



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Guía Clínica

Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria.

**SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA.
DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES.
Departamento de Salud Mental.**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.
DIVISION GESTION DE LA RED ASISTENCIAL.
Departamento Modelo de Atención.**

2005.

INDICE.

	Indice.	2
I.	Presentación	3
II.	Introducción.	4
III.	Epidemiología y magnitud de la demanda en APS.	5
IV.	Tipos de consumo.	8
1.	Consumo en riesgo o riesgoso.	8
2.	Consumo problema o problemático.	12
3.	Dependencia a sustancias psicoactivas.	14
V.	El desafío de la detección e intervención precoz.	16
VI.	Programa de atención.	19
	A.- Población objetivo.	19
	B.- Etapas e Intervenciones.	19
	1) Detección y evaluación diagnóstica.	17
	2) Intervenciones resolutorias en la APS.	24
	2 a) Intervención preventiva.	24
	2 b) Intervención terapéutica.	26
	3) Derivación o referencia asistida.	33
	4) Alta y seguimiento.	34
VII.	Flujograma y Árbol de decisiones de la atención en APS.	36
VII.	Anexos.	40
	N° 1. Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol. (AUDIT).	40
	N° 2. Instrucciones para el uso del Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol.	44
	N° 3 Cuadros de utilidad con síntomas y criterios diagnóstico de trastornos mentales y conductuales debidos a consumo de sustancias psicoactivas.	47
	N° 4 Secuencia de decisiones en el programa de atención.	49
	N° 5 Instrumentos de apoyo del componente psicosocial de la Intervención Terapéutica.	54
	N° 6 Pauta de orientación para actividades de grupo.	58
VIII.	Bibliografía consultada.	62
IX.	Colaboradores.	63

I. Presentación.

Una de los áreas de la Salud que más innovaciones exitosas puede mostrar en los últimos años es la Salud Mental. Ello se debe en parte, a los aportes de la tecnología, en particular la disponibilidad de nuevos y efectivos medicamentos, pero especialmente a la aplicación de conceptos, métodos de intervención y estrategias de gestión de la atención de salud, que están significando niveles de cobertura antes no imaginables, la diversificación de centros de atención, la consideración creciente de los derechos de los consultantes y la participación de la comunidad.

En todos y cada uno de estos desarrollos, la Atención Primaria de Salud ha sido un factor determinante. Algunas muestras de ello, han sido en los tempranos noventas, la participación masiva y entusiasta en un programa de prevención en alcohol y drogas para adolescentes ("Quiero mi vida sin drogas"), el uso de cuestionarios para detectar tempranamente al bebedor problema y la incorporación del psicólogo en el equipo base de atención primaria. Desde comienzos del 2000, la atención oportuna y con alta resolutivez de la depresión y ahora, el alerta y detección de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil y el importante rol en la sospecha diagnóstica de la esquizofrenia inicial.

Específicamente en el campo de los problemas asociados al consumo de alcohol y de drogas, la Atención Primaria ha evolucionado rápidamente en su enfoque de atención : desde su orientación a las etapas avanzadas de una condición crónica ("alcoholismo crónico"), a la detección e intervención precoz, resolutivez y en relación creciente con los recursos culturales, sociales y también espirituales de la comunidad y su economía. Los grupos de autoayuda son manifestaciones de ese recurso con los que la vinculación es altamente deseable.

El actual Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria, consolida esa evolución. Esta Guía es su soporte metodológico. Proporciona orientaciones para utilizar metodologías más potentes : de detección temprana del riesgo, antes de configurarse el daño (cuestionarios, exámenes de laboratorio, recepción de las alarmas de las familias), de intervención resolutivez (intervención preventiva y terapéutica), de evaluación periódica del curso del tratamiento (consultas de evaluación de avance y pronóstico). Muy en particular, facilitará a los profesionales de la Atención Primaria llevar a cabo una interacción diferente, educativa, respetuosa y, al mismo tiempo, exigente, frente a los consultantes que constatan un consumo en riesgo de sustancias psicoactivas.

Entre los objetivos sanitarios para la década, se incluye el siguiente :

" Detener el ascenso de abuso de drogas y bajar dependencia de alcohol en mayores de 12 años". Las metas planteadas son :

- reducir la tasa de prevalencia de beber problema en 10%, del 15% al 13,5% y
- mantener estable la prevalencia de consumo de drogas de último mes, en un 3%.

El rol de la Atención Primaria es muy determinante en el logro de este desafío de país.

El proceso de Reforma de Salud incluye, como componente esencial, el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria y dentro de ella, el logro de una mayor integralidad de la atención de salud, con la incorporación creciente de los objetivos y enfoque de la salud mental.

La Guía que aquí se presenta es un instrumento para enfrentar con éxito, estos desafíos.

Ministro de Salud.

II. INTRODUCCION

Esta Guía Clínica entrega orientaciones prácticas para que en la Atención Primaria de Salud, se realice una eficaz labor de detección e intervención precoz y resolutiva, sobre el consumo problema y la dependencia de sustancias psicoactivas.

Las sustancias psico-activas son todas aquellas que tienen la cualidad de modificar la conciencia, ánimo y procesos cognitivos en el individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y, además, generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia.

Las sustancias psico-activas objeto de atención en APS para esta fase de desarrollo son las siguientes ¹ :

- Alcohol.
- Drogas de uso ilícito. Entre las más frecuentemente utilizadas se encuentran aquellas con efectos farmacológicos estimulantes del sistema nervioso central (cocaína y derivados, anfetaminas y derivados, diversas sintetizadas), otras con efectos sedantes (morfina , heroína) y otras con efectos predominantemente alucinogénico (cannabis, LSD, mescalina, ciertos hongos).
- Medicamentos utilizados fuera del ámbito de la medicina ("fármacos").
Aquí se encuentran algunos hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); sedantes o ansiolíticos (benzodiazepinas) ; estimulantes y anorexígenos (derivados anfetamínicos); analgésicos y anestésicos (morfina, codeína, fentanil, otros).

El consumo de estas sustancias más allá de ciertos márgenes y contextos, puede provocar diversos problemas a la persona que las usa y a su grupo social. En efecto, lo que en un principio puede significar una forma de participación en los grupos de pertenencia (consumo social o experimental al interior de los grupos de jóvenes, compañeros de trabajo o en eventos sociales), se transforma en algunas de esas personas, tanto por efecto de factores propios de la predisposición del individuo, como del medio ambiente, en un hábito más intensivo o frecuente, que termina por diferenciarlo del grupo inicial, le interfiere las tareas propias del desarrollo (estudio, trabajo, formar o mantener una familia) y, si se mantiene en el tiempo, determina consecuencias en la salud física y mental, en el ajuste social y en las capacidades personales en general.

¹ El Programa no contempla por ahora intervenciones clínicas sobre las personas que presentan abuso o dependencia del tabaco. Frente al tabaco el acento está colocado en las medidas preventivas generales : información, programas en Educación, estrategias de ambientes libres del humo de tabaco, etc.

Las familias en las que uno de sus miembros presenta dependencia a sustancias, siempre experimentan altos niveles de sufrimiento y ven limitadas sus posibilidades de progresar.

La sociedad en su conjunto, también experimenta costos importantes en materia de deserción y mal rendimiento educacional, disminución de la productividad, actos delictivos y violentos, inseguridad en la convivencia ciudadana, gastos evitables en salud, justicia y otros, etc.

Las sociedades y países han organizado diversos enfoques para enfrentar el problema social, económico y político que representa la producción y comercialización de sustancias psicoactivas así como el consumo masivo de ellas. Una de ellas, es la de proveer atención de salud a los afectados, ciertamente un eslabón final en la cadena, pero de alto contenido humano y ético.

Aquí tocaremos sólo un componente de todo el amplio margen de lo que Salud debe y puede hacer : las acciones que se desarrollan en la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud representa una ocasión propicia para influir en forma eficaz, oportuna, preventiva y costo-efectiva, sobre el proceso evolutivo que afecta al usuario inmoderado de sustancias psicoactivas y a sus familias.

Por lograr tales objetivos, la APS busca maneras de dar atención antes de la aparición de las complicaciones más severas y discapacitantes. Supera así, el enfoque de provisión de cuidados al consultante espontáneo, aún habitual en casi todos los países, que conlleva intervenciones casi siempre tardías, cuando las complicaciones biomédicas y psicosociales son avanzadas y evidentes, lo que determina una tasa baja de recuperación, una percepción errada y pesimista en los profesionales de salud y en la población, acerca de la efectividad de los tratamientos.

Esta Guía Clínica está dirigida a los equipos profesionales, técnicos y de apoyo de la Atención Primaria de Salud. Busca orientar su quehacer y alentar las innovaciones que cada nivel local considere necesario, con el objetivo central de lograr mayor efectividad y satisfacción usuaria. Entrega eso sí, el fruto de la experiencia acumulada de muchos años en la atención de afectados por consumo de alcohol y de unos pocos años en la atención de personas afectadas por consumo de drogas.

Esta Guía es sustento metodológico para el Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria, tributario a su vez, del Programa de Atención en Alcohol y Drogas de la Red de Salud.

III. Epidemiología y magnitud de la demanda en APS.

En Chile las sustancias psicoactivas más utilizadas son el tabaco y el alcohol. De las ilícitas, las más frecuentes son : marihuana, cocaína, pasta base de cocaína,

anfetamina y derivados, inhalantes y, en mucho menor medida, heroína, derivados del ácido lisérgico, éxtasis y otras.

Los estudios epidemiológicos en hogares, representativos de la población nacional mayor de 12 años, muestran que el consumo de alcohol en el último mes continúa aumentando, en cambio parece estabilizado el de drogas ilícitas.

Es desde este grupo, los llamados consumidores actuales, de donde surge más probablemente, la demanda de atención en Salud.

Prevalencia consumo último mes (porcentaje mayores de 12 años). Población general (2002).²

Sustancia psicoactiva	Población total %	Hombres %	Mujeres %
Alcohol	59.11	64.86	53.53
Cualquier droga ilícita.	3.19	5.36	1.08
Sustancias uso médico.	1,63	1.31	1.92

La frecuencia del Consumo Problema y de la Dependencia se muestra en el siguiente cuadro que registra los estudios de tipo epidemiológico utilizando instrumentos estandarizados.

Consumo Problema y Dependencia a Alcohol y Drogas (diversos estudios).

Prevalencia Sustancia psicoactiva	Población total %	Hombres %	Mujeres %	Fuente de datos.
Alcohol (abuso y dependencia; últimos 12 meses).	8,56	15,45	2,26	Estudio hogares Gran Santiago, población 16 a 64. Uso de CIS-R. ³
Alcohol (abuso; últimos 6 meses).	2.0	3.5	0.7	Estudio hogares en 4 provincias de Chile, 15 años y más. CIDI. ⁴
Alcohol (dependencia últimos 6 meses).	7.6	7.6	1.4	Idem anterior
Abuso drogas	0.3	0.5	0.1	Idem
Dependencia drogas.	1.3	1.0	1.7	Idem

Otra forma de estimación ha sido la inclusión de preguntas sobre manifestaciones sintomáticas o conductuales atribuibles a trastornos por consumo de sustancias, en estudios de hogares sobre consumo de sustancias.

² CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2002.

³ Rojas G.; Ortega M.; Fritsch R.; Solís J.; Arancibia P.; González I.; Araya R. Abuso y dependencia de alcohol y salud mental. Rev. Psiq. Clin. 2003; 40(1):17-25.

⁴ Vicente V.; Rioseco P.; Saldivia S.; Kohn R.; Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R / CIDI) (ECPP). Rev. Med. Chile 2002; 130 : 527- 536.

Estimaciones de Consumo problema y Dependencia para Alcohol y otras drogas, a partir de cuestionarios.

Prevalencia Sustancia psicoactiva	Población total %	Hombres %	Mujeres %	Fuente de datos.
Alcohol (dependencia entre quienes consumen alcohol último mes)	11.78	17.56	4.99	Estudio nacional de hogares en ciudades de más de 30.000 hbtes. 2002 ⁵ .
Alcohol (dependencia, en población general).	7.1			Estimación a partir de cifras anteriores a la población general representada.
Marihuana (dependencia entre quienes consumen último año).	27.98	28.02	26.90	Estudio nacional de hogares 2002.
Pasta base (dependencia entre quienes consumen último año)	51.76	50.23	66.75	Idem anterior.
Cocaína (dependencia entre quienes consumen último año)	28.54	27.28	35.24	Idem anterior
Cualquiera de las 3 anteriores.	11.2			Idem anterior.

El Estudio de Carga de Enfermedad de 1993, jerarquizó los principales problemas de salud de la población chilena, mediante el indicador años de vida ajustados por discapacidad o AVISA, que mide la importancia relativa de las enfermedades en términos de la pérdida de años de vida que se producen por dos factores: muerte prematura y discapacidad.

Ese estudio demuestra que la dependencia al alcohol constituye una de las más relevantes causas de AVISA en Chile, la octava de 74 causas en la población general y la segunda entre los hombres.

A nivel de la Atención Primaria :

- 1 de cada 3 consultantes hombres en la APS es un bebedor problema.
- 1 de cada 10 consultantes mujeres presentan igualmente esa condición (estimación).
- Los bebedores en riesgo, pueden alcanzar una magnitud similar (no se ha medido en la población nacional).

La proporción de consultantes a APS que consumen otras sustancias psicoactivas, tales como cannabis o marihuana, cocaína o pasta base de cocaína, solventes volátiles, estimulantes del tipo anfetamínicos u otros, no

⁵ Idem 1.

es conocido. Sin embargo, a partir de los estudios de hogares, es razonable estimar que, intervención

IV. Tipos de consumo.

El siguiente cuadro muestra en forma resumida los tipos de consumo y las categorías diagnósticas a utilizar en el Programa.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo en riesgo <ul style="list-style-type: none"> * de alcohol ("beber en riesgo") * de drogas (precisar la sustancia ilícita) * de alcohol y a drogas ▪ Consumo problema. <ul style="list-style-type: none"> * de alcohol ("beber problema") * de drogas * de alcohol y drogas ▪ Dependencia. <ul style="list-style-type: none"> * a alcohol * a drogas * a alcohol y a drogas. |
|---|

1. Consumo en riesgo o riesgoso.

<p>Se trata de un patrón de consumo de sustancias tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema) .</p> <p>Es una condición previa al consumo problema.</p>

En este caso, el patrón de consumo o las condiciones de quien lo hace, tiene un riesgo asociado que puede ser detectado, aunque no hay manifestaciones o síntomas visibles o éstos son poco precisos.

Si los sistemas de salud logran intervenir en forma efectiva en esta etapa evolutiva, se logrará la meta ideal de la Salud : prevenir que una persona sana, llegue a contraer un daño evitable.

1.1. Consumo en Riesgo de alcohol (Beber en Riesgo).

En el caso del alcohol, el instrumento de detección a utilizar es un cuestionario de uso amplio y probado en diversos lugares y culturas, acogido y propuesto como válido para todo el orbe por la OMS, que permite, a la manera de un filtro o

"screening", reconocer una mayor probabilidad de presentar consumo en riesgo, consumo problema y dependencia. Se trata del AUDIT ⁶.

En nuestro caso lo llamaremos " Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol " (AUDIT), un nombre que no menciona la palabra "trastornos", con el fin de hacerlo más amigable para su autoadministración. (Ver Anexo N° 1).

Este instrumento de tamizaje o filtro reemplazará al EBBA utilizado en la APS chilena desde 1992, sensible a la detección de beber problema entre varones. El nuevo cuestionario consta de 10 preguntas, algunas de ellas se corresponden casi exactamente con las del EBBA, cuyas respuestas requieren elegir entre cinco opciones. Cada una de ellas origina un puntaje, cuya suma representa el puntaje final para la persona.

En términos operacionales, se considerará presencia de beber en riesgo cuando :

- a) el cuestionario entregue una puntuación entre 8 y 15,**
- b) la condición se confirma en la consulta con un profesional de APS ⁷.**

La consulta del profesional confirma o descarta la presencia de riesgo, según si el consultante :

- ingiere habitualmente bebidas alcohólicas que sobrepasan los márgenes "de seguridad", "de normalidad" o recomendables,
- experimenta condiciones personales que disminuyen esos márgenes (embarazo, enfermedades médicas, tipo de actividad, etc.) y
- presenta un patrón de ingestión que prefigura un beber problemático a futuro (compensatorio de limitaciones sociales, alivio de estrés, preocupación de familiares o del propio consultante, etc.).

La OMS ⁸ señala que el " límite de bajo riesgo es :

- no beber más de dos unidades estándar de bebida al día ,y
- no beber, al menos dos días por semana.

Unidad estándar equivale a 13 gramos de alcohol absoluto, los que están contenidos aproximadamente en 1 vaso de vino (150 cc); 1 botella de cerveza individual (350 cc.) ; 1 trago de licor, solo o combinado (45 grs. de licor); (ejemplos : pisco, ron, whisky, vodka u otro similar).

⁶ " Test de identificación de los problemas debidos al consumo de alcohol" (AUDIT). Organización Mundial de la Salud . Documento WHO / MNH / 89.4 de 1989 y actualizado en 1992 en el Documento WHO / PSA / 92.4.

⁷ Esta consulta se puede dar en las actividades " evaluación diagnóstica" o " primera consultoría de la Intervención Preventiva. Ver Sección VI, más adelante.

⁸ Idem anterior.

Agrega la OMS que no hay que olvidar que “ hay ocasiones en que incluso una o dos unidades estándar pueden ser excesivas”, por ejemplo :

- cuando se conduce un vehículo o se maneja maquinaria,
- si se está embarazada o en período de lactancia,
- si se toman determinados medicamentos,
- si se sufren determinadas condiciones médicas,
- si no se puede controlar el consumo.

También señala que “ los límites del bajo riesgo pueden modificarse para ajustarlas a las política nacional y/o a las circunstancias locales. Se pueden citar diferentes límites para hombres, mujeres y ancianos”.

En el caso del Programa Alcohol y Drogas en Atención Primaria se considerará beber en riesgo y se ofrecerá una intervención preventiva, cuando los consumos habituales de alcohol sean los siguientes :

- En el hombre, beber 4 o más tragos o unidades estándar por día y 12 o más tragos por semana,
- En la mujer, beber 3 o más tragos por día y 12 o más por semana, y
- En ambos, beber hasta alcanzar niveles de intoxicación o embriaguez, aunque ella sea leve.

Se reconoce la embriaguez o intoxicación por alcohol, cuando se presenta cualquier grado de incoordinación motora. Se reconoce embriaguez leve, moderada y severa

Además, si las respuestas al cuestionario o su puntaje final, muestra incongruencias con los antecedentes o los hallazgos clínicos, se utilizará la determinación de los niveles de la enzima Gama - Glutamil - Transferasa (GGT) en el plasma. Este es un examen disponible en todo el país, de tecnología no compleja y precio accesible.

Los valores hasta 50 U / l son considerados dentro del rango normal, por la generalidad de los laboratorios.

Sus niveles elevados señalan sobrecarga del trabajo del hígado y constituyen un predictor de daño hepático. Esto es, no indica daño hepático sino disfunción reversible⁹.

La GGT se eleva fundamentalmente por la ingestión regular y persistente de alcohol, más allá de la capacidad metabólica del hígado. Otras causas, mucho menos frecuentes en la práctica clínica, pero que deben preguntarse y descartarse son : antecedentes de hepatitis viral crónica, uso actual de anticonvulsivantes (barbitúricos, hidantoína) y presencia de obesidad severa.

⁹ Informarse de valores de referencia del laboratorio respectivo para el valor de confirmación.

Por otra parte, la GGT descende cuando la persona suspende o modera la ingestión de alcohol en plazos de semanas. De tal manera, que sus valores pueden ser utilizados para monitorear logros o dificultades en el consultante que inicia un plan de moderación o de supresión.

La información de los niveles de la GGT se utilizarán terapéuticamente a manera de incentivo, de advertencia o de objetivación de los reportes verbales ¹⁰.

Nota : Solicitar la determinación de GGT cada vez que haya dudas respecto del resultado de las respuestas del cuestionario o de la veracidad de las mismas.

1.2. Consumo en riesgo de drogas.

A diferencia del alcohol, el concepto de Consumo en Riesgo aplicado a drogas ilícitas, se hace más bien por descarte del consumo problema, en una persona que consume drogas en forma ocasional o regular. No se cuenta con signos positivos que lo evidencien y no se cuenta con un indicador que lo haga manifiesto en forma objetiva (como la GGT en el caso del alcohol).

En términos operacionales, se considerará presencia de consumo en riesgo de drogas, cuando se dan todas las condiciones siguientes en forma simultánea :

- a) presencia de consumo durante el último año, en cualquier magnitud,**
- b) en ausencia de interferencia o deterioro de los niveles habituales de rendimiento escolar o laboral, según corresponda y de problemas manifiestos (de salud, familiares, legales, etc.),**
- c) con permanencia de plena capacidad para prescindir del consumo de drogas, y**
- d) cuando el consumo no se hace, principal o regularmente, para vencer dificultades en la socialización, aliviar síntomas o emociones molestas (ansiedad, depresión, somatizaciones), facilitar el desempeño sexual, etc.**

Si cualquiera de las condiciones anteriores muestra un mayor grado de compromiso, se deberá concluir la presencia de consumo problemático.

De esta manera el consumo en riesgo incluye el llamado consumo experimental y recreacional.

¹⁰ Los valores de GGT entre 26 y 49 U/L, esto es, dentro del rango de normalidad, pero en la “banda normal alta”, son considerados por algunos investigadores, sugerentes de beber en riesgo. Ello se aprecia porque la entrevista clínica o el Cuestionario AUDIT muestra indicios o puntajes de riesgo y además, porque si el consultante modera o suprime la ingesta de alcohol, en plazos relativamente cortos (semanas) los valores de GGT descienden y se acercan a las 24 U /L o menos.

La razón de ello es que la estandarización de la GGT en la población general no excluyó en su momento, a los bebedores excesivos sin manifestaciones clínicas, entre los cuales son frecuentes los bebedores en riesgo y los bebedores problema. (Israel, Y. Comunicación en Taller Capacitación Beber en Riesgo, Minsal, 2004).

Como se verá más adelante, cada vez que se enfrente a un consultante con consumo en riesgo o consumo problemático, con o sin dependencia, a drogas ilícitas, la orientación o indicación del personal de salud será la de la suspensión de ese consumo. En cambio, si se trata de consumo en riesgo o consumo problema sin dependencia al alcohol, se ayudará al consultante a decidir por la moderación o la supresión del consumo.

2. Consumo problema o problemático.

Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social.

Se trata entonces, de un concepto abarcativo, médico-social.

Incluye tanto a las personas en quienes se diagnostica una enfermedad física o un trastorno mental o conductual, asociados al consumo, como a aquellas que, sin tener una condición mórbida, sí presentan problemas, tales como, menor rendimiento y cumplimiento escolar, académico o laboral según sea el caso, presencia de sanciones de tipo policial o judicial, alteraciones de la armonía familiar, violencia y otras circunstancias similares

La OMS, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión número 10 (C.I.E. 10), diferencia entre varias otras, la categoría " Trastornos mentales y conductuales debidos a Consumo de Sustancias Psicoactivas" y, dentro de ésta, el Consumo Nocivo o Perjudicial ("harmful use").

N ° 2. Consumo nocivo, perjudicial (abuso).

- ◆ **Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica.**
Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables) o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- ◆ **Las personas con consumo nocivo o perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.**
- ◆ **En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno, en general, no es por sí misma indicativo de consumo perjudicial.**

El concepto Consumo Problemático de este Programa abarca y trasciende el de consumo perjudicial de OMS, pues incluye no sólo las consecuencias para la salud del individuo.

2.1. Consumo problema de alcohol (Beber Problema).

La presencia de problemas en relación al consumo de alcohol puede hacerse evidente en cualquier consulta de salud, si se hace una indagación dirigida y adecuada.

Los equipos de salud familiar y los " equipos por sector " tienen un conocimiento más próximo y comprensivo de su población a cargo y, por ello, están en una situación privilegiada para detectar el beber problema en su práctica habitual, interpretando los cambios, incidentes y problemas que se presentan en las familias bajo su responsabilidad.

En términos operacionales, se considerará presencia de Beber Problema, cuando :

- a) el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) muestre una puntuación entre 16 y 19.**
- b) el reporter del propio consultante y/o de un familiar o persona cercana, señalan la existencia de problemas asociados directa o indirectamente a ese consumo, en el ámbito de la salud física o mental, convivencia familiar, rendimiento laboral o escolar según corresponda, o legales u otras consecuencias sociales adversas,**
- c) la condición se confirma en la consulta con un profesional de APS ¹¹.**

2.2. Consumo problema de drogas.

El consumo problema de drogas se detecta a partir de la consulta espontánea de una persona afectada o la entrevista con familiares, profesores u orientadores u otro adulto vinculado a una persona, en quién se supone la presencia de consumo problema de drogas y, en este caso, se confirma a partir de la consulta con el caso índice, realizada por un profesional de salud. ¹²

Como se verá más adelante, también es posible atender eficazmente a los familiares de un miembro consumidor problemático de drogas y/o de alcohol, sin tener acceso al caso índice por largo tiempo.

En términos operacionales, se considerará presencia de Consumo Problema de drogas, cuando se dan las siguientes condiciones :

- a) consumo continuo o recurrente de sustancias psicoactivas (drogas de uso ilícito, medicamentos sin propósitos de salud), y**

¹¹ Se realiza en la actividad " evaluación diagnóstica". Ver Sección VI B.

¹² Los establecimientos que lo deseen pueden utilizar adicionalmente el Cuestionario para detección de Consumo problema de Drogas, desarrollado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que si bien no está validado, puede servir de utilidad para el autodiagnóstico.

- b) problemas asociados directa o indirectamente a ese consumo, en el ámbito de la salud física o mental, convivencia familiar, rendimiento laboral o escolar según corresponda, o legales u otras consecuencias sociales adversas, y/o**
- c) presencia de críticas por la forma de consumo y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos,**

También la apreciación más fina del comportamiento de la persona, puede mostrar elementos que hagan sospechar la presencia de consumo problema si ello no es admitido por el afectado :

- cambios en la trayectoria de rendimiento habitual (escolar, laboral),
- presencia de variaciones bruscas del ánimo,
- disminución relativa de la libertad para prescindir del consumo de las sustancias, en comparación con la que se tenía anteriormente (1 o 2 años antes),
- cambios en el comportamiento habitual (nuevos y absorbentes grupos de amistades o, por el contrario, tendencia al aislamiento social o sólo de los familiares, descuido de el cuidado personal),
- cambios o alteración de los patrones de sueño o alimentación,
- repetida presencia de enfermedades de transmisión sexual,
- presencia de conductas disociales o antisociales (Ej. Hurto, robo u otras para adquirir sustancias).

Será un signo confirmatorio, por supuesto, el reconocimiento del consumo de drogas o su uso abierto, pero además hay otros aún indirectos que obligan a una decidida búsqueda de atención directa, a saber, la aparición de estados depresivos, ideación suicida, la recurrencia de estados confusionales breves o de contenidos paranoídeos o alucinatorios.

3. Dependencia a sustancias psicoactivas.

Todas las consecuencias más o menos evidentes, que se aprecian en el consumo problema, se encuentran también presentes en la dependencia. Si hay dependencia, la dedicación de tiempo al consumo (buscar y obtener la sustancia, períodos de consumo y de recuperación de sus efectos) será mayor, también los efectos sobre el individuo (descuido o abandono de responsabilidades propias, disminución de peso, pérdida de amistades y de la credibilidad), enfermedades somáticos y/o síntomas o trastornos mentales más frecuentemente transitorios, etc.

Lo determinante para el diagnóstico es el cambio fisiológico secundario al uso prolongado de una o más sustancias psicoactivas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, versión número 10, (C.I.E. 10), clarifica el concepto y los criterios diagnóstico de dependencia.

N ° 3. Dependencia a sustancias psicoactivas (CIE 10).

- ◆ Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias, adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor.
- ◆ La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, “craving”) de ingerir la sustancia
- ◆ Además, si la persona vuelve a consumir la sustancia luego de un período de abstinencia, reaparecen rápidamente los diversos síntomas o manifestaciones de la dependencia.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de los siguientes manifestaciones:

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

3.1. Dependencia al alcohol .

En términos operacionales se considerará presencia de dependencia al alcohol cuando :

- a) **el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) muestre una puntuación entre 20 y 40.**
- b) **el reporter del propio consultante y/o de un familiar o persona cercana, señalan la presencia de comportamientos propios de dependencia, más allá de la existencia de problemas asociados al patón de consumo,**
- c) **si es necesario, mediante una consultoría de salud mental o una interconsulta al nivel de especialidad.**

3.2. Dependencia a drogas.

En términos operacionales se considerará presencia de dependencia a drogas cuando :

- a) **la entrevista con un consultante a la Atención Primaria, o con un familiar o persona cercana, permite reconocer síntomas, y**
- b) **la condición se confirma mediante una consulta con un médico de APS con formación en adicciones, una consultoría de salud mental o una interconsulta al nivel de especialidad.**

V. El desafío de la detección e intervención precoz.

Una proporción significativa de las personas que acuden a los establecimientos de salud, por diversos motivos de consulta, consume sustancias psicoactivas regularmente y, de ellas, otra fracción presenta Consumo Problemático o Dependencia.

El motivo de consulta específico puede o no estar asociada al consumo de la sustancia de que se trate (patología gastrointestinal o hepática, infecciones recurrentes, accidentes, violencias, intentos o ideación suicida, cuadros de depresión o angustia secundarias o asociadas y muchos otros).

Con alarmante frecuencia, sin embargo, esa relación de causalidad o la simple coincidencia, no es advertida por los propios afectados, ni reconocida por los profesionales de salud que los atienden.

El público en general e incluso los profesionales de salud, comparten ideas erróneas al respecto. Algunas de ellas son : “toda persona que consume alcohol o drogas es un dependiente o adicto”, “no hay tratamientos efectivos para este problema”, “las personas con problemas con el alcohol o las drogas, tienen que tocar fondo para poder ser ayudadas”, “no necesito ayuda, puedo controlarlo solo”, “ si no hay abstinencia total, hay fracaso de la persona y del tratamiento” y varias otras.

Es aquí donde la APS puede jugar un rol determinante :

- a) en la prevención primaria, si identifica a los consultantes con consumo en riesgo y su intervención es eficaz para que éste modere o suspenda su consumo, evitando así el desarrollo de consecuencias mórbidas o psicosociales (consumo problema),
- b) en la prevención secundaria, si reconoce precozmente al consultante con consumo problema o dependencia y su intervención logra evitar las complicaciones mayores o tardías del mismo.

En todos estos casos, la intervención oportuna y efectiva que se puede realizar en la APS, será crítica en el pronóstico de esos consultantes.

La consulta a la Atención Primaria constituye una oportunidad inmejorable para la detección e intervención precoz del consumo problema y del consumo en riesgo de sustancias psicoactivas.

La detección precoz, pieza clave del resultado final, será aún más temprana si ella se inicia en los ambientes de vida de los afectados : las escuelas, los lugares de trabajo, los vecindarios y el seno de las propias familias.

Para que la alarma de una familia o la preocupación de los compañeros, un profesor o un supervisor, se transformen en detección precoz, se requiere que los establecimientos de salud primaria se abran y se expongan a recibir preguntas y consultas de esos sectores, a trabajar sobre ellas, a buscar activa e imaginativamente la consulta directa del afectado, incluso si éste no reconoce consumir sustancias o tener dificultades con ello. Esta es una situación muy frecuente entre quienes consumen sustancias psicoactivas.

Las actividades de Promoción de Salud apoyan las iniciativas de la comunidad para su propio desarrollo y protección a nivel del territorio y con el apoyo de los municipios.

La influencia de los programas de prevención del consumo de alcohol y drogas que se llevan a cabo en las escuelas, buscan generar también iniciativas de mutua protección entre los alumnos. Algo similar puede encontrarse en algunos lugares de trabajo.

Además de conocerlas y animarlas, la manera más importante que puede hacer la Atención Primaria para prestar apoyo a esas actividades de prevención primaria de la propia comunidad, es proveyendo acceso expedito y atención efectiva a la demanda que más pronto o más tarde se originan con ellas.

Múltiples estudios demuestran que el uso de instrumentos de detección precoz y técnicas de intervención breve en la Atención Primaria, específicamente a bebedores en riesgo y bebedores problema, son efectivos en disminuir el consumo, el número de días de hospitalización, de licencias médicas y de problemas psicosociales y aumentan la sobriedad, según mediciones hechas en plazos que oscilan entre 1 y 5 años ¹³.

Si bien no se dispone de información equivalente, en relación al consumo de drogas, en los hechos, la APS está recibiendo, directa o indirectamente, esa demanda de atención, a través de las consultas de las familias. Además, los resultados de la experiencia en un número importante de establecimientos que han atendido programadamente a personas con consumo problema de drogas desde el año 2001, ha sido auspiciosa.

Por otra parte, la atención efectiva del consultante con consumo problema y la dependencia a alcohol o drogas, al igual que todo problema de salud, requiere de :

- una **red de atención** progresiva, que responda a las diversas necesidades y, simultáneamente, y
- de una **atención en red**, que contemple la suficiente fluidez para la referencia y contrarreferencia de los consultantes, en las diversas etapas de su proceso de tratamiento .

Cada Servicio de Salud, buscará fortalecer la coordinación e interdependencia entre el conjunto de sus establecimientos dependientes o asociados, para efectos de proveer una genuina atención en red.

La red además, siempre deberá incluir, en la forma que localmente se considere más apropiada, a establecimientos educacionales (como fuentes de referencia y del equivalente a una " sospecha diagnóstica"), eventualmente centros de trabajo, otras instancias de los municipios (Previene, bolsas de trabajo, etc.), comunidades terapéuticas y ONGs y similares dedicadas a la rehabilitación en alcohol y drogas y/o a salud mental y, muy en particular, a los grupos de autoayuda, algunos de los cuales muestran una notable efectividad para la mantención de la abstinencia y la colaboración con las intervenciones de salud.

Los consultorios de APS deberán participar activa y propositivamente en el funcionamiento de esa red, cuyos indicadores de buen funcionamiento son entre otros :

- existencia y acceso oportuno a planes de tratamiento ambulatorio básico o intensivo, según se requiera,
- funcionamiento regular de una instancia de coordinación de los establecimientos que participan de la red de atención en alcohol y drogas en un determinado territorio,
- existencia, en el nivel secundario de atención, de equipos de salud mental comunitaria con competencias para proveer al Programa y a los

¹³ Ver referencias bibliográficas 6, 7 y 8.

beneficiarios : atención resolutive, consultorías de salud mental, derivaciones en ambos sentidos e interconsultas, de buena calidad y cada vez que se requiera,

VI. Programa de atención.

A. Población objetivo.

B. Etapas e Intervenciones.

C. Árbol y secuencia de decisiones.

A.- Población objetivo.

El Programa de detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la Atención Primaria, está dirigido a los consultantes de la Atención Primaria que :

- son probables portadores de riesgos o problemas asociados al consumo de sustancias, de acuerdo a un cuestionario de detección.
- solicitan espontáneamente atención por problemas con el consumo de alcohol o de drogas.
- son derivados o ingresados desde otros programas del propio consultorio, previa información y motivación inicial por el profesional que deriva,
- son familiares alarmados porque uno o más de los miembro de la familia consumen sustancias psicoactivas, el o los cuales pueden no tener disposición para consultar directamente o que esa disposición sea frágil y fluctuante.

B. Etapas e Intervenciones.

El Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Nocivo y la Dependencia a Alcohol y Drogas en la APS, diferencia cuatro etapas :

B1. Detección y evaluación diagnóstica.

B 2. Intervenciones resolutivas en la APS.

B 3. Derivación o referencia asistida.

B 4. Alta y seguimiento.

B 1. Detección y evaluación diagnóstica.

Se dirige a toda la población consultante independientemente si busca o no, tratamiento por problemas asociados al consumo de alcohol o drogas.

La detección inicial se sustenta en :

- el uso general, en todo consultante mayor de 15 años, de un cuestionario de tamizaje o screening, que orientará hacia riesgos o problemas asociados con el uso de bebidas alcohólicas,

- la recepción expedita de consultas de familiares, personas cercanas, potenciales usuarios, mediante una entrevista dirigida, que será de especial valor en el caso del riesgo o problemas asociados al consumo de drogas.
- una actividad complementaria opcional, llamada Evaluación Diagnóstica, consistente en una o más consultas de salud mental.

B.1.a) Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

Se trata de un cuestionario auto-aplicado, que permite la detección inicial o sospecha, de consumo riesgoso, consumo problemático o dependencia de alcohol.

El cuestionario es entregado a los consultantes, mayores de 15 años, mientras esperan atención, sea de morbilidad, controles u otra, para que lo llenen en ese período y luego lo muestren al profesional que le corresponda.

Se estima que con la práctica esto se constituirá en un procedimiento de rutina. En un comienzo sin embargo, es muy posible que los consultantes requieran de instrucciones adicionales del personal de salud que atiende las salas de espera.

Durante la consulta de salud con el profesional del equipo de atención primaria que corresponda, según el motivo de consulta, se solicitará el cuestionario ya llenado, para hacer el cómputo de puntaje final o para confirmar el ya calculado por el usuario.

Si el consultante no desea mostrarlo o no lo ha respondido, se le sugerirá que lo haga con tranquilidad en su domicilio y que el establecimiento estará abierto para atender sus dudas respecto del resultado obtenido.

El cuestionario no hace diagnósticos sino que sugiere, a la manera de un selector o filtro, los casos probables. Si de la revisión de los puntajes obtenidos se desprende la probable existencia de consumo riesgoso o problemático o dependencia de alcohol, se buscará confirmar o descartar esa posibilidad

Mayores precisiones se encuentran en Anexo N° 2 : “ Instrucciones para el uso del Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

Si en esta primera oportunidad, no es posible llegar a una conclusión clara respecto del curso a seguir, se invitará o citará al consultante a una consulta adicional llamada “ Evaluación diagnóstica”.

B.1.b) Entrevista con familiares.

La manera más habitual y también más productiva para la detección temprana de consumo riesgoso o problemático de sustancias, especialmente de drogas

ilícitas, es la inquietud o alarma de la familia. Este debe ser tomado como un indicador confiable.

A la inversa, no es infrecuentes que la conducta de consumo problemático de sustancias no sea advertida por la familia, durante tiempos largos.

Los establecimientos de APS dispondrán de un acceso fluido a las consultas y requerimientos de ayuda de estos familiares y se incluyen como una de las intervenciones del programa (consulta con "familiar de caso índice").

En ocasiones será un profesor u orientador el que se acercará al consultorio. En otros casos, un compañero de trabajo o un supervisor. En otros un dirigente vecinal o un miembro de un grupo comunitario. En otras ocasiones, será en el curso del trabajo comunitario de los equipos de APS, donde se producirá el diálogo técnico, la coordinación, la asesoría-capacitación, la toma de decisiones conjunta, para incrementar la detección y canalizar la derivación oportuna desde centros educacionales, laborales u otros.

En cada uno de estas situaciones, se tratará de involucrar a uno o más miembros de la familia de la persona afectada para iniciar una intervención con familiares.

B.1.c) Evaluación diagnóstica.

Instancia adicional, en algunos casos, opcional¹⁴, decidida por el profesional que recepciona al consultante o al familiar "co-índice", destinada a asegurar que tanto el diagnóstico, como la referencia a la etapa siguiente, sean adecuados.

Consiste en una o más consultas de salud mental¹⁵ que se realizan pocos días después de la consulta inicial que la origina, por miembros del equipo de Atención Primaria con capacitación en salud mental y en alcohol y drogas.

Objetivos de la Evaluación Diagnóstica.

- a) conformar un diagnóstico clínico básico suficiente : patrón de consumo de sustancias, estado de salud física y de salud mental,**
- b) evaluar grado de compromiso biopsicosocial : incluye riesgos o daños presentes en el consultante y en el grupo familiar y la apreciación sobre el grado de apoyo que ésta provee (aceptación-rechazo, violencia, modelos de consumo o de autocontrol, prevención de recaídas).**
- c) evaluar e intervenir el nivel de motivación al cambio personal,**
- d) entregar información sobre diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir por el consultante,**
- e) explicar al consultante el plan de intervenciones que el establecimiento ofrece o sobre la derivación al nivel de especialidad que requiere,**
- f) concluir en una referencia, sea a una de las intervenciones resolutivas disponibles en el establecimiento de Atención Primaria o al nivel de especialidad.**

¹⁴ En el caso de que el Cuestionario o la consulta inicial o la entrevista con un familiar sugiera la presencia de consumo en riesgo, sea de alcohol o de drogas, se podrá derivar directamente a la primera consejería de la Intervención Preventiva, en donde se confirmará o descartará el diagnóstico.

¹⁵ Consulta de salud mental : a cargo de profesional del equipo de atención primaria con formación en salud mental, dirigida a consultantes con factores de alto riesgo para desarrollar una enfermedad mental o afectados por una de ellas o dirigida a familiares, con el objeto de realizar : evaluación y diagnóstico psicosocial; psicoeducación, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades; actividades de rehabilitación social y laboral; referencia a atención médica. (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. MINSAL. 2000).

La Evaluación diagnóstica inicial, utiliza :

- la entrevista dirigida,
- el exámen clínico y, ocasionalmente,
- los exámenes de laboratorio.

En la entrevista dirigida es fundamental establecer un vínculo de confianza y respeto entre el consultante y el profesional a cargo.

Ayuda a lograr ese fin, si la entrevista :

- permite al consultante, tiempos para la reflexión sobre las preguntas o propuestas que hace el profesional;
- tolera cierto grado de contradicciones o inconsistencias;
- en ocasiones, posterga la obtención de información no indispensable, si genera resistencias y, en general,
- deja a la libre pero informada decisión del consultante, el camino a seguir, sin cerrar la puerta para un nuevo contacto en otra oportunidad.

Un instrumento opcional, que puede ser de ayuda, es la Escala de Compromiso Biopsicosocial. Su finalidad es dimensionar la severidad del cuadro, identificar puntos fuertes y puntos débiles para la intervención, predecir pronóstico e identificar metas a lograr.

Las categorías leve y moderado en esta escala pueden ser atendidos en la APS. Cuando se identifica el nivel severo, es señal para una derivación a tratamiento especializado.

ESCALA DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL ¹⁶.

VARIABLES BIOPSIOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL		
	Leve	Moderado	Severo
Tipo sustancias, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agrega vía inyectable
Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias
Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
Percepción molestias físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por demanda judicial
Motivación al cambio	Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
Tratamientos anteriores	Ninguno	1 o 3	Más de tres

¹⁶ Esta tabla ha sido utilizada en la experiencia nacional y su utilidad parece satisfactoria, sin embargo, no ha sido sometida a una evaluación y validación formal.

Intentos de abstinencia sin tratamiento	6 o más meses en los últimos 3 años	1 a 5 meses en los últimos 3 años	Sin ningún periodo de abstinencia
Percepción de autoeficacia	Autopercepción de obtención de logros en resolución de problemas	Autopercepción : bajo control del medio y conducta de consumo	Autopercepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
Actividades laborales o académicas	Mantiene su trabajo o estudio	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos o abandono actividades , Interrupción de estudios.
Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
Problemas judiciales asociados	Sin detenciones o demandas	Detenciones por porte de sustancias	Detenciones por porte, consumo más actos delictuales
Red de apoyo familiar y social	Presencia red apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta, con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

El criterio operacional para su ponderación es el siguiente :

- una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más) en una determinada categoría (columna), permite concluir que ese es el nivel de compromiso biopsicosocial del consultante.

El examen clínico pondrá especial atención a los elementos objetivos u observables, que permitan configurar una hipótesis o sospecha diagnóstica inicial, en consultantes que con frecuencia no buscan tratamiento espontáneamente o no reconocen consecuencias de su consumo.

En tales casos, se puede hablar de un "screening clínico".

Indicadores de probable Consumo Problema y Dependencia de Alcohol.

- Inyección conjuntival.**
Se evalúa la extensión de la congestión capilar y de la ictericia de las escleras.
El examen se realiza mejor a plena luz del día. Se pide al consultante que mire hacia arriba y luego hacia abajo mientras se retraen los párpados superior e inferior.
En condiciones normales, la blancura normal se distribuye ampliamente en las escleras. En contraste, la congestión capilar se refleja en el color rojo oscuro (borgoña) de los vasos y en el tinte verdoso de la esclerótica.
- Vascularización anormal de la piel.**
Se evalúa mejor a nivel de la piel de la cara y el cuello. A menudo se aprecian delgadas arteriolas que aparecen como una erupción rojiza. Otros signos de ingestión crónica y excesiva de alcohol incluyen la apariencia de "piel de gallina" en el cuello y manchas amarillentas en la piel.
- Temblor fino y distal en las manos.**
Se evalúa con los brazos extendidos hacia delante, codos medio flexionados y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Temblor de la lengua.**
Se evalúa con la lengua protruida, con la punta sobresaliendo una corta distancia por delante de los labios, pero no excesivamente.
- Hepatomegalia.**
Los cambios hepáticos se aprecian en el volumen (distancia en que el borde inferior del hígado sobrepasa el reborde costal) y en la consistencia (normal, firme, dura o muy dura).

Adaptado de " Test de identificación de los problemas debidos al consumo de alcohol" (AUDIT). Organización Mundial de la Salud . Documento WHO / MNH / 89.4 de 1989 y actualizado en 1992 en el Documento WHO / PSA / 92.4

El exámen de laboratorio de mayor utilidad para la detección, seguimiento clínico y como elemento de motivación del consultante es la determinación de la enzima GGT, a la manera de un indicador biológico que confirma la presencia de una alteración hepática, funcional y por tanto reversible, secundaria al consumo de alcohol. Se solicitará además, cada vez que se aprecien incongruencias o dudas, en los consultantes que consumen alcohol, especialmente en cuanto a la magnitud del consumo informado.

Otros exámenes de laboratorio o apoyo podrán solicitarse ocasionalmente por el médico, si se necesitan otros elementos de diagnóstico (pruebas hepáticas, radiografías, bacteriológicos, inmunológicos, etc.).

B. 2. Intervenciones resolutivas en APS.

El Programa contempla dos intervenciones resolutivas básicas :

- a) Intervención preventiva.**
- b) Intervención terapéutica.**

B. 2. a) Intervención preventiva.

Su objetivo está en el marco de la prevención secundaria : impedir o retardar el desarrollo de una enfermedad o de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficientes para ello. Por ello su título al público será "**Programa de Prevención de Riesgos " Ud. decide "**".

Dirigida primordialmente a consultantes que presentan consumo en riesgo, de alcohol o de drogas o, de ambos tipos de sustancias. El nivel de compromiso psicosocial y físico es inexistente o leve.

Sin embargo, en algunos casos, también consultantes con beber problema se pueden beneficiar de este tipo de intervención breve, si cuentan con niveles altos de motivación, autonomía y autocontrol de impulsos, un buen nivel intelectual y apoyo familiar.

Consiste en un conjunto ordenado de actividades, centradas en facilitar una decisión informada y autónoma del consultante, en orden a moderar o suprimir el consumo.

Objetivos de la Intervención preventiva.

- a) Proporcionar a los consultantes que presentan consumo en riesgo, una oportunidad de detección temprana e información de retorno respecto de su propio riesgo y de las alternativas que se le ofrecen para disminuirlo.**
- b) Ofrecer a la libre decisión del consultante, el apoyo profesional para que, a través de una secuencia ordenada de pasos, entre los que se cuentan consejerías, exámenes de laboratorio y entrega de información, más su propio esfuerzo, logre moderar o suprimir el consumo de la o las sustancias psicoactivas, hasta un nivel sin riesgo o "saludable".**
- c) Entregar información relevante a miembros de la familia, para que se constituya en un apoyo a los esfuerzos del consultante, según necesidad.**

El instrumento fundamental de la intervención preventiva es la Consejería, realizada por un profesional del equipo de salud primaria, con experiencia en consejerías y capacitado en el programa.

En el caso de que el factor de riesgo sea el consumo de alcohol, es aconsejable que las consejerías estén a cargo de una enfermera, dado que los resultados de los exámenes de laboratorio, son el sustento predominante de la actividad educativa y motivacional.

La intervención preventiva cuenta además, con un instrumento de carácter educativo, orientado a la modificación de conductas. Son las Cartillas Informativas "Ud. Decide", para alcohol y para drogas. Entregan estrategias a seguir para moderar o suprimir el consumo, resistir las presiones y desarrollar conductas alternativas que proporcionen satisfacción y mejoren la autoeficacia.

Solo si el consultante lo demanda, se ofrecen otros servicios, tales como atención de salud mental a miembros del núcleo familiar, en particular en el programa de depresión y otros. También se estará alerta a otros riesgos de salud física que estén presentes y requieran de atención de salud.

Componentes de la Consejería.

- **Entregar información objetiva sobre los riesgos del patrón de consumo de la sustancia de que se trate y sobre las alternativas para disminuirlo.**
- **Entregar alternativas y concordar metas a lograr por el consultante.**
- **En el caso de la ingestión de alcohol, la modificación de los niveles de GGT que muestra el consultante a lo largo del tiempo de intervención, será un punto de referencia central para reforzar los avances logrados o establecer metas para el siguiente intervalo. Cada consejería, en este caso, incluye la solicitud por adelantado, para un nuevo control de GGT.**
- **En el caso de las drogas, por ningún motivo se utilizará determinación de drogas en fluidos corporales como indicador de progreso o cumplimiento. En cambio, se confiará en el reporte del propio consultante y/o de familiares, respecto del grado de satisfacción personal y de aquellas metas voluntariamente acordadas : disminución o supresión del consumo, ajuste a determinadas tareas sensibles, etc.**
- **Promover una toma de decisión en el consultante respecto de su patrón de consumo y de estrategias conductuales apropiadas, para los próximos meses,**
- **Entregar elementos de apoyo para alcanzar con éxito esa decisión personal, y**
- **Citar a la siguiente sesión de Consejería, las que se realizan preferentemente, a los 3, 6 y 12 meses. Esa frecuencia permite además, el desarrollo de cambios complejos en el estilo de vida y un seguimiento directo y bioquímico en plazos confiables.**
- **Al menos una de las consejerías debe incluir la participación de miembros de la familia. Ello se hará en acuerdo con el consultante.**

Metas de la Intervención preventiva.

- **Moderación o supresión del consumo de las sustancias psicoactivas,**
- **GGT normalizadas o de valores más bajos que al inicio, en el caso del consumo de alcohol,**
- **Ajuste psicosocial y/o satisfacción del consultante y del grupo familiar.**

Ajuste psicosocial significa alcanzar un buen o mejor nivel de adaptación en el medio familiar y social y en relación al proyecto de vida y a las expectativas y metas personales. Ello se mide por la apreciación del profesional tratante, quién toma en cuenta la opinión y satisfacción del consultante, la opinión y satisfacción de la familia y la inserción efectiva en el trabajo, en la escuela u otra actividad productiva según corresponda.

La intervención preventiva tiene una duración de 12 meses.

Luego del año de intervención, si los resultados son positivos, el consultante recibe el alta.

Si el resultado en cambio, no es favorable, sea porque el consumo se mantiene en un nivel de riesgo o empeora, porque se configura un consumo problemático o una dependencia incipiente o porque el compromiso biopsicosocial aumenta, se reevalúa el caso con la ayuda de una consultoría de salud mental o una interconsulta al nivel secundario.

Luego de ello, las opciones serán la referencia a una intervención terapéutica en la Atención Primaria o al nivel secundario de especialidad. La aceptación informada del consultante será clave para que la referencia sea efectiva.

No está contemplada la participación de grupos de autoayuda en la intervención preventiva, básicamente porque ellos están centrados en el apoyo a las personas con dependencia o con problemas severos.

B. 2. b) Intervención Terapéutica.

Dirigida a consultantes que presentan consumo problemático o dependencia a alcohol o de drogas o, a ambos tipos de sustancias, en quienes el nivel de compromiso psicosocial y físico es leve o moderado, compatible con su manejo en APS.

Si el consultante presenta otros cuadros psiquiátricos, tales como depresión, trastornos de angustia, de intensidad moderada, manejables en la APS, también se inicia una intervención terapéutica.

Consiste en un conjunto ordenado de actividades, orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones generales de salud física y mental y un mayor grado de ajuste psicosocial o, en su defecto, la referencia del consultante a un nivel de atención que se adecúe a sus necesidades. La intervención terapéutica incluirá siempre a los familiares y a grupos de autoayuda.

La intervención terapéutica requiere crear un ambiente psicosocial o clima terapéutico, que incluye varios componentes.

Componentes de la Intervención Terapéutica.

- **Proveer un espacio donde consultantes afectados puedan encontrar:**
 - Acogida e información no sesgada con críticas o advertencias sobredimensionadas, sobre a su hábito de consumo de sustancias,
 - Apoyo emocional para los esfuerzos que les corresponderá hacer en su camino de recuperación,
 - Aceptación y tolerancia para los retrocesos que se presenten durante el tratamiento (una recaída es un episodio propio de ese proceso y no necesariamente un fracaso).
- **Facilitar que los consultantes conozcan y analicen los efectos que en ellos produce el consumo de la sustancia que utilizan (los que tienden a mantener el consumo, las consecuencias negativas para su proyecto de vida y para la relación con su medio, otros).**
- **Entregar estímulo, información y acompañamiento para que el consultante pueda planear y emprender, en forma protagónica, su propio camino de superación del hábito adictivo o del consumo problemático y para que evalúe objetivamente sus logros y dificultades.**
- **Proveer a los familiares acogida a sus preocupaciones respecto del consultante, entregar información y habilidades para que concurren sinérgicamente al proceso de tratamiento.**
- **Disponer de un procedimiento de seguimiento activo y rescate de aquellos consultantes que se ausenten de la intervención terapéutica, más allá de lo acordado previamente.**
- **Vincular al consultante desde una etapa temprana de la intervención con grupos de autoayuda en el campo de la rehabilitación.**

La intervención terapéutica se propone objetivos finales y etapas con objetivos intermedios.

Objetivos finales de la intervención terapéutica.

1. **Suspensión o moderación sostenida del consumo.**
2. **Resolución o alivio de complicaciones y comorbilidad física y psíquica.**
3. **Rehabilitación de la conducta individual y social (ajuste psicosocial).**
4. **Reinserción social.**

En no pocos casos, se requerirá acordar metas terapéuticas intermedias o transitorias. Entre ellas una de las más frecuentes es el logro y mantenimiento, a veces por períodos prolongados, de un consumo moderado en quienes ya tienen

una dependencia o un consumo problemático severo, a pesar de que, desde el punto de vista de salud, es clara la indicación de supresión del consumo.

Ello ocurre cuando el consultante no acepta suspender totalmente el consumo o, cuando falla repetidas veces en lograrlo. En tales circunstancias, conviene aceptar metas intermedias, establecer un plazo y evaluar al cabo de él. Más importante es no perder el contacto con el consultante y asegurar su asistencia a controles regulares.

Las metas señaladas son, al mismo tiempo, indicadores de resultado y etapas de la intervención terapéutica, las que, en todo caso, no siempre son sucesivas, sino que tienden a superponerse.

B. 2.b.1. Suspensión o moderación sostenida del consumo

Tiene dos momentos o fases :

- a) el alivio o resolución del síndrome de privación, llamada habitualmente fase de desintoxicación y
- b) la mantención de la abstinencia o de la moderación.

a) Fase de desintoxicación.

La tarea fundamental es aliviar los síntomas de privación que presionan hacia el consumo y que aparecen minutos después de dejar de hacerlo (en el caso de la cocaína y la pasta base), horas (en el caso del alcohol, las benzodiazepinas o las anfetaminas) u horas a días (en el caso de la marihuana).

En el próximo cuadro se recogen las manifestaciones comunes al síndrome de privación o abstinencia de sustancias. En el Anexo N° 3 se encuentran cuadros con información sobre síntomas de los estados de privación particulares de determinadas sustancias psicoactivas.

La mayoría de las veces los consumidores de alcohol y/o drogas superan los síntomas de privación por sí solos y suspenden el consumo sin requerir de atención sanitaria.

Un porcentaje importante de personas llegan a la primera consulta habiendo ya cesado el consumo de la o las sustancias de abuso. Ello puede indicar una mayor voluntad de cambio, motivación y autoeficacia, esto es, confianza en la propia capacidad para lograr metas personales. Si el consumo es de mayor magnitud y duración o si se utilizan drogas inyectables o por inhalación, este evento será más difícil.

Muchos otros, acudirán a la o las primeras consultas en período de consumo activo e incluso intoxicados. Aún así, ello constituye una buena oportunidad para un contacto que abra puertas a la confianza de retornar en otro momento. En tal situación, se entregarán mensajes breves y claros, de acogida y de precauciones para la seguridad, de indicación de medicación para calmar síntomas de privación

angustiosos o de agitación incipiente. No se tendrá mayor eficacia con entrevistas prolongadas. En cambio, se privilegiará la entrevista con familiares o acompañantes, para dar instrucciones de manejo y fecha próxima de control.

Síndrome de privación o abstinencia : síntomas más comunes a todas las drogas

- ♦ **Apetencia por la droga que con el tiempo se convierte en un deseo imperioso, urgencia o “craving” por consumir una nueva dosis de la droga.**

Se acompaña de :

- **ansiedad, intranquilidad motora, alteración de la capacidad de atención, de la concentración y rendimientos, irritabilidad, insomnio y otras alteraciones de dormir.**
- **Dolores abdominales en el caso de la pasta base.**
- **Recurrencia de imágenes y recuerdos de situaciones de consumo anteriores.**
- **Aparición en forma súbita o inmotivada de impulsos por consumir o, al menos, acercarse a la posibilidad de hacerlo.**
- **Cambios del humor, disminución de intereses, comportamientos erráticos, ánimo depresivo, temores y desconfianzas que luego enjuicia como absurdas (frecuente entre usuarios de cocaína y/o estimulantes anfetamínicos).**

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

- ♦ **En algunos casos, los síntomas anteriores pueden presentarse semanas e incluso meses después de ya alcanzada la abstinencia e incluso en pleno proceso de rehabilitación. Se llama síndrome de privación retardado o postergado. Se asocia a situaciones estímulo, frente a las que se puede aprender habilidades de enfrentamiento (prevención de recaídas).**

Aún otros consultantes pueden llegar a estados de extrema gravedad, sea por sobredosis, por alteraciones metabólicas, enfermedades intercurrentes, trauma agregado, etc. En tales casos, se deberá decidir si monitorear localmente la respuesta del consultante con frecuencia diaria, o derivar para una internación en un servicio de emergencias, en una unidad de internación psiquiátrica o en un hospital de día o incluso, en un plan de tratamiento residencial, si tiene supervisión e interconsulta médica cercana.

Algunos consultantes no aceptan suspender el consumo a pesar de experimentar síntomas de privación importantes. Esto no es infrecuente.

Para tal efecto se puede concordar una estrategia de disminución gradual del consumo, proveyendo consejo, asegurando apoyo familiar o de una persona significativa cercana o de miembros de grupos de autoayuda, eventualmente indicando medicamentos, en general ansiolíticos y citando a controles diariamente o cada dos días.

Durante ellos, se insistirá en conveniencia de suspensión del consumo, ofreciendo la alternativa de hacerlo por un tiempo breve, por ejemplo dos semanas, en orden a dar tiempo para realizar exámenes, probar un tratamiento, evaluar estado de salud general, disminuir alarma familiar o cualquier otra temática que pueda ser acogida por el consultante. Si ese lapso de suspensión del consumo se consigue, será más fácil el diálogo y la motivación del consultante.

Manejo del Síndrome de privación o abstinencia.

1. Si el consultante, además de los síntomas de privación iniciales, ha continuado el consumo de alcohol o drogas, las medidas a tomar son :
 - evaluar grado de intoxicación y seguridad personal,
 - si la comunicación es posible, indagar y registrar domicilio. Si es menor de edad, analizar conveniencia de llamar a la familia.
2. Si hay riesgo vital (agitación suicida o agresiva, estados de oscuridad de conciencia, enfermedad física grave descompensada, convulsiones) y el consultante no acepta las indicaciones, está indicada una internación de urgencia no voluntaria. Para ello, derivar en forma asistida a un Servicio de Urgencia o a una unidad de internación psiquiátrica.
3. Si el cuadro es severo, pero sin riesgo vital, alucinaciones, ideas paranoídeas más intensas, franco delirio u otras manifestaciones psicóticas, asegúrese de una interconsulta o internación en un servicio de especialidad, con el que se mantiene contacto.
4. Medidas específicas :
 - Si hay ideas paranoídeas, proporcionar información tranquilizadora, orientar sobre la realidad objetiva y, si es posible, disminuir estimulación sensorial (habitación silenciosa, cuidar no proveer un exceso de estímulos verbales).
 - Si la angustia o la intranquilidad motora es o puede llegar a ser severa, utilizar benzodiazepinas por períodos breves, 1 a 3 semanas, en dosis que decrecen en forma gradual en los últimos días :
 - bromazepam 3 a 18 mgs. por día ;
 - clordiazepóxido 5 a 60 mgs./día;
 - diazepam 5 a 60 mgs./día.
 Para obtener efectos más rápidos, (prevenir una crisis de pánico), se puede usar :
 - lorazepam sublingual ("Amparax ®), 1 a 8 mg. / día,
 - lorazepam por vía I.M. o E.V., ampollas de 4 mgrs, 2 a 8 mgrs. por día.
 - En caso de síntomas psicóticos, estos evolucionan hacia la normalización espontáneamente en pocos días. Si son severos pueden usarse neurolepticos, durante 5 a 15 días, en dosis diarias variables :

- clorpromazina 25 a 150 mgs.	- tioridazina 25 a 200 mgs.
- haloperidol 0,5 a 4 mgs.	- neuleptil ® 3 a 20 gotas al 4 %.
- risperidona 1 a 4 mgs.	
 - En el caso de la abstinencia de estimulantes (cocaína, anfetaminas) los síntomas de depresión podrán requerir del uso de antidepresivos, durante semanas a meses :
 - imipramina 50 a 100 mg. en una sola dosis matinal,
 - fluoxetina 20 a 40 mg. en una sola dosis matinal.
5. A medida que el cuadro evoluciona hacia la mejoría, se debe informar acerca de la significación y severidad del síndrome de privación, su duración limitada en el tiempo, recurrencia en caso de reiniciar consumo, etc. Este es un muy buen momento para que el consultante incremente su motivación hacia el tratamiento y el cambio personal, se instruya para manejar situaciones de riesgo que lo puedan llevar a reiniciar el consumo e Identificar estrategias exitosas y fallidas utilizadas anteriormente para suspender el consumo. Un error frecuente es creer que la sola decisión y manifestación de intenciones de cambio, basta para evitar o suprimir la aparición de síntomas de privación.
6. A pesar de que los síntomas en ocasiones pueden ser muy intensos, las complicaciones durante el período de abstinencia, no son frecuentes.

B. 2.b. 2) Mantenimiento de la abstinencia o de la moderación.

Requiere que el profesional o equipo tratante influya e impulse en el consultante, un proceso psicológico y social que incluye comprensión y evaluación de su situación personal, motivación y voluntad de cambio, esfuerzos sostenidos para controlar la fuerza de su propio hábito de consumo y de las presiones del ambiente y readquirir satisfactores de sus necesidades psicosociales no dañinos .

Todo tratamiento requiere necesariamente competencias psicosociales y biomédicas, en el equipo tratante. Las primeras permitirán :

- entrega de información,
- apoyo y refuerzo emocional,
- facilitar el conocimiento y aceptación de sí mismo, tanto de las fortalezas como debilidades,
- confrontación amigable de las autoindulgencias,
- facilitar identificación y compromiso con nuevas metas personales,
- orientar en el reconocimiento de las situaciones de riesgo para el consumo y en las estrategias para enfrentarlas sin recaer,
- apoyar la reintegración armónica en la propia familia,
- apoyar los esfuerzos para lograr la reinserción escolar o laboral,
- reconocer los sentimientos encontrados (contrasentimientos) que generan en el tratante, las resistencias del consultante, para transformarlos en elementos aprovechables para establecer una relación de ayuda psicológica veraz y eficaz.

Todos estos objetivos se encuentran presentes en las intervenciones que el personal de salud de APS realiza habitualmente frente a los consultantes portadores de enfermedades crónicas.

En el Anexo N° 4 se encontrará un cuadro con recomendaciones para el diálogo durante la intervención terapéutica y algunos instrumentos o técnicas de apoyo para el tratamiento psicosocial.

El apoyo biomédico incluye básicamente tratamientos farmacológicos, que en el caso del Consumo Nocivo y la Dependencias tienen un valor más bien colateral y/o transitorio. Por el contrario, en el caso de comorbilidad médica o psiquiátrica, el tratamiento biomédico será siempre esencial y en ocasiones conllevará períodos prolongados.

Entre los fármacos utilizables en la Atención Primaria, específicamente para la mantención de la abstinencia del consumo del alcohol, se encuentra el Disulfiram (Antabuse), considerado entre los fármacos sensibilizadores del organismo ante el alcohol, llamados también disuasivos.

El disulfiram se indica en dosis de 250 a 500 mgrs. por día, de preferencia con una comida, para atenuar sus efectos irritantes sobre la mucosa gástrica.

Su efecto se debe al bloqueo del metabolismo del alcohol, a nivel del acetaldehído. La acumulación de éste, pocos minutos después de ingerido el alcohol, provoca una reacción de intensidad variable (según cantidad de alcohol consumido y dosis de disulfiram), caracterizada por calor y enrojecimiento facial y corporal (bochornos), taquicardia, palpitaciones, disminución de la presión arterial. Menos frecuentemente se presentarán náuseas, vómitos, disnea, sudoración, mareos, visión borrosa, confusión. La duración es autolimitada y de alrededor de 30 minutos. Infrecuentemente, se puede llegar a una hipotensión arterial severa.

El disulfiram se maneja como un agregado complementario de la decisión del consultante de abstenerse de alcohol. El uso de disulfiram no admite moderación del consumo.

El disulfiram se utiliza para facilitar la adquisición de habilidades personales que hacen posible vivir normalmente, sin mayores restricciones, sin usar bebidas alcohólicas. No es un tratamiento a permanencia. La duración de un tratamiento con disulfiram se evalúa cada seis meses y no debe durar más de 2 años.

Hay otros fármacos sensibilizadores al alcohol (carbimida de calcio) o que influyen en la apetencia por el alcohol (naltrexona, acamprosate, inhibidores de la serotonina), pero deben dejarse en manos del nivel de especialidad.

En el caso de cocaína, si bien se han estudiado diversos fármacos, aún no se cuenta con resultados definitivos respecto de su eficacia. Por ello su uso debe indicarse en el nivel de especialidad (bromocriptina, amantadina, carbamazepina).

Los antidepresivos en cambio con frecuencia serán necesarios, durante la rehabilitación de los usuarios de cocaína, por la frecuencia de comorbilidad con depresión. Previa consultoría o interconsulta, el seguimiento del tratamiento antidepresivo, puede ser hecho por el médico de Atención Primaria, en especial si es en base a fluoxetina u otro de los antidepresivos en uso en la APS.

Duración y densidad de actividades.

- La intervención terapéutica tiene una duración de 1 año.
- El número y frecuencia de las actividades será de acuerdo a las necesidades del consultante.
- La experiencia muestra que la adherencia es mayor en los primeros 2 a 3 meses, por lo que conviene acordar una mayor densidad e intensidad de las actividades en este período.
- Se programarán "Evaluaciones de avance y pronóstico" a los 3, 6 y 12 meses, en las que se acordará el plan de trabajo para el período siguiente.
- El lapso entre los 6 y 12 meses, está concebido como de trabajo personal del consultante, eventualmente sin actividades de control, excepto para aquellos que presenten dificultades o recaídas.
- La "Evaluación al año" marcará el Egreso de la Intervención Terapéutica.

- Sin embargo, no se dará el ALTA hasta un plazo de 1 año adicional, durante el cual se indicará 1 consulta de control cada 6 meses, más atención expedita según requerimiento del consultante.

El cuadro siguiente orienta sobre los objetivos de algunas de las actividades más frecuentes.

Actividad o prestación.	Resultado esperado.
Consulta médica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un consumidor problema (primer contacto). • Evaluación estado salud general y tratamiento si corresponde. • Hipótesis diagnóstica sobre el estado de salud mental. • Educación y motivación básica. • Solicitud interconsultas, derivación a especialidad, si corresponde.
Consulta de salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de nivel compromiso biopsicosocial. • Complemento del diagnóstico clínico (red de apoyo, estresores ambientales, nivel de adaptación o ajuste alcanzado previamente, etc.). • Afianzamiento de adherencia a tratamiento y disponibilidad al cambio personal. • Refuerzo de vínculos con familiares. • Derivación a Plan de Tratamiento de segundo nivel de atención, si corresponde (ambulatorio básico, intensivo).
Consulta Psicológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicológica en casos seleccionados. • Intervención psicológica breve (psicoterapia, apoyo psicológico, manejo de situaciones conflictivas, etc.) en casos seleccionados. • Cuidado de equipo (apoyo) al equipo de trabajo de atención primaria. • Monitoreo y seguimiento en casos seleccionados.
Intervención psicosocial de grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de habilidades sociales y disposición para la pertenencia a grupos de no consumidores. • Afianzamiento de adherencia a tratamiento y disponibilidad al cambio personal. • Aprendizaje de estrategias de prevención de recaídas. • Refuerzo de vínculos con personas y grupos de personas que tienen un efecto protector. • Refuerzo de vínculos con familiares.
Visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación estado soporte familiar. • Información a la familia sobre el tratamiento, sus etapas y plazos y sobre los riesgos y significación de las recaídas. • Facilitación inserción armónica de usuario de drogas en la propia familia.
Consultoría de Salud Mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Mutuo conocimiento e interacción entre equipo ambulatorio de salud mental y psiquiatría y el equipo del establecimiento de atención primaria, en particular pero no exclusivamente, a los profesionales más directamente involucrados en la atención del consultante por problemas asociados al consumo de alcohol y drogas. • Revisión y resolución de casos más complejos. • Facilitar referencia a nivel especialidad.

En el Anexo N° 6 se encuentran orientaciones generales sobre Intervención Psicosocial de Grupo.

B.3. Derivación o Referencia Asistida.

La **Referencia asistida** asegura que la derivación a otro nivel de atención sea lograda.

El equipo de atención primaria refiere al consultante, en primer término, al equipo de salud mental comunitaria (o el equipo ambulatorio de salud mental cuando el anterior aún no está implementado). La consultoría de salud mental, realizada en conjunto por ambos equipos (o miembros de ellos), es la instancia donde se decide la pertinencia, oportunidad y finalidad de una derivación a otras dependencias o programas del nivel secundario o de especialidad. Entre otros posibles :

- ◆ Atención de especialidad, ambulatoria o con internación, cuando se presentan patologías más complejas, médico-quirúrgicas, neurológicas, psiquiátricas u otras,
- ◆ Planes de tratamiento de drogas, Ambulatorio Básico, Ambulatorio Intensivo y Residencial, cuando la dependencia se presenta con niveles severos de compromiso biopsicosocial.

Hace excepción a la vía de derivación señalada, los casos de urgencia (riesgo vital, necesidad de internación de urgencia no voluntaria, otra). Cada vez que ellos se presenten, se referirán directamente al correspondiente Servicio de Urgencias).

En caso de presentarse un síndrome de privación severo, de difícil manejo en APS, se podrá derivar a un servicio de urgencia o a una Unidad o programa de desintoxicación.

En suma, la red de atención local a la que pertenece el establecimiento, organizará un procedimiento oficial de contacto expedito, con aquellos centros de tratamiento que serán los receptores más probables de las derivaciones.

En cada caso, el equipo encargado, explicará e informará claramente a la persona consultante y su familia, los motivos por los cuales se le indica la derivación y, si corresponde, las características del Plan de Tratamiento al que se le envía para continuar el proceso de tratamiento.

La derivación efectiva presenta mayores dificultades en estos consultantes que en otros, tanto por la ambivalencia que siempre acompaña a quienes tienen dependencia a sustancias, como porque los servicios de salud sólo recientemente están cambiando sus propios prejuicios y reticencias.

Muchos consultantes subestiman los riesgos asociados al consumo de sustancias; otros no están preparados para reconocer y enfrentar su dependencia.

Una intervención breve orientada a la aceptación de la referencia al especialista, utilizando los datos clínicos y los resultados de los exámenes de laboratorio, puede ayudar a que el consultante supere sus resistencias. El conocimiento directo del especialista por el consultante, a través de una consultoría de salud mental, permite crear el vínculo necesario para ir la referencia.

B.4. Alta y seguimiento.

a) Alta.

- Constituye el paso final de una intervención preventiva o de una intervención terapéutica.

- En ambos casos, se prepara al menos uno o dos meses antes.
- Se acuerda con el consultante una forma expedita de consultar de nuevo si así lo requiere.
- Se entrega material informativo.
- Se informa y acuerda un control telefónico o directo 3 meses después del alta efectiva (seguimiento post-alta).

Por la naturaleza del cuadro clínico y de la significación social del consumo de sustancia psicoactivas, los abandonos de los tratamientos serán corrientes, así como las altas prematuras o forzadas por el consultante.

Cuando el consultante, a pesar de los esfuerzos del equipo tratante, no desea continuar en el programa y, a fin de mantener el vínculo y la posibilidad de una reanudación del tratamiento, puede ser útil acordar con el consultante un egreso transitorio o pactado.

En tales casos, se enfatizará al consultante que la recomendación del equipo o del profesional tratante, es la continuidad del tratamiento, pero que se acuerda su suspensión, a voluntad del consultante, con uno o más contactos o controles en un plazo dado (1 a 6 meses según parezca aconsejable), con el objeto de hacer un seguimiento de la evolución y, según ello, considerar el alta definitiva o la reanudación del tratamiento, si no se cumplen las expectativas del consultante o las metas pactadas, si corresponde.

Se cambia de esta manera, el concepto habitualmente utilizado "alta bajo responsabilidad del paciente", con una connotación más bien de desvinculación, por uno más abierto y adecuado a la naturaleza del cuadro clínico.

b) Abandono.

Se considera abandono a :

- la ausencia continuada a 3 o más actividades, acordadas o indicadas¹⁷, o,
- la inasistencia durante 3 meses o más, luego de 2 actividades de "seguimiento y rescate", como mínimo.

c) Seguimiento.

Pueden diferenciarse dos categorías, Seguimiento y Rescate y el Seguimiento post alta.

- **Seguimiento y Rescate** opera cuando se producen ausencias a dos o más controles o actividades acordadas o indicadas, o antes si se trata de una situación de riesgo mayor (violencia en la familia, autoagresión, recaídas luego de un grado de recuperación significativo, etc.).

El equipo de salud busca activamente el reingreso del consultante a la intervención terapéutica, a través de contactos telefónicos, visitas al domicilio, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de "puerta abierta" y "acogida dispuesta".

¹⁷ Las actividades o controles se acuerdan en la intervención preventiva y se indican en la intervención terapéutica.

Esta es una tarea en la que los grupos de autoayuda juegan un papel irremplazable.

La presencia ocasional o regular, de personas de grupos de autoayuda en las actividades de la intervención terapéutica (intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, otras actividades complementarias con los consultantes, tanto dentro como fuera del consultorio), permiten influir en el grado de aceptación hacia ellas y recíprocamente proveen a los equipos de salud una perspectiva diferente y más cercana de la realidad personal y familiar del consultante. Por otra parte, los miembros más preparados de los grupos de autoayuda, pueden ser determinantes en la persuasión y apoyo que requerirá un consultante que ha recaído para reingresar a tratamiento.

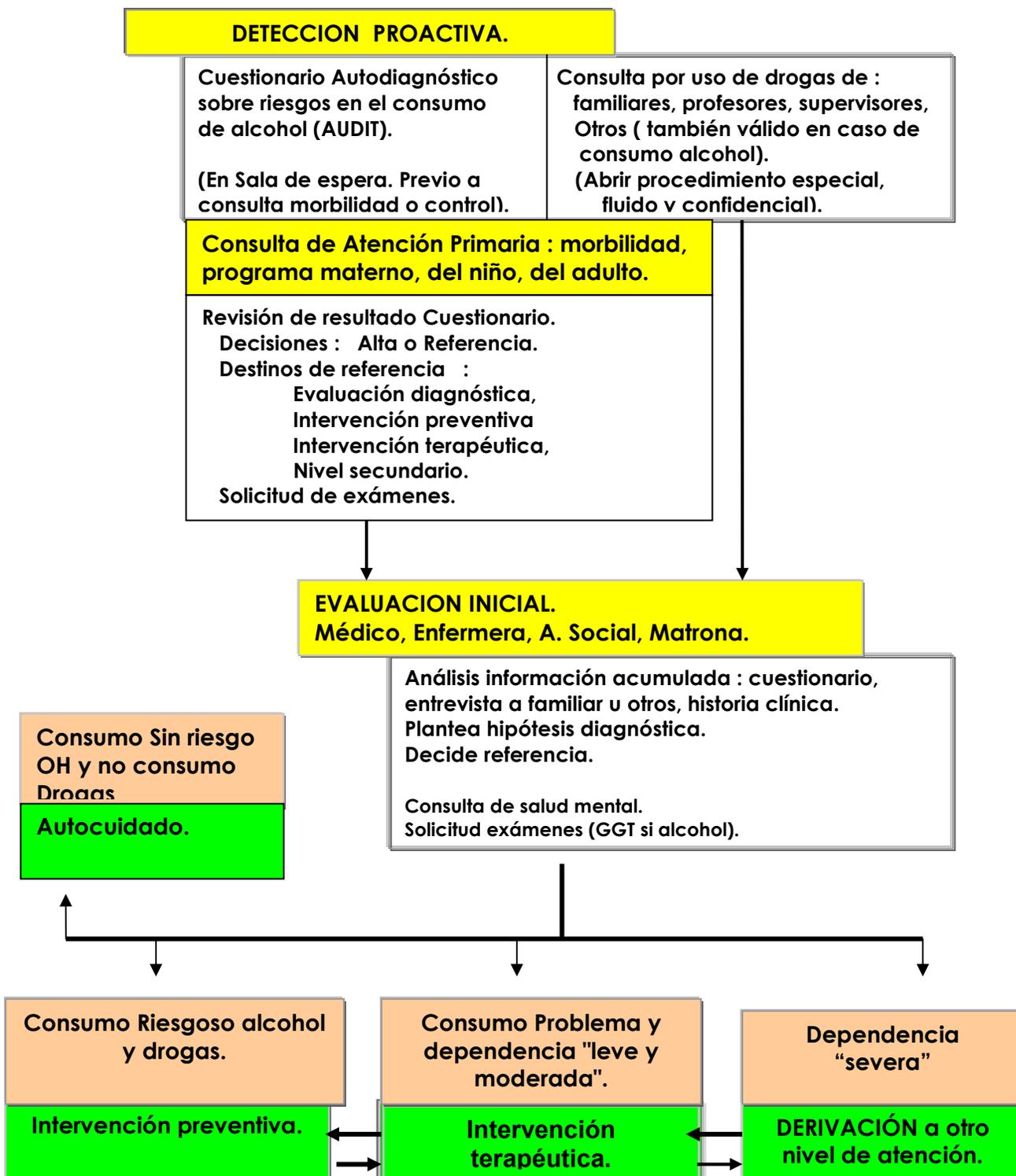
- **Seguimiento post alta** ya mencionado anteriormente, constituye una forma de apoyo a distancia luego del egreso del consultante y entrega una información sobre resultados de la intervención. En ambos casos, es relevante para prevenir recaídas y fortalecer la autoeficacia en el consultante. Se realizará al menos en una ocasión a los 3 meses post alta.

VII. Flujograma y Árbol de decisiones de la atención en APS.

El Flujograma constituye la visión gráfica y esquemática de los pasos que recorrerá un consultante en quién de detecta riesgo o daños secundarios al consumo de alcohol y drogas.

El Árbol de decisiones incluye los criterios que orientarán al equipo de Atención Primaria para proveer la mejor opción a los consultantes a su cargo.

FLUJOGRAMA GENERAL DE ATENCION



INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA : TAREAS Y DECISIONES.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA " UD. DECIDE". (Aplicable a consumo en riesgo).

Duración 1 año.
Mínimo 4 actividades (consejería).

1 ra. CONSEJERIA :

- Evaluar resultado GGT (si alcohol), grado de disponibilidad personal y de apoyo familiar.
- Informar de la condición de riesgo.
- Proponer alternativas en relación al consumo y "Ud. Decide".
- Formalizar ingreso a programa.
- Orientar búsqueda de apoyo en la familia, amistades.
- Entregar cartilla educativa
- Acordar cita dentro de 1 mes
- Requerimiento de GGT (sólo OH).

2 da. CONSEJERIA :

- Nueva evaluación de riesgo según evolución personal y familiar y de GGT, si corresponde
- Reforzar y/o sugerir alternativas al consumo : "Ud. decide"
- Educación para el apoyo de la familia.
- Requerir nuevo examen GGT si corresponde
- Acordar cita 3 meses después.
- Si empeora, derivar a evaluación y, según resultado, a Intervención Terapéutica.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA (Aplicable a consumo problema).

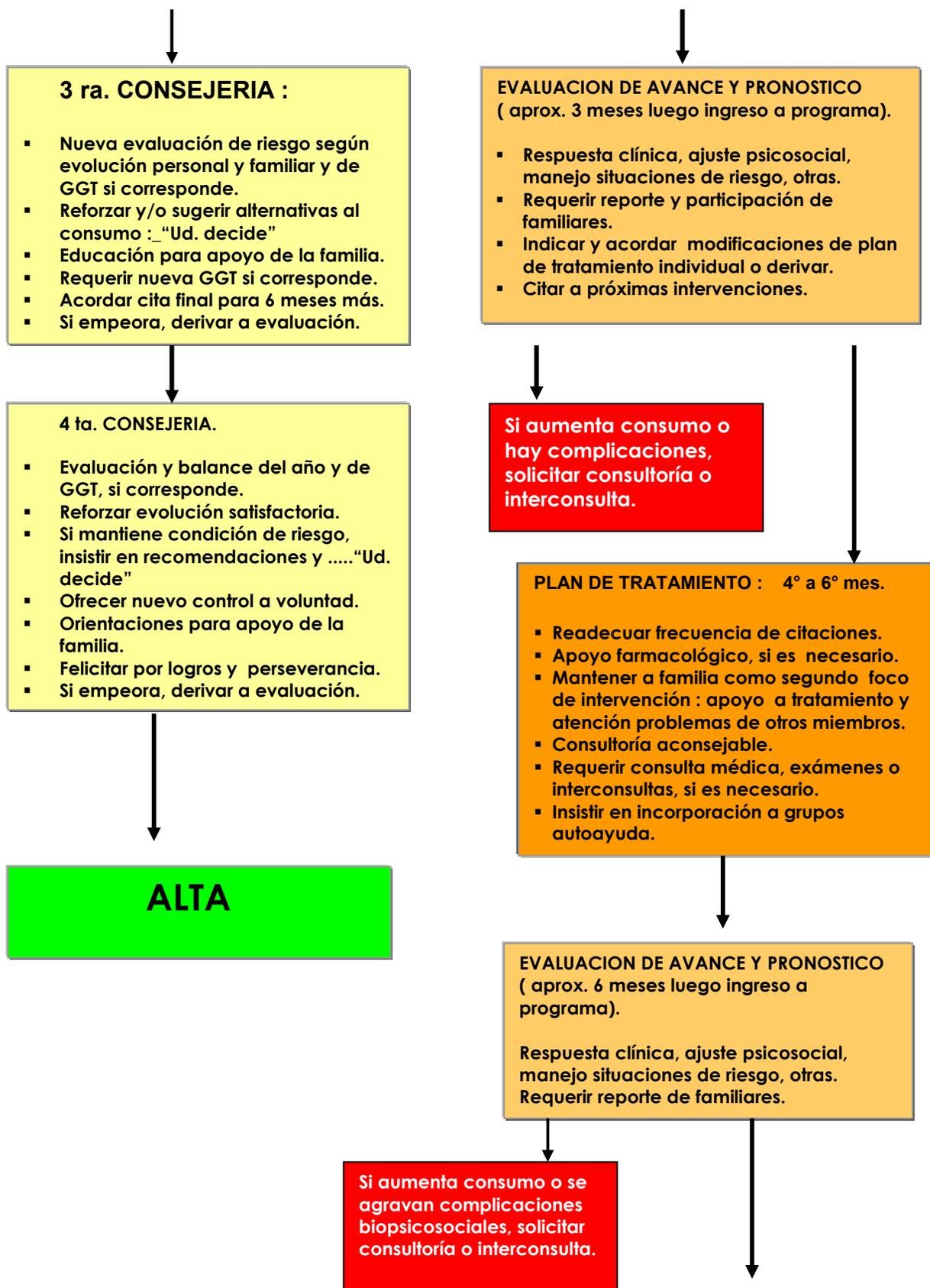
Duración 2 años (segundo año: sólo seguimiento si hay buen resultado).

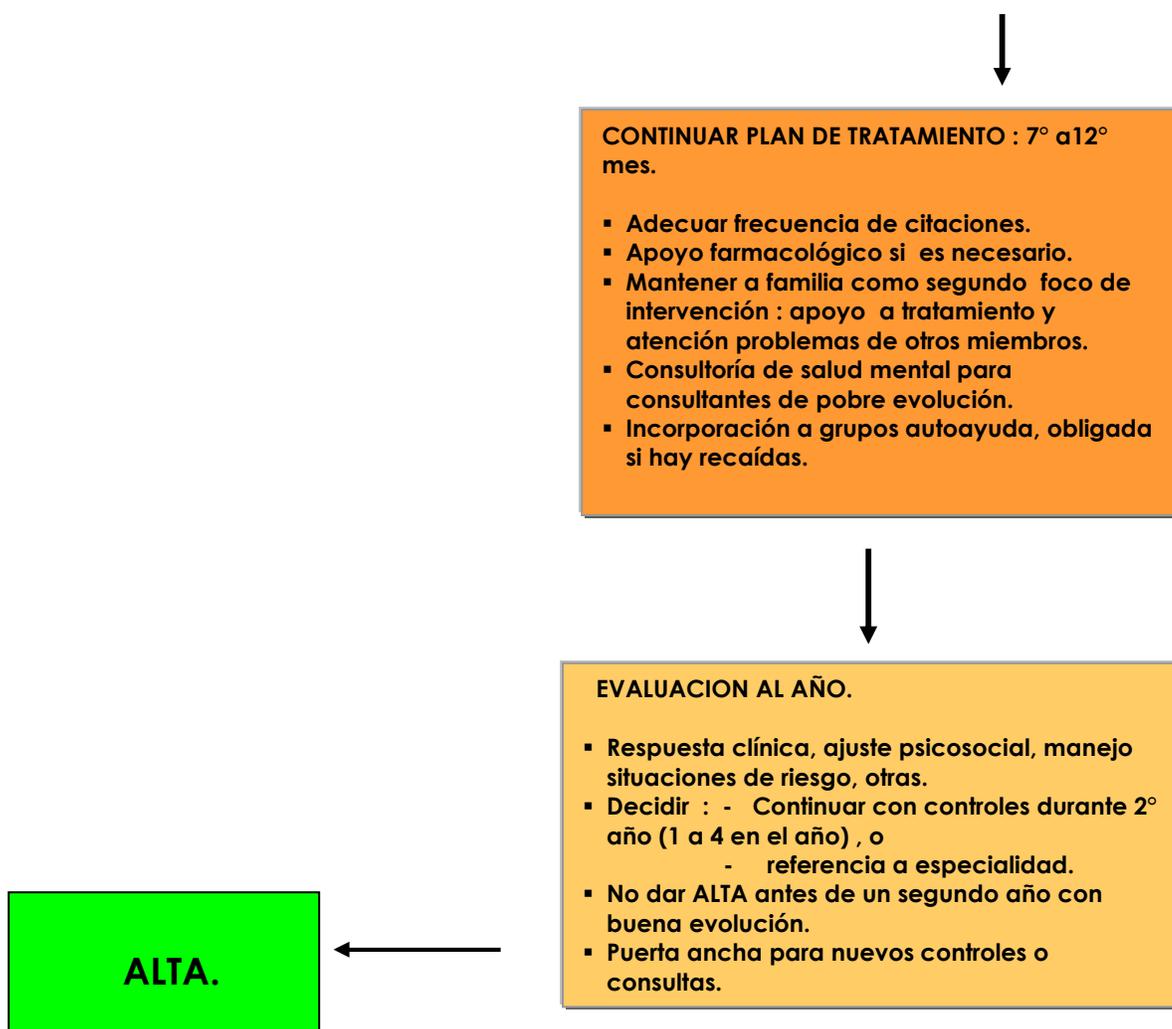
1 ra. CONSULTA :

- Reevaluación cuadro clínico, comorbilidad, compromiso biopsicosocial.
- Informar de la condición de abuso o dependencia.
- Acordar plan individualizado de tratamiento.
- Orientar búsqueda de apoyo en la familia, amistades, etc.
- Contactar con grupos de autoayuda.
- Formalizar ingreso a programa.
- Informar y motivar adherencia.
- Entregar cartilla educativa.
- Acordar cita próximas intervenciones

PLAN DE TRATAMIENTO : primeros 3 meses.

- Adecuar frecuencia de actividades a necesidades y factibilidad consultante.
- Preferir mayor frecuencia en el primer trimestre de intervención.
- Apoyo farmacológico, si es necesario.
- Incluir a familiares en intervenciones.
- Incorporar a grupo abierto, centrado en la interacción grupal, pero con contenidos programados.
- Consultoría salud mental, toda vez que esté disponible.
- Requerir consulta médica, exámenes o interconsultas, si es necesario.
- Facilitar contacto e inserción en grupo autoayuda.
- Entrega cartilla educativa.





NOTA . En el Anexo N° 4 se detallan las etapas, opciones y decisiones más importantes a lo largo del proceso de atención.

VIII. ANEXOS.

ANEXO N° 1.

Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

Las siguientes preguntas se le formulan para que Ud. conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia pasa desapercibido. Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol. Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, su vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre Ud. sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado " GGT ", más una sesión de " Consejería de Buena Salud " en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos :

- a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
- b) Incorporarse al " **Programa de prevención de riesgos: Ud. decide**",
- c) Incorporarse a un programa de tratamiento, o
- c) Interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente :

- **Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :**
 1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc), o
 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
 1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- **Embriaguez :** desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", " algo cocido", " curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y se lo comunicará.

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca. <u>Pase a la N° 9.</u>	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					TOTAL	

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES :

- De 0 a 7 : Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.**
- De 8 a 15 : Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.**
- De 16 a 19 : Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.**
- De 20 y más. : Definitivamente Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.**

**Felicitaciones. Ud. ha sido franco con Ud. mismo.
Ahora muestre Ud. sus respuestas al profesional que lo atenderá.**

UD DECIDE.

ANEXO N° 2

Instrucciones para el uso del Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol.

a) Administración.

A objeto de aprovechar al máximo los tiempos de los consultantes y de los equipos de atención, se utilizará un cuestionario breve, de comprensión fácil, que puede ser llenado por el propio sujeto durante el período de espera de la consulta.

Se ofrecerá el formulario del Cuestionario a todo consultante, hombre o mujer, adolescentes, adultos y adultos mayores, que demande atención por cualquier motivo de consulta.

Se le solicitará que lo lea, medite y llene en su totalidad, en forma personal y que se le proporcionará ayuda si la requiere.

Los datos que consigne serán estrictamente personales y sólo el profesional que lo atenderá le solicitará examinarlos en conjunto y en forma voluntaria.

En algunos casos, será necesario ayudar a su correcta comprensión, llenado y/o cómputo. En todo caso, es importante que éste último, sea comprobado por el profesional tratante.

Si el consultante lo prefiere o el profesional que lo atiende lo estima necesario, el Cuestionario puede ser administrado durante la consulta.

Siempre, se aconsejará que las respuestas sean presentadas al profesional tratante, durante la atención. Sin embargo, se respetará la voluntad del consultante a este respecto.

El cuestionario está construido para que el consultante, si lo prefiere, lo lleve a su domicilio. Así, se constituye en un instrumento educativo más amplio. En este caso, el puntaje obtenido deberá ser registrado en la historia clínica.

Nota práctica : Se requiere de una provisión fluida de los cuestionarios correspondientes (una sola hoja); facilitar lápices a quienes no lo tienen; en cuanto sea posible, favorecer un ambiente de cierta privacidad que permita la reflexión necesaria y un registro individual.

b) Orientaciones para el análisis conjunto de los resultados del Cuestionario.

La atención del consultante, durante la consulta de morbilidad o de control, se enriquece con la consideración que el profesional tratante hace al Cuestionario de Autodiagnóstico que aquel ha respondido.

Un primer aspecto se juega en la estructura del diálogo que el profesional establece. Habitualmente, la consulta de APS utiliza un diálogo directo, conciso y dirigido a metas (diagnóstico e indicación de tratamiento o conducta a seguir).

En este caso y en esta sección de la consulta de APS, en la que se evalúa el resultado del cuestionario, el diálogo debe ser más bien abierto y nunca crítico, pues el objetivo primordial es la detección del riesgo inicial, que no requerirá de una intervención propiamente terapéutica, sino más bien preventiva.

- ❖ El profesional pregunta si ha podido responder el Cuestionario de Autodiagnóstico.
- ❖ Luego ofrece revisar el puntaje obtenido y analizar en conjunto los resultados.
- ❖ Luego realiza o revisa el cómputo obtenido e informa de sus resultados al consultante, poniendo especial énfasis en que se trata de una información para que él decida.
- ❖ Si, a partir del cuestionario y en particular de la atención de salud que el profesional realiza, se concluye que existe un trastorno por consumo, una complicación médica o psiquiátrica, se informa igualmente y en este caso, se indican los exámenes, tratamientos y referencias que corresponda.

El Cuestionario tiene una estructura que permite apreciar tres niveles de puntaje y de significación para el tamizaje o screening.

Puntuaciones :

De 0 a 7 : Orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

De 8 a 15 : Orienta hacia Consumo en Riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva.

De 16 a 19 : Orienta a Beber problema o Consumo perjudicial. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de anamnesis y examen médico si corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica.

20 y más : Orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia. Se debe discriminar si se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (0 a 6 y 7 a 15).

Nota. Para efectos prácticos, en el caso de mujeres embarazadas y en lactancia o de niños menores de 12 años, debe considerarse un punto de corte igual a 0.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinante en el cuestionario :

- ◆ Preguntas 2 : Puntaje igual o mayor que 2, indica consumo en nivel de riesgo.
 - ◆ Pregunta 3 : Puntaje igual o superior a 1, indica consumo en nivel de riesgo.
 - ◆ Preguntas 4, 5 y 6 : Puntajes de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.
 - ◆ Preguntas 7 a 10 : Indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.
 - ◆ Preguntas 9 y 10 : Pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año) o presentes. Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.
- ❖ Luego, el profesional conduce la anamnesis y examen físico, de modo de apreciar el estado de salud física, en relación con el motivo de consulta y de las consecuencias potenciales del consumo de la sustancia psicoactiva de que se trate. (Ver Anexo N° 3 que incluye los criterios diagnóstico de los Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas).
 - ❖ Así mismo, obtendrá una primera impresión del estado de salud mental del consultante, a partir del diálogo y la observación de su comportamiento, apariencia y lenguaje.
 - ❖ Si lo anterior no resulta claro o suficiente, para que el profesional tratante llegue a una conclusión, puede citar al consultante a una “ Consulta de Evaluación de Riesgo” a cargo de un profesional del consultorio que tenga dedicación a salud mental (consulta de salud mental).

Información referencial sobre el Cuestionario.

Nombre : Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Publicación oficial : Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud Mental y Dependencias de Sustancias. // Generalitat Valenciana Consellería de Bienestar Social.

Autores : Thomas F. Babor ; John C. Higgins- Biddle ; John B. Saunders ; Maristela G. Monteiro.
WHO / MSB / 01.6 a . 2001.

“ El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad, y las diferentes culturas ”.

Se trata de un “test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la Atención Primaria, que presenta las siguientes ventajas :

- estandarización transnacional : validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening validado específicamente para uso internacional ;
- identifica el consumo en riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; breve, rápido, flexible;
- diseñado para el personal de atención primaria;
- consistente con las definiciones de la CIE – 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol;
- se centra en el consumo reciente de alcohol”.

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los ítemes de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU).

La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítemes fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8. Luego de su publicación primera en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas.

Luego de estudios sobre confiabilidad interna que demostraron una alta consistencia interna, el AUDIT ha sido utilizado con éxito, para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y general.

ANEXO N° 3.

Cuadros de utilidad con síntomas y criterios diagnóstico de trastornos mentales y conductuales debidos a consumo de sustancias psicoactivas.

N ° 1. Fases de síndrome abstinencia o privación de Cocaína.

Fase I (Astinencia Aguda. Crash) :

Aparece al cabo de 6 a 12 horas y dura hasta 4 días.

Etapa de hundimiento psíquico y físico con reducción progresivo del deseo de droga.

- Inicios : agitación, depresión, anorexia, deseo compulsivo de droga (craving).
- Intermedio : fatiga, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir, no deseo de droga.
- Tardío : agotamiento, hipersomnia, hiperfagia, no deseo de droga.

Fase II (Abstinencia) :

Duración : 1 a 10 semanas.

Etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a presentarse deseo compulsivo de droga.

Inicios : sueño normal, eutimia, ansiedad leve, deseo de droga.

Intermedio y tardío : anhedonia, anergia, angustia, aparición de gran deseo de droga (alto riesgo de recaída).

Fase III. (Extinción indefinida) :

Duración indefinida.

Etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de droga.

Existen situaciones condicionadas que generan alto riesgo de recaídas.

(Adaptado de Gawin y Kleber, 1986).

N ° 2. Manifestaciones del Síndrome de privación THC (Cannabis, marihuana, hachís).

Insomnio,
Inquietud motora,
anorexia,
irritabilidad.

No son de apariencia alarmante.

Incapacidad de abstenerse por deseo de droga.

Incremento conductas agresivas inespecíficas, las que son más intensas si se asocia a privación de alcohol o cocaína.

N ° 3. Efectos psicopatológicos del consumo de cannabis.

Inmediatos.	Intoxicación aguda.	Intoxicación crónica.
Locuacidad	Delirium	Menor capacidad atención y memoria.
Hilaridad espontánea	Psicosis.	Síndrome amotivacional.
Alucinosis. Sinestesias	Alucinosis	Trastornos depresivos.
Desorientación tiempo y espacio.	Trastornos ansiedad (crisis de pánico, fobias)	Alteraciones de impulsividad.
Cinestesias y cenestesias		Trastornos esquizofréniformes.
		Flashbacks.

ANEXO N° 4.

Secuencia de decisiones en el programa de atención ¹⁸.

Etapas.	Conclusiones	Conducta a seguir.
Detección y Consulta	Cuestionario : puntaje indica Nivel de riesgo bajo y apreciación clínica es coincidente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de cartilla informativa. ▪ Alta sin seguimiento. ▪ Informar sobre “conducta de bajo riesgo”. ▪ Felicitar y estimular.
APS.	Cuestionario indica Consumo en Riesgo de alcohol y apreciación clínica es coincidente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar GGT y derivar a Intervención Preventiva. ▪ Derivar a Evaluación Inicial para mayor estudio y/o motivación. ▪ Informar de resultados. ▪ Invitar a tomar medidas de suspensión o autocontrol personal del consumo, según corresponda.
	Entrevista con familiar u otro significativo sugiere consumo en riesgo o consumo problemático de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar con familiares proceso de indagación acerca de situación de la familia en general y entregar información sobre manejo de consumidor de drogas. ▪ Invitar a caso índice, mediante carta personal, llamado telefónico u otra vía adecuada, en el momento adecuado.
	Cuestionario indica consumo problemático de alcohol y apreciación clínica es coincidente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de resultados. ▪ Motivar a un diagnóstico más acabado y a tomar medidas oportunas. ▪ Solicitar GGT y otros exámenes si es necesario (utilizable para aumentar motivación). ▪ Derivar a Evaluación Diagnóstica.
	Cuestionario y apreciación clínica no son coincidentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivar a Evaluación Diagnóstica.

¹⁸ Este Anexo explicita en forma de texto, el Flujo de Atención.

	El examen clínico hace suponer presencia de patología física o mental severa, no manejable en APS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de hipótesis diagnóstica. ▪ Derivar a nivel secundario de especialidad según corresponda : consultoría de salud mental.
Evaluación Diagnóstica.	No hay elementos suficientes para establecer que existe un consumo de nivel de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de resultado evaluación. ▪ Estimular e instar a seguir igual. ▪ Entregar cartilla educativa. ▪ Alta sin seguimiento.
	Hay elementos suficientes para establecer que existe un consumo de nivel de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre naturaleza del riesgo. ▪ Solicitar exámenes laboratorio, si es necesario (GGT , otros). ▪ Invitar y derivar a Intervención Preventiva, de inmediato o en un futuro próximo (“negociar” plazo). ▪ Entregar Cartilla informativa.
	Hay elementos suficientes para establecer que existe un consumo “problemático”.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre naturaleza del consumo problema (daños, riesgos, evolución predecible, conveniencia de actuar ahora mismo). ▪ Solicitar exámenes de laboratorio, si es necesario (GGT y otros de función hepática, en caso consumo alcohol). ▪ Derivar a Intervención terapéutica.
	Hay elementos suficientes para establecer que existen complicaciones en salud física que requieren de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre naturaleza de las complicaciones. ▪ Solicitar exámenes de laboratorio, si es necesario. ▪ Iniciar tratamiento apropiado. ▪ Derivar a consulta médica o entregar interconsulta para nivel de especialidad. ▪ En caso de no aceptación de interconsulta, citar a consultas de control.
	Se constata presencia de dependencia a alcohol, más síndrome de privación severo y/o complicaciones psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de conclusión diagnóstica. ▪ Referencia Asistida a nivel secundario de especialidad de psiquiatría, intermediada por consultoría de salud mental, cada vez que sea posible,.

	Hay elementos suficientes para establecer que existe un nivel severo de dependencia a drogas (compromiso biopsicosocial elevado).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre hipótesis diagnóstica y su evolución predecible. ▪ Solicitar exámenes de laboratorio, si es necesario. ▪ Referencia Asistida a un Plan de Tratamiento y Rehabilitación de Drogas en la red de atención del Servicio de Salud, intermediada por consultoría de salud mental, cada vez que sea posible.
	Hay elementos suficientes para establecer presencia de un trastorno mental que interferirá con el manejo del caso en el nivel primario.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre hipótesis diagnóstica y su evolución predecible. ▪ Referencia asistida a nivel secundario de psiquiatría, intermediada por una consultoría de salud mental.
	No hay elementos suficientes para concluir ninguna de las situaciones anteriores y se requiere de mayor análisis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre discordancias de resultados de cuestionario y de la clínica. ▪ Invitar a una nueva Evaluación Diagnóstica en 6 meses.
Intervención Preventiva.		
Primera Consejería	Confirma presencia de consumo en riesgo (cuestionario, nuevos antecedentes durante entrevista, GGT si corresponde) .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de la condición de riesgo. ▪ Entregar opinión y sugerencias del consejero / consejera. ▪ Ingreso formal a la Intervención cuyo slogan es UD DECIDE. ▪ Si beber en riesgo, entregar orden para nueva GGT con fecha para 3 meses después.
Segunda y Tercera Consejerías	Concluyen que hay progresos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de la condición de riesgo actual. ▪ Entregar opinión y sugerencias del consejero / consejera. ▪ Si beber en riesgo, entregar orden para nueva GGT con fecha para 3 meses después. ▪ Citar para próxima Consejería.
Cuarta Y	Consultante ha moderado o suspendido consumo, en forma estable y está satisfecho con ello.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar de ALTA. ▪ Despedida y aliento final. ▪ Puerta abierta para contacto en cualquier momento

Última Consejería.	Consultante ha continuado con patrón de consumo similar o incluso ha empeorado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar nuevamente de riesgos y de caminos más saludables a seguir. ▪ Derivar a consulta salud mental para nuevo análisis de diagnóstico y conducta a seguir, o, si no acepta, ▪ Acordar un nuevo control en 6 a 12 meses.
En cualquiera Consejería.	Se concluye que se trata de un consumo-problema, con compromiso biopsicosocial más severo o con interferentes difíciles de manejar en APS (patología psiquiátrica, violencia en la familia, problemas con la justicia).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar situación del cuadro clínico. ▪ Derivar a consultoría de salud mental (“estudio más detenido”), de modo de tomar una decisión clínica.
Intervención Terapéutica		
Consulta salud mental de ingreso	Se confirma Consumo Problema, y condiciones de salud física y mental y de vida, compatibles con tratamiento resolutivo en APS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar de conclusión diagnóstica. ▪ Ingreso formal a Intervención terapéutica. ▪ Elaboración plan de tratamiento personalizado. ▪ Entrega material educativo. ▪ Citaciones
	Se confirma Consumo Problema, pero condiciones de salud física son precarias o requieren de diagnóstico y tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación a consulta médica. ▪ Reingresar a Intervención terapéutica cuando se supere o alivie problema de salud física.
	Se confirma Consumo Problema, pero presencia de patología psiquiátrica comórbida, requiere de diagnóstico y tratamiento especializado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referencia asistida a nivel especialidad : consultoría de salud mental o interconsulta. ▪ Eventualmente, reingresar a Intervención terapéutica cuando se supere o alivie problema de salud mental.
Desarrollo de plan de trata- miento.	El consultante muestra adherencia y avances clínicos y en ajuste psicosocial de acuerdo a su plan de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar refuerzo. ▪ Reajuste de metas y plazos y continuación del plan de tratamiento.
	No hay avances en adherencia y/o disminución consumo y/o ajuste psicosocial, en las sesiones de “Evaluación de avance y pronóstico” (3, 6 y 12 meses) .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación asistida : consultoría de salud mental y, según decisión, a Plan de tratamiento ambulatorio o residencial.
	Se presenta una recaída severa (duración más de 3 días de consumo intensivo; consecuencias o riesgo vital propio o terceros; conflicto familiar o social)	Derivación asistida : consultoría de salud mental y, según decisión, internación en unidad corta estadia o de desintoxicación o de Urgencias, según corresponda y recursos.

Evaluación al año	Hay progreso sustantivo en ajuste psicosocial, modificación patrón consumo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refuerzo a consultante y gupo familiar. ▪ Indicación de Egreso de Intervención Terapéutica. ▪ Acordar dos (o más) controles durante siguiente año y ▪ Anunciar y motivar al ALTA al fin del segundo año.
	No se aprecia progreso sustantivo en ajuste psicosocial y/o modificación patrón consumo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación a consultoría de salud mental, para evaluar conducta a seguir. ▪ Referencia asistida a Plan de tratamiento ambulatorio o residencial (preferentemente con consultoría de salud mental previa).
Seguimiento post egreso		
En cualquier momento, durante la etapa de seguimiento	Se constata recaída o riesgo de recaída.	<p>Citar a nueva evaluación para decidir conveniencia de actividades de refuerzo :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ controles periódicos, ▪ incorporación "monitoreada" a grupos de autoayuda, ▪ participación en intervención psicosocial de grupo, ▪ indicar disulfiram en caso de alcohol, ▪ otra.

ANEXO N ° 5.

Recomendaciones e Instrumentos de apoyo para el componente psicosocial de la Intervención Terapéutica.

Intervención terapéutica. Recomendaciones para el diálogo terapéutico .

- **Acogida al consultante :**
Preguntas abiertas.
Mantener una actitud y discurso sin crítica.
Escucha reflexiva.
- **Apreciar las dificultades y contradicciones (ambivalencia) y las fortalezas del consultante, para el cambio.**
- **Comunicar la apreciación del profesional, a manera de preguntas sucesivas: Así se muestra que se ha entendido bien y se llega a una confirmación compartida acerca de aquellos aspectos dependientes de la propia persona del consultante que le generan problemas y/o le resulta insatisfactorio.**
- **Autoevaluación de la autoeficacia :**
A partir del plan individual de cambio personal, se " negocia " y acuerda un itinerario de los cambios a intentar y lograr en esta etapa. En cada control se contrasta metas con logros y dificultades.
- **Incluir con frecuencia la temática de la familia, de manera de ir generando reacercamientos y/o acuerdos en forma progresiva. No colocar a los familiares en el rol de custodios o responsables de la conducta del consultante.**
- **Hacer uso frecuente del refuerzo de los pequeños o grandes logros que el consultante alcance. La confianza en sí mismo es básica para la rehabilitación sostenida.**

Entre los instrumentos de apoyo para la evaluación clínica, el tratamiento y el seguimiento de personas en tratamiento por Consumo Problemático o por Dependencia a alcohol o drogas, aprovechables por los equipos de Atención Primaria, están los siguientes :

- a) Plan de cambio personal.
- b) Balance de ganancias y pérdidas ("balance decisional").
- c) Identificación de situaciones de riesgo.

a) Plan de cambio personal.

Cada consultante construye, con la ayuda del profesional a cargo, su propio plan de cambio personal. Sólo si lo desea, lo puede mostrar al grupo (intervenciones psicosociales de grupo), lo que contribuye a un nivel de compromiso más público y compartido.

A continuación se muestra un formato posible para hacer objetivo y monitoreable ese plan (se incluyen algunos ejemplos para su uso).

Mi Plan de Cambio personal.

Metas a alcanzar	Etapas progresivas acordadas .	Medios o estrategias para alcanzar la meta.	Observaciones.
Ejemplos : Suspender consumo de marihuana.	Disminuir el número de días de consumo por mes, de 6 a 3.	Hacer deportes todos o varios fines de semana al mes.	
	No consumir nunca solo.	Llegar a un acuerdo con mi amigo NN para que si tengo compulsión por fumar estando solo, lo llame y me junte con él para una actividad entretenida y sana.	
	Suspender consumo por 3 meses seguidos.		
	Suspender consumo total y definitivamente.		
Modificar mis actitudes que afectan la relación de armonía en la casa.	Negociar permisos y cumplir estrictamente lo acordado con mis padres.	Hacer las tareas durante la semana, con un compañero estudioso.	
	Colaborar en el orden de mi habitación cada mañana.		

b) Balance decisional.

Es una herramienta útil en el trabajo de intervención motivacional.

Consiste en una evaluación que hace la persona acerca de lo perdido y ganado con el consumo y la expectativa de ganancias y pérdidas con el cambio. Para realizar este trabajo se le pide a la persona que trabaje con las siguientes preguntas :

¿Qué he perdido con mi estilo de vida asociado al consumo?
¿Qué he ganado con mi estilo de vida asociado al consumo?
¿Qué espero ganar con el cambio de estilo de vida que me propongo?
¿Qué pierdo al asumir un nuevo estilo de vida sin drogas ?

Las personas habitualmente tienen dificultad en responder las preguntas que asocian consumo y ganancias, así como, cambio del estilo de vida y pérdidas. Les resulta difícil identificar frente al terapeuta que, de una u otra forma, el alcohol o las drogas les representa algún nivel de ventaja, bien sea por el placer que les produce, bajándoles sensaciones de displacer o produciéndoles nuevas sensaciones. La exploración de este tipo de información es relevante pues allí puede estar la razón de una futura recaída.

Para el desarrollo de esta actividad se sugiere hacer con el paciente una tabla de pérdidas y ganancias de la siguiente forma:

	Pérdidas	Ganancias
Asociadas al estilo de vida relacionado con el consumo		
Asociadas al estilo de vida comprometido con el cambio		

En la medida que se ayuda a la persona a visualizar y darse cuenta de las pérdidas generadas en todos los ámbitos de su vida, como consecuencia del consumo de alcohol y/o drogas, se facilita el profundizar en el proceso de motivación a un cambio.

c) Identificación de situaciones de riesgo.

Una estrategia central en el tratamiento es la prevención de recaídas.

En conjunto con el consultante, se identifican aquellas situaciones que habitualmente hacen más probable el consumo de alcohol o drogas. Luego, hay un entrenamiento para crear o fortalecer habilidades que permitan evitarlas o manejarlas.

Las recaídas se producen generalmente porque confluyen :

- estados emocionales que disminuyen la capacidad de control o la voluntad (estados depresivos, ansiosos),
- una errónea percepción de la propia capacidad de controlar el consumo una vez que se inicia,
- encontrarse en una situación en las que el consultante habitualmente consumía alcohol o drogas. Estas últimas se llaman situaciones de riesgo.

Las situaciones de riesgo son muy variadas. Tienen relación con :

- ambientes físicos (cercanía de un bar o de una botillería, de la que se era cliente habitual, acudir a una esquina o espacio particular del barrio, donde se reunían amigos a fumar o jalar),
- ambientes sociales (reunirse con los amigos de juerga o carrete, conversaciones telefónicas con el proveedor habitual, las noches de fin de semana),
- estados emocionales determinados, positivos o negativos (aburrimiento, soledad, enojo, culpa, alegría, pena o bajoneo, estrés),
- conflictos (discusiones familiares, tensión en el lugar de trabajo, presión en la escuela),
- presión social (insistencia de los amigos(as) para consumir),

Un sencillo ejercicio que puede resultar muy iluminador es solicitar que los consultantes escriban sus situaciones de riesgo, en un formato como el siguiente. Su discusión y enriquecimiento en sesiones de grupo resulta también una herramienta efectiva de toma de conciencia respecto de la presencia o ausencia de autoeficacia.

Situación en la que me daban deseos de consumir	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

ANEXO N° 6.

Pauta de orientación para actividades de grupo (Intervención psicosocial de grupo).

La intervención Terapéutica contempla la participación de los consultantes en actividades de grupo.

La participación en un grupo es un componente efectivo en la generación de motivación para el cambio personal, a partir de mecanismos psicológicos tales como el efecto de modelos y la imitación, identificación y pertenencia a un grupo y sus valores u objetivos, presión social positiva. Además en el grupo se crean compromisos colectivos que apoyan a los compromisos personales; se recibe información y se comparten experiencias, en condiciones de horizontalidad que resultan más creíbles y confiables que lo informado por un profesional, inevitablemente externo a las situaciones de vida del consumidor de sustancias, es posible que se generen nuevas amistades caracterizadas por el no consumo, además de otras ventajas.

Los grupos a conformar pueden ser abiertos o cerrados. Ambos tienen ventajas y desventajas.

Los grupos cerrados permiten un mayor grado de conocimiento y vinculación entre los miembros. Además permiten avanzar, teniendo en cuenta las características diferenciales de cada miembro. Sin embargo, dado que la asistencia a las sesiones suele ser irregular, el número de personas puede decrecer lo suficiente como para hacer difícil realizar una determinada sesión o desalentar a los que persisten.

Los grupos abiertos facilitan la organización en el establecimiento y del tiempo profesional. Por ejemplo, planear un determinado espacio en la semana para actividades de grupo a la que asisten aquellos consultantes que pueden hacerlo, en ese momento, sin necesidad de seguir una secuencia continua. En este caso, se les pide finalizar un determinado número de sesiones temáticas en un plazo más libre. Sin embargo, en este caso los grupos son siempre heterogéneos en grado de conocimiento y motivación, siempre hay personas que se inician y ello tiende a que la atención del grupo se concentre en ellos, exige predeterminar temas para una determinada sesión más que dejar el tema abierto a lo que el grupo requiera de acuerdo a su grado de evolución o necesidades.

Cada establecimiento podrá elegir o ensayar la modalidad que parezca más apropiada.

En localidades con mejores accesos podrá ser más posible el funcionamiento de grupos cerrados.

El número de sesiones de grupo necesarias por un determinado consultante es variable y, si es posible, puede fijarse un número mínimo y dejar abierto el número máximo. Ello permite que un consultante continúe o reingrese a un grupo si lo requiere.

Se considera que el número mínimo de sesiones de grupo a ofrecer es de 6 sesiones en el año.

Si la actividad de grupo puede ser complementada con una atención individual en el mismo día, ello puede significar para el consultante, ahorro en dinero para traslados y en tiempo.

Si la actividad de grupo puede ser complementada con otras actividades no propiamente de salud, fuera del consultorio, o a veces dentro del mismo, por ejemplo, sociales, culturales, deportivas, ello podrá constituir un incentivo adicional no sólo a la asistencia sino también a la adherencia, motivación y prevención de recaídas.

Las sesiones de grupo programadas como parte de la intervención terapéutica y, por lo tanto, incluidas como una prestación financiada y registrada formalmente, pueden ser complementada por otras actividades de grupo realizadas por grupos de autoayuda ¹⁹. Estas sesiones podrán ser realizadas en espacios del propio establecimiento si hay facilidades para ello, o en otros locales (centros comunitarios, casas particulares, sedes sociales). Convendrá siempre facilitar estas actividades complementarias porque contribuyen a que los consultantes establezcan vínculos para el período post alta, al desarrollo de una red social protectora y promocional en salud y porque agregan un factor sinérgico con el proceso terapéutico.

A continuación se entregan orientaciones generales para la realización de 3 sesiones de grupo, de acuerdo a temáticas. Pueden o no respetar la secuencia propuesta, pues cada una tiene la posibilidad de un manejo independiente. Así, los consultantes que trabajan o tienen otras dificultades de horarios, pueden acceder a la sesión que coincide con su disponibilidad de tiempo.

Aunque el diálogo debe estar permanentemente abierto a la espontaneidad en el grupo, el moderador tendrá presentes los objetivos específicos de cada sesión. Utilizará diversas metodologías y dinámicas, de acuerdo a su propia experiencia y competencia, teniendo sí presente que cada grupo es diverso y por tanto la creatividad para implementar diversos procedimientos será obligada. La duración de la actividad debe ser de no menos 1.5 horas efectivas.

Objetivos generales a toda sesión de grupo.

1. Establecer una vinculación de cada persona al grupo de terapia y del grupo como tal.
2. Crear un clima emocional de respeto y protección mutua, apto para la expresión verbal y emocional

¹⁹ Son grupos de autoayuda en alcohol y drogas los grupos multifamiliares, los grupos URACH, los grupos de Alcohólicos Anónimos, los grupos de Narcóticos Anónimos.

Primera Sesión de grupo. Tema : “ Aproximación al cambio”.

Objetivos específicos.

1. Establecer a través del dialogo y la discusión una aproximación a las razones para el cambio.

Metodología.

- Presentaciones personales : discusión de grupo o dinámica de presentaciones.
- Preguntas para iniciar el diálogo focalizado al objetivo 3 :
 - ¿ qué me hizo venir al consultorio?,
 - ¿ qué espero de este tratamiento?,
 - ¿ qué temo o me preocupa de este tratamiento?,
 - ¿ qué he ganado y qué he perdido con mi forma de consumo de alcohol y/o drogas?, etc.
- Instruir sobre ejercicio de " balance de costos y beneficios de mi consumo" que cada integrante responde en forma individual y comparte en la siguiente reunión.
- Acordar tareas para el período intermedio (es decir entre sesión y sesión) al siguiente encuentro.

Segunda sesión de grupo. Tema : Balance de pérdidas y ganancias*.

Objetivos específicos.

1. Aumentar motivación para el cambio de la conducta de consumo de alcohol y/o drogas.

Metodología.

- Exposición individual al grupo del " balance de costos y beneficios de mi consumo", y luego diálogo para extraer conclusiones generales.
- Socializar en el grupo 1 propósito incluido en el Plan de tratamiento personalizado de cada miembro del grupo.
- Acordar tareas para el período intermedio al siguiente encuentro.

Tercera sesión de grupo. (Situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento).

Objetivos específicos.

1. Entrenar conductas protectoras ante estímulos y situaciones de riesgo.

* Título posible de la sesión : ¿Qué gano, qué pierdo?.

2. Fortalecer autoeficacia : compartir metas del plan de tratamiento personalizado.
3. Entrenar conductas protectoras ante estímulos y situaciones de riesgo.
4. Apoyar decisiones sobre continuidad del plan de tratamiento personal y la adherencia a él: sea referencia a tratamientos más complejos o incorporación a grupos de autoayuda comunitarios.

Metodología.

- Intercambio sobre las situaciones de riesgo de inicio de consumo más frecuentes en el grupo: identificar 4 o 5 que se repiten, describir cada una de ellas con detalle, imaginar colectivamente estrategias para cortar o prevenir la cadena de acontecimientos que llevan al inicio del consumo.
- Role playing: ejercitar estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo comunes a varios miembros del grupo.
- Revisión de proyectos personales para el alta o la continuación en planes de tratamiento más complejos.

Cuarta y Quinta sesiones de grupo.

Su temática puede quedar abierta para planearlas en respuesta a las necesidades o características del grupo. Eventualmente, el tema puede ser decidido por el grupo mismo. Incluso la preparación de las sesiones puede ser de responsabilidad de algunos o todos los miembros del grupo. En este caso, es conveniente proveer una "asesoría" en el intertanto.

La metódica siempre debe ser participativa, esto es , todos hablan y "se exponen" . Todos apoyan y corrigen, en un clima amigable y comprensivo , pero firme y claro, en relación a los objetivos finales del grupo, que deben ser puestos en relieve con frecuencia : que los diversos miembros del grupo logre las metas personales que acordaron y comprometieron para sí mismos(que todos "tengan éxito", " se suban al carro", " saquen a flote su lado positivo", " se hagan bien hombres" o " se hagan bien mujeres", etc.).

VIII. Bibliografía consultada.

1. P. Lorenzo; J. M. Ladero; Leza J. C.; Lizasoain I. Drogodependencias : Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición, 2003.
2. Ministerio de Salud. Normas técnicas y programáticas en Beber Problema. Publicaciones de Salud Mental N° 2. 1993.
3. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas. Publicación de salud Mental N° 10, 1996.
4. Ghodse H. Drugs and Addictive Behaviour. A Guide to Treatment. Blackwell Science Ltda. Londres. Second Edition, 1995.
5. Miller N.; Swift R.M. Guest Editors. Addictive Disorders. The Psychiatric Clinics of North America. June, 1999.
6. Israel Y.;Hollander O.; Sanchez-Craig M. Y cols. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Vol. 20, N° 8. Nov. 1996.
7. Ballesteros J.; González-Pinto A.; Querejeta I.; Ariño J. Brief Interventions for hazardous drinkers delivered in Primary Care are equally effective in men and women. Addiction, 99, 103-108.
8. Moyer A.; Finney J.W.; Swearingen C.E.; Vergun P. Brief interventions for alcohol problems : a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction, 97, 279-292.
9. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. 2004.
10. Smart R. G.; Mann R. E. The impact of programs for high risk drinkers on population levels of alcohol problems. Addiction. Vol 95; N° 1, Jan., 2000.
11. Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Abuso de drogas : tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. 2003.
12. Gawin, Frank H., and Herbert D. Kleber. "Abstinence Symptomatology and

Psychiatric Diagnosis in Cocaine Abusers: Clinical Observations." _Archives of General Psychiatry 43_ (1986): 112-13.

Otros documentos.

13. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Unidad de Salud Mental. " Protocolo Clínico para la Atención de Personas con problemas por consumo de alcohol y/o drogas en el S. S. M. Norte". 2003.
14. Servicio de Salud de Atacama. Unidad de Salud Mental. " Adhesividad a tratamiento en personas con dependencia a alcohol y/o drogas". 2002.
15. Municipalidad de Santiago. Salud Santiago. " Estrategias de prevención en alcohol y drogas desde la Atención Primaria. 2004.
16. Health Canada. Prácticas óptimas. Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Ottawa, Ontario. 2001.

IX. Colaboradores.

Psicóloga Sra.	Karin Avila
Psicólogo Sr.	Marco Barrientos.
T. Ocupacional Sr.	Alejandro Guajardo.
Dra.	Estrella Gutierrez.
Dr.	Yedy Israel.
Psicóloga Sra.	Patricia Jiménez
Dr.	Alberto Minoletti S.
Psicóloga Sra.	M. Graciela Muñoz
Enfermera Sra.	Patricia Narváez.
Psicóloga Sra.	Tatiana Palma.
Asistente Social Sra.	Ximena Rayo.
Enfermera Sra.	Irma Rojas
Psicóloga Sra.	Edith Saá
Psicóloga Sra.	Olga Toro.
Dra.	Ana Valdés.
Psicóloga Sra.	M. Elena Varela.
Asistente Social Sra.	Carmen Vera.
Asistente Social Sra.	Cristina González
Dra.	Adriana San Martín.
Psicóloga Sra.	Raquel Opazo.
Redactor :	Dr. Alfredo Pemjean G.