con base en los problemas identificados durante el proceso de evaluación y se prolonga o suspende según sea el caso, dependiendo de los resultados que se obtienen. En un sentido general, si se mantienen los problemas iniciales o aparecen nuevos problemas se continúa el tratamiento. Por el contrario, si los problemas mejoran o desaparecen entonces se egresa al paciente (Ver figura 10).

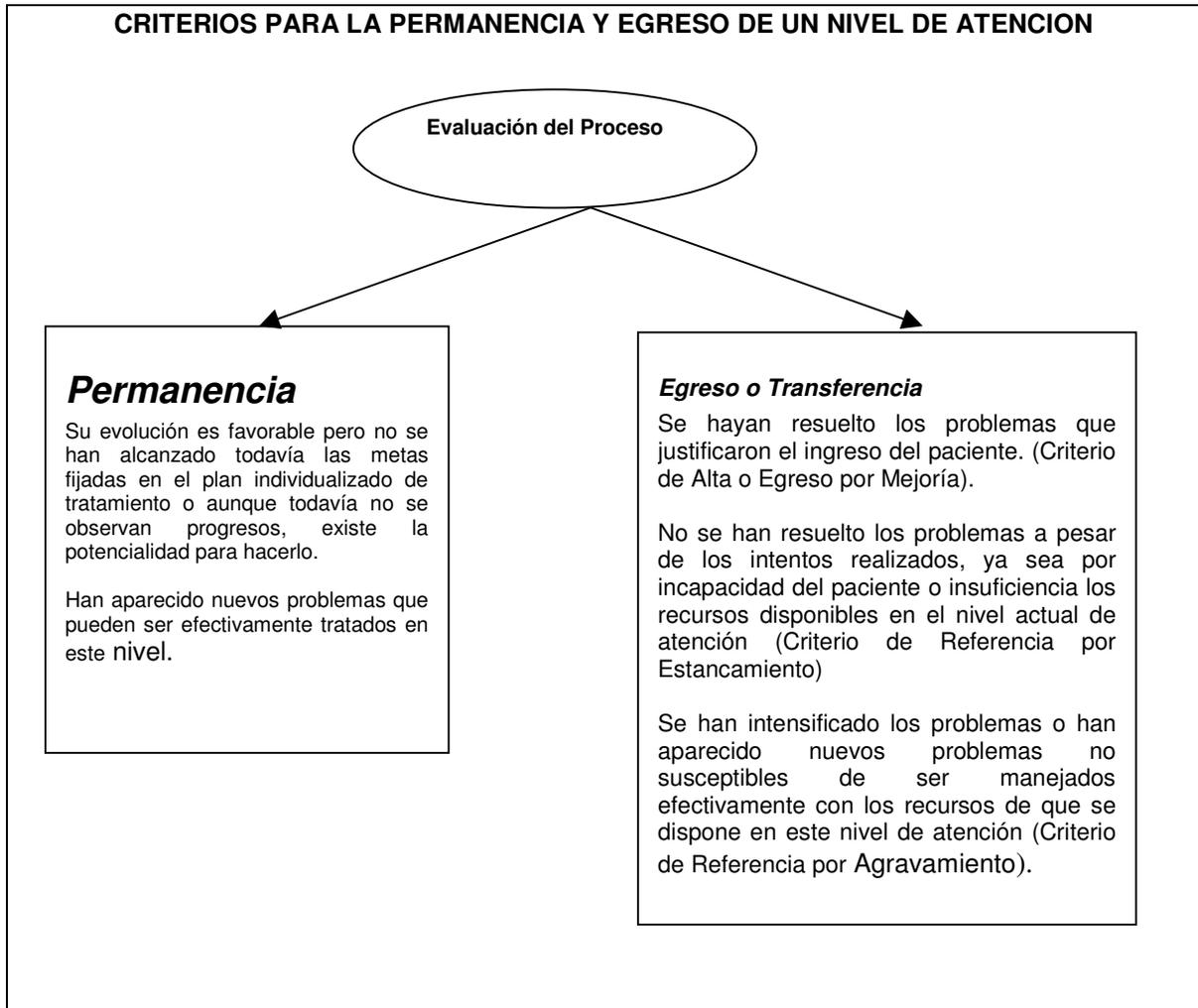
En lo que respecta a un nivel determinado de atención, es de utilidad definir cuáles serían las guías para mantener un paciente dentro del mismo.

9.1 CRITERIOS PARA LA PERMANENCIA Y EGRESO DE UN NIVEL DE ATENCION

El paciente debe permanecer en el nivel de atención actual si:

- Su evolución es favorable pero no se han alcanzado todavía las metas fijadas en el plan individualizado de tratamiento, o aunque todavía no se observan progresos existe la potencialidad para hacerlo.
- Han aparecido nuevos problemas que pueden ser efectivamente tratados en este nivel.
- La decisión de egresar o transferir a un paciente desde un nivel de atención depende de:
 - Se hayan resuelto los problemas que justificaron el ingreso del paciente (Criterio de Alta o Egreso por Mejoría).
 - No se han resuelto los problemas a pesar de los intentos realizados, ya sea por incapacidad del paciente o insuficiencia de los recursos disponibles en el nivel actual de atención (Criterio de Referencia por Estancamiento).
 - Se han intensificado los problemas o han aparecido nuevos problemas no susceptibles de ser manejados efectivamente con los recursos de que se dispone en este nivel de atención (Criterio de Referencia por Agravamiento).

Figura 10



10. DURACION DEL TRATAMIENTO.

En general, como hemos visto, cada institución o programa determina la duración del tratamiento. Sin embargo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley marco en Seguridad Social en Colombia – Ley 100 de 1994 - los períodos de internación para el manejo interdisciplinario e integral de paciente farmacodependiente, podrán ser máximos de un mes de duración. Superado este tiempo, el tratamiento deberá continuar en una modalidad ambulatoria.

11. SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES.

Una vez culminado el proceso de rehabilitación propuesto por el programa, el seguimiento se constituye en una actividad de gran importancia para el mantenimiento de la abstinencia y la consecución de una efectiva y eficaz reinserción socio-familiar y laboral de usuario.

El seguimiento debe ser asumido por el equipo y la institución donde el usuario adelantó su programa de rehabilitación y en él se incluyen las visitas domiciliarias, las visitas al lugar de trabajo o estudio, el seguimiento telefónico y el contacto con los grupos de seguimiento o autoayuda que operen en la comunidad y al cual el usuario asiste.

La evaluación y control de las intervenciones se harán considerando los siguientes indicadores:

- Tiempo de abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas. Entre más prolongado sea el período de mantenimiento de la abstinencia, mejor será el pronóstico.
- Número y gravedad de las recaídas.
- Asistencia regular a grupos de apoyo o autoayuda.
- Ocupación y desempeño laboral o escolar.
- Uso adecuado del tiempo libre.
- Socialización con pares no consumidores y vinculación a grupos sociales organizados.
- Disminución de la actividad delincencial.
- Disminución de las consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

- Toma de la medicación en caso de comorbilidad física o mental.
- Asistencia regular a programas de Reducción de Daño en caso que el usuario haya sido vinculado a este tipo de estrategias.
- Reorganización de los vínculos familiares.

12. PARTICIPACION COMUNITARIA Y SU INTEGRACION A LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Cuando no se disponga de recursos o éstos sean deficientes, es posible habilitar y aprovechar las formas de intervención en la comunidad y el personal de apoyo en los servicios de atención primaria de la salud para ofrecer un servicio básico. En muchas regiones los únicos recursos de que se dispone para el tratamiento son los servicios de atención primaria de la salud y de medicina general cuyo personal tal vez sea insuficiente para ocuparse de la gran variedad de problemas de salud que se presentan. A pesar de todo, en muchos casos los drogodependientes suelen entrar en contacto por primera vez con los sistemas de salud por conducto de los servicios de atención primaria. En algunas comunidades la magnitud de los problemas derivados del abuso de sustancias psicoactivas significa una pesada carga para esos servicios, pudiendo ser de gran ayuda el concurso de la comunidad.

Los recursos de la comunidad son elementos importantes que se pueden aprovechar cuando se crean servicios de tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas. Su importancia resalta más aún en situaciones de escasez de recursos. En el caso de servicios que se prestan en la comunidad, la familia y los integrantes de la comunidad forman parte del sistema de tratamiento y coadyuvan en gran medida a la planificación, ejecución y evaluación del programa. Es indispensable que al elaborar el tratamiento se tenga en cuenta el contexto cultural y el entorno en que se prestarán los servicios, convendría que se aprovecharan las prácticas curativas tradicionales y se integrara el nuevo servicio en la comunidad local que tal vez ya haya iniciado sus propias formas de intervención.

De otro lado, y teniendo en cuenta la importancia de las redes sociales al interior de las comunidades para posibilitar transformaciones benéficas para los grupos humanos y los individuos que las conforman, se hace necesario reconocer a las comunidades como potenciales portadoras de soluciones al problema del consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, las redes sociales de apoyo pueden ser reconocidas y “utilizadas” como un recurso terapéutico y desarrollar con ellas estrategias de tratamiento comunitario y de reducción de daño que propicie la participación comunitaria, el empoderamiento de los actores de la vida social en una comunidad, la articulación de sus recursos como elementos esenciales para el trabajo en la dimensión local y cotidiana de la población.

La estrategia consiste en propiciar acciones hacia el cambio en los estilos de vida de los usuarios de sustancias psicoactivas como un paso importante en las propuestas de inclusión social de los consumidores, pues deben reconocerse sus dificultades para acceder a centros de tratamiento terapéuticos.

Se considera entonces a la comunidad como opción y oportunidad para generar espacios al interior de las mismas comunidades donde habitan y conviven con los otros actores de la vida social, en el desarrollo de propuestas terapéuticas de mediano alcance.

En esta perspectiva la reducción de daño se constituye en un eslabón esencial entre las acciones preventivas y terapéuticas y permite encontrar nuevas formas de abordaje del problema de las adicciones.

12.1 ELEMENTOS DETERMINANTES DE LA PARTICIPACION

La hipótesis elemental es encomendar a equipos de atención primaria el reconocimiento inicial (screening) de los pacientes para determinar los casos de la drogadicción y la prestación de atención básica. Una ventaja importante de integrar la comunidad al tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas en la atención primaria de la salud radica en que pueden compartirse la infraestructura y los recursos que existan en el lugar.

Para que eso sea posible hay que impartir información adecuada, prestar apoyo material y disponer de servicios de remisión de casos. Es necesario que el personal de atención primaria de la salud de la zona que se va a atender (y también los voluntarios de la comunidad que colaboren) conozca las cuestiones relacionadas con la drogadicción y pueda determinar los problemas de las personas que les piden orientación y sepa cómo y donde remitirlos; y en el centro de atención primaria sepan cómo prestarles cuidados mínimos como por ejemplo, una intervención breve, y en teoría, que reciba apoyo y asistencia para tratar casos complejos.

13. ASPECTOS JURIDICOS, REGLAMENTARIOS Y ETICOS

Los tratados de fiscalización internacional de drogas constituyen el fundamento jurídico de las medidas adoptadas en la materia. La Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes , el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, contienen disposiciones en que se pide a los Estados Miembros de las Naciones Unidas que presten atención especial a la pronta identificación, el tratamiento, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social.

13.1 DESIGNACION DE LA AUTORIDAD ENCARGADA

Un aspecto básico que se aborda con frecuencia en la legislación que regula el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes es la designación de los organismos competentes que vigilen y controlen el cumplimiento.

Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social establecer las condiciones necesarias de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos administrativos, sistemas de información, evaluación, transporte y comunicaciones y auditoria de servicios que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud para garantizar que la atención de los usuarios sea dada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas funcionan como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud especializadas en su tratamiento, debiendo cumplir el régimen vigente que corresponda a su naturaleza jurídica, así como los requisitos mínimos esenciales exigidos por el Ministerio de la Protección Social.

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas serán controlados por las Secretarías de Salud Municipales, distritales y departamentales o aquellas que cumplan su función; la Superintendencia de Salud cuando se presta a través de EPS e IPS en el sistema de seguridad social en salud.

13.1.1 AUTORIDADES DESCENTRALIZADAS

Al márgen de las disposiciones del Estatuto de Estupefacientes sobre el consumo de SPA, se destaca la **Ley 10 de 1990** que responsabiliza a los departamentos de las acciones para el fomento de la salud, entre las cuales la reducción del consumo de sustancias psicoactivas ocupa un lugar de especial importancia. El artículo 11 los responsabiliza de los servicios de tratamiento y rehabilitación en los segundos y terceros niveles. En su artículo 12 señala las posibilidades de desarrollar planes y programas de prevención y promoción de la salud. Estas mismas orientaciones están contenidas en la **Ley 60 de 1993 y 715 de 2001** por la cual se dictan normas orgánicas en materia de

recursos y competencias de las entidades territoriales en el sector salud que en su artículo 43 establece:

“Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia, asignándole para tal efecto funciones”.

Por su parte la **Ley 100 de 1993** se propone lograr cobertura universal de seguridad social en salud. Crea los regímenes contributivo y subsidiado a fin de garantizar la atención de servicios de salud contemplados en el POS, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S.); la atención inicial de urgencias en todo el territorio nacional es obligatoria por parte de todas las entidades que presten servicios de salud; la libre escogencia y traslado entre E.P.S. dentro de las condiciones previstas en esta Ley; El P.O.S., tiene cobertura familiar. El Gobierno Nacional creó el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, la cual tiene una subcuenta para la Promoción de la salud (art. 219). De esta subcuenta se podrán pagar las actividades que realicen las EPS y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considere son las de mayor impacto en la prevención de enfermedades.

De otro lado la **Ley 60 de 1993** distribuye competencias a los municipios, a los departamentos y a la Nación en materia de prestación de los servicios de salud, asignando a cada uno de los entes territoriales las funciones específicas que le corresponde cumplir. Esta norma regula el situado fiscal y los requisitos para la administración de recursos del mismo por parte de los departamentos, distritos y municipios, y señala las reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios y departamentos.

13.2 REQUISITOS MINIMOS ESENCIALES DE LOS CENTROS DE ATENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION INTEGRAL

13.2.1 HABILITACION

De conformidad con el Decreto 2309 de 2002 y con el fin de garantizar la calidad de la atención en salud, lo cual aplica para los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral para consumidores/abusadores de SPA, deben cumplir con requisitos de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y acreditación de conformidad con el nivel de complejidad.

La habilitación hace referencia al “conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa indispensables para la entrada y

permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud”⁹

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de SPA, funcionarán como Instituciones Prestadoras de Servicios de salud especializadas en el tratamiento del consumo de SPA, debiendo cumplir el régimen vigente que corresponda a su naturaleza jurídica así como los requisitos mínimos esenciales de capital, recursos humanos, dotación, insumos, procesos asistenciales, señalados en la Resolución 1439 de 2002¹⁰ y sus correspondientes anexos técnicos.¹¹

Actualmente el Ministerio de la Protección Social adelanta un proyecto para establecer unos criterios mínimos de funcionamiento para los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de Sustancias Psicoactivas.

13.3 REGLAMENTACION DE LAS FARMACOTERAPIAS

Algunas sustancias y medicamentos utilizados para la farmacoterapia están sometidos a control especial por parte de las autoridades de salud. En Colombia esta labor de control y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta y destrucción de Materias Primas de Control Especial y medicamentos que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado le es confiada al Fondo Nacional de Estupeficientes¹². El Ministerio de la Protección Social, mediante Resolución Número 826 de 2003, reglamentó estos aspectos.

La citada norma define “materia prima o sustancia de control especial” como “toda sustancia farmacológicamente activa cualquiera que sea su origen que produce efectos mediatos e inmediatos de dependencia psíquica o física en el ser humano; aquella que por su posibilidad de abuso, pueda tener algún grado de peligrosidad en su uso, o aquella que haya sido catalogada como tal en los convenios internacionales y/o aceptada por la Comisión Revisora del Ministerio de la Protección Social.”

Así mismo, definió “medicamento de control especial” el preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupeficientes, precursores y psicotrópicos o por el Gobierno Nacional con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos”.

⁹ Artículo 9 del Decreto 2309 de 2002 “Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

¹⁰ Resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Salud “Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

¹¹ Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Salud “Manual de Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud” y el Anexo Técnico No. 2 “Manual de procedimientos del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales”.

¹² Artículo 20, Decreto 205 de 2003 señala que el Fondo Nacional de Estupeficientes es una Unidad Administrativa Especial del Ministerio de la Protección Social, a cargo de este tema.

El control y vigilancia se aplica sobre estas materias primas y medicamentos de uso lícito porque crean dependencia y su uso inadecuado conlleva al manejo ilícito de los mismos. Las medidas se aplican a: laboratorios clínicos, químicos, farmacéuticos y de control de calidad, establecimientos farmacéuticos mayoristas y minoristas, droguerías, farmacias, depósitos de drogas para uso humano y veterinario, y profesionales en medicina, odontología veterinaria, química farmacéutica y demás personal que labora en el campo farmacéutico, tales como regentes de farmacia, farmacéuticos licenciados, directores de droguerías, expendedores, así como personas naturales o jurídicas, entidades gubernamentales y aquellas que manejen sustancias de Control Especial y medicamentos que las contengan, que importen, exporten, procesen, sinteticen, fabriquen, distribuyan, vendan, dispensen o efectúen compra local de materias primas de control especial y medicamentos que las contengan para fines médicos y científicos.

Los medicamentos de Control Especial sólo podrán despacharse previa presentación de la fórmula médica, en original y copia en las cuales se anotará que fue despachada; el original será archivado por el establecimiento farmacéutico y copia se entregará al interesado.¹³

La fórmula médica debe contener los siguientes datos:

1. Nombre del médico, dirección y teléfono.
2. Fecha de expedición.
3. Nombre del paciente, dirección y número del documento de identidad si es el caso.
4. Nombre Genérico del Medicamento y nombre de marca si es del caso, forma farmacéutica y concentración, cantidad total en números y letras y dosis diaria (frecuencia de administración), vía de administración y tiempo de tratamiento.
5. Firma del médico tratante y número de su registro nacional o de su inscripción en la Secretaría de Salud respectiva o la dependencia que haga sus veces.

La fórmula médica debe ser única para los medicamentos de control especial. En ella no deben prescribirse otros medicamentos de diferentes grupos farmacológicos.

La cantidad total prescrita de medicamentos de Control Especial será teniendo en cuenta los siguientes límites:

- a.- Medicamentos correspondientes al Grupo 1 A: "Analgésicos Narcóticos" hasta la requerida para diez (10) días calendario.
- b.- Medicamentos correspondientes al Grupo I B: "Analgésicos Moderadamente Narcóticos", al Grupo II "Barbitúricos o Medicamentos, que contienen Barbitúricos, con excepción de Fenobarbital; al Grupo III "Anfetaminas y Estimulantes Centrales"; al Grupo IV "Tranquilizantes e Hipnóticos no Barbitúricos", hasta la dosis requerida para treinta (30) días calendario.

¹³ Artículos 61 y ss de la Resolución 863 de 2003 de Minprotección social.

c.- Fenobarbital hasta las dosis requerida para noventa (90) días calendario.

Se prohíbe a los establecimientos farmacéuticos debidamente autorizados “despachar fórmulas de medicamentos de Control Especial cuando éstas tengan más de quince (15) días calendario de haber sido expedidas”.¹⁴

Para la venta de los medicamentos de Monopolio del Estado el Fondo Nacional de Estupefacientes autorizará a los Fondos Rotatorios de las Direcciones Departamentales de Salud o las entidades que hagan sus veces para su venta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, únicamente para uso intrahospitalario. Igualmente, autorizará a los Fondos Rotatorios para la venta de dichos medicamentos a aquellas personas o Instituciones prestadoras de servicios de salud ubicados en sitios apartados de la Capital de los Departamentos.

En el caso del Distrito Capital, el Fondo Nacional de Estupefacientes autorizará a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud únicamente para uso intrahospitalario. En el evento que un particular requiera de dichos medicamentos serán vendidos directamente por el Fondo Nacional de Estupefacientes de acuerdo con las cantidades autorizadas en la presente Resolución.

Los establecimientos legalmente autorizados para distribuir, vender o manejar medicamentos de control especial o que contengan sustancias de Control Especial deben disponer de medios de almacenamiento seguro y adecuado, acorde con las Buenas Prácticas de Almacenamientos - BPA.

El Artículo 91 de la Resolución 863 de 2003 del Ministerio de la Protección Social asigna al Fondo Nacional de Estupefacientes, adscrita del Ministerio de la Protección Social, el deber de llevar el Registro Nacional de Farmacodependientes, el cual es confidencial y sus datos sólo se utilizarán para prevenir el narcotráfico y la fármacodependencia.

Para efectos del Registro Nacional de Fármacodependientes, las Secretarías Departamentales de Salud o el interesado requerirán a los profesionales en medicina que formulen las drogas o medicamentos de Control Especial a pacientes considerados como fármacodependientes.

Una vez diligenciado el formato por el médico tratante debe remitirlo a la Unidad de Atención Integral Contra las Adicciones -UAICA quienes se encargarán de efectuar un consolidado mensual de la información y remitirlo a la respectiva Dirección o Secretaría Departamental de Salud o las dependencias que hagan sus veces y éste a su vez los enviará al Fondo Nacional de Estupefacientes en los primeros cinco días del mes de enero y julio de cada año.

¹⁴ Artículos 64 de la Resolución 863 de 2003 de Minprotección social.

El formato debe contener:

1. Nombre del Paciente.
2. Identificación del Paciente.
3. Dirección y Teléfono del Paciente.
4. Nombre del Medicamento (en genérico).
5. Dosis diaria, frecuencia de administración, vía de administración y tiempo de tratamiento.
6. Nombre del médico tratante.
7. Número de Registro Médico.
8. Dirección y Teléfono del médico tratante.

13.4 SOBRE EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

El Ministerio de la Protección Social y el INVIMA deben velar por la calidad de los medicamentos de los grupos II, III, IV y VI contemplados en la Resolución número 6980 de 1991 para lo cual exigirán a los productos genéricos, estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia realizados con la molécula genérica.

13.5 ASPECTOS ETICOS

El personal de los servicios de tratamiento que tenga título profesional oficial debe registrarse por un código de conducta profesional. Las normas profesionales deben comprender:

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

13.5.1 DERECHOS Y DEBERES DE LOS PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

En Colombia se ha promulgado normas generales sobre los derechos individuales a la atención de la salud y el bienestar social sin referirse especialmente a la drogodependencia. No obstante, en virtud de esas normas, los drogodependientes tienen el mismo derecho a recibir tratamiento que las personas que sufren otros trastornos crónicos de salud. Esos derechos se han expresado de diversas formas en una variedad de normas, recomendaciones y declaraciones que comprenden el respeto de la dignidad humana, la prestación de servicios no discriminatorio, el acceso a servicios de tratamiento adaptados a las necesidades individuales y a mecanismos de defensa y asesoramiento relacionados con el proceso penal.

Los usuarios de los servicios también deben comprometerse mediante una declaración a cumplir ciertos deberes respecto de los servicios de tratamiento, generalmente relacionados con la conducta que han de observar y su participación en el programa terapéutico. Esta declaración deberá ser elaborada por cada institución o programa que adelante programas de rehabilitación y deberá ser dada a conocer para su firma al usuario en el momento de su ingreso al tratamiento.

Es importante recordar que en Colombia los usuarios están amparados por declaraciones de derechos y estatutos que consagran su derecho a presentar demandas por tratamiento inadecuado y consultar todos los registros clínicos que le conciernan y obtener copia de ellos.

Igualmente, se mantendrá la confidencialidad restringiéndose, salvo las excepciones de ley, la posibilidad de que el encargado del tratamiento divulgue a terceros u obtenga de éstos sin consentimiento informado y por escrito del interesado, información personal e información relacionada con el tratamiento.

14. ASPECTOS ORGANIZACIONALES

14.1 INSCRIPCION A LA GUIA

De acuerdo con el artículo 6º de la Resolución No. 5261 de agosto 5 de 1994 que versa sobre la inscripción obligatoria en las guías de atención integral, ... “todo paciente que padezca una enfermedad cuyo manejo esté definido en una de las guías de atención integral deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas”.

Cabe destacar que si bien la inscripción a la guía es individual, los procesos, procedimientos y actividades que ésta contempla están igualmente dirigidos y requieren la participación de las familias, los pares y los ambientes ocupacionales, educativos y comunitarios. Esta pretensión responde a la integralidad de la atención propuesta por la guía, a la necesidad de maximizar los recursos disponibles y a plantear procesos efectivos que fomenten la salud y controlen la enfermedad, reduciendo hasta donde sea posible sus daños y secuelas.

En cuanto a las actividades de promoción de la salud contempladas en la guía, se considera que no son específicas para farmacodependencia puesto que la población objeto de dichas acciones es la población general e implica que todo beneficiario o vinculado al sistema general de seguridad social en salud debe ser objeto de dichas acciones. Por otra parte, estas acciones de promoción y algunas de prevención, especialmente las de prevención general que hacen referencia al consumo por tener un carácter intersectorial, se desarrollan además en muchos otros ámbitos diferentes al de la salud como el laboral, el escolar y en otros sectores comunitarios en donde se realizan programas específicos dirigidos a los grupos de riesgo.

Las actividades propuestas para población general en el componente de promoción de la salud y prevención del que participan salud y otros sectores estarán disponibles para las personas, sus familias y las comunidades, independientemente de su situación de consumo de SPA. Las actividades de prevención que hacen referencia al control y reducción del abuso y la dependencia y que denominamos prevención específica se realizarán una vez que ha sucedido la inscripción a la guía.

El proceso de identificación y clasificación deberá ir acompañado de una amplia información sobre los servicios y alcances a los que podrían acceder quienes por características de consumo sean inscritos en la guía, actuando simultáneamente como una oferta de servicios y a la vez como factor motivador para la aceptación de los mismos.

Las personas deberán ser identificadas como consumidores o no consumidores a través del reporte en la declaración de salud requerida para la afiliación a la EPS o en la de la Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.); igualmente, podrá ser identificado desde el sector educativo, del programa de salud integral para trabajadores del sector informal, del programa de salud “mujer jefe de hogar” por un hospital desde un servicio de urgencias o de la comunidad, entre otros.

Una vez identificada la persona consumidora de sustancias psicoactivas (SPA) deberá ser remitida a su Institución Prestadora de Servicios (I.P.S.) para la clasificación del consumo. Dicho proceso se realizará en la consulta ambulatoria a través de su indagación en la historia clínica. El prestador de servicio podrá utilizar el cuestionario AUDIT (Ver anexo No.2.) para la orientación de la clasificación del consumo de alcohol y además debe tener como referente las modalidades de consumo de SPA definidas en el marco conceptual del presente documento, a saber:

- Experimental
- Social – recreativo
- Circunstancial o situacional
- Habitual
- Compulsivo

Como resulta muy difícil determinar en qué momento se pasa del uso recreativo o social al habitual o compulsivo debemos recordar que cuando esto ocurre se está frente a cuadros clínicos consolidados y diferenciales que son:

- **ABUSO O CONSUMO DISFUNCIONAL**

- El abuso de la sustancia interfiere con la salud, funcionamiento social y ocupacional del individuo.
- Se caracteriza por uso recurrente y periódico.
- Origina fracaso en la capacidad de asumir obligaciones y compromisos esperados para circunstancias individuales y sociales del sujeto.
- El sujeto con este patrón de consumo suele incurrir en actos irresponsables o riesgosos.

- **DEPENDENCIA**

Se define por la tolerancia y el síndrome de abstinencia los que a su vez se identifican por (criterios del CIE 10, 1996):

- Consumo de grandes cantidades de la sustancia o prolongación del mismo por un periodo mayor del que el sujeto pretendía.
- Deseo persistente y a veces insuperable de consumo.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión.
- Aumento del tiempo necesario para conseguirla o recuperarse de sus efectos.

- Uso persistente a pesar de las consecuencias adversas de tipo físico, psicológico o social.
- La reacción de abstinencia es un síndrome característico de cada sustancia que surge de la interrupción o disminución brusca de su consumo habitual.

Esta sintomatología desaparece con la reducción del consumo. La tolerancia se define como la necesidad de incrementar las cantidades de la sustancia con el fin de obtener el efecto inicial, lo que en un sentido opuesto significa que la sustancia hace cada vez menos efecto.

Cuando se confirma una modalidad de consumo que ubica al sujeto en riesgo de abuso y/o dependencia se inscribirá en la guía para procedimientos preventivos específicos que hacen referencia a actividades individuales, familiares y comunitarias entre las que cabe destacar los programas de información y divulgación masiva, motivacionales, de consejería y orientación, asesoría familiar, identificación y manejo de riesgos, focalización y protección específica de los mismos, programas psicoeducativos, etc.

De igual forma, el sujeto clasificado en la modalidad de abusador o dependiente, será inscrito en la guía para actividades de diagnóstico complementario, de tratamiento y rehabilitación ofrecidos por Instituciones Prestadoras de Servicios capacitadas para ello según su nivel de complejidad y capacidad resolutoria. En estos pacientes se requiere complementar el diagnóstico realizando una evaluación cuidadosa, además de la clínica, de su situación individual, ocupacional, familiar y psicosocial. En el tratamiento y rehabilitación, independientemente de la sustancia psicoactiva de la que abusen o dependan, son esenciales las intervenciones específicas sobre salud individual farmacológica y no farmacológica y las intervenciones ocupacionales y sociofamiliares.

15. PROTOCOLOS FARMACOLOGICOS DE MANEJO

El tratamiento debe tener en cuenta el manejo del trastorno secundario al consumo de SPA que el paciente presente. Será diferente según se trate de una intoxicación aguda, un síndrome de abstinencia o cualquier complicación del consumo.

El Ministerio de Salud publicó hace algún tiempo las pautas de manejo clínico específicas en farmacodependencia. Estas se han incluido en este documento haciendo los ajustes pertinentes (Ministerio de Salud. Serie "La salud a la luz de la salud mental". Red de servicios en Farmacodependencia. Santafé de Bogotá. 1991/92)

Se plantean las acciones de acuerdo con el tipo de sustancias:

15.1. ALCOHOL

15.1.1 PAUTAS DE MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIA Y/O HOSPITALIZACION.

Al ingreso al servicio de urgencias es necesario tener en cuenta si el paciente llega con o sin alteración de conciencia. Sin alteración de conciencia se siguen las siguientes pautas:

- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Descartar otros trastornos asociados.
- Practicar un lavado gástrico para retirar el contenido de alcohol que aún no haya sido absorbido.
- Aplicar Tiamina 100 mg. vía IV previo al uso de dextrosa. Pasar posteriormente al uso IM u oral a igual dosis por 4 días consecutivos.
- Canalizar la vena para pasar solución dextrosa y reponer líquidos y electrolitos. Si se sospecha y comprueba hipoglucemia use inicialmente una solución de dextrosa al 10%.
- Multivitaminas, una tableta al día.
- Si el paciente se muestra ansioso o muy irritable se usa una benzodiazepina de acción corta como el loracepam 1 o 2 mg. Vía oral. Estas no contribuyen a disminuir el umbral convulsivo.
- Si el paciente se torna violento o presenta alucinaciones se usa haloperidol 1 a 5 mg. Vía IM o IV o clorpromazina 50 mg disueltos en 500 cc de DAD al 5% para pasar por goteo lento hasta obtener sedación.

Por otro lado, si el paciente llega con alteración del estado de conciencia entonces se debe:

- Proteger vía aérea e investigar otras causas de estupor o coma. Buscar signos de T.C.E.
- Después de obtener muestras de sangre para examen toxicológico, aplicar 100 mg de Tiamina vía IM o IV para proteger al paciente de una encefalopatía de Wernicke.
- Aplicar una solución dextrosada vía IV de preferencia hipertrónica para corregir la hipoglicemia inducida por el alcohol.

Si el paciente se torna violento es preferible en casos de alteración del estado de conciencia no utilizar benzodiazepinas por su efecto depresor respiratorio sino haloperidol o clorpromazina como se indicó arriba. Este paciente debe ser remitido a un mayor nivel de complejidad si su estado de conciencia no mejora con las medidas antes señaladas.

Si el paciente llega al servicio de urgencias confuso u obnubilado descarte otras causas de confusión tales como hipoglicemia, abuso de otras sustancias depresoras del SNC, estado post-ictal, trauma cráneo-encefálico.

Si éstas no son las condiciones se debe:

- Elaborar una historia clínica completa e interrogar al paciente y a sus familiares o acompañantes acerca de la historia de abuso de alcohol y otras SPA que incluya la cantidad y duración del consumo más reciente y el patrón de abuso (continuo o episódico). Indagar acerca de lagunas, temblores, convulsiones y delirium. Anotar los intentos del paciente por dejar de beber, búsqueda de ayuda, hospitalizaciones y tratamientos previos y adhesión a grupos de autoayuda (A.A.).
- Enfatizar la revisión por sistemas en busca de síntomas asociados con el abuso de alcohol: sangrado gastrointestinal, ictericia, vómito, diarrea, dolor abdominal, pancreatitis, desórdenes respiratorios como neumonía o TBC, trastornos neurológicos como neuropatías periféricas, déficit de memoria, o traumas cráneo encefálicos o desórdenes psiquiátricos como ansiedad y depresión (ver anexo Escala de Zung para Ansiedad y Depresión), labilidad emocional, antecedentes de intentos de suicidio, insomnio, pesadillas terroríficas, síndrome de abstinencia, convulsiones, alucinosis, delirios, etc.
- Realizar un examen físico completo: Buscar signos de trauma, enfermedad digestiva (hepatoesplenomegalia, ascitis, circulación colateral), respiratoria, cardiovascular, malnutrición, neuropatía periférica, ataxia u oftalmoplejia. Realizar un examen completo del estado mental descartando la presencia de desorientación temporo-espacial, confusión, trastornos sensorio-perceptivos como alucinaciones, alteraciones del pensamiento: ideas delirantes de persecución, alteraciones severas del estado afectivo como depresión, ansiedad, ideas de suicidio. Buscar la evidencia de uso de otras sustancias psicoactivas, por ejemplo, pinchazos de agujas, perforación del tabique nasal, valorar los signos vitales,

observar si existe taquicardia, bradicardia, hipertensión ortostática, hipertermia, diaforesis o temblores, sacudidas en el cuerpo o deshidratación.

- Solicitar exámenes paraclínicos de acuerdo con el grado de complejidad de la atención que la institución ofrece:
 - Cuadro hemático completo (desde el nivel 1¹⁵)
 - Glicemia (desde el nivel 1)
 - Perfil lipídico (desde el nivel 1 y 2).
 - Pruebas de función renal: P. De Orina, BUN, creatinina (desde el nivel 1).
 - Hepatograma: Bilirrubinas, Transaminasas, Fosfatasa Alcalina, niveles de gamma-glutamyl.transpeptidasa (GGTP), la cual se encuentra elevada en más del 60% de los alcohólicos. Proteínas totales. Relación A/G y tiempo de protrombina. (desde el nivel 1 y 2)
 - Electrolitos: Na, K, PO4, Cl, Mg, Ca, HCO3. (desde el nivel 2)
 - VDRL, VIH (desde el nivel 1)
 - Rx de Tórax, EKG. (desde el nivel 1 y 2)
 - Examen toxicológico en sangre y orina (desde el nivel 2)

Todas estas pautas iniciales de manejo deberán ser realizadas por el médico general y el personal de enfermería desde el primer nivel de complejidad de la atención ya que corresponden a la consulta de evaluación diagnóstica general.

Una vez tratado el paciente en el servicio de urgencias debe usarse los siguientes criterios para tomar la decisión de una hospitalización:

- Historia de síntomas severos de abstinencia.
- Convulsiones recientes o historia de convulsiones por abstinencia.
- Trauma cráneo-encefálico reciente.
- Complicaciones médicas serias: sangrado G.I., pancreatitis, hepatitis, cirrosis, neumonía u otras infecciones.
- Alteraciones del estado de conciencia, delirium o alucinosis.
- Temperatura mayor de 38 ° C.

¹⁵ Niveles de complejidad.

- Deshidratación o malnutrición significativas.
- Síndrome de Wernicke – Korsakoff: Oftalmoplejia, trastornos de memoria anterógrada, confabulaciones y neuropatías.
- Depresión mayor o riesgo de suicidio.

En cualquiera de estos casos se ofrece el tratamiento inicial y se remite al paciente a una institución de mayor complejidad si no está en condiciones de ofrecer un tratamiento completo. Lo ideal sería remitir al paciente a una unidad de salud mental con posibilidad de interconsultas con otros especialistas (nivel 2 y 3).

Por otro lado, deberán tenerse en cuenta los lineamientos generales para el manejo de una intoxicación patológica, la cual se sospecha cuando se produce un cuadro de agitación psicomotora y confusión mental desencadenada por el consumo de pequeñas dosis de alcohol. Esta se asocia con frecuencia a síndromes convulsivos, especialmente con focos temporales en pacientes con trauma craneano previo o lesiones cerebrales post-encefálicas. Se caracteriza por comportamiento destructivo, irracional o agresivo que aparece por minutos u horas y que es atípico en el individuo. Posteriormente el paciente manifiesta somnolencia, sueño profundo y memoria fragmentaria o amnesia total del evento.

El manejo de este cuadro clínico es el siguiente:

- Verificar que no hay signos y síntomas neurológicos que indiquen trauma cráneo encefálico, meningitis u otras alteraciones agudas.
- Usar haloperidol entre 2 y 140 mg vía I.M. o I.V. Generalmente una dosis es suficiente. A la salida del paciente solicitar un EEG e interconsulta especializada para descartar lesión cerebral. Si el paciente persiste agitado y/o confuso envíese a una Unidad de Salud Mental.

Por otro lado, el manejo del síndrome por abstinencia alcohólica debe ser en términos generales de carácter preventivo lo cual puede lograrse con un manejo oportuno y acertado de los síntomas iniciales en el nivel primario de atención.

MEDIDAS GENERALES DE SOPORTE

- Nutrición adecuada.
- Recordar al paciente la fecha, lugar donde se encuentra, hora, etc., para mantener el sentido de la orientación.
- La deprivación sensorial contribuye a la instauración de los síntomas. Mantener la luz prendida en la habitación.

- Es deseable que el paciente esté acompañado por una persona que interactúe verbalmente con él y atienda sus necesidades.

MANEJO DE SINTOMAS ESPECIFICOS

a) Hidratación . Los pacientes en abstinencia no siempre están deshidratados y existe por otra parte el riesgo de sobrehidratación, especialmente en casos de función hepática alterada. Si el paciente tolera la vía oral, permitir ingesta libre de líquidos con la dieta, si no tolera la vía oral, no está severamente enfermo y no existe déficit o exceso de líquidos y electrolitos, colocar 2000 cc de Dextrosa en Solución Salina al 5% con 20 cc de Cloruro de Potasio por litro previo uso de 100 mg de tiamina IM. Para evitar la sobrecarga se puede intercambiar Dextrosa y solución Salina en las primeras horas.

Si el paciente está perdiendo líquidos y electrolitos por fiebre, diaforesis, vómito, diarrea o sangrado, remitirlo a un centro de mayor complejidad donde se puedan responder las pérdidas de acuerdo con los niveles séricos de electrolitos (niveles 2 y 3).

b) Vitaminas. En todo alcohólico crónico hay un déficit vitamínico. Aplicar 100 mg de tiamina IM inicialmente y continuar con igual dosis por vía oral durante 5 días a fin de prevenir una encefalopatía de Wernicke.

- Prescribir 1 mg vía oral de ácido fólico al día.
- Dos tabletas diarias de complejo B.
- Una dosis de 5 – 10mg de Vitamina K vía I.V. si el tiempo de protrombina está prolongado más de 3 segundos en relación con el control.

c) Sedación. Las benzodiazepinas de acción corta son las drogas de elección para tratar el temblor, la taquicardia y la hipertensión. Además, no disminuyen el umbral convulsivo y pueden causar menor depresión respiratoria. Evitar hasta donde sea posible el uso de antipsicóticos fenotiazínicos que bajan el umbral convulsivo, causan síntomas extrapiramidales e hipotensión. Utilizar Diacepam 10 mg vía oral cada 4 horas según necesidades o Loracepam 2 a 4 mg vía oral cada 8 horas. No utilizar la vía I.M. por su absorción errática. Si el paciente está muy agitado preferir la vía endovenosa usando la droga diluida en 20 cc y pasándola muy lentamente en 5 minutos.

d) Hiperactividad autonómica. Generalmente se controla con el uso de benzodiazepinas. Si la taquicardia no ha cedido, puede utilizar propanol 80 – 100 mg diarios. Otras alternativas para controlar la descarga noradrenérgica del locus ceruleus son: utilizar lonidina 6 mcgr/kg de peso dosis, según respuesta cada 8 horas, o cabamacepina 400 mg/ día durante 7 a 10 días.

e) Alucinosis. Si las medidas de sedación, el entorno bien iluminado y las medidas de orientación no son suficientes, administrar haloperidol entre 2 y 10 mg al día vía oral.

f) Convulsiones. El manejo de las convulsiones dependerá de la etiología y esto se considera urgente. Las convulsiones causadas por los síntomas de abstinencia se

presentan generalmente durante los primeros días del cuadro, son de tipo tónico-clónico generalizado y están relacionadas con un déficit de magnesio.

Pueden prevenirse utilizando una solución de sulfato de magnesio al 50% (2ml) para pasar con los líquidos endovenosos en 8 horas.

En general, se considera que si no hay historia previa de convulsiones las medidas preventivas serán las benzodiazepinas y el tratamiento adecuado de la abstinencia.

Si el paciente tiene antecedentes de convulsiones por abstinencia o por otro trastorno convulsivo debe darse fenitoína 300 – 400 mg/ día oralmente, si ya estaba recibéndola o epaminizar con 15 mg/kilo vía IV disuelto en solución salina, no excediendo los 50 mg/minuto en el caso de que el paciente hubiera suspendido la medicación por lo menos 5 días antes.

**VALORACION DE LA INTENSIDAD DEL
SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA (S.A.A.)**

SIGNOS Y SINTOMAS	PUNTUACION				
	CERO PUNTOS	UN PUNTO	DOS PUNTOS	TRES PUNTOS	TOTAL
Ansiedad	NO	+	++	+++	
Sudoración	NO	Sólo nocturna	Noctura y diurna	Gran Diaforesis (ropa empapada)	
Temblor	NO o fino distal matutino	Fino distal permanente	Grosero, distal, presente en comisura labial y lengua		
Desorientación	NO	Episodios Aislados de desorientación alopsíquica	Episodios Aislados de desorientación Total	Desorientación total y constante	
Trastornos de Percepción	NO	"Pesadillas" y Visiones (pseudo-alucinaciones únicamente nocturnas)	Alucinaciones <u>Visuales</u> intermitentes (nocturnas y diurnas)	Alucinaciones visuales constantes. Ilusiones, falsos reconocimientos	
Trastornos de Memoria	NO	Amnesia lacunar sólo en la noche	Amnesias lucunares de día y de noche	Grandes lagunas amnésicas (de más de 12 horas)	
Insomnio	NO	Dificultad en conciliar el sueño o despertar precoz	Dificultad en conciliar el sueño. Más horas despierto que dormido	Insomnio total	
Gama GT	N= 18-28	28-50	50-100	Mayor 100	
Hiperpirexia	NO	NO	Febrícula	Fiebre	
Psicomotricidad	NORMAL	NORMAL	Inquietud	Agitación	
Delirio Ocupacional	NO	NO	NO	SI	
				TOTAL	

Soler Insa y Cols 1981. *
Rodríguez Martos A. 1984

INTERPRETACION

0-8 Puntos Leve
9-16 Moderado
17-26 Severo

PAUTAS FARMACOLOGICAS PARA MANEJO DE SINDROMES DE ABSTINENCIA

PAUTA MIXTA (CARBAMAZEPINA MAS HIDROXICINA)

PARA TRATAMIENTO S.A.A LEVE

60 KGS PAUTA 1

60 KGS PAUTA 2

DÍA	PAUTA 1						PAUTA 2					
	CARBAMAZEPINA			HIDROXICINA			CARBAMAZEPINA			HIDROXICINA		
1.	*1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
2.	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
3.	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
4.	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
7.	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1
8.	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1
9.	1	1	1	0	0	1	1	1	2	0	0	1
10.	1	1	1	0	0	1	1	1	2	0	0	1

* Número de tabletas.

Carbamazepina: Tabletillas por 200 mgs.

Hidroxicina: Tabletillas por 25 mgs.

**PAUTA DE LORAZEPAN EN EL TRATAMIENTO DEL
SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA (S.A.A)**

Contraindicado

- **Depresión respectiva**
- **Inconsciencia**

PESO DEL PACIENTE	GRAVEDAD DEL S.A.A.	PAUTA
< 60 Kgs	Leve (0 – 8 puntos)	No usuario
	Moderado (9 – 16 puntos)	1
	Grave (17-26 puntos)	2
≥ 60 Kgs	Leve (0 – 8 puntos)	No Usuario
	Moderado (9 – 16 puntos)	2
	Grave (17-26 puntos)	3

DIA	PAUTA 1				PAUTA 2				PAUTA 3			
1	*1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1	1	1	1	1
2	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1	1	1	1	1
3	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1	1	1	1	1
4	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1	1	1	1	1
5	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/2	1	1	1	1	1
6	1/2	0	1/2	1/2	1	0	1/2	1	1	1/2	1/2	1
7	1/2	0	1/2	1/2	1	0	0	1	1	1/2	1/2	1
8	1/2	0	0	1/2	1	0	0	1	1	0	1/2	1
9	1/2	0	0	1/2	1/2	0	0	1	1	0	0	1
10	0	0	0	1/2	0	0	0	1	1/2	0	0	1
11	0	0	0	1/2	0	0	0	1/2	0	0	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1/2
13									0	0	0	0

* Número de tabletas

Lorazepan tabletas x 2 mgs

HORAS DE ADMINISTRACION: 6 a.m. – 12 p.m. – 6 p.m. – 10 p.m.

Si se despierta en la noche y no puede conciliar el sueño, dar una dosis de 2 mgs adicional.

DOSIS DE CLONIDINA EN EL TRATAMIENTO

DEL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA (S.A.A.)

*** Vigilar**

- T/A
- F/C

*** contraindicado**
Cuando T/A 90/60
F/C < 60

PESO DEL PACIENTE	GRAVEDAD DEL S.A.A.	PAUTA
< 60 Kgs	Leve (0 – 8 puntos)	No usuario
	Moderado (9 – 16 puntos)	1
	Grave (17-26 puntos)	2
≥ 60 Kgs	Leve (0 – 8 puntos)	No Usuario
	Moderado (9 – 16 puntos)	2
	Grave (17-26 puntos)	3

DIA	PAUTA 1			PAUTA 2			PAUTA 3		
1	*1	1	2	2	1	2	2	2	2
2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
3	1	1	2	2	1	2	2	2	2
4	1	1/2	2	1 1/2	1	2	2	1 1/2	2
5	1	1/2	1 1/2	1	1	2	1 1/2	1	2
6	1	0	1 1/2	1	1/2	1 1/2	1	1/2	2
7	1	0	1	1	1/2	1	1	1/2	1 1/2
8	1/2	0	1	1	0	1	1/2	1/2	1
9	1/2	0	1/2	1/2	0	1	1/2	0	1
10	1/2	0	0	1/2	0	1/2	1/2	0	1/2
11	0	0	0	1/2	0	0	1/2	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* NUMERO DE TABLETAS

Clonidina tabletas por 150 mcg

NOTA: Si al segundo día, no se observa mejoría del paciente con la pauta que tiene, pasar a la pauta siguiente

15.2 ESTIMULANTES

15.2.1 PAUTAS DE MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/ U HOSPITALIZACION.

a) Objetivos terapéuticos iniciales:

- Reducir irritabilidad del SNC
- Manejo de la hiperactividad autonómica.
- Manejo de síntomas psicóticos.
- Medidas para eliminar la droga

b) Medidas de Soporte

- Proteger vía aérea y tener disponible un equipo de resucitación.
- Controlar permanentemente funciones vitales.
- Colocar bolsas de hielo para manejar la hipertermia y 10 mg (2cc) IM de clorpromazina.
- Trate las convulsiones con diacepam 5mg vía IV a no más de 5 mg/ minuto.
- Suministre propranolol 0.1 mg/ kilo para controlar la hiperactividad autonómica.
- En caso de alucinaciones, delirios o agitación, suministre de 2 a 5 mg de haloperidol vía oral cada 6 horas hasta controlar los síntomas o remitir al paciente a una unidad hospitalaria de desintoxicación.

c) Manejo ambulatorio y seguimiento

Además del estado de intoxicación aguda y la abstinencia, las siguientes son indicaciones para remitir a un nivel terciario de atención dentro de la red:

- Uso disfuncional (disfunción socio – familiar, laboral u orgánica) o consumo compulsivo.
- Incapacidad para parar el consumo o fracaso de intentos previos con manejo ambulatorio.
- Pobre motivación para interrumpir el consumo o negación de la problemática, caso en el cual la enfermera, auxiliar de enfermería y promotores iniciarán la motivación del paciente y su familia.
- Psicosis tóxica, depresión severa, ideación suicida o debilidad extrema.

15.3 DEPRESORES

15.3.1 PAUTAS DE MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACION.

El tratamiento de la intoxicación aguda incluye las medidas de soportes generales tales como: hidratación, oxigenoterapia, corrección y monitoreo de los gases arteriales y manejo de las complicaciones orgánicas.

Si el paciente intoxicado por inhalables se presenta con un delirium puede utilizarse haloperidol a dosis bajas entre 2 a 10 miligramos vía oral o parenteral. Las benzodiacepinas deben ser evitadas porque pueden empeorar la depresión respiratoria. Los casos graves de depresión respiratoria requerirán la intubación, el uso de respiradores y las otras medidas que se requieren en estos casos.

En caso de un cuadro de abstinencia la droga de elección para la abstinencia de la mayoría de los depresores del SNC es el fenobarbital, pero antes de iniciarlo se recomienda hacer la prueba de tolerancia con pentobarbital para verificar la severidad de la adicción.

Si la droga de abuso es una benzodiacepina se retirará gradualmente dicha droga de acuerdo con la respuesta clínica. Para este manejo el paciente deberá ser remitido del nivel primario de la red a una institución del nivel terciario que efectuará la desintoxicación.

15.3.2 INTOXICACION CON BENZODIACEPINAS PROTOCOLO DE ACTUACION IGUAL QUE OPIACEOS (Ver más Abajo).

Antídoto – Flumazenil – Lanexat^R amp. x 0.5 mgs. = 5 ml.

DOSIS: 3 a 4 bolos de 0.25 mgs. (1/2 amp.) son suficientes.

Con frecuencia es necesario administrar perfusión continua de 0.1 – 0.5 mgs. / hora.

15.3.3 INTOXICACION OPIOIDES

Pautas de Manejo Clínico

- Ventilación asistida boca a boca o con ambú proporcionando Oxígeno al 100%.
- Soporte respiratorio – Intubación traqueal – asistencia ventilatoria con O₂ 100%.
- No usar diurético para tratar el edema pulmonar pues éste se debe a la salida de líquido intravascular de los capilares pulmonares hacia el espacio intersticial. Esto se trata con intubación o ventilación asistida (PEEP).

Usar Naloxona (opioide antagonista) en dosis de 0.8 mg. Vía IV. Si no hay respuesta favorable en 15 minutos, administrar 1.6 mg vía IV; si aún no hay respuesta en los próximos 15 minutos, administrar una nueva dosis de 3.2 mg vía IV. También es útil

cuando el paciente ha abusado de los opioides con alcohol y/ o barbitúricos lo que no es infrecuente. Observar el incremento de la frecuencia respiratoria, aumento del tamaño pupilar y mejoría del estado mental. Como la acción de la naloxona es muy corta se recomienda una infusión intravenosa con 10 ampollas (4mg) en un litro de dextrosa en agua destilada al 5% que debe pasarse en una cantidad de 10 ml/ hora.

Si hay sobredosis de METADONA: El tratamiento y control debe ser más largo, pues los efectos pueden persistir 24 – 72 horas. Perfusión continua de 500 mlt. de D.A.D 5% con 0.8 mgs. (2 amp.) de Naloxona a 10 gotas por minuto.

- La fiebre sugiere infección bacteriana secundaria a neumonía por aspiración, endocarditis, celulitis, meningitis, hepatitis viral o infección por VIH, lo cual requerirá manejo cuidadoso de muestras de sangre y secreciones.
- Las convulsiones responderán a la Naloxona.
- Si broncoespasmo: -----→ Broncodilatadores

Tratamiento de Hipotensión

L.E.V con monitorización de PVC para no precipitar edema agudo de pulmón.

Vasopresores ---→ Dopamina. (Adrenalina para ser más eficaz).

Normalizada T / A --→ administrar Furosemida para inducir diuresis.

Dopamina – Intropin^R - 5 mlt. = 200 mgs.
Cardiopalm^R - 5 mlt. = 200 mgs.

DOSIS: 3 – 5 mcg. / K g/ minuto.

Calculo de micro gotas en bomba: $\frac{P \times Dosis}{K} = cc / hora.$

1 amp. en 125 cc de D.A.D

K = 0.26

Adrenalina - 1cc = 1 mgs. Amp.

DOSIS: 4 amp. en 250 cc

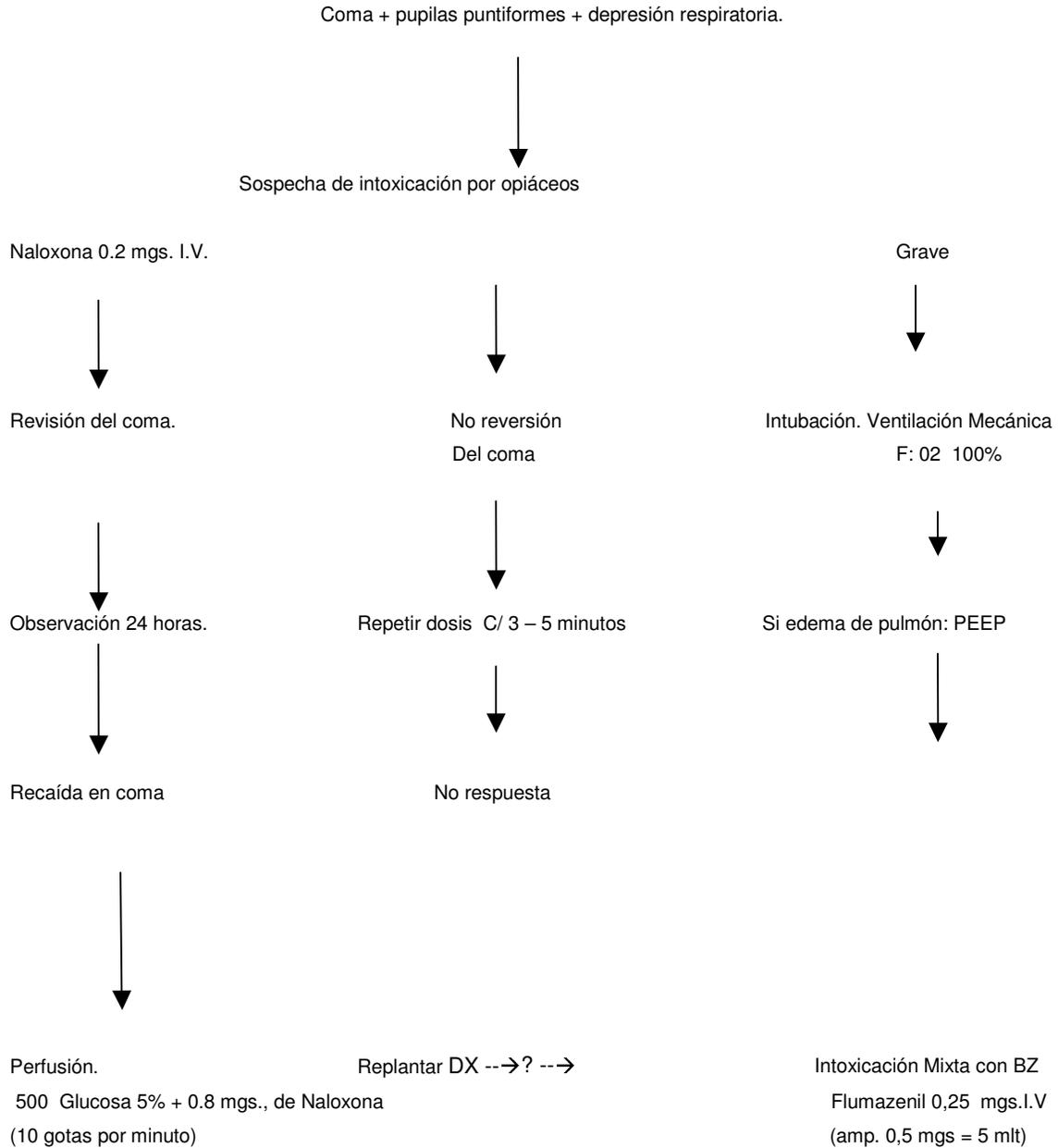
K = 0.26

Tratamiento Hipoglucemia:

Usar glucosa al 50%. Acidosis Metabólica: Corregir con Solución de Bicarbonato 1 molar según necesidades.

El manejo de la sobredosis de opiáceos requiere los recursos especializados (anestesiología, psiquiatría y neurología) y los equipos de instituciones de tercer nivel.

SOBREDOSIS POR OPIACEOS



Modificado de Cadafatch y casos 1993. El paciente Heroínómano en el Hospital General. Madrid. Plan Nacional de Drogas. Madrid.

15.3.4 PAUTAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO CLINICO DE LA ABSTINENCIA A OPIACEOS.

Deberá realizarse en una unidad hospitalaria de desintoxicación del nivel terciario de la red.

Si no se cuenta con drogas sustitutas como la metadona se puede usar para el tratamiento la Clonidina que tiene la ventaja de no ser un opioide y la desventaja de causar hipotensión ortostática.

El esquema de manejo es:

SINDROME DE ABSTINENCIA A LA HEROINA. PAUTA DE DESINTOXICACION: Clonidina- CATAPRESAN

Tabl : 150 mg. (0.15 mgs)

CALCULO DE LA PAUTA Clonidina (Catapresan)

PESO (Kgs)	HEROINA (Kgs)	CLONIDINA (Kgs)	PAUTA
< 60	< 250	0.900	1
< 60	> 250 - < 1000	1.050	2
< 60	> 1000	1.200	3
> 60	<250	1.050	-
> 60	> 250 - < 1000	1.200	-
> 60	> 1000	1.350	4

R.A.M: Hipotensión, mareos, trastornos del ritmo cardiaco.

Cuidado en pacientes que toman medicamentos antidepresivos y sufren de hipotensión ortosttica.

No administrar con Antidepresivos tricíclicos: además de hipotensión mayor, no responden.

C.I: Embarazadas, pacientes con psicosis, arritmias cardiacas, enfermedades cardiovasculares, hipo – hipertensión.

PAUTA DE DESINTOXICACION CLONIDINA

Catapresan Tabl: 150 microgramos. (0.15 mgs)

DIA	PAUTA 1 (0.900 Mgs.)	PAUTA 2 (1.050 Mgs.)	PAUTA 3 (1.200 Mgs.)	PAUTA 4 (1.350 Mgs.)
1	0 - 2 - 2	0 - 2 - 3	0 - 2 - 3	0 - 3 - 3
2	2 - 2 - 2	2 - 2 - 3	3 - 2 - 3	3 - 3 - 3
3	2 - 2 - 2	2 - 2 - 3	3 - 2 - 3	3 - 3 - 3
4	2 - 1 - 2	2 - 2 - 2	2 - 2 - 3	3 - 2 - 3
5	1 - 1 - 2	2 - 1 - 2	2 - 2 - 2	2 - 2 - 3
6	1 - 1 - 1	1 - 1 - 2	2 - 1 - 2	2 - 2 - 2
7	1 - 1/2 - 1	1 - 1 - 1	1 - 1 - 2	2 - 1 - 2
8	1/2 - 1/2 - 1	1/2 - 1/2 - 1	1 - 1 - 1	1 - 1 - 2
9	1/2 - 1/2 - 1/2	1/2 - 1/2 - 1/2	1/2 - 1/2 - 1	1 - 1 - 1
10	1/2 - 0 - 1/2	1/2 - 0 - 1/2	1/2 - 0 - 1/2	1/2 - 1/2 - 1
11	0 - 0 - 1/2	0 - 0 - 1/2	0 - 0 - 1/2	1/2 - 0 - 1/2
12	0 - 0 - 0	0 - 0 - 0	0 - 0 - 0	0 - 0 - 1/2

SINDROME ABSTINENCIA OPIACEOS

Pauta de Desintoxicación: Metadona Tabl. * 40 Mgs.

Establecer dosis basal (Esta se hace calculando dosis de consumo de Heroína, después de administrarla).

Si se desconoce: Iniciar con 15 a 20 mgs. Como dosis de prueba y observar.

Nota: 40 mgs en 24 horas sirve generalmente para prevenir el síndrome de abstinencia en la mayoría de los pacientes.

Determinada la dosis basal y el plan de administración de la metadona se procede a una reducción gradual de la dosis a un ritmo de 10 – 20% por día, dependiendo del paciente (historial de consumo, complicaciones en anteriores síndromes de abstinencia).

Plan de Dosificación y Reducción Gradual

Desintoxicación completa en 21 días con dispensación del fármaco a dosis decrecientes, con una reducción diaria, en ningún caso superior al 25% hasta conseguir que el paciente quede libre de drogas.

Dosis de Iniciación

HEROINA	METADONA Tabl. * 40 mgs.	
Autoadministrado según declaración del paciente (5% - 10% pureza supuesta).	Total en 24 horas.	Número de Tabl.
1/8 grm. (125 mgs).	15 – 20 mgs.	1/2
1/4 grm. (250 mgs).	30 – 45 mgs.	3/4 - 1.0 – (1/4)
1/2 grm. (500 mgs).	60 – 90 mgs.	1,1/2 – 2,1/4
3/4 grm. (750 mgs).	90 – 135 mgs.	2,1/4 – 3,1/4
1 grm.	120 – 190 mgs.	3 – 4,3/4

Establecida la dosis, se inicia Reducción Gradual. Esta depende del usuario y de la dosis inicial establecida.

Establecida la dosis se deja por tres días y luego se empieza a reducir 1/4 de Tableta. Se deja esa dosis por - X - número de días y se continúa disminuyendo 1/4 por - X - número de días hasta alcanzar el día 21.

SINDROME DE ABSTINENCIA A LA HEROINA

Pauta de Desintoxicación Rápida

Naloxona: Amp. x 0.4 mgs: Narcan

Naltrexona: Tabl x 50 mgs. Storax

Clonidina: Tabl. X 0.150 mgs.

HORA	FÁRMACO	DIA 1 5D/4D	DIA 2 5D/4D	DIA 3 5D/4D	DIA 4 5D/4D	DIA 5 5D
8:30	Nlx * Cln	0.8 IV	0.1 – 0.3	0.1 – 0.2 – 0.1	0.1 – 0.2 – 0.1	100
9:00	Cln Ntx	0.1 – 0.3	12.5/25	25/50	50/100	0.1 0.1
11:00	Ntx	12.5				
14:00	Cln	0.1 – 0.3	0.1 – 0.3	0.1 – 0.2/0.1		
20:00	Cln	0.1 – 0.3	0.1 – 0.3	0.1 – 0.2/0.1		
D T D	Cln	0.3 – 0.9	0.3 – 0.9	0.3 – 0.6/0.3		
D T 5D	Ntx	12.5	12.5/25	25/50	50/100	100

5D: Pauta de 5 días

4D: Pauta de 4 días

D T D: Dosis total diaria

Nlx: Naloxona

Cln: Clonidina

Ntx: Naltrexona

**SINDROME DE ABSTINENCIA A LA HEROINA
PAUTA DE DESINTOXICACION – D. PROPOXIFENO**

GAFANAL Amp. X 75 mgs.

Tabl x 65 mgs.

DOSIS CALCULADA PARA CONSUMO APROXIMADO DE ½ gms. AL DÍA.

DÍA	NUMERO DE TABL.
1	4 – 2 – 4
2º - 5º	4 – 4 – 6
6º	4 – 4 – 4
7º	4 – 2 – 4
8º	2 – 2 – 4
9º	2 – 2 – 2
10º	2 – 1 – 2
11º	1 – 0 – 2
12º	0 – 0 – 1
13º	Suspensión

15.3.5 PAUTAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO CLINICO DE LA DESHABITUACION A OPIACEOS.

DEPENDENCIA A HEROINA

TRATAMIENTO DE DESHABITUACION

NALTREXONA: Caps x 50 mgs. Storax



Desintoxicación: Mínimo 7 días Heroína, 10 días Metadona



Verificación de que esta libre de Drogas.

Control de orina (Positivo: Esperar 48 horas)

Test de Naloxona: 2 Amp. Subcutánea y esperar 45 minutos.



No drogas orina y/o no Síndrome de Abstinencia Opiáceo – SAO -



Terapia de inducción: 25 mgs. de Naltrexona, esperar 1 hora y administrar otros 25 mgs.



No SAO: Terapia de mantenimiento. Empezar al día siguiente, con una de estas dos pautas:

50 Mgs../día

100 Mgs. Lunes y Miércoles y 150 mgs, el Viernes.



Seguimiento clínico y analítico.: 06 meses – 1 año.

Dosis Equivalentes de Metadona y Otros Farmacos de Posible Utilidad en Síndrome de Abstinencia a La Heroína.

1 mg. de Metadona es igual a:

- 30 mgs. de Codeína.

(Codipront caps x 30 mgs. Jarabe c/ 10 cc = 21.9 (contiene además Feniltoloxamina)

Winadeine F: tabl. X 30 mgs. + 500 mgs. de Acetaminofen

-3 – 5 mgs. de Oxycodona

Percodan compuesto - tabla x2.42 mgs. de Oxycodona + ASA 325 mgs

15.4 ALUCINOGENOS

15.4.1 PAUTAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO CLINICO DE LA INTOXICACION.

En el caso de la reacción de pánico lo más importante es tranquilizar al paciente con una actitud firme y serena al tiempo que se le asegura que no está enloqueciendo y que no enloquecerá. No deje al paciente solo. Si el manejo previo no es eficaz, una dosis de diazepam (10 mg oral) es suficiente.

Si se trata de delirium al igual que en el cuadro anterior es muy importante tranquilizarlo, decirle frecuentemente que no está enloqueciendo. Proteger al paciente de sus acciones teniendo en cuenta el compromiso del juicio. Evitar dar medicación psicotrópica que pueda enmascarar el cuadro. Dar halopidol 2 – 10 mg intramuscular u oral sólo si hay agitación extrema o paranoia. Habitualmente con este tratamiento la sintomatología desaparece en muy poco tiempo. El diagnóstico y tratamiento precoces evitará complicaciones y el tener que usar restricción física del paciente. Sin embargo, si es necesaria por la agitación, no se debe vacilar en usarla para evitar daño al paciente o a otros.

La psicosis debe tratarse con farmacoterapia y/o psicoterapia según la patología subyacente.

Si el paciente presenta flashbacks debe ser tranquilizado y se le debe advertir sobre el riesgo del futuro consumo de SPA, especialmente Marihuana. Debe darse una pequeña dosis diaria de antipsicótico (haloperidol, 2 – 5 mg o clorpromazina 25 mg en la noche) por 6 a 8 semanas.

15.4 PAUTAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO CLINICO DE LA DESHABITUACION A OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia Psicoactiva	Medicamento	Dosis	Observaciones
Nicotina	Bupropion*	150 a 300 mgs/día x 8 a 12 semanas	No mezclar con ISRS
Cocaína y Derivados	Bromocriptina	1 a 2 tabletas/día dependiendo de la intensidad del consumo y del "craving"*** -	Iniciar con Dosis Bajas e ir aumentando. CI en pacientes con enfermedad mental e IAM reciente.
Marihuana	Bupropion* Imipramina	Igual que tabaquismo 1 a 3 tabletas/día	
Alcohol	Naltrexona** Carbamazepina	1 tabl (50 mgs) /día 1 a 3 tabl/día	Asegurarse que el paciente no este consumiendo opiáceos CI si Hepatopatía Grave

*Odranal- Duforin R- Wellbutrin S.R. Tabletetas por 150 mgs

** Storax: comprimidos pro 50 mgs

*** "Craving": compulsividad por el consumo

16. GLOSARIO

ABUSO (DSM-IV -TR).

Patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva a un deterioro significativo o malestar manifestado por uno o más de los siguientes criterios, los cuales ocurren dentro de un periodo de 12 meses:

Uso recurrente de la sustancia que resulta en una falla en el cumplimiento de responsabilidades principales en el trabajo, la escuela o la casa (p.ej. ausencias repetidas o pobre desempeño en el trabajo relacionados con el uso de sustancias, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de los niños o de la casa).

Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso (p.ej. conducir un automóvil u operar maquinarias cuando sus condiciones están disminuidas por el uso de sustancias).

Problemas legales relacionadas con el uso recurrente de sustancias (p.ej. arrestos por desórdenes de conducta relacionados con el uso de sustancias).

Uso continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej. discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas)

ACCESIBILIDAD

Posibilidad que tiene un potencial usuario de servicios de atención de recibirlo efectivamente. Depende de la cantidad y suficiencia de la oferta de servicios, su ubicación geográfica y el costo al usuario.

ADICTION SEVERITY INDEX (ASI)

Instrumento de evaluación clínica para el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas basado en una entrevista estructurada orientada a la obtención de un perfil de severidad de los problemas adictivos, definidos con base en siete áreas generales de evaluación: Uso de sustancias, aspectos médicos, psicológicos, legales, familiares/sociales y laborales / soporte social. La severidad dentro del ASI es definida como “necesidad de tratamiento adicional”.

CIE-10

Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 1992 con el título: “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research”

CONTINUUM DE ATENCION

Conjunto de intervenciones terapéuticas y establecimientos de atención para los problemas derivados del consumo de sustancias que se organizan en red con la finalidad de ofrecer alternativas de tratamiento en todas las fases evolutivas de dichos problemas a los distintos grupos de usuarios que los requieran, garantizando la continuidad del tratamiento sin vacíos de atención que atenten contra su oportuna y completa recuperación.

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. Se caracteriza por deseo intenso de ingerir sustancias, pérdida parcial o completa de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, síntomas somáticos de abstinencia cuando se reduce o suprime el consumo, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de satisfacción y persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

DIAGNOSTICO DUAL

Coexistencia de trastornos debidos al uso de sustancias y otros trastornos mentales en personas consumidoras de manera simultánea. Equivalente al termino "trastorno dual".

DROGA

Cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo es capaz de modificar su funcionamiento.

ESTANDARES DE ATENCION

Valor preestablecido que expresa cuándo un criterio de atención está dentro de los límites de una calidad aceptable.

INDUCCION TERAPEUTICA

Conjunto de intervenciones por parte del equipo de atención orientadas a fomentar en los sujetos afectados por el consumo de sustancias, la motivación a emprender y mantenerse en un programa de tratamiento. Puede incluir no solo al consumidor sino también a miembros de la familia.

INTOXICACION (DSM-IV-TR)

Estado transitorio, reversible, consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol cuyo efecto sobre el sistema nervioso central 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, las cuales aparecen durante el episodio de consumo o poco tiempo después del mismo.

MONITOREO TOXICOLOGICO

Vigilancia realizada sobre el consumo de sustancias de los sujetos potencialmente consumidores mediante la implementación de procedimientos de detección de sustancias de abuso en el organismo (muestras de sangre, orina, aliento, etc.,)

NORMAS MINIMAS

Marco de referencia que establece las condiciones mínimas requeridas para el adecuado funcionamiento de un establecimiento de prestación de servicios de atención en el tratamiento de problemas derivados del consumo de sustancias.

PATRÓN DE CONSUMO

Características que presenta el consumo de sustancias en un sujeto dado en un momento en particular. Se refiere específicamente a la dosis y a la frecuencia de administración así como a la motivación y al grado de control sobre el consumo.

PREVALENCIA

En estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos y antiguos por 100.000 habitantes de una determinada enfermedad.

PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS (DSM-IV-TR)

Trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (generalmente auditivas), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (paranoides o de persecución), trastornos psicomotores (agitación, estupor) y estados emocionales anormales que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio aunque puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia.

SINDROME DE ABSTINENCIA.(DSM-IV-TR)-

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una cesación o reducción del consumo de una determinada sustancia el cual venía siendo reiterado, generalmente prolongado y a dosis elevadas.

TOLERANCIA

Necesidad del aumento progresivo de la dosis de una sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas

TRASTORNO AFECTIVO INDUCIDO POR DROGAS (DSM-IV-TR)

Alteración del afecto consistente en estado de ánimo depresivo, pérdida significativa del interés o de la capacidad de disfrute en las actividades, irritabilidad, elevación o expansividad del afecto relacionadas con un episodio reciente de intoxicación o abstinencia de sustancias.

TRASTORNO DE INTOXICACIÓN INDUCIDO POR DROGAS (DSM-IV-TR)

Trastorno caracterizado por intoxicación marcada, ataques de pánico, obsesiones o delirios los cuales se desarrollan secundario a un episodio reciente de intoxicación o de síndrome de abstinencia de sustancias.

TRASTORNO DE LA PERCEPCION ALUCINATORIO PERSISTENTE INDUCIDO POR DROGAS (“FLASHBACKS”) (DSM-IV-TR).

Trastorno caracterizado por la revivencia de síntomas sensorceptivos experimentados durante la intoxicación por sustancias alucinógenas las cuales ocasionan malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Son de naturaleza episódica, frecuentemente de corta duración y ocurren más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

ANEXO 1

CIE-10

DECIMA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (F10 – F19)

DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

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 psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

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. Para ahorrar espacio, todas las sustancias psicotropas se enumeran al principio, seguidas por los códigos del cuarto carácter, los cuales son aplicables a todas las sustancias psicotropas que lo requirieran. Sin embargo, no todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros). Siempre es aconsejable corroborar en varias fuentes la información sobre el consumo de la sustancia en cuestión.

Los análisis objetivos son la evidencia más fiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente.

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en **F19**, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias

psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

- 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 psicotropas.

F1x.0 INTOXICACION 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 SINDROME DE ABSTINENCIA

- .30 No complicado.
- .31 Con convulsiones

F1x.4 SINDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM

- .40 Sin convulsiones
- .41 Con convulsiones

F1x.5 TRASTORNO PSICOTICO

- .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 SINDROME AMNESICO

F1X.7 TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICOTICO DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

- .70 Con reviviscencias (“flashbacks”)
- .71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento
- .72 Trastorno afectivo residual
- .73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias Psicotropas
- .74 Otro deterioro cognoscitivo persistente
- .75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias Psicotropas.

F1x.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO

F1x.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN

- **F1x.0 INTOXICACION AGUDA**

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias Psicotropas 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.

Este es el diagnóstico principal sólo en los casos en los que intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias Psicotropas. Si no fuera así, tienen preferencia los diagnósticos de consumo perjudicial (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o trastorno psicótico (F1x.5).

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

La intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia (ver el capítulo XX de la CIE-10), aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias Psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias Psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte muchas sustancias Psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que tener en cuenta los traumatismos craneo-encefálicos agudos y la hipoglucemia. También hay que considerar que la intoxicación puede ser la consecuencia de un consumo mixto de sustancias.

- **F1x.1 CONSUMO PERJUDICIAL**

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en el caso de la hepatitis por administración de sustancias Psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (ver F1x.0) y las resacas, no son en sí mismas evidencia suficiente del “daño para la salud” requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias Psicotropas.

• F1x.2 SINDROME DE DEPENDENCIA

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, 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. La manifestación más característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias Psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo, para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia(o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los Síntomas de abstinencia.

- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.
- Reducción progresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por ejemplo, tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol).
- Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para el alivio del dolor y que pueden presentar Síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.
- El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general, cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presenta inquietud).

- **F1x.3 SINDROME DE ABSTINENCIA**

Se trata de un 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. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que tener en cuenta que muchos síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser consecuencia de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo de trastornos de ansiedad o depresivos. La simple “resaca” o un temblor de otra etiología, no deben confundirse con los síntomas de un síndrome de abstinencia.

• F1x.4 SINDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM

Se trata de un trastorno en el que el síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium. (ver las pautas de F05).

Codificar aquí el delirium tremens inducido por el alcohol. El delirium tremens es un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida. Suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. El delirium tremens comienza, por lo general, después de interrumpir el consumo de alcohol, aunque pueden ser provocados por otros factores (traumatismos o infecciones). En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevado de alcohol, en este caso debe codificarse aquí.

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de Síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

- **F1x.5 TRASTORNO PSICOTICO**

Se trata de un 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.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

Este diagnóstico está reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.75.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias Psicotropas tienen Síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

No debe hacerse el diagnóstico de trastorno psicótico por la mera presencia de distorsiones de la percepción o experiencias alucinatorias tras el consumo de sustancias de efectos alucinógenos primarios (por ejemplo LSD, mezcalina o cannabis a altas dosis). En estos casos y también en los estados confusionales, el diagnóstico posible a considerar es el de intoxicación aguda (F1x.0).

Debe tenerse un cuidado especial en no confundir un trastorno psiquiátrico más grave (por ejemplo, una esquizofrenia) con un trastorno psicótico inducido por sustancias Psicotropas. Muchos de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias Psicotropas son de corta duración, como sucede en las psicosis anfetaminicas y cocainicas, a menos que vuelvan a ingerirse nuevas cantidades de la sustancia. Los falsos diagnósticos en estos casos tienen implicaciones desagradables y costosas tanto para los enfermos como para los servicios sanitarios.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que tener en cuenta la posibilidad de que el consumo de una sustancia pudiera agravar o precipitar otro trastorno mental como una esquizofrenia (F-20), un trastorno del humor (afectivo) (F30-F39), un trastorno paranoide o esquizoide de la personalidad (F60.0- F60.1). En estos casos podría no ser adecuado el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias Psicotropas.

F1x.6 SINDROME AMNESICO

Se trata de un 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 esta 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 cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas y los defectos amnésicos son incomparablemente mayores que los de otras funciones.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

El síndrome amnésico inducido por alcohol u otras sustancias Psicótropas debe satisfacer las pautas generales del síndrome amnésico orgánico (F04).

Los requisitos primarios para este diagnóstico son:

- Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognitivas.
- Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias Psicótropas.
- Los cambios de la personalidad que suelen consistir en apatía y pérdida de iniciativa y tendencia a descuidar el aseo personal, no son condiciones necesarias para el diagnóstico. Aunque la confabulación pueda ser marcada, no es necesariamente un requisito para el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que tener en cuenta el síndrome amnésico u orgánico (no alcohólico, ver F04), otros síndromes orgánicos con afectación importante de la memoria (demencia o delirium, F00-F03; F05) y el trastorno depresivo (F31-F33).

- **F1x.7 TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDIO INDUCIDO POR ALCOHOL O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS**

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

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicotrópica. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias, sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias Psicotropas si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las normas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0. intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias Psicotropas no es siempre irreversible y así las funciones intelectuales y amnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

Este trastorno psicótico residual debe diferenciarse cuidadosamente del síndrome de abstinencia (F1x.3 y F1x.4). Hay que recordar que en algunos trastornos y para algunas sustancias, los Síntomas de un síndrome de abstinencia pueden durar varios días o semanas, después de la interrupción del consumo de la misma.

Los trastornos inducidos por sustancias Psicotropas que persisten una vez interrumpido el consumo y que satisfacen las pautas para el diagnóstico de trastorno psicótico, no deben ser diagnosticados aquí (recurrir a F1x.5, trastorno psicótico). Los enfermos que presentan el estado crónico final del síndrome de Korsakov deberían codificarse en F1x.6.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que tener en cuenta un trastorno mental preexistente enmascarado por el consumo de una sustancia que reaparece una vez que los efectos del alcohol o las sustancias Psicotropas desaparecen (por ejemplo, ansiedad fóbica, trastorno depresivo, esquizofrenia o trastorno esquizotípico). En el caso de las reviviscencias, hay que considerar también los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23). Hay que tener también en cuenta una posible lesión orgánica cerebral y el retraso mental medio o moderado que puede coexistir con el consumo patológico (F70-F71).

ANEXO 2

ESTRATEGIAS DE MINIMIZACION DE RIESGOS

PROPUESTA DESDE SALUD PARA LA REDUCCION DEL RIESGO¹⁶.

Entre los argumentos que se esgrimen para proponer estrategias de reducción de daño y minimización de riesgos se aduce: la humanidad ha estado en contacto con el consumo de sustancias psicoactivas a través de toda su historia y pretender tener una sociedad libre de sustancias es poco realista. Es más racional aceptar la realidad de nuestra cultura y tratar de educar a la población que decide consumir estas sustancias para minimizar el riesgo de presentar los problemas. Teniendo en cuenta que el problema es multifactorial y que existe evidencia objetiva que algunos de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas son susceptibles a intervenciones en algunas poblaciones, es que se presenta esta propuesta de reducción del riesgo como desarrollo del componente de conductas adictivas de la Política Nacional de Salud Mental.

Antes de definir lo que significa reducción de riesgo e indicar cuáles son sus posibles ventajas desde la perspectiva de salud, es conveniente reconocer que la población adulta colombiana tiene involucrada en su cotidianidad el consumo de sustancias psicoactivas con fines recreativos (por ejemplo 85% consumen alcohol y el 25.9% son fumadores). La mayoría de estos consumidores de las sustancias psicoactivas están en riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo. El Estado tiene la obligación de informar a la población de los riesgos individuales inherentes del consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, la población adulta debidamente informada que decida consumir la sustancia, tiene el deber de no exponer a los demás a un riesgo adicional.

La reducción del riesgo se centra entonces en minimizar los posibles problemas relacionados con el consumo y no necesariamente en la abstinencia a la sustancia que continúa siendo lo ideal. Existe buena evidencia de que esta aproximación tiene efectividad en reducir los problemas. Se parte del principio ético de NO HACER DAÑO, que se traduce que entre dos riesgos relativos se debe fomentar aquel que pueda tener menos consecuencias serias. Sin desconocer que ningún riesgo será siempre el objetivo final, también es igualmente realista y oportuno reconocer que en términos del consumo recreativo de sustancias psicoactivas, un porcentaje de la población consume y seguirá haciéndolo. Por lo tanto, la reducción del riesgo puede y debe reducir el riesgo a personas que consumen pero también a aquellas que no han consumido.

La propuesta de reducción del riesgo parte de reconocer el precepto constitucional donde se le reconoce al individuo su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Este aparte revisa entonces, con el conocimiento científico disponible, la dosis de las sustancias psicoactivas para consumo que se puede recomendar por debajo del cual se minimizan los posibles problemas asociados.

¹⁶ Tomado de la Resolución 2358 de Junio 18 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de salud Mental en Colombia. Anexo I. Reducción del Riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

Así mismo esta aproximación le permite al Sistema de Seguridad Social en Salud facilitar el acceso de aquellas personas que teniendo un síndrome de dependencia, hayan fracasado el tratamiento convencional repetidas veces, y probablemente se pueden beneficiar del tratamiento con sustancias sustitutas por parte del equipo de salud.

Finalmente, la evidencia de un consumo de heroína con el riesgo de un cambio de patrón de consumo a uso endovenoso, y la aparición de una posible epidemia, requiere de una actitud política que permita al Estado: ejercer una vigilancia epidemiológica para identificar los cambios de patrones de consumo; promover en los consumidores patrones de consumo de menor riesgo; facilitar el acceso a las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas mediante tratamientos, desintoxicación y/o mantenimiento con Metadona, y así mismo, responder a las necesidades individuales de los que se retienen en los servicios de tratamiento.

A manera de ejemplo, la reducción del riesgo puede promover como un objetivo intermedio a un consumidor endovenoso de heroína a cambiar a un consumo aspirado o "persiguiendo el dragón", que es un patrón menos riesgoso para la salud. Luego, otro objetivo intermedio puede ser comenzar un sustituto como la Metadona para mantenimiento o como un proceso de desintoxicación lenta. El objetivo final puede entonces ser una persona abstinente a la heroína o una persona mantenida con Metadona a largo plazo.

- **ALCOHOL. CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.**

La primera etapa del desarrollo de esta estrategia se ha estado cumpliendo desde 1986 con la Ley 30, cuando se le solicitó a las empresas productoras de bebidas alcohólicas que incluyeran la leyenda sobre sus etiquetas: "El exceso de alcohol es perjudicial para la Salud". En general este concepto es de dominio público "Pero qué es realmente consumo excesivo de alcohol?"

Siguiendo la estrategia de reducción del riesgo, es conveniente introducir las recomendaciones del Ministerio de Salud para consumir alcohol de una forma más segura y minimizando los problemas relacionados.

Colombia es un país básicamente consumidor de bebidas alcohólicas y este comportamiento sólo genera una serie de problemas que pueden ser reducidos si el grueso de la población que decide ingerir alcohol, sabe cómo "tomarse unos tragos" sin que represente mayor riesgo para su salud y para quienes lo rodean.

De acuerdo a la definición de fin de semana y el patrón de consumo presentado en este documento la recomendación para la población colombiana mayor de edad, sin síndrome de dependencia al alcohol y para mujeres no embarazadas es de: 12 (doce) tragos para los hombres y ocho (8) para las mujeres distribuidos equitativamente durante el fin de semana. En términos más prácticos la recomendación es de tres (3) tragos por día para los hombres y de dos (2) tragos para mujeres con una (1) hora de intervalo entre tragos durante los cuatro (4) días del fin de semana que acostumbra a consumir la mayoría de la población, sin ser estos acumulables.

- **TABACO. REDUCCION DE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS.**

La indicación del Ministerio de Salud que toda cantidad de cigarrillo es perjudicial para la salud continúa siendo válida. No se puede recomendar un número de cigarrillos por debajo del cual se minimizan los riesgos de enfermar. Sin embargo, también es razonable recomendar que una reducción en la cantidad de cigarrillos para los fumadores es beneficiosa y facilita que en un futuro cercano la persona esté en más posibilidad de suspender definitivamente.

Promoción del Uso de Sustitutos para la Administración de Nicotina.

Existe en nuestro medio el chicle de resina de nicotina y el parche que suministra nicotina. Ambos productos suministran una dosis sostenida de nicotina que disminuye los deseos de consumir cigarrillo y el síndrome de abstinencia, mejorando así el éxito de un fumador de suspender el consumo de cigarrillo.

Se considera que enseñar a la población a utilizar estos productos como coayudantes para suspender el consumo de cigarrillo puede tener un impacto importante en términos poblacionales, sin que represente esta recomendación un riesgo adicional.

- **REDUCCION DE DAÑO Y DROGAS ILEGALES**

La transformación que ha presentado el concepto de "dosis para uso personal" comenzando con la cantidad de porte para uso personal y determinado de forma completamente arbitraria en marihuana 20 gramos, cocaína en 1 gramo y metacualona en 2 gramos que tenía el fin de limitar el ingreso a la cárcel de portadores de estas sustancias, hasta el comentario que se origina al final del salvamento de voto presentado por algunos miembros de la Corte Constitucional, donde introducen en su argumento, después de fallar como inexecutable el artículo 51 "de las contravenciones", que se despenaliza hasta el consumo de la dosis personal, insinuando a la población general que existe tal concepto como dosis personal de estas sustancias psicoactivas. Lo que más bien pretendía la ponencia del doctor Carlos Gaviria era eliminar las sanciones estipuladas por el artículo 51 a los consumidores de estas sustancias psicoactivas, no la de recomendar que estas cantidades arbitrarias eran seguras para el consumo humano.

Con el conocimiento científico actual, el Ministerio de la Protección Social está únicamente en la condición de recomendar que cualquier cantidad de las sustancias psicoactivas son un riesgo para la salud individual y colectiva. No se conoce una dosis debajo de la cual se disminuyan las consecuencias del consumo de cocaína, heroína, marihuana, etc.

Los efectos beneficiosos del fallo Constitucional sobre la población consumidora de sustancias psicoactivas en términos de salud, son que los desestigmatiza e igualmente les da un trato equitativo con los consumidores de sustancias plenamente legales como el alcohol, tabaco y medicamentos de control especial. Esta situación potencialmente puede facilitar el acceso voluntario de la población consumidora de sustancias psicoactivas a los centros de tratamiento.

Sin embargo, es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social conceptualizar científicamente y recomendar a la población general si estas cantidades son realmente dosis personales.

Esto implicaría médicamente, que después de someter estas sustancias a pruebas animales y luego a las diferentes fases de estudios farmacológicos, demuestre qué cantidad máxima de consumo es segura para la salud y que no constituye mayor riesgo para ella.

No existen estudios bien controlados que demuestren que las dosis denominadas en la Ley 30 de 1986 como "dosis personales" (1 gr de clorhidrato de cocaína, 20 gr de marihuana) se puedan recomendar como seguras. Es más, existe bastante evidencia de lo contrario. Aun la marihuana, que es una sustancia psicoactiva con pocas consecuencias reconocidas, tiene demostrado un potencial carcinogénico comparable con el tabaco.

- **RECOMENDACION DE PATRONES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO**

Enmarcado dentro de esta propuesta de reducción de riesgo y reconociendo que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en nuestro medio, conviene tratar de educar e influenciar a la población consumidora en formas de consumo menos riesgosas.

La escala descendente de riesgo de patrones de consumo que se propone es:

- Uso endovenoso compartiendo agujas y jeringas.
- Uso endovenoso con agujas y jeringas estériles.
- Fumando la sustancia.
- Inhalando (persiguiendo el dragón).
- Aspirando la sustancia.
- Tomando un sustituto.
- Suspendiendo el consumo.

Parece a primera vista un contrasentido que inicialmente el Ministerio de Salud rectifique que no existe dosis personal segura para consumo, pero que a la vez, trate de educar a aquellos que hayan decidido consumir las sustancias, de cuáles formas pueden ser menos riesgosas para consumir. Sin embargo, no lo es porque para aquella persona que haya decidido consumir, un objetivo intermedio es ayudar a los consumidores a descender en la escala para minimizar el riesgo pero manteniendo como objetivo final la intención de ayudarlos a suspender el consumo.

- **CONSUMO DE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA Y VIH/SIDA**

La Prevalencia de VIH entre consumidores de drogas que están en tratamiento puede variar entre 0% y 35%. Los consumidores de drogas son considerados una población de alto riesgo para la infección por VIH y para otras infecciones como la hepatitis A, B y C. Entre las razones que explican esta vulnerabilidad están:

- La utilización de drogas por vía intravenosa en la que interviene la utilización y el compartir jeringas no estériles.
- El contacto sexual inseguro, con individuos infectados, sin protección.
- El uso de drogas no inyectables como el crack en el que se eleva la probabilidad de contacto sexual sin protección, con múltiples parejas, el intercambio de sexo por drogas o por dinero.

Existen evidencias de que los programas de tratamiento para el abuso y dependencia de drogas constituyen una efectiva aproximación preventiva para la infección por VIH, la hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual, ya que incrementa los comportamientos preventivos entre los usuarios. Conjuntamente con otros programas integrales de prevención de VIH como la búsqueda activa de casos en las comunidades y los programas de acceso a jeringas estériles, conforman una estrategia costoefectiva y realizable. Los miembros del equipo de tratamiento de los programas para consumidores y dependientes de drogas pueden estar en capacidad de desarrollar herramientas para prevenir, identificar y disminuir las consecuencias perjudiciales de la infección por VIH y hepatitis A, B y C entre la población usuaria de dichos servicios, la cual conforma un grupo de alto riesgo para este tipo de problemas.

En Colombia, la evidencia alarmante del Estudio Mundial sobre “Uso de Drogas Inyectadas y Consecuencias para la Salud” de la OMS en el cual participó Bogotá, muestra por ejemplo que la inyección de SPA es una práctica creciente en nuestro medio y que muchos grupos de consumidores están experimentando no sólo con la inyección de heroína (cada vez más disponible en calle), sino con la inyección de cocaína y alcohol, sustancias ampliamente disponibles y tradicionales en nuestro medio. El estudio muestra una diversidad de factores asociados a la transición de métodos tradicionales de uso, a métodos más invasivos pero también “efectivos” desde el punto de vista del consumidor. En consecuencia, deben llevarse a cabo acciones preventivas que desestimen la transición a la inyección de sustancias dirigidas a grupos de alta vulnerabilidad por estar fumando o inhalando sustancias como la heroína o por estar consumiendo en altas dosis y frecuencias sustancias como la cocaína.

La difusión del VIH ha sido extremadamente rápida en grupos de usuarios de drogas inyectadas (UDIs), tanto en países industrializados como en vía de desarrollo, mostrando una evolución en las tasas de incidencia del 10% al 50% por año. La creciente expansión del VIH por la inyección de drogas es producto no sólo del intercambio de jeringas entre usuarios y el uso compartido de otros elementos propios de la parafernalia de inyección sino de las prácticas sexuales de riesgo, pues los grupos de UDIs no son comunidades cerradas y suelen llevar una vida sexual activa al igual que el resto de la población, sirviendo como puentes a otras poblaciones y contribuyendo a la expansión del VIH y

otras infecciones como las hepatitis virales a través de la transmisión sexual (Des Jerlais, 1997).

En ciudades y regiones en las que la inyección de SPA es aún incipiente y en las que los índices de prevalencia de infecciones de transmisión sanguínea (VIH y Hepatitis B y C) en grupos de inyectores son aún bajos (tal como lo mostró el componente de seroprevalencia del estudio de la OMS en Bogotá), se recomienda una acción temprana, no sólo para evitar la expansión de la práctica sino para contrarrestar el impacto ampliamente demostrado de la inyección sobre la salud pública (Mejía & Pérez, 2003).

¿Qué puede ofrecer un Programa de Tratamiento para el Abuso y Dependencia de Drogas para incorporar la Prevención de VIH/Hepatitis? Sorensen; Masson; Perlman (2002)

Evaluación y Diagnóstico

- Evaluar los riesgos de adquirir o transmitir la enfermedad
- Historia de hepatitis previas o de vacunación.
- Test serológicos para VIH y hepatitis.
- Identificar candidatos para tratamiento por VIH y vacunación para hepatitis A y B.

Prevención Primaria (Evitar La Infección)

- Comprometer a los pacientes en el tratamiento para el abuso y dependencia de drogas.
- Brindar apoyo de consejería pre y post-test en los casos de despistaje de VIH y hepatitis.
- Educar y prestar consejería acerca de los riesgos asociados al uso de agujas y comportamientos sexuales de riesgo
- Proporcionar vacunación para hepatitis A y B.
- Establecer vínculos con organizaciones de búsqueda activa de casos:
 - o Programas de intercambio de jeringas.
 - o Centros de consejería y despistaje de VIH.
 - o Organizaciones comunitarias de búsqueda activa de casos.
- Para usuarios de drogas intravenosas que continúan inyectándose, referirlos a fuentes confiables de jeringas estériles.

Prevención Secundaria (Limitar las Consecuencias de la Enfermedad)

- Brindar atención médica primaria o conectar a los pacientes con servicios confiables que puedan prestarlos.
- Vincular los pacientes con organizaciones que los ayuden a manejar los problemas con la adherencia a tratamientos médicos o del abuso y dependencia de drogas.
- Promover la adherencia a la medicación a través de sistemas recordatorios, soporte social y estrategias con base en incentivos.

Información General y Comunicaciones

- Mantenerse atentos a las nuevas investigaciones, aspectos éticos y legales.
- Educar al equipo de tratamiento y a la comunidad acerca de las complicaciones médicas del abuso de drogas y de las opciones de tratamiento.
- Comprometer a los líderes comunitarios y a los representantes de los pacientes en la difusión de información acerca del manejo del VIH y de la hepatitis de una manera más eficiente.

• ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS DE REDUCCION DE DAÑOS EN ADICTOS A LA PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (BASUCO)

Debido al carácter sui géneris de la dependencia a la Pasta Básica de Cocaína se ha generado un reto muy serio y muy difícil de resolver entre los terapeutas. El manejo de esta adicción presenta varios problemas complejos, la mayoría de los cuales todavía no se han resuelto de manera sistemática y científica mediante estrategias adecuadas de investigación y continúan siendo esfuerzos personales de profesionales expertos, algunos con méritos.

Para disminuir la ansiedad “hambre de droga” se han intentado muchas y diversas terapias. Entre las farmacológicas y con algún éxito se han destacado el uso de la Bromocriptina, el clorhidrato de Biperidieno y la Buprenorfina. Más recientemente se ha estado experimentando con el Flupentixol, un nuevo antagonista dopaminérgico, el cual además de disminuir la ansiedad por el consumo (craving) produce un efecto antabus en los consumidores.

A pesar de los avances, 30 años después no hemos encontrado soluciones importantes a esta forma de consumo.

El deterioro Bio-psico-social de los consumidores de pasta básica de cocaína es muy intenso y es comparable al que sufren los usuarios de heroína, diferenciado tan sólo por los problemas de orden biológico asociados al consumo de esta sustancia por vía parenteral (SIDA, Hepatitis B y C, Septicemias, etc.).

En la gran mayoría de casos, los consumidores de Pasta Básica de Cocaína son policonsumidores que cuando solicitan ayuda suelen tener ya un marcado deterioro bio-sico-social. Algunos ya han recibido múltiples tratamientos sin éxito y otros no se han planteado la abstinencia. Esto hace necesario que dentro del arsenal terapéutico que se utilice para la rehabilitación de estas personas, se reflexione sobre la posibilidad de desarrollar estrategias de Reducción de Daños.

Plantear estrategias de Reducción de Daños para este tipo de usuarios no significa adoptar una posición derrotista frente al problema sino más bien buscar soluciones pragmáticas que mejoren su calidad de vida y les proporcionen la posibilidad de alcanzar metas intermedias y con ello conseguir la abstinencia total, si lo desean, como una meta definitiva

Estrategias de Actuación

Los programas a desarrollar pueden enmarcarse en cuatro principales líneas de acción:

1. Outreach (trabajo de calle)

- Motivación y sensibilización para que los consumidores inicien programas de rehabilitación.
- Educación para la salud.
- Educación para la vida.
- Educación objetiva y veraz sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos y riesgos para la salud.
- Alivio a su desesperanza, a través de la potenciación de sus fortalezas.

2. Facilitar el acceso a los servicios

- Centros de tratamiento con “Bajos Umbrales de Exigencia”.
- Grupos terapéuticos itinerantes y en la calle.
- Acercamiento activo de los centros de tratamiento a los usuarios (buscarlos y no esperar que ellos lleguen).
- Ubicar brigadas de salud en los sitios donde se encuentran los consumidores.
- Unidades móviles de salud.
- Oferta de espacios, sin condicionamientos.

3. Promover la participación activa de los usuarios de sustancias psicoactivas

- Formar iguales para que se conviertan ellos mismos en difusores y promotores de este tipo de estrategias, así sean consumidores activos.
- Integrarlos a equipos mixtos para que colaboren con los profesionales en la construcción de programas y estrategias dirigidas a los mismos consumidores.

4. Cambios en las formas del consumo y sustitución de sustancias por otras que produzcan menores problemas bio-psico-sociales

Esta puede ser quizás la más polémica de las propuestas de actuación. El consumo de esta sustancia en “pipa”, corresponde a una de las formas de uso que producen mayor adicción y más deterioro biosicosocial.

Es frecuente también en nuestro medio que esta sustancia se consuma mezclada con marihuana, conformándose lo que en el argot de los consumidores y popular se conoce como “diablo” o “maduro”. Esta mezcla es usada para disminuir los efectos “paranoides” que produce el consumir pasta básica sola..

Aprovechando esta práctica ya instalada entre los consumidores, la estrategia busca conseguir que los usuarios del basuco en “pipa”, pasen a un consumo en cigarrillo y mezclada con marihuana, proponiendo que cada vez más coloquen mayor cantidad de esta última sustancia y menos de la pasta de cocaína hasta que finalmente consigan su desuso.

Algunas experiencias similares, en esta línea, han sido desarrolladas en Bolivia por el Dr. Jorge Hurtado³, quien ha suministrado hojas de coca para “mascado” a dependientes de clorhidrato de cocaína y/o pasta básica que asisten a su consulta, y por Labigalini⁴ en Brasil, quien suministró marihuana a abusadores de cocaína intravenosa y crack, logrando resultados interesantes.

• CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN TENER LAS INTERVENCIONES DE REDUCCION DE DAÑOS EN NUESTRO MEDIO

Más que ninguna otra estrategia de intervención en drogodependencias, este modelo debe tener las siguientes características: debe ser flexible, comprensivo, humanista, integrado e integral y con un perfil muy definido de la población a la cual se dirige.

³HURTADO, J. Institute Research of Drug. (Bolivia). Coca Interventions. Simposium Coca. IX Conferencia de Reducción de Daños. Sao Paulo, 1998.

⁴LABIGALINI, E. Harm Reduction in the Use of Cannabis by Crack addicts in Brazil. IX Conferencia de Reducción de Daños. Sao Paulo. 1998.

Perfil Definido

Bajo este enfoque el perfil del usuario a ser atendido tiene que ser bien definido. Ello evitará que los otros programas de rehabilitación existentes sean desvirtuados.

Aunque seguramente tendremos que seguir ahondando sobre el tema, proponemos que a estos programas ingresen los usuarios que reúnan mínimo tres de los requisitos que a continuación se enuncian:

- Que sean poliadictos o consumidores de sustancias que produzcan un marcado deterioro biosicosocial (Sustancias psicoativas inyectadas, crack, basuco).
- Que presenten grave deterioro bio-psico-social.
- Que tengan pobrísimas redes sociales de apoyo.
- Que cuenten con más de cinco años de consumo activo.
- Que sean mayores de edad.
- Que hayan culminado tres o más tratamientos en Centros de rehabilitación de reconocida idoneidad, sin éxito.
- Que no se planteen la abstinencia total como objetivo inmediato.

Se excluyen de este modelo los menores de edad, y los drogodependientes con enfermedad mental asociada.

- **IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS EN NUESTRO MEDIO**

Ventajas

- Disminuye riesgos sanitarios (Tuberculosis, Enfermedades de transmisión sexual, enfermedades pulmonares, desnutrición, etc).
- Disminuye marginación social.
- Disminuye riesgos sociales conexos al consumo.
- Cambia los comportamientos de riesgo por parte de los consumidores.
- Disminuye el uso de drogas con alto índice de adicción y deterioro biosicosocial.
- Acerca las instituciones a los drogodependientes.

- Aumenta de índice de retención en Centros de Acogida y Programas de Tratamiento.
- Estimula las demandas de tratamiento y rehabilitación.

• **REDUCCION DE DAÑO: CONSIDERACIONES MEDICO-JURIDICAS**

Está documentado que todo ciudadano tiene derecho constitucional, legislativo y estatutario a la protección de su salud, lo que se corresponde con la obligación legal y deontológica de todas las profesiones humanistas, respecto a la prestación de asistencia y tratamiento a cualquier tipo de enfermo.

Igualmente, hay que tener en cuenta que no es menos cierto que no existe como contrapartida una tipificación jurídica de la obligatoriedad moral del enfermo de demandar tratamiento o al menos de colaborar con él, excepto en los casos en que por decisión jurídica, si ha habido delito, le obligue el tratamiento como sustituto de la pena.

De otro lado, cuando se habla de permitir consumo de sustancias ilícitas que tengan bajo poder adictivo y produzcan un menor deterioro bio-psico-social, hay que recordar que en nuestro país está despenalizado el consumo⁶ y reglamentado por el Decreto 1108 de 1994.

La Constitución Política de Colombia, de alguna manera también ampara la posibilidad de desarrollar este tipo de estrategias. En su artículo 1, se refiere al respeto por la dignidad humana como fundamento del Estado; en el 2 obliga al mismo Estado a garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; en el 5, reconoce la primacía de los derechos inalienables de la persona dentro de los cuales ocupa un lugar privilegiado el de la autonomía como expresión inmediata de la libertad; y en el 16, consagra el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

A MANERA DE CONCLUSION

La propuesta de implementación de Programas de Reducción del Daño en Colombia pueden representar una alternativa eficaz y posible, pero no antagónica sino complementaria de los programas de rehabilitación, en los que la abstinencia total es la meta, contribuyendo a dar una respuesta más plural y realista a la problemática de las Sustancias Psicoactivas y los inconvenientes conexos.

⁶Una sentencia de la Corte Constitucional declaró inexecutable los Artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986.

ANEXO 3

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN – ASI –

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

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 y necesita de personas capacitadas y entrenadas. Es apropiado para adictos al alcohol y otras drogas, adultos mayores de 16 años, hombres y mujeres.

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

- Estado Medico General
- Situación laboral/financiera
- Uso de alcohol
- Uso de otras drogas
- Situación Legal
- Situación familiar/social
- Estado psicológico psiquiátrico.

La valoración de cada área tiene dos puntuaciones: Una dada por el usuario y la otra pro 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 utilizara un método de dos pasos para evaluar la severidad. En el primer paso este solo considerara los datos objetivos del área problema valorada, poniendo atención en particular en aquellos numerales cítricos (Ver Apéndice No.1) y valora la severidad del problema.

En un segundo momento revisa lo dicho por el usuario y decide sui esta de acuerdo con el o no. Puede modificar la valoración, anotando porque 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

- 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: _____
- 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 esta *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

- 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 mas) 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 esta 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

Vías de administración: 1.Oral, 2. Nasal, 3.fumando, 4. Inyección no intravenosa, 5. Intravenosa

- 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____
- 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____

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. Mas 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: 0.Nada 1.Muy poco 2.Moderadamente 3.Mucho 4.Muchísimo

¿Qué importancia tiene para usted ahora tratarse de esos:

- D28. Problemas de Alcohol?: 0.Ninguna 1.Muy poca 2.Moderada 3.Mucha 4.Muchísima
D29. Problemas de drogas: 0.Ninguna 1.Muy poca 2.Moderada 3.Mucha 4.Muchísima

Grado de Confianza

La información anterior esta 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

2. Situación Legal

- 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 | L10. Agresión |
| L4. Violación de la libertad condicional/ libertad vigilada | L11. Incendio provocado |
| L5. Acusaciones sobre drogas | L12. Violación |
| L6. Falsificación | L13. Homicidio / Homicidio sin premeditación |
| L7. Delitos de armas | L14. Prostitución |
| L8. Robo con allanamiento de morada/ hurto / violación de domicilio | L15. Desacato a los Tribunales |
| L9. Robo con violencia | L16. Otro delito |
- L17. ¿Cuántas de esas acusaciones dieron lugar a sentencias condenatorias?

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

- L18. Desorden público, vagancia, ebriedad en público? _____
L19. Conducir en estado de ebriedad? _____
L20. Infracciones importantes de las reglamentaciones de tráfico? _____
L21. ¿Cuántos meses ha estado encarcelado en toda su vida? _____
L24. ¿Espera actualmente alguna acusación, juicio o sentencia? _____
L25. ¿Por qué infracción? _____
L26. ¿Cuántos días de los últimos 30 ha estado detenido o encarcelado? _____

L27. ¿Cuántos días de los últimos 30 involucrado en actividades ilegales en provecho propio?

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 esta 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

3. Relaciones familiares / sociales

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 su relaciones con:

0. No 1.Sí

En los últimos 30 días En su vida

F18. Su madre? _____ _____

F19. Su padre? _____ _____

F20. Sus hermanos /hermanas? _____ _____

F21. Su pareja/ cónyuge? _____ _____

F22. Sus hijos? _____ _____

- F23. Otros miembros importantes de la familia? _____
- F24. Sus amigos íntimos? _____
- F25. Sus vecinos? _____
- F26. Sus compañeros de trabajo? _____

¿Algunas personas le han maltratado

- | | | En los últimos 30 días | En su vida |
|-------------|--------------|------------------------|------------|
| <u>F28.</u> | Físicamente? | _____ | _____ |
| <u>F29.</u> | Sexualmente? | _____ | _____ |

¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tenido conflictos graves:

- F30. Con su familia? _____
- F31. Con otras personas? _____

¿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? 0.Nada 1.Muy poco 2.Moderadamente 3.Mucho 4.Muchísimo

¿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? 0.Ninguna 1.Muy poca 2.Moderada 3.Mucha 4.Muchísima

Grado de Confianza

La información anterior esta 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

¿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:

0. No 1.Sí

	En los últimos 30 días	En su vida
<u>P4.</u> Tenido grave depresión (tristeza, desesperación, pérdida de interés, dificultades con alguna función)?	_____	_____
<u>P5.</u> Sentido gran ansiedad o tensión (nerviosismo, Preocupación injustificada o imposibilidad de relajarse)?	_____	_____
<u>P6.</u> Tenido alucinaciones? (Visto cosas u oído voces que no eran reales)?	_____	_____
<u>P7.</u> Tenido dificultades para entender, concentrarse o recordar?	_____	_____
<u>P8.</u> Tenido problemas para controlar comportamientos violentos?	_____	_____
<u>P9.</u> Pensando seriamente en suicidarse?	_____	_____
<u>P11.</u> Tomando algún medicamento recetado por Algún problema psiquiátrico o emocional?	_____	_____
<u>P12.</u> ¿Cuántas veces ha tenido esos problemas psicológicos O emocionales en los últimos 30 días?	_____	_____
<u>P13.</u> ¿Cuánto le han preocupado o molestado esos problemas psicológicos o emocionales? 0.Nada 1.Muy poco 2.Moderadamente 3.Mucho 4.Muchísimo		
<u>P14.</u> ¿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 esta muy desvirtuada porque:

<u>P22.</u>	Hubo tergiversación por parte del usuario?	0. No	1.Sí
<u>E23.</u>	El usuario no comprendió las preguntas?	0. No	1.Sí

Apéndice No. 1.**ASI - Numerales objetivos críticos por área**

Area	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)	Activ. Criminal
	26 y 27	Activ 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 psicológico	2 y 9	Síntomas actuales y en el transcurso de la vida

ANEXO 4

CUESTIONARIO AUDIT

Es un cuestionario para la detección precoz, no sólo de la dependencia alcohólica sino también de los denominados consumos de riesgo. Posee una sensibilidad del 80% y una especificidad del 98%. Analiza los hábitos de consumo en el último año, la cantidad ingerida en un DIA corriente y su frecuencia.

Para calificarlo se puntúa de 0 a 4 las respuestas de las primeras 8 preguntas y 0, 2 o 4 las de las últimas. Valores entre 8 y 20 puntos nos sugieren un consumo perjudicial y un valor superior a 20 nos indica dependencia.

Las preguntas 2 y 3 detectan bebedores de riesgo y consumos peligrosos (Consumidores que ponen en peligro ocasionalmente sus vidas o la de los demás, aun con una calificación total del cuestionario por debajo de 8 puntos).

Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las 8 primeras preguntas se puntuarán 0, 1, 2, 3 ó 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida alcohólica”?

Nunca Menos de 1 vez al mes 2 ó 3 veces al mes 2 ó 3 veces x semana 4 ó más por semana

2. ¿Cuántas “Tragos” suele tomar durante un día de consumo normal?

1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 ó 9 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más “Tragos” en una sola ocasión?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer, lo que se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

6. ¿ Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

7. ¿ Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

8. ¿ Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi.

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

ANEXO 5

ESCALA AUTO-EVALUACION DE DEPRESION DE ZUNG

Nombre: _____ Fecha: _____

	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. SE SIENTE TRISTE Y DECAIDO?	1	2	3	4
2. POR LAS MAÑANAS SE SIENTE MEJOR?	4	3	2	1
3. TIENE GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORA?	1	2	3	4
4. LE CUESTA MUCHO DORMIR POR LA NOCHE O DESPIERTA TEMPRANO?	1	2	3	4
5. COME IGUAL QUE ANTES?	4	3	2	1
6. DISFRUTA DE LA COMPAÑÍA DE UN HOMBRE / MUJER?	4	3	2	1
7. NOTA QUE ESTA ADELGAZANDO?	1	2	3	4
8. TIENE USTED DIFICULTAD PARA DAR DEL CUERPO?	1	2	3	4
9. TIENE USTED PALPITACIONES?	1	2	3	4
10. SE CANSA SIN MOTIVO?	1	2	3	4
11. SU MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE?	4	3	2	1
12. HACE LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES?	4	3	2	1
13. SE SIENTE INQUIETO Y NO PUEDE MANTENERSE TRANQUILO?	1	2	3	4
14. TIENE CONFIANZA EN EL FUTURO?	4	3	2	1
15. ESTA MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE?	1	2	3	4
16. ENCUENTRA FACIL TOMAR DECISIONES?	4	3	2	1
17. SIENTE QUE ES UTIL Y NECESARIO?	4	3	2	1
18. ENCUENTRA AGRADABLE VIVIR?	4	3	2	1
19. CREE QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMAS SI ESTUVIERA MUERTO?	1	2	3	4
20. DISFRUTA DE LAS MISMAS ACTIVIDADES DE ANTES?	4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL = + + +

INDICE DE DEPRESION DE ZUNG	
25 – 49 NO INDICA DEPRESIÓN	50 – 59 INDICA DEPRESIÓN DE MINIMA A LEVE
60 – 69 INDICA DEPRESIÓN DE MODERADA A MARCADA	70 – 100 INDICA DEPRESIÓN DE SEVERA A EXTREMA

ANEXO 6

1. ROL DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO

Es cierto que el papel desempeñado por el equipo de médicos psiquiatras es cada vez más relevante en el tratamiento de la dependencia de las drogas y ha sido considerado por algunos autores como la “base” del mismo. Pero también es innegable que la complejidad del problema en cuestión requiere de la conformación de equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos, quienes actuando en encuadres variados tales como organizaciones de base comunitaria, clínicas u hospitales, programas de desintoxicación, residencias, etc., abordan las diferentes tareas inherentes al tratamiento.

2. FUNCIONES DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO

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

3. PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Los determinantes del rol profesional en un equipo interdisciplinario dedicado al tratamiento de las drogodependencias está determinado en principio por dos elementos:

- El modelo, enfoque y/o tipo de institución donde se desarrolla el trabajo (programas de internamiento o ambulatorios, desintoxicación, centros de orientación, asesoramiento psicológico, modelos biomédicos-sanitario-psicopedagógico, etc.).
- La formación básica profesional y la formación y capacitación profesional en el tema de las drogodependencias, configurada a partir de los conocimientos adquiridos, los deberes y derechos que regulen la profesión y por las funciones adjudicadas y asumidas.

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

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

A manera de ejercicio se describen algunas de las funciones más frecuentemente asumidas por los diferentes profesionales que intervienen en los equipos interdisciplinarios de tratamiento de drogodependientes.

3.1 PSICOLOGO

Este profesional es vital en los equipos interdisciplinarios dedicados al tratamiento de las drogodependencias, dado que una de las áreas más afectadas por el consumo de drogas es la psicológica.

Entre las actividades y roles desarrollados por este profesional se encuentran:

- Valorar el estado psicológico del paciente, sus antecedentes personales y familiares.
- Recoger la historia personal del sujeto.
- Recoger datos relevantes de la historia del consumo.
- Detectar psicopatología y patología mental asociada.

- Motivar y despertar en el usuario la necesidad de recibir tratamiento a partir de procesos cognitivos en relación con los problemas ocasionados o posibles por el consumo.
- Proponer la modalidad de tratamiento más adecuada al caso en relación con el nivel de motivación, capacidad de control de consumo, etc.
- Tratar los aspectos disfuncionales que sustentan las drogodependencias: baja autoestima, estados depresivos, ansiedad, impulsividad, intolerancia a la frustración, déficit de afrontamiento y resolución de problemas, dificultades de comunicación, etc.
- Facilitar al usuario y desarrollar en él técnicas para el autocontrol y resolución de conflictos.
- Entrenar al paciente en habilidades sociales básicas .
- Trabajar con el usuario la prevención de las recaídas.
- Detectar y tratar las recaídas.
- Apoyar psicológicamente al usuario y atender los conflictos emocionales que se suscitan en caso de comorbilidad física asociada (VIH/SIDA, cirrosis, hepatitis, etc.)
- Valorar la dinámica y las relaciones familiares.

3.2 PROFESIONAL DEL AREA SANITARIA

Los médicos, con el apoyo de personal de enfermería, son los encargados de realizar una evaluación global del estado de salud física por medio de exámenes físicos, anamnesis y pruebas diagnósticas. Se encargan también de realizar una revisión de la salud mental del paciente y de indagar y controlar la medicación prescrita anteriormente en procesos de desintoxicación, procesos de deshabituación o formulados para el tratamiento de comorbilidad física o psiquiátrica.

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

Entre las funciones realizadas por este tipo de profesionales y especialmente por el médico, pues la enfermera realiza funciones de profesional auxiliar, están:

- Establecer el diagnóstico y las pautas farmacológicas de desintoxicación.

- Realizar los controles toxicológicos regulares para determinar la presencia de drogas de abuso en orina.
- Diagnosticar y tratar, si está a su alcance, la comorbilidad física asociada al consumo.
- Hacer las derivaciones pertinentes a otros profesionales o sistemas sanitarios cuando sea el caso.
- Desarrollar con los usuarios tareas de educación en salud relacionadas con hábitos higiénicos, alimentación, sexualidad, etc.
- Hacer evaluaciones y seguimiento médico periódico.
- Facilitar a usuarios y familiares pautas de manejo para enfermedades como el VIH /SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.
- Coordinar acciones con profesionales y la red sanitaria general.

3.3 PROFESIONALES DEL AREA SOCIAL: TRABAJADORES SOCIALES

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

- Indagar por datos relevantes de la historia personal y familiar.
- Indagar por la actitud de la familia y otras redes sociales de apoyo al tratamiento.
- Detectar la existencia de problemas familiares y de otras redes sociales vinculadas a la drogodependencia.
- Detectar el índice de severidad de la adicción en las áreas familiares – social –, laboral, legal, etc.
- Motivar a los usuarios del servicio para su participación en actividades de carácter educativo, lúdico y cultural.
- Motivar y proporcionar ayuda para que los usuarios mejoren su capacitación laboral y orientarlos en caso que sea necesario.
- Diseñar programas y estrategias individualizados para la reinserción.
- Estimular y proporcionar la utilización adecuada del ocio y tiempo libre y el establecimiento de relaciones sociales con sujetos no consumidores de drogas.
- Dar orientación legal básica a los usuarios.
- Fortalecer en los usuarios, la red de relaciones sociales y el fomento de aquellas que no tenga que ver con las sustancias psicoactivas.
- Cooperar con las intervenciones familiares.

3.4 PROFESIONALES DEL AREA FAMILIAR: TERAPEUTAS DE FAMILIA

El papel de la familia en el tratamiento de las drogodependencias es de vital importancia. Su intervención en el caso que exista patología en su interior se constituye en un factor predictor del mantenimiento de la abstinencia por parte del paciente cuando se reintegra a su seno familiar.

En el proceso de tratamiento, la familia también juega un papel fundamental actuando como “coterapeuta” en los momentos en que el paciente permanece o se reintegra a ella.

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

- Intervenir la familia como sistema en caso que haya patologías en su seno, modificando hábitos y actitudes disfuncionales.
- Conseguir una participación activa y adecuada de los familiares en el proceso terapéutico, disminuir los niveles de ansiedad y culpa.
- Conseguir superar en la familia la visión individualista de la problemática.
- Conseguir que la familia se acepte como familia de un drogodependiente.
- Proporcionar conocimientos, pautas y habilidades necesarias para hacer frente a los problemas que plantea la drogodependencia en el ámbito familiar.
- Enseñar a los familiares a analizar sus reacciones ante el problema y el efecto de estas reacciones sobre el drogodependiente y la propia familia.
- Ayudar a la familia a que incida en los cambios de hábitos y adquisición de responsabilidades del drogodependiente.
- Enseñar a los drogodependientes pautas de convivencia en familia.
- Enseñar a los familiares a fomentar la comunicación y solución de problemas en familia.
- Ayudar a los familiares a comprender las recaídas dentro del proceso de tratamiento, enseñarles a prevenirlas y saber actuar ante ellas.

Otras funciones del equipo terapéutico en las intervenciones con familias, importantes para conseguir eficacia en los programas de rehabilitación de drogodependientes y que pueden ser asumidos por cualquiera de los miembros son:

- Informar sobre el proceso de atención y responder con agilidad a las demandas hechas por la familia.
- Motivar permanentemente la implicación de la familia en el proceso de tratamiento.

- Proporcionar pautas de actuación por parte de la familia frente al proceso de tratamiento.
- Dotarles de conocimientos básicos acerca de las sustancias y sus efectos.
- Entrenarlos para que mejoren sus procesos de comunicación.

Dentro de la intervención familiar es también importante darles elementos relacionados con cuidados a la salud de su familiar drogodependiente. El profesional responsable de esta actividad debe ser el médico(a) o el (la) enfermero(a). Debe hacerse énfasis en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y el afrontamiento de éstas (ej. VIH/SIDA, etc.).

3.5 PAPEL DE OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Es de reconocida importancia en el tratamiento de las drogodependencias el papel que desempeñan dos miembros del equipo multidisciplinario que algunos modelos de intervención tienen en su estructura organizacional : Terapeutas egresados del programa y pedagogos terapeutas. Ambos tienen a su cargo múltiples funciones a lo largo de todo el proceso terapéutico, no sólo con el drogodependiente sino también con su familia.

REFERENCIAS Y OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AA "Alcohólicos Anónimos". Alcoholics Anonymus World Services, Inc. New York City. 1986
- ALFONZO, L.; MADRIGAL, E. Normas de Atención."La Dependencia de las Drogas y su Tratamiento. Una experiencia en las Américas". CICAD/OEA-OPS/OMS. Washington D.C. 2000.
- APA Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Washington D.C. 2000
- APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2002. American Psychiatric Association. Washington D.C. 2002.
- ASAM ASAM PPC-2R ASAM Placement Criteria for the Treatment of Substance Related Disorders. 2a.Ed-Revised. American Society of addiction Medicine, Inc. Chevy Chase, Maryland. 2001
- BRITO, J.; APARCEDO, M.; Grupo de Sintomáticos. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. Vol.36, No.75. 1990
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas de España.
- CARROLL, K.; ROUNSAVILLE, B. Psychosocial treatments. Review of Psychiatry. Vol.8. American Psychiatric Press. Washington D.C. 1989
- CLAYTON, R. (1992). *Transitions in drug use: risk and protective factors*. En Glantz, R & Pickens, R (eds.). Vulnerability to Drug Use, p.p. 15-51. Washington D.C.: American Psychological Association.
- COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. CICAD/OEA. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington D. C. 2004.
- DE LIMA S., MIGUEL Comunidades Terapéuticas. Métodos de Evaluación. División de Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Mimeo. Barcelona, 1999.
- DES JERLAIS, D. (1997). *HIV/STDs and drug use*. AIDS/STD Health Promotion Exchange, No.2.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (1996). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES/DNE, Fundación Santafé de Bogotá/ FSFB y Escuela Colombiana de Medicina (1992). *Estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Ed. K7a Ltda.
- DORN, N. & Murji, K. (1992). *Drug prevention: a review of the English language literature*. Londres: Research Monograph 5, Institute for the Study of Drug Dependence.

- EDWARDS, G. et al. (1994). *Population drinking and the aggregate risk of alcohol*. En Edwards, G. (ed). Alcohol Policy and the Public Good, ch. 4. Oxford: Oxford University Press.
- EWLES, L. & Simnett, I. (1996). *Promoting health: a practical guide*. London: Bailliere Tindall.
- ESTROFF, T. W. Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington D.C.2001
- FRANCES, R.;GALANTER, M.; Psychosocial Approaches to Treatment and Rehabilitation. Review of Psychiatry. Vol.8. American Psychiatric Press. Washington D.C. 1989
- FRANEY, C. (1998). *Drugs: definition, classification and functional uses, U1*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- FRANEY, C. (1998). *Problem use and dependence, U3*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- FRANEY, C. (1998). *Theories of drug and alcohol misuse and intervention, introduction*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- FUNDACION "JOSE F. RIBAS" Plan de Tratamiento. Fundación José Félix Ribas. Caracas, 1990
- GLANZ, K; Lewis, M & Rimer; B. (1997). *The scope of health promotion and health education, ch 1*. En Glanz, K. et al (eds). Health behavior and health promotion: theory, research and practice. San Francisco: HB Printing.
- GRIFFITHS, W. (1972). *Health education definitions, problems and philosophies*. Health Education Monographs, 31, 12-14.
- HAWKS,R.;CHIANG, N. Urine Testing for Drugs of Abuse. NIDA Research Monograph 73. National Institute on Drug Abuse. Department of Health and Human Services. Maryland, 1986
- HOFFMANN, N.; MILLER, N Perspectives on effective treatment for alcohol and drug disorders. Recent Advances in Addictive Disorders. Psychiatric Clinics of North America. Vol.16,No.1.1993
- JIFE (2003). *Informe 2002*. E/INCB/2002/1. Publicación de Naciones Unidas.
- Mejía, I.E & Pérez, A (2001, 2003). *WHO Phase II: Multi-city study on Injecting Drug Use and Health Risk Behaviors, Bogotá*. RAR, Survey and Seroprevalence Components. Informes sin publicar.
- JIMENEZ, F., JIMENEZ,F. Manual de Normas de Tratamiento. Alcoholismo y Farmacodependencia. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA. San José, Costa Rica. 1991
- KOSTEN, T,;McCANCE-KATZ New pharmacotherapies. Review of Psychiatry. Vol.8. American Psychiatric Press. Washington D.C . 1989
- MATTICK, R; FRANKS, F. Development and Implementation of Australian Standards of Care for Drugs and Alcohol Treatment Services. National Perspectives on Quality Assurance in Mental Health Care. WHO/MNH/91.2. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva 1991

Mc.LELLAN,T.; LUBORSKY, L An improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.68, No.1. 1980.

MEZA, A; NIÑO, J; TORRES, J. "Estudio descriptivo de de las condiciones de rehabilitación de los sujetos atendidos en la Comunidad Terapéutica de UDAF" Caracas, 1990.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE "Normas técnicas y programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia alcohólica".Ministerio de Salud de Chile. Santiago. 1993.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Promoción. Programa de Comportamiento Humano. Guía de Atención Integral en Farmacodependencia. Documento Preliminar. Santa Fe de Bogota, Septiembre de 1997. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. (2000). *Los jóvenes construyen un nuevo país. Hacia una política pública de juventud. Memoria de Trabajo*. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio.

MINISTERIO DE SALUD NACIONAL. *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*, 1993.

MINISTERIO DE SALUD, *Política Nacional de Salud Mental*. 1998.

MINISTERIO DE SALUD. (1998). *Política de Salud Mental*. Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD: Dirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (1999). *Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar –Haz Paz. Portafolio para el Desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables*. Bogotá: Ministerio de Salud

MONCADA, S. (1997). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas*. En Plan Nacional sobre Drogas (ed). Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación. Madrid: PNSD.

MOODIE, R. (1997). *Human rights, public health and the reduction of drug-related harm*. AIDS/STD Health Promotion Exchange, No.2.

NACIONES UNIDAS. Oficina Contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía Práctica de Planificación y aplicación. Nueva York 2003.

NIDA-NIH Principles of HIV Prevention in Drug- Using Populations. A Research-Based Guide. National Institute on Drug Abuse. NIH- U.S. Department of Health and Human Services.2002

NIDA-NIH Drugs and AIDS. NN0012. National Institute on Drug Abuse. NIH-U.S: Department of Health and Human Services. 1995.

NACIONES UNIDAS (1977). *Convención Única de 1961 sobre estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención de 1961 sobre Estupefacientes*. Nueva York

NACIONES UNIDAS (1977). *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas 1971*. Nueva York.
Naciones Unidas (1988). *Acta Final de la Conferencia de Naciones Unidas para la Aprobación de una Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicoactivas*. Viena

- NACIONES UNIDAS (1991). *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes 1988*. Nueva York
- OMS “CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Meditor. Madrid. 1992
- ONU “Libro Básico sobre Medidas para Reducir la Demanda Ilícita de Drogas”. División de Estupefacientes. Organización de Naciones Unidas. Nueva Cork. 1980
- Política Nacional de Salud Mental. Anexo No 1: Reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de promoción. Programa de Comportamiento Humano. Santa Fe de Bogotá, D. C., mayo de 1998
- PARRA L (1994). *Reflexiones Acerca del Fenómeno Cultural de la Droga y de la Prevención Integral* Bogotá.
- PARRA, L. (2002). *La Prevención integral: una realidad en la formación del educador*. Bogotá.
- PEÑA, P (2002). *Política de Reducción de la Demanda en el Sistema Internacional de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas*. En Pérez, A.; Scoppetta, O. & Peña, P (Eds). *La juventud y las drogas*. Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A, Libros de CAMBIO.
- PEREZ, A. & PEÑA, P.(2002). *Pandillas, Parches, Combos y Galladas: su relación con el consumo de drogas y el delito*. Bogotá: Programa Presidencial Rumbos.
- PEREZ, A. & SCOPPETTA, O. (2002). *Violencia Intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas: una exploración sobre las relaciones entre los eventos*. Bogotá: Programa Presidencial Rumbos.
- PEREZ, A., AGUILERA, A. & VILLAMIL, M. (2002). *Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y riesgo de VIH/SIDA en una población de trabajadoras sexuales y sus clientes*.
- PIANT, M; PECK, D & Samuel, E. (1985). *Alcohol, drugs and school leavers*. London: Tavistock.
- República de Colombia, *Constitución Política de Colombia*. 1991.
- República de Colombia, *Ley 100 de 1993*.
- República de Colombia, *Ley 715 de 2001*.
- República de Colombia, *Ley 789 de 2002*.
- RIVEROS, I. (2001) *Fármacos psicoactivos registrados en Colombia y su relación con las ciencias forenses*. Instituto Colombiano de Medicina Legal. Subdirección de Investigación Científica. Bogotá.
- RUMBOS (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10-24 años*. Bogotá: Arte Láser Publicidad Ltda.
- SAAVEDRA, A. “Manual de Atención Primaria en el Manejo de los Problemas Relacionados con el Uso y Abuso de Alcohol”. Instituto de Salud Mental Delgado-Noguchi, Lima, 1997.
- SALVAT EDITORES Diccionario Medico. 2ª .Ed. Salvat Ed. Barcelona, 1974

SORENSEN, J.; MASSON, C.; HIV/Hepatitis Prevention in Drug Abuse Treatment Programs: Guidance for Research. Science & Practice Perspectives. National Institute on Drug Abuse. Vol.1 No.1. 2002

SCOPPETTA, O (2002). *Situación del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. En PEREZ, A.; SCOPPETTA, O. & PEÑA, P (Eds). *La juventud y las drogas*. Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A, Libros de CAMBIO.

Secretaría de Educación del Tolima (2002). *Historia de vida de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Tolima*. Programa: Promoción de la salud infantil y juvenil como prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas. Ibagué: Con-tacto.

SIMONDS, S. (1976). *Health education in the Mid-1970s: state of the art*. En Preventive Medicine USA. Nueva York: Prodist.

STIMSON, G & CHOOPANYA, K (1998). *Global perspectives on Drug Injecting, Ch 1*. En Stimson, G; Des Jerlais, D & Ball, A. (eds). *Drug Injecting and HIV Infection*. WHO: UCL Press.

TANAHILL, A. (1985). *What is health promotion?*. Health Education Journal, 44:4 167-168.

THOM, B. (1998). *Understanding the relationship between consumption and harm, U2*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.

UN, United Nations; Economic and Social Council (1994). *Reduction of illicit demand for drugs*. E/CN.7/1995/4. Publicación de Naciones Unidas.

UN, United Nations; Economic and Social Council (1996). *Principles and practice of primary and secondary prevention in demand reduction programmes*. E/CN.7/1996/6. Publicación de Naciones Unidas.

UNAIDS (1999). *Summary booklet of best practices, Issue 1*. UNAIDS/99.28E. Ginebra: Publicación ONUSIDA.

UNDCP (1997). *World drug report*. New York: Oxford University Press.

Ware, S. (1998). *Public awareness campaigns, U14*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.

WHO National Perspectives on Quality Assurance in Mental Health Care. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneve.1991

WHO "Approaches on Substance Abuse".World Health Organization. Geneve. 1993

WHO "National Drug and Alcohol Treatment Responses in 23 countries" World Health Organization. Geneve.1993

WHO The World Health Report 2001 "Mental Health: New Understanding, New Hope".World Health Organization. Geneve.2001

WOODY,G.; Mc.LELLAN, T. Dual Diagnosis. Review of Psychiatry. Vol.8. American Psychiatric Press, Washington, D.C. 1989