

Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas

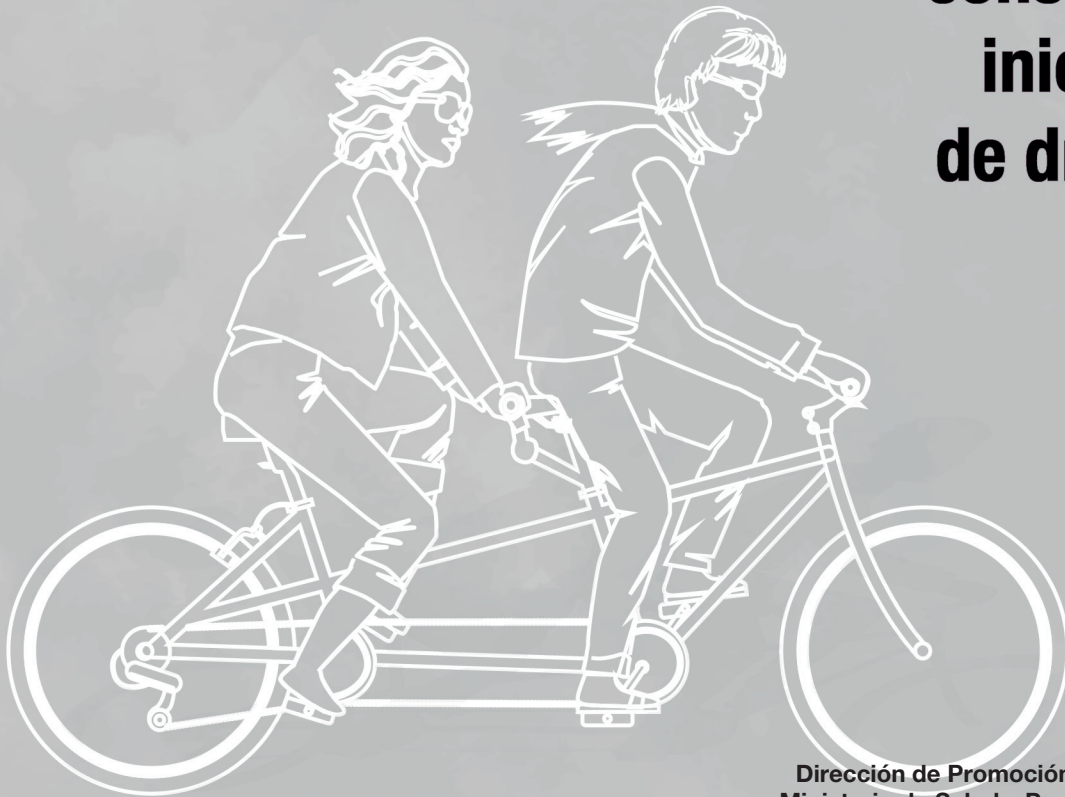


@MINSALUD



e.9.s
contra la Drogay el Delito

Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas



Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Derechos reservados © Ministerio de Salud y Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–. Esta publicación es resultado del Convenio de Cooperación No. 656 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–. Su contenido está basado en el producto Estrategia de Orientación a Jóvenes con Consumos Iniciales de Drogas, un modelo basado en evidencia para el Distrito Capital (Bogotá, D.C., 2013), elaborado en el marco del Convenio Específico Especial de Cooperación Interinstitucional No. 1588/11 entre la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito / Proyecto c-81.

Contenido



En esta cartilla encontrarás información sobre:

Presentación / 7

Contexto / 11

Unidad 1. Contexto y presentación de la estrategia de orientación a jóvenes / 11

- 1.1 Objetivos / 11
- 1.2 Aspectos generales / 16
- 1.3 Presentación: estrategia de orientación para jóvenes / 19

Unidad 2 Conceptos generales y definiciones sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas / 23

- 2.1 Objetivos / 23
- 2.2 Propuesta OPS / 24
- 2.3 Clasificación de los tipos de adicciones / 30
- 2.4 Modalidades de intervención / 31

Unidad 3 Instrumentos de Tamizaje / 33

- 3.1 Objetivos / 33
- 3.2 Instrumentos de Tamizaje en el uso de Sustancias Psicoactivas / 34

UNIDAD 4 Conceptos básicos de intervención breve / 39

- 4.1 Objetivos / 39
- 4.2 Conceptos Generales / 40
- 4.3 Pasos de la Intervención Breve / 40
- 4.4 Motivación para el cambio / 41
- 4.5 La escucha reflexiva / 43

Unidad 5 proceso de atención, canalización y seguimiento / 45

- 5.1 Objetivos / 45
- 5.2 Pasos para el proceso de orientación, canalización y seguimiento de los casos detectados / 46
- 5.3 Ruta Integral de Atención a trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas / 49

Unidad 6 intervenciones específicas para tabaco / 53

- 6.1 Objetivos / 53
- 6.2 Estrategias / 54

Siglas y Abreviaturas / 57

Referencias / 59

Anexos / 63

- Anexo 1. Carlos-Crafft / 65
- Anexo 2 DAST / 66
- Anexo 3 AUDIT / 68
- Anexo 4 APGAR FAMILIAR / 70

Presentación

El Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con la Oficina de las Naciones Unidas contra La Droga y el Delito y otras entidades del gobierno nacional viene liderando el desarrollo y actualización de herramientas técnicas que contribuyan al fortalecimiento del quehacer preventivo frente al consumo de sustancias psicoactivas y de las capacidades de los territorios, respecto a las acciones que se implementan en el tema.

Para ello, en el marco del Convenio 656 de 2015 entre el MSPS y la UNODC se propuso la edición de cinco cartillas educativas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde las cuales se aporten elementos conceptuales y pedagógicos a los diferentes actores gubernamentales y de la sociedad civil, entidades territoriales, instituciones y grupos interesados en avanzar en el tema; que sirvan como referentes para ser aplicados en diferentes contextos, así como para desarrollar y

evaluar programas y acciones de prevención acordes con las necesidades y características de la población con la que se trabaja y de las particularidades territoriales; enfocados al avance del componente en cuanto a la cualificación de los procesos que se desarrollen a nivel nacional.

Este proceso se realizó en el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, liderado por los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho, con la participación de diferentes entidades del gobierno nacional; en el que se incorpora el enfoque de salud pública en un marco intersectorial, cuyo propósito es disminuir la exposición al consumo de SPA y su impacto en la población colombiana. Este plan, definió para el componente de prevención, como objetivo fundamental disminuir la incidencia del contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia.

Por lo tanto reconocer, que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública y que este es responsabilidad de todos; convoca en torno a la posibilidad de involucrar a diferentes actores públicos y privados para avanzar en el conocimiento y la utilización de herramientas que apoyen la prevención y el abordaje de situaciones relacionadas con los factores protectores y las condiciones para fortalecerlos, a través de la apropiación conceptual y experiencial que contribuya, a la búsqueda de elementos para la acción.

Con el fin de lograr los objetivos ante mencionados, se retoman los siguientes documentos técnicos de la “caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactiva”¹ así:

1 Documentos elaborados en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.



HERRAMIENTA No. 1 Lineamientos para operar programas preventivos; diseñada pensando en las necesidades de los equipos locales con un enfoque pragmático y con la finalidad de contribuir en la reducción de las brechas en la atención al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en los diversos ámbitos en los que se encuentran los consumidores.

HERRAMIENTA No. 3 Lineamientos para operar Grupos de Autoayuda, para la conformación y operación de grupos de autoayuda, que hace parte de una de las estrategias más importantes para reducir las brechas de atención en consumos de alta complejidad, para potenciar el poder de las estrategias entre “iguales” y para conformar modelos de atención que trasciendan la especialidad que eleva los costos y es escasa en buena parte de los territorios, por tanto, difícil de acceder.

HERRAMIENTA No. 4 Autoevaluación del riesgo frente al consumo de SPA, para la evaluación del consumo de sustancias y pautas para acompañar el proceso de cambio.

2 Documento elaborado en el marco del convenio específico especial de cooperación interinstitucional no. 1588/11 entre la secretaría distrital de salud - fondo financiero distrital de salud y la oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito unodc/ proyecto c-81. el proceso de construcción y validación se realizó con la asesoría del equipo técnico del Hospital Pablo VI Bosa de Bogotá; el equipo de Acciones en Salud de la Secretaría Distrital de salud y la agencia de Salud Pública de Barcelona.

Así mismo, se propone la utilización del documento Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de droga- Modelo basado en evidencia para el Distrito Capital,² cuyo objetivo es “brindar elementos para el desarrollo de un modelo de asesoría a jóvenes con primeros consumos dentro de la modalidad ambulatorio comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas”, el cual plantea una estrategia novedosa y concreta tendiente a mejorar las oportunidades, capacidades y la calidad de vida de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de SPA, buscando disminuir los riesgos asociados al consumo, reducir la frecuencia del uso y evitar la progresión a la dependencia.

Se espera que este material aporte al mejoramiento del conocimiento sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, apoye las intervenciones y programas en el componente, y promuevan la calidad de los servicios preventivos y de atención.

Contexto

La *Estrategia de Orientación y Asesoría a Jóvenes con Consumos Iniciales de Drogas* presenta un modelo enfocado al abordaje de los adolescentes y jóvenes con indicios de problemas por consumos tempranos de sustancias psicoactivas.

Esta estrategia busca apoyar la disminución de los riesgos asociados al consumo, reducir la frecuencia del uso y evitar la progresión a la dependencia a las sustancias psicoactivas, lo cual *contribuye al fortalecimiento de los servicios de orientación juvenil existentes.*

Está diseñada para ser desarrollada por los equipos profesionales en salud y educación en los programas de intervenciones sociales y comunitarias, y su objetivo es intervenir de manera oportuna en casos o situaciones de

consumos iniciales para evitar que este se vuelva permanente, reduciendo la deserción escolar, la pérdida de un proyecto de vida y la estigmatización y rechazo de pares.

Se propone realizar esta estrategia bajo los lineamientos de las intervenciones colectivas apoyados en la modalidad ambulatoria y comunitaria con abordaje psicoeducativo orientado a la prevención de uso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias asociadas, teniendo en cuenta las directrices contenidas en la Resolución 518 de 2015-Listado de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ejecutar en el PIC, así: *“Rehabilitación basada en comunidad, conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales, tamizajes y canalización.*

Objetivos

Objetivo general

Brindar elementos para el *desarrollo de una estrategia de orientación a jóvenes con primeros consumos* dentro de la modalidad ambulatoria y comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas.

Objetivos específicos

- Identificar los instrumentos y las diferentes formas de intervención de acuerdo a cada sustancia psicoactiva, desde el modelo biopsicosocial.
- Apoyar la realización de intervenciones en prevención y asesoría de acuerdo a las sustancias psicoactivas y las necesidades particulares de los jóvenes.
- Reconocer el proceso de acompañamiento, canalización y seguimiento en los casos intervenidos en prevención del consumo de drogas.

Unidad 1

Contexto y presentación de la estrategia de orientación a jóvenes

1.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Evidenciar el contexto del consumo de sustancias psicoactivas

Objetivos específicos de la unidad

- Revisar algunas estadísticas en relación con el uso de las principales sustancias psicoactivas.
- Definir los conceptos de prevención

1.2 Aspectos generales

Contexto

De acuerdo con el Informe Mundial de Drogas 2016³, al menos 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas entre los 15 y 64 años, consumieron alguna droga en 2014. Sin embargo, se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas. El número de muertes relacionada con drogas ha permanecido estable en el mundo, se calculó alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas entre 15 y 64 años.

En los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de marihuana, sin embargo, sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo con 183 millones en 2014, además, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado.

En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. La proporción de las personas que se someten

a tratamiento debido a trastornos relacionados con el consumo de cannabis por primera vez sigue siendo alta en todo el mundo, en promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013⁴, indica que el 12,9% de las personas encuestadas ha usado tabaco al menos una vez en los últimos 30 días (18,8% de los hombres y 7,4% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 35,8% manifiesta haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas).

En relación al uso de drogas “ilícitas”, este Estudio indica que el uso reciente de alguna droga ilícita⁵ (prevalencia del último año) fue declarado por el 3,6% de los encuestados lo que equivale a aproximadamente 839 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (5,9%) que entre las mujeres (1,4%).

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. Considerando el

3 United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7). Resumen ejecutivo.

4 Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC. Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia 2013.

5 Incluyen las siguientes drogas: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables, heroína.

consumo el último año, este estudio revela que un 3,3% declara haber usado marihuana al menos una vez durante dicho período, aproximadamente un 5,4% de los hombres y un 1,3% entre las mujeres.

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo. Un 0,7% de la población del país declara haber consumido cocaína en el último año, 1,2% en los hombres y 0,2% entre las mujeres.

Conceptos generales de prevención



La prevención es i) un proceso activo en el que se debe tener en consideración tanto el contexto como la percepción social; ii) un proceso global que busca analizar e intervenir el problema en conjunto, y iii) un proceso continuo que se desarrolla y tiene sus efectos a mediano y largo plazo. DEVIDA (2007).



Prevención: busca disminuir la incidencia de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021

Tipos de prevención

- **Universal**

Aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes sin distinción; beneficiándolos por igual, con perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan

a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluirían en estos aquellos programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.

Este tipo de prevención está dirigida a la población general, por eso se la denomina universal, cuenta con programas dirigidos a prevenir el inicio o retrasar el consumo de

SPA. Sus objetivos principales se desarrollan a partir de información específica, de acciones que promueven el desarrollo de habilidades necesarias para contrarrestar el problema de las adicciones, orientando su accionar al mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades de resistencia personales y al fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población participante. Drug Abuse Prevention for the General Population. National Institutes of Health, Institute National on Drug Abuse 2.007.

- **Selectiva**

Aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes con mayores vulnerabilidades para ser consumidores, mayor que el promedio de los adolescentes de su edad; se dirigen, por lo tanto, a grupos de riesgo.

El objetivo principal es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo. Se aplica este nivel de prevención cuando se identifican grupos de la comunidad en mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas. Estos grupos se identifican a partir de los siguientes factores: biológicos, psicosociales o ambientales, entre otros. Drug Abuse Prevention for the General Population. National Institutes of Health, Institute National on Drug Abuse 2.007.

- **Indicada**

Aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento,

dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996).

Este tipo de Prevención, se orienta a las personas que presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos programas buscan cambiar las conductas negativas que están llevando a la persona a aumentar su consumo, por lo que se exige personal altamente calificado con entrenamiento puntual en intervención clínica, con el único objetivo de detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas. (Becoña; 2.001).

- **Específica**

La Organización de las Naciones Unidas (1998), en su declaración de Principios Rectores de Reducción de la Demanda recomienda “las políticas de reducción de la demanda las cuales deben incluir todas las áreas de la prevención”. Para ello, promueve la utilización de propuestas orientadas a la educación, la conciencia pública, la intervención temprana, el sostenimiento, programas de tratamiento, la rehabilitación, la prevención de la recaída y la inserción social. Siendo el principal eje de la política de las Naciones Unidas la propuesta de: ‘Hablemos de drogas’.

La prevención desde este modelo, debe estar basada en desalentar el uso inicial de cualquier droga. De igual forma, la CICAD de la

Organización de los Estados Americanos (OEA), se refiere a la reducción de la demanda enfocada desde una perspectiva global, multidisciplinaria e integral, fortaleciendo fundamentalmente los sistemas de educación formales y no formales y los contenidos informativos y formativos, en materia de prevención indirecta y directa.

Por tanto, desarrolla el concepto de prevención desde un paradigma proactivo, dado que ha ido modificándose la detección de las causas de la problemática que llevan a generar transformaciones en las propuestas y accionares en este sentido por parte de los países miembros de ambas organizaciones.

1.3 Presentación: estrategia de orientación para jóvenes

Según Jessor⁶, los distintos factores asociados al consumo de SPA, desempeñan un papel determinante en el devenir del consumo. Hoy se sabe que un factor de gran relevancia es la disponibilidad de la sustancia y la posibilidad de comprarla.

En países donde la disponibilidad de las SPA es alta (como el nuestro) este riesgo se incrementa, abriendo la posibilidad de pasar a la fase de consolidación del consumo, que es aquella en la que se da el paso del uso al abuso y de allí a la dependencia.

La percepción del riesgo de la sustancia que tenga la persona y su familia, es un factor que interviene en su decisión de seguir o no consumiendo; así mismo la familia, su conocimiento y posición frente al uso de

SPA desempeña un papel importante en este aspecto. Así, entre los consumidores de las distintas drogas algunos las dejarán después de utilizarlas puntualmente una o varias veces, otros luego de un período corto o largo de consumo regular, y otros consumirán ininterrumpidamente durante toda la vida. Estos son los que se considera que están en la fase de mantenimiento del consumo.

- **Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales**

Se propone como una modalidad ambulatorio-comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas, en adolescentes y jóvenes.

El rol del equipo ambulatorio-comunitario se centrará en la orientación psicoeducativa en el proceso de Orientación Juvenil. Así mismo, tendrá también la función de articular y coordinar al equipo psicosocial con otros

6 Jessor. La teoría de la conducta problema; En Becoña: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid 2002.

agentes intersectoriales. (Salud, educación, comunidad) Para lograr una rápida y efectiva psicoeducación, asesoría o su adecuada canalización dentro de una política de garantía de derechos y disminución del riesgo.

El proceso se encuentra centrado en las siguientes actividades:

- Abordaje de prevención del consumo de drogas
- Intervención sobre la familia
- Programa de información y orientación para adolescentes, jóvenes y sus familias, basados

en Intervención Breve (los casos que lo requieran serán derivados a los servicios de Salud Mental para su intervención específica).

Para esto, se recomienda que se cuente con el siguiente equipo de base: psicólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo y trabajador social; quienes reciben a los jóvenes que han sido sensibilizados y motivados en los ámbitos comunitarios o educativos; para el proceso de acogida, ingreso y valoración psicosocial integral, en el cual se realizará una valoración inicial por cada uno de los integrantes del equipo.

• **Equipo profesional sugerido**

Profesional	Funciones
Psicólogo	- Valoración inicial individual. - Valoración con la familia - Talleres con jóvenes y familia. - Consejería-asesoramiento
Trabajador Social	- Proceso de acogida. - Valoración inicial. - Manejo del directorio en red. - Talleres con familias y jóvenes.
Terapeuta Ocupacional	- Intervenciones de NET (Necesidades Escolares Transitorias). - Talleres de estilo de vida saludable - Talleres de habilidades para la vida.

• **Estructura de la orientación a jóvenes con consumos iniciales**

Se comienza desde los casos que son tempranamente identificados en el territorio, en la escuela y en el barrio. Sin retirar de la escuela

a los adolescentes, se les hará un primer nivel de asesoría y prevención en compañía de su familia.

Un objetivo general de la estrategia es la Educación para la Salud. Este es uno de los

temas transversales sobre los que se ha de trabajar proporcionando el marco apropiado para incorporar la prevención del abuso de drogas. Se realizan los siguientes pasos:

- **Acogida**

Continuando con el proceso, iniciado en ámbito escolar o comunitario, con un tamizaje aplicando en terreno (cuestionario de Carlos-Crafft) se realiza una valoración específica en la cual se valorará el uso de SPA. Los casos positivos serán remitidos, para realizar

su abordaje. *Ver la Unidad 3 para ampliar la información.*

El primer contacto con los profesionales que desarrollan la estrategia, es rápido, amable, y centrado desde los modelos de atención primaria en salud. Está a cargo de profesionales con entrenamiento específico en trabajo en red social, intervención en red y trabajo con familias, entre otros. Esta fase inicial está a cargo de una profesional en trabajo social. Se proponen “nuevas posibilidades de intervención psicosocial” (trabajo social) a continuación, se presentan actividades propuestas:

- **Listado de actividades a realizar**

Las actividades propuestas en esa etapa son:

- Entrevista motivacional.
- Entrevista a padres (aquellos que acompañan al adolescente o aquellos que buscan asesoría, aún sin la presencia del adolescente)
- Manejo de ‘Intervención en Crisis’.
- Entrevista con adolescente
- Atención a familias (programas grupales).
- Remisión para evaluación médica (Atención a la salud física.)

- **Ingreso**

- Recepción del caso/Historia clínica. Tiene como finalidad acoger, vincular, motivar y asesorar a los usuarios con consumos iniciales de drogas para establecer los objetivos a seguir en el desarrollo de la estrategia de intervención precoz e iniciar el proceso de psicoeducación integral.

- Aplicación del ASSIST. (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias). *Ver la Unidad 3 para ampliar la información.*

- Ingreso e Intervención. Hace referencia al conjunto de actividades realizadas por un equipo psicosocial, destinadas a la intervención del sujeto y su familia, con

miras a la mitigación y la superación de los mismos factores de riesgo psicosociales encontrados.

- **Permanencia**

Se realizan actividades que posibiliten afianzar habilidades y competencias emocionales, cognitivas y conductuales a modo de potenciar factores protectores personales, familiares y sociales del usuario que faciliten o fomenten su integración social, así:

- Intervenciones breves

La Intervención familiar para esto se aplica el APGAR, un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia. *Ver la Unidad 3 para ampliar la información.*

- Talleres de crecimiento personal y familiar. Se integran las propuestas del modelo de habilidades para la vida⁷ que busca fortalecer habilidades y destrezas psicosociales en adolescentes, y jóvenes que les permitan desarrollarse en distintos contextos y situaciones a lo largo de la vida.
- Talleres multifamiliares: Orientadas a desarrollar procesos preventivos acordes

a las características de la población y sus grupos familiares.

- Talleres que aborden temáticas y estén contextualizados desde la prevención indicada.
- Talleres de Necesidades Educativas Transitorias (NET) o problemas de aprendizajes, realizados por un terapeuta ocupacional, el cual busca intervenir aquellas dificultades del aprendizaje que de no ser intervenidas adecuadamente van a terminar con el abandono de la escolaridad.

De este proceso inicial, de conocimiento y evaluación, dependerá la derivación a los diferentes servicios de atención a drogodependencias; en los casos de uso problemático y abuso de sustancias.

- **Egreso o canalización y seguimiento**

Esta etapa propone el desarrollo de acciones encaminadas a hacer seguimiento a los casos referidos, con miras a retomar el contacto y ampliar la atención de los jóvenes. Este mecanismo busca generar y estimular los procesos de contra referencia.

7 Ministerio de Educación Nacional. Guía No 26. Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas. (Formar para la ciudadanía... ¡sí es posible!). República de Colombia.

Unidad 2

Conceptos generales y definiciones sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas

2.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Definir las necesidades, los lineamientos y las formas de intervención breve que se trabajan a nivel mundial y regional en el área de la salud mental y las adicciones.

Objetivos específicos de la unidad

- Conocer la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, referente a las adicciones y la salud mental en general.
- Conocer las definiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Describir los tipos de intervención más frecuentemente.
- Conocer los estadios propuestos por la Asociación Americana de medicina adictiva

2.2 Propuesta OPS

En la 49ª Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009), se presentó cómo en América Latina entre el 85% y el 90% del presupuesto asignado a la salud mental se destina a los grandes hospitales psiquiátricos para atención de pacientes recluidos. Por ello, las estrategias y planes de acción que recoge esta Asamblea, plantean la necesidad de formular y ejecutar políticas en el Plan Decenal de Salud Pública, así como leyes nacionales de salud mental, bajo los siguientes lineamientos:

- Priorizar en la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, haciendo énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar la prestación de los servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud, con énfasis en las principales necesidades de cada país y de la región.
- Fortalecer el recurso humano en salud por medio de la educación continuada con el fin de lograr mayor impacto en el trabajo en prevención específica con la comunidad.
- Aumentar la capacidad regional para producir, evaluar y utilizar información en salud mental. Basándose en la ejecución del Decálogo de la Salud Mental para la América Latina, así:

• Decálogo de la Salud Mental para la América Latina

1. Formular, revisar y ejecutar el Plan Nacional de Salud Mental.
2. Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
3. Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
4. Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
5. Definir y ejecutar actividades concretas —en el marco del Plan Nacional de Salud Mental— para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
6. Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
7. Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.

8. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
9. Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
10. Fortalecer el Sistema Nacional de Información Sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.

Tomado de: OPS, Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49 Consejo Directivo. 61 sesiones del comité regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. (36)

• Principios básicos del tratamiento de las adicciones -NIDA

- No existe un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe ser de fácil acceso.
- El tratamiento eficaz atiende todas las necesidades de las personas, no se centra solamente en la drogadicción.
- Se debe evaluar frecuentemente el plan de tratamiento y los resultados de cada persona.
- El manejo médico del síndrome de abstinencia es apenas la primera parte del manejo del problema adictivo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser eficaz.
- Los programas deben dar educación sobre SIDA, hepatitis B y C, TBC e ITS.
- Igual que otras enfermedades crónicas se sufre de reagudizaciones del problema.

Tomado de: Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, 2010). Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones. (37)

• Definiciones

Establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Abstinencia: Privación del consumo de sustancias psicoactivas o de bebidas alcohólicas.

Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA): Un modelo problemático de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente.

Alcohol: En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo - OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas.

Alcoholismo. Término genérico que incluye todas las manifestaciones patológicas del consumo de alcohol. Corresponde además a la expresión “problemas relacionados con el alcohol” la cual comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos, además de incluir las otras manifestaciones y afectaciones por su consumo, entre ellas “trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol”.

Auto cuidado. Obligación de toda persona de velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales, y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.

Consumo: Autoadministración de una sustancia psicoactiva.

Dependencia de sustancias psicoactivas: Implica una necesidad imperiosa e incontrolable (física o psicológica) que tiene

una persona de ingerir una determinada sustancia psicoactiva para encontrarse bien o para no sentirse mal.

Embriaguez. Conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de alcohol, las cuales afectan su capacidad y habilidad para la realización adecuada de actividades de riesgo.

Factor de protección del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas y que favorece el desarrollo personal.

Factor de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o de contexto ambiental que incrementa la probabilidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Fomento de estilos de vida saludables: Conjunto de actividades, intervenciones y programas dirigidos a las personas, cuyo objeto es orientar el desarrollo o fortalecimiento de actitudes y hábitos que favorezcan la salud y el bienestar de la población.

Gestión de caso: Proceso mediante el cual, a través de la identificación, la canalización, el seguimiento, el monitoreo y la abogacía se garantiza el goce efectivo del derecho a la salud de los consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual implica la óptima articulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Administradoras de Riesgos Laborales, las empresas y los trabajadores.

Prevención del consumo de SPA: Es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual. La prevención del consumo de SPA se clasifica en:

- **Prevención universal:** Corresponde a las acciones dirigidas al total de la población, independientemente del nivel de riesgo a que están expuestas, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas. El objeto principal es prevenir el consumo, resaltando los beneficios que se obtienen al tener un estilo de vida saludable.
- **Prevención selectiva:** Contempla acciones dirigidas a grupos específicos, que, por características personales, del entorno social, familiar, socio-cultural y de relación se hallan expuestos a diversos riesgos individuales. Su fin es reducir la probabilidad de crear dependencia o abuso a las sustancias psicoactivas.
- **Prevención indicada:** Incluye actividades dirigidas a los individuos que presentan síntomas de abuso o dependencia, cuyo propósito es reducir el daño como consecuencia de esta enfermedad. Este enfoque de intervención debe ser específico.

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sustancia psicoactiva (SPA): Sustancia lícita o ilícita de origen natural o sintético, de producción legal o ilegal, que cuando se consume, afecta y modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos

mentales (como la cognición o la afectividad). “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.

Tipos de consumo: Los consumos se pueden clasificar según dos criterios: la frecuencia del consumo y el sentido que se da al mismo.

Dependiendo de la frecuencia, el consumo puede clasificarse en:

- **Habitual:** Cuando se consume una vez a la semana.
- **Intensificado:** Cuando se consume más de una vez a la semana.
- **Masivo:** Cuando se consume todos los días.

Dependiendo del sentido, el consumo puede clasificarse en:

- **Experimental:** Cuando se consume por curiosidad o para conocer el efecto. Todo consumo empieza por esta vía, cuando la persona decide probar una o más sustancias, una o dos veces y resuelve no volver a hacerlo.
- **Recreativo:** Cuando se consume por esparcimiento, asociado a los tiempos de ocio, entre amigos y en diferentes contextos. Este consumo puede trascender a un consumo problemático.
- **Cotidiano:** Cuando se consume a diario como parte de la rutina o costumbre. En este punto se tiene ya una sustancia de preferencia, la cual juega un papel importante en la vida de la persona

cumpliendo funciones específicas y generando riesgos para la salud.

- **Compulsivo:** Cuando se consume por intensa necesidad física y psicológica. Se presenta ya una dependencia no solo a la sustancia, sino al estilo de vida que desarrolla alrededor del mismo.
- **Uso nocivo o perjudicial de SPA:** Es un patrón de consumo en el que se presenta el uso recurrente a pesar de problemas legales, sociales o interpersonales que resulten como consecuencia del consumo, o el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- **Uso problemático de SPA:** Es un patrón de uso que puede incluir el abuso y la dependencia, tiene impacto significativo y negativo sobre la salud, las relaciones sociales y familiares y sobre la estabilidad académica, laboral y económica.

• Estadios

La Asociación Americana de Medicina Adictiva habla de cuatro estadios, los cuales son usados por Hogan (2000) para programar los tratamientos. De esta forma se posibilita conocer los diferentes estadios que permiten tomar decisiones para evita la tendencia a hospitalizar a los jóvenes, en servicios de tratamiento, cuando no se considera necesario; como es el caso de consumos iniciales. Estos estadios son:

Estadio 1 – Uso Experimental. Cuando los factores de riesgo son mínimos, la persona tiene intoxicación sin complicaciones, no hay resistencia y la persona acepta el tratamiento, éste se inicia en forma ambulatoria, la

intervención consiste en realizar tres cosas fundamentales: una entrevista motivacional, tamizajes y sesiones de psicoeducación donde básicamente se habla de los riesgos reales, estadísticas y efectos por uso agudo y crónico de la sustancias que el individuo esté usando, y proponer al paciente el no uso de SPA por un tiempo mínimo de seis meses a un año.

Este modelo implica tres sesiones iniciales de evaluación, intervención y explicación con la familia, que se propone en caso de que el usuario sea menor de edad. Una sesión familiar de inicio y una sesión familiar de cierre, con un seguimiento psicosocial con el colegio y la familia para ver la evolución y los resultados.

Estadio 2 - Uso regular. Implica un tratamiento ambulatorio intensivo. La intensidad hace referencia a realizar una intervención específica de al menos 12 horas semanales, es decir, dos horas al día. Aquí recibe psicoeducación, se trabaja la entrevista motivacional y hay necesidad de una Intervención Breve de cohorte cognitivo comportamental, donde se aborde específicamente sobre factores de riesgo.

En este nivel de intervención se debe:

- Remitir para valoración médica completa (laboratorios, radiografías, descartar ITS), se debe descartar riesgo de síndrome de abstinencia; y a criterio médico remisión para definir intervención de desintoxicación.
- Realizar valoración psicológica.
- Valoración psicosocial académica y familiar.

Identificar factores de riesgo psicosocial como abandono del colegio, conductas antisociales, pertenencia a pandillas, cambio de actividades lúdicas, pérdida de valores y rutinas. La presencia de estos factores y su severidad indicarían, evaluación del equipo interprofesional para recomendar cambio de medida, a una de internado y de mayor duración.

Estadio 3 - Abuso: Requiere de la valoración médica general de las complicaciones por el uso crónico de las sustancias psicoactivas y de valoración psicosocial para ver su desempeño académico. Dependiendo de la severidad de los mismos, y si es primera o segunda vez que está en este proceso se puede elegir un tratamiento interno breve. Este tratamiento no es necesariamente en un Servicios de Atención en Drogadicción, puede llevarse a cabo en un Segundo Nivel de Atención en una Unidad de Salud Mental, en consulta externa de psicología o psiquiatría.

Una vez manejada la situación médica se debe definir su lugar de tratamiento interno. Si el caso lo amerita de acuerdo con la valoración y los instrumentos específicos aplicados. Para tal caso, aquí se encuentra indicada la aplicación de Índice de Severidad de la Adicción (ISA). Está indicado un proceso terapéutico en un centro de adicciones y su seguimiento, que puede ser ambulatorio y su nivel de intensidad depende de las variables psicosociales. Se sugiere comenzar con un internado breve, hasta tres meses. En la experiencia del autor, es fundamental después de dos o más meses de tratamiento, evaluar el rendimiento académico, las dificultades de aprendizaje y reforzar sus habilidades sociales ya que estos factores

pueden ser perpetuadores y la gran mayoría de las veces no son tenidos en cuenta o no se evalúan.

Estadio 4 - Dependencia: Aquí los comportamientos compulsivos y la neuroadaptación se encuentran presentes. Se hace necesario una valoración médica inicial del síndrome de supresión (abstinencia), en muchos de los casos se requiere de manejo farmacológico de sustitución para asegurar el confort y la comodidad del paciente. El objetivo del manejo farmacológico es evitar el abandono prematuro del tratamiento. Para ello, actualmente existen los protocolos de manejo de los síndromes de abstinencia de las diferentes sustancias psicoactivas. Allí se plantean diferentes grados y tipos de desintoxicación, tales como:

- 0 - No requiere tratamiento.
- I - Requiere medicamentos (pueden ser tomados en forma ambulatoria).
- II - Medicamentos bajo supervisión médica.
- III - Medicamentos parenterales. Medio Hospitalario
- IV- Medio Hospitalario: (a) Manejo médico especializado, (b) Unidad de cuidado Intensivo. Esto implicaría trabajo en red interinstitucional.

2.3 Clasificación de los tipos de adicciones

Se entiende por SPA toda sustancia que actúa en forma activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y una vez es introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas al nivel de conciencia, las funciones psíquicas básicas, la construcción y curso del pensamiento, los procesos sensorio-perceptivos y, como resultado de todo ello, el comportamiento.

La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo (es la recomendada por El Ministerio de Salud de Colombia en los Reportes de Intervenciones y Procedimientos en Salud (RIPS).

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

- Presencia de consumo durante el último año, en cualquier magnitud.
- 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.).

- Con permanencia de plena capacidad para prescindir del consumo de drogas.
- 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*.

La OMS, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión número 10 (C.I.E. 10), diferencia entre otras la categoría “Trastornos mentales y conductuales debidos a Consumo de Sustancias Psicoactivas” y, dentro de ésta, el *Consumo Nocivo o Perjudicial* (“harmful use”). Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica.

2.4 Modalidades de intervención en: Niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

En su lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o amenazados⁸, el ICBF plantea lo siguiente como niveles de tratamiento para las conductas adictivas en la Estrategia propuesta:

- *Consejería Individual (counseling)*: Un proceso colaborativo que facilita el progreso de la persona en tratamiento hacia metas y objetivos del proceso terapéutico determinados por ambas partes. La consejería incluye métodos que son sensibles a las características individuales del usuario/a, y reconoce la influencia de otras personas significativas, así como el contexto social y cultural del mismo.
- *Terapia Familiar Multidimensional*: Es un tratamiento para el abuso de drogas dirigido a adolescentes, el cual toma lugar fuera del hospital y está centrado en la familia. La Multidimensional Family Therapy (MDFT, por sus siglas en inglés) examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción de múltiples comportamientos no deseados y el aumento de comportamientos deseados ocurren de múltiples maneras en ambientes diferentes. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia.
- *Terapia cognitiva – conductual*: Se basa en la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas (pensamientos negativos de sí mismo, del futuro o de sus experiencias previas), tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, pueden mejorar el estado del consultante.
- *Terapia de grupo*: Es un espacio de consejería grupal, donde la persona pone en palabras las situaciones, problemáticas o conflictos que lo afectan y que están directamente relacionados con su historia personal. Tiene una finalidad terapéutica en tanto busca una moderación del sufrimiento y un cambio en el comportamiento del sujeto. La persona en este grupo recibe

8 República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento Técnico para el Programa Especializado de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Consumidores de Sustancias Psicoactivas con sus Derechos Amenazados. noviembre de 2010.

alternativas de sus compañeros, las cuales deberán apuntar a producir un efecto de cuestionamiento y reflexión que le hagan pensar en las posibilidades de solución y lo lleven a asumir una posición responsable frente aquello que lo hace sufrir.

Prevención en ambientes recreativos

Así mismo el European Institute of Studies on Drugs Prevention (IREFREA), presenta un decálogo, con aspectos a tener en cuenta en cuanto a la prevención, aplicada a ambientes recreativos donde participan jóvenes así:

1. Retrasar la edad de inicio.
2. Las estrategias preventivas deben no solo adecuarse sino también influir sobre las subculturas juveniles y su entorno.
3. Prestar atención al género como factor de riesgo.
4. La socialización debería estar menos ligada al consumo de spa.
5. Revisar las formas de relación entre adultos y jóvenes.
6. Establecer consenso en el ámbito científico y profesional sobre el significado y la prevención de los consumos recreativos.
7. Información específica sobre los efectos de las SPA.
8. Elaboración de estrategias que aumenten la percepción del riesgo.
9. Intentar que el no consumo o el consumo moderado sea una opción culturalmente aceptada en los ámbitos recreativos.
10. Crear contextos recreativos en que las condiciones medioambientales sean más saludables.

Unidad 3

Instrumentos de tamizaje

3.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Dar a conocer, instrumentos de tamizaje
Dar a conocer la prueba de Funcionalidad familiar

Objetivos específicos de la unidad

- Conocer la escala CARLOS-CRAFFT usada en menores de edad (versión Universidad Nacional de Colombia).
- Conocer la escala DAST (Drug Abuse Screening Test), para buscar en población general uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Conocer el Test de Detección de Uso Riesgoso de Alcohol (AUDIT), encuesta de tamizaje para evaluar los problemas relacionados con la forma de usar alcohol.

- Conocer la Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (ASSIST).
- Aprender sobre el Índice de Severidad de la Adicción (ISA), instrumento de valoración integral de las adicciones, el cual permite hacer seguimiento.
- Conocer la prueba de funcionalidad familiar-APGAR FAMILIAR.

3. 2 Instrumentos de tamizaje en el uso de sustancias psicoactivas

- **Conceptos generales**

Se entiende por tamizaje un conjunto de procedimientos y técnicas de examen que se realizan para detectar señales de riesgo que permite como examen preliminar, identificar la presencia de una condición específica, después de la cual, si ésta se encuentra presente, se requiere una entrevista a profundidad e Intervención Breve.

Realizar intervenciones centradas en la prevención específica de factores de riesgo del consumo de drogas en los niveles de atención primaria, permite varias cosas:

- Ofrece la posibilidad de educar/orientar y hacer intervenciones tempranas y oportunas directamente sobre la comunidad.
 - Brinda la oportunidad al intervenido de mostrar mayor compromiso.
 - Ayuda a reducir actividades de riesgo en personas que aún no son dependientes, lo que facilita el cambio y el uso controlado o el no uso.
- Permite un primer contacto rápido, ágil y muy eficiente en la medida que se deriva en forma clara y precisa.
 - Cumple con las expectativas que tienen las personas en los primeros niveles de atención relacionados con orientación sobre estilos de vida saludable y de paso, se les indague sobre uso de alcohol y drogas.

Las herramientas más usadas son los cuestionarios de auto-reporte, las entrevistas estructuradas, y en algunos casos, se usan marcadores biológicos específicos (pruebas de tóxicos en saliva o en orina). Estos auto reportes tienen muchas ventajas, ya que proporcionan una visión histórica, no son costosos, no son invasivos, son altamente sensibles para detectar problemas potenciales o de dependencia y permiten hacer una intervención estandarizada y lograr una remisión adecuada.

Estos instrumentos deben ser breves (pocas preguntas), flexibles, fáciles de administrar e interpretar y deben incluir al alcohol y otras drogas. A continuación, se describen

brevemente los principales instrumentos de tamizaje empleados en lengua castellana.

- **ESCALA CARLOS-CRAFFT (Versión de la Universidad Nacional de Colombia)⁹**

Desarrollado especialmente para adolescentes, se lleva a cabo de forma verbal, es fácil de recordar y de puntualizar. Abarca tanto el uso de alcohol como de otras sustancias. Su población objeto está entre los 14 a 18 años. La escala solo identifica dos categorías dentro del consumo y no identifica patrones de consumo. Con un puntaje positivo se debe hacer entrevista a profundidad y hablar con la familia (núcleo primario) por tratarse de un menor de edad. El punto de cohorte para Colombia es de dos preguntas positivas (Ver: Estudio de Validación para Colombia. Cote, M; Uribe, M 2013). Se sugiere preguntar a todos los menores de edad que sean valorados con esta escala, sobre la presencia del uso de SPA. (Ver Anexo No. 1)

- **TEST DAST (DRUG ABUSE SCREENING TEST)**

Cuestionario de tamizaje de diez preguntas utilizado para indagar por el abuso de sustancias psicoactivas. Las preguntas buscan identificar trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de SPA y reconoce cuatro niveles

de riesgo (Ver Anexo No.2). Así mismo, permite detectar problemas graves relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Las preguntas se responden con SI o NO y puede ser aplicado en menos de ocho minutos. Estandariza la forma de aplicar el instrumento. Se puede aplicar de manera individual: como auto-reporte (el joven los contesta solo) o como hetero-reporte, (el especialista le pregunta directamente al joven). Existe una tabla de clasificación y de respuesta que permite medir el grado de problema que se tenga con el consumo de drogas.

- **TEST AUDIT (TEST DE DETECCIÓN DE USO RIESGOSO DE ALCOHOL)**

Propuesto por la OMS para la detección de bebedores de riesgo y en particular, para ayudar a los médicos a identificar qué personas se beneficiarían al reducir o interrumpir el consumo de alcohol. Los estudios lo identifican como más sensible que el test CAGE para la detección de consumo excesivo de alcohol y algo menos sensible para la detección de abuso o dependencia. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que su tiempo de aplicación es mayor que el CAGE.

La aplicación del AUDIT consiste en un cuestionario auto-aplicado, que permite la detección inicial o la 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 variable, para que lo llenen en ese período y luego lo

9 Cote, M; Uribe, M; Prieto, E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT. para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Revista. salud pública. Universidad Nacional de Colombia 15 (2): 220-232, 2013

muestran al profesional que le corresponda. Posteriormente, el profesional revisa el cuestionario y lo califica en presencia del NNA y realizará la retroalimentación del caso.

Consta de diez ítems que indagan sobre el uso reciente de alcohol, síntomas de dependencia de alcohol, y problemas relacionados con el mismo, la puntuación total, que es la suma de las puntuaciones en los diez ítems, clasifica a los bebedores en tres categorías de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol (Ver Anexo No. 3):

- Sin problemas relacionados con el alcohol: hombres: 0-7 puntos; mujeres: 0-5 puntos.
- Bebedor de riesgo: hombres: 8-12 puntos; mujeres: 6- 12 puntos.
- Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica: hombres y mujeres: 13-40 puntos.

Si estos cuestionarios de tamizaje salen positivos, se hace necesario una entrevista a profundidad y la aplicación de un instrumento más sensible y específico para valorar la adicción.

El proyecto TREATNET de Naciones Unidas recomienda en estos casos aplicar la Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (ASSIST) y realizar una Intervención Breve.

10 La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en internet.

• PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST):¹⁰

En 1997 la OMS desarrolló el ASSIST con el fin de administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias, que debe ser administrado por un profesional de la salud.

Consta de ocho preguntas y diligenciarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Una vez determinada la puntuación, se inicia una conversación (Intervención Breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'Intervención Breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud, que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa, o quienes cuyo consumo puede ubicarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección.

- **ÍNDICE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN, (ISA-6)¹¹**

Entrevista semi-estructurada que evalúa multidimensionalmente la gravedad de la adicción vinculada a la necesidad de tratamiento. Proporciona información básica para el diagnóstico y la monitorización de los cambios clínicos y resultados de los tratamientos.

Consta de 257 ítems agrupados en una sección de información general y alojamiento, y seis áreas problema: salud física, empleo y recursos,

uso de alcohol y drogas, situación legal, red familiar y social, y salud mental. Proporciona 15 puntuaciones objetivas estandarizadas, y correspondientes a las escalas primarias, y seis a las secundarias, que constituyen el perfil de gravedad de la adicción del sujeto. Su obtención se realiza mediante un algoritmo matemático. En todas las escalas, a mayor puntuación mayor necesidad de tratamiento.

Las nueve escalas primarias son: salud física, empleo, alcohol, drogas, legal, familia/hijos, familia/red social/apoyo, familia/red social/problemas, y salud mental. Las seis escalas secundarias son: pareja/apoyo, pareja/problemas, amistades/apoyo, amistades/problemas, familiares adultos/apoyo, y familiares adultos/problemas.

La información obtenida con el ISA-6 se refiere a tres períodos de tiempo, cada uno de los cuales tiene su propio interés y utilidad:

- A lo largo de la vida
- Últimos seis meses
- Últimos 30 días

OTRAS VALORACIONES

- **Valoración de la situación familiar (APGAR FAMILIAR)¹²:**

Conocer la familia es fundamental en las entrevistas de todos los niños, niñas y adolescentes, porque permite identificar situaciones conflictivas y de riesgo. Además, a través de su evaluación, posibilita al profesional, desarrollar estrategias para que los

11 Bobes, J; Bascaran, M; Carballo, J. Valoración de la gravedad de la adicción (ISA-6) Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid, 2007.

12 Arias, Liliana; Herrera, Julian. El APGAR familiar en el Cuidado Primario de Salud. Colombia Médica 25: 26-28. (Revista Médica Universidad Del Valle). 1994.

miembros de la familia mejoren su capacidad de reconocer las dificultades y fortalezas, con el fin de construir mecanismos efectivos de autoprotección y afrontamiento de las crisis. Inicialmente puede ser la aplicación del APGAR Familiar¹³.

Este cuestionario fue diseñado por Gabriel Smilkstein (1978)¹⁴ en la Universidad de Washington y explora la percepción de la satisfacción que tiene la persona con el funcionamiento familiar en cuanto a adaptación y

resolución de problemas, expresiones de afecto, conductas de cooperación, acompañamiento y desarrollo personal. Es de fácil aplicación por ser corto y sencillo. Hace referencia a los siguientes aspectos familiares: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad resolutiva. (Ver Anexo No.

De acuerdo con los puntajes se debe hacer derivación a trabajo social, psicología o psiquiatría según la posibilidad de la red en la cual se esté trabajando

13 De Francisco, Viviana; Ceron, Yolanda. Salud familiar como alternativa de atención integral en las Unidades de Atención Integral y en las Unidades de Atención Primaria. Ver: Colombia Médica, 1995.

14 Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978.

Unidad 4

Intervención breve (consejería)

4.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Dar a conocer una estrategia de Intervención Breve en el uso riesgoso de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos de la unidad

- Mejorar las habilidades para el uso de estrategias y recursos de motivación en las personas que laboran en primer nivel de atención.
- Promover la aplicación de estrategias motivacionales.
- Describir los componentes básicos de Intervención Breve en las principales sustancias psicoactivas usadas por los jóvenes.
- Comprender la importancia del proceso de la motivación para el cambio comportamental en la intervención y asesoría a jóvenes con primeros consumos.

4.2. Conceptos generales

Las intervenciones breves han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas acortando las brechas entre los esfuerzos de prevención selectiva e indicada y el tratamiento para las personas con trastornos debidos al consumo graves.

Las intervenciones breves también proporcionan un valioso marco de trabajo para atender a

personas que quizás no buscarían ayuda en entidades que atienden el abuso de drogas específicamente por no considerar que se tenga un problema al respecto. Las intervenciones breves no están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo y experto.

4.3. Pasos de la intervención breve

Fleming (1999) plantea los cinco elementos fundamentales que debe tener una Intervención Breve.

- **PASO 1: Evaluación a profundidad del uso de la sustancia psicoactiva y retroalimentación**

Una vez detectada por el ASSIST las sustancias psicoactivas de uso, se debe preguntar en forma directa sobre la cantidad, frecuencia e intensidad del uso de la misma, se recomienda usar test específicos como el test de AUDIT para el alcohol y el test de Fagestrom para la nicotina del cigarrillo. Luego se explican las complicaciones que se podrían esperar y se invita a la persona a informarse más sobre dicha sustancia en particular.

- **PASO 2: Negociación y determinación de los objetivos de la intervención breve**

Es prioritario mostrar la necesidad de la disminución o inclusive, de la suspensión total del uso de estas sustancias, con mayor énfasis si son menores de edad. Uno puede inicialmente proponer la reducción o supresión por el mes siguiente para ver cómo reacciona el organismo, y cómo le va en sus actividades de la vida diaria.

- **PASO 3: Técnica específica de modificación de conducta**

Se puede utilizar lista de chequeo de aspectos positivos y negativos del comportamiento que se está modificando. Se puede fijar un día

“0” para dejar de hacer uso de la sustancia. Dejando anotado en forma clara cuál es el comportamiento esperado, no se trata simplemente de decir “no” a las drogas.

- **PASO 4: Dar lectura al auto, dirigidas sobre cada sustancia**

Se trata de dejar lecturas específicas sobre los riesgos, los beneficios del cambio de comportamiento y estadísticas sobre el uso de cada sustancia. El material se le da al menor de edad para ser leído en compañía de los familiares y en la siguiente sesión se realiza una especie de control de lectura y se da la retroalimentación sobre el mismo. Este material se puede conseguir en diferentes portales, se recomienda www.descentralizadrogas.gov.co a nivel nacional, o la página www.nida.org entre otras. Ambos portales contienen literatura en español.

- **PASO 5: Seguimiento y refuerzo positivo**

Fundamental realizar encuentros de seguimiento, se recomienda seis semanas después de la intervención, realizar una cita de

control; donde se ve si la persona ha logrado mantener el cambio de comportamiento. De no haberse logrado, se debe remitir a su sistema de salud, para realizar la intervención dentro de su EPS.

- **PASO 6. Direccionamiento (remisión a segundo o tercer nivel) de complejidad**

Una vez realizado el proceso de intervención breve, el cual debe ser realizado en todos los casos. De acuerdo con el resultado de severidad mostrado en el ASSIST, el paciente debe ser remitido a su EPS, para recibir la atención especializada según el caso: Atención con el grupo de Salud Mental, atención con toxicología, remisión a centro especializada de Farmacodependencia.

En otros casos se debe usar el sistema de integración social de cada territorio y se recomienda su articulación con las redes y actividades comunitarias; como clubes juveniles, comedores comunitarios, centro de trabajo con jóvenes, etc. La idea es poder incluir a los jóvenes dentro de diferentes actividades y redes juveniles.

4.4 Motivación al cambio

La entrevista motivacional es un estilo de entrevista directiva, la cual se centran en el paciente, y está encaminada a ayudar a las

personas a explorar y resolver sus ambivalencias frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos.

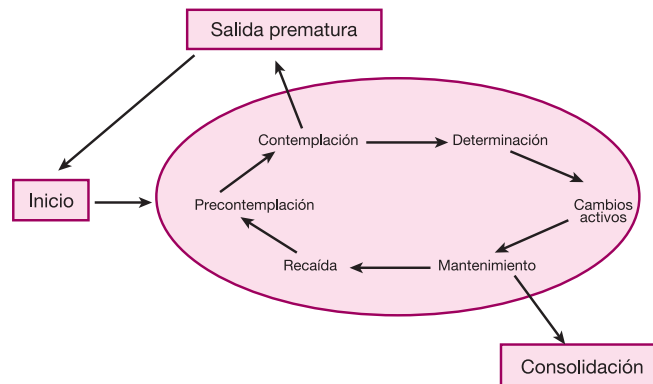
Algunas personas que se involucran en el uso nocivo de sustancias no reconocen plenamente que tienen un problema o que otros problemas de su vida están relacionados con el uso de alcohol y drogas. Por ello, se debe comenzar por definir en qué área de la rueda del cambio se encuentra la persona (Ver Gráfica No. 1).

El objetivo de la entrevista motivacional es desarrollar discrepancia en el o la consultante

para ampliar sus posibilidades y lograr un acercamiento a motivarse para cambiar comportamientos. Para ello es importante tener claridad sobre los logros y las metas.

Con base en el modelo teórico, al final de la primera entrevista se debe tener claridad en qué momento del cambio se encuentra el consultante, para poder asignar la tarea motivacional correspondiente.

Gráfica No.1
La rueda del cambio



Tomado de: Miller, W; Rollnick. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Editorial Paidós, 1999. (39)

Momentos:

Pre contemplación: en este punto el o la consultante no ha pensado en cambiar; es más, en muchas ocasiones ni siquiera considera que

está haciendo algo que podría poner en riesgo su vida. Aquí niega cualquier problema con el alcohol, conflictos con su pareja, dificultades con el vecino y muchas veces se muestra orgulloso de su conducta; no ve una necesidad de cambiar.

Contemplación: es el siguiente estadio. Aquí, la ambivalencia aparece porque se empiezan a ver los riesgos y los beneficios de un comportamiento o de una situación específica. El o la consultante empieza a comparar cosas positivas con cosas negativas. Este es el punto donde se puede trabajar en mostrarle los aspectos negativos de su comportamiento, correlacionar comportamientos de riesgos con complicaciones laborales, complicaciones con los vecinos y situaciones de violencia intrafamiliar, dificultades para relacionarse con sus pares o en el rendimiento académico entre otros.

Determinación: el o la consultante se encuentra motivado y ve la necesidad para cambiar un comportamiento o patrón de comportamiento. Aquí se trata de escoger de manera concertada la estrategia adecuada para lograr cambios y la solución del conflicto. En general, deben ser modificaciones pequeñas, en donde se mantenga su estilo de vida básico. La estrategia debe ser aceptable, accesible, apropiada y efectiva.

Acción: es el siguiente estadio que ocurre cuando él o la consultante se encarga de trabajar, hacer los cambios de comportamiento y acciones específicas para lograr esa meta que se ha propuesto. Es importante anotar que no quiere decir necesariamente que lo logre.

Mantenimiento: durante esta etapa la persona ya se ha rutinizado y ha logrado tener nuevos hábitos de comportamiento y de estilo de vida en el cual va a continuar su proceso. Se concentra activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

Recaída: esta etapa ayuda al consultante y su consultor a ver situaciones que antes no eran tenidas en cuenta, pero que resultan muy importantes para el proceso de mitigación y recuperación porque llevaron finalmente a que todo volviera a estar como antes de la intervención.

4.5 Escucha reflexiva

Es una de las estrategias de la entrevista motivacional. Aquí el profesional no se limita a escuchar lo que dice él o la consultante, sino que se responde a lo que él va diciendo reflejándolo. El profesional es quién decide qué es lo que refleja y qué es lo que ignora, qué se ha de enfatizar y qué palabras usar.

Se entiende por reflejar repetirlo con las mismas palabras lo que el consultante dijo. Esto se hace en la parte final de cada entrevista. Un error muy frecuente del principiante es pensar que a todo lo que dice el consultante, se le debe responder con una explicación.

Con la escucha reflexiva se pretende favorecer que él o la consultante exprese tantas frases de preocupación como sea posible ya que todos tendemos a creer con mayor fuerza aquello que nos oímos decir a nosotros mismos. Ofrecer una atención empática sin emitir juicios ni dar soluciones prematuras, es una forma de recompensar a él o la consultante y favorecer que se siga expresando. Estas son algunas técnicas:

- **Repetir:** un elemento que ha dicho él o la consultante.
- **Refrasear:** sustituye algunas palabras por sinónimos o altera ligeramente lo que se ha dicho clarificándolo.
- **Parafrasear:** Infiere el significado de lo que se ha dicho y lo refleja con nuevas palabras.
- **Señalar un sentimiento:** Hacer énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.

Unidad 5

Proceso de atención, canalización y seguimiento

5.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Conocer el marco conceptual de los procesos de atención primaria en salud, y como funciona los procesos de canalización y seguimiento dentro del sistema general de salud.

Objetivos específicos de la unidad

- Definir los diferentes niveles de prevención e intervención.
- Describir el programa de detección e intervención temprana del consumo nocivo de sustancias psicoactivas.

5.2 Pasos para el proceso de orientación, canalización y seguimiento

• **Actividades de intervención comunitaria**

Las actividades de promoción de salud, entre otras, apoyan las iniciativas de la comunidad para su propio desarrollo y protección a nivel del territorio y con el apoyo del sistema educativo y otros organismos no gubernamentales (ONG) que se encuentren en él.

La influencia de los programas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y/o sustancias psicoactivas 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. Por otra parte, la atención efectiva del consultante con consumo problema y la dependencia al alcohol, tabaco y/o sustancias psicoactivas, al igual que todo problema de salud, requiere de:

- Una red de atención progresiva, que responda a las diversas necesidades.
- Una atención en red, que contemple la suficiente fluidez para la referencia y contra-referencia de los consultantes, en las diversas etapas de su proceso de tratamiento.
- Los consultantes participan 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 de equipos de salud mental con competencias, en el nivel secundario de atención, para proveer al Programa y a los casos detectados.

• **Detección e intervención temprana**

El programa de detección e intervención temprana del consumo problemático de sustancias psicoactivas, está dirigido a los consultantes, sensibilizados y motivados desde los procesos de la Atención Primaria, en los diferentes ámbitos con riesgo o problemas asociados al consumo de sustancias, de acuerdo a un cuestionario de detección; estos pueden solicitar espontáneamente atención e intervención, pueden ser derivados desde otros programas del servicio de salud, previa información y motivación inicial por el profesional que deriva o son familiares alarmados o preocupados porque uno o más de los miembros 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.

• **Etapas e intervenciones**

El programa de detección e intervención temprana del consumo problema y la dependencia a sustancias psicoactivas

diferencia cuatro etapas: 1. Detección y evaluación diagnóstica. 2. Intervenciones resolutivas en la APS. 3. Derivación o referencia asistida. 4. Alta y seguimiento.

• **Detección y evaluación diagnóstica**

Se dirige a toda la población consultante independientemente si busca o no intervención o tratamiento por problemas asociados al consumo de SPA. La detección inicial se sustenta en:

- El uso general, en todo consultante mayor de 14 años de un cuestionario de tamizaje o screening, que orientará hacia riesgos o problemas asociados con el uso de sustancias psicoactivas, incluido alcohol y drogas (CARLOS –CRAFFT).
- 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 de problemas asociados al consumo de drogas.
- Una actividad complementaria opcional, llamada Evaluación Diagnóstica, que consiste en una o más consultas de salud mental para realizar una entrevista a profundidad e Intervención Breve si el caso lo amerita.

A su vez, la Evaluación Diagnóstica incluye diferentes tipos de entrevistas como son:

- 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.

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

• **Intervención preventiva**

Se centra en impedir o retardar el desarrollo de una enfermedad o de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficientes para ello.

Objetivos de la intervención:

- Proporcionar a los consultantes que presentan consumo de 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.
- 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.
- Entregar información relevante a miembros de la familia, o cuidadores para que se constituya en un apoyo a los esfuerzos del consultante.

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

Si el equipo técnico lo considera, 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 presentes y que requieran de atención de salud, para su remisión.

La intervención tiene una duración de cuatro o cinco sesiones. Luego de un 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 DERIVACION a una intervención terapéutica en la Atención Primaria o al nivel secundario de especialidad. Dependiendo de las características encontradas en la intervención inicial o en el seguimiento. La aceptación informada del consultante será clave para que la referencia sea efectiva.

- **Alta y seguimiento**

Alta

Constituye el paso final de una intervención o de una intervención terapéutica. En ambos casos, se prepara al menos uno o dos sesiones

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 tres 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 del proceso pueden ser corrientes, así como las altas prematuras o forzadas por el consultante. Cuando este, a pesar de los esfuerzos del equipo, no desea continuar en el programa y, a fin de mantener el vínculo y la posibilidad de una reanudación el proceso de intervención, puede ser útil acordar con el consultante un egreso transitorio o pactado.

En tales casos, se enfatizará la recomendación del equipo del profesional que interviene, en la continuidad del tratamiento, pero que se acuerda la suspensión temporal del proceso de acuerdo a solicitud. Así mismo, se sugiere programar en un lapso de tiempo concreto uno o más contactos o controles (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 proceso, si no se cumplen las expectativas del consultante o las metas pactadas.

Abandono

Se considera abandono a la ausencia continuada a tres o más actividades, acordadas o indicadas, o, la inasistencia durante tres sesiones seguida sin tener una justificación adecuada.

Seguimiento

Pueden diferenciarse dos categorías: Seguimiento y rescate (búsqueda) y 2)

Seguimiento post Alta. El 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). El equipo de salud busca activamente el reingreso del consultante a la intervención precoz, a través de contactos

telefónicos, visitas al domicilio, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de “puerta abierta” y “acogida” dispuesta.

Con el propósito de facilitar el entendimiento y la puesta en marcha de este proceso de sensibilización, motivación e intervención a jóvenes con consumos iniciales se presenta la Ruta Integral de Atención.

5.3 Ruta integral de atención: trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas

La Política de Atención Integral en Salud – PAIS – orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud hacia la garantía del derecho a la salud de la población, centrando el sistema en el ciudadano. Su objetivo principal está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La Política de Atención Integral en Salud establece un marco estratégico, así: Atención primaria en salud, Salud familiar y comunitaria, Gestión integral del riesgo en salud, y Enfoque poblacional y diferencial. A

su vez, la política comprende un *componente estratégico*, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un *componente operativo*, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS – que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados. Es así, como a través de la resolución 429 del 16 de febrero de 2016, se adopta la PAIS y se establece el MIAS, con el fin de orientar la respuesta del sistema de salud e integrar los objetivos del sistema de salud con la seguridad social.

El propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano

como objetivo del mismo. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El marco operativo del MIAS contempla 10 componentes, así:

El componente 2, hace referencia a las RIAS, las cuales son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la

discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible.

Así entonces, el presente lineamiento expone la definición de la ruta de atención integral por trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas según su carácter y finalidad, así como los elementos constitutivos de la misma; la población sujeto; la definición de servicios y procedimientos para la atención integral; los criterios de adaptación y transitoriedad; los procesos para la gestión de la atención integral a nivel sectorial e intersectorial, y el mecanismo de seguimiento y evaluación.

Unidad 6

Intervención específica para tabaco

6.1 Objetivos

Objetivo general de la unidad

Describir guías específicas de intervención en relación al tabaco.

Objetivos específicos de la unidad

Mostrar una guía breve de intervención en el uso y abuso de tabaco.

- **Uso de tabaco**

El uso de cigarrillo es considerado por la OMS, como la principal causa de cáncer pulmonar, que puede ser prevenible. Por lo anterior siempre que llegue un consultante que usa cigarrillos debemos preferiblemente sensibilizarlo con las estrategias de las cinco “As”, para aconsejarle dejar de fumar.

Un cigarrillo produce 250cc de humo, el cual contiene más de 4000 sustancias químicas, 40 de las cuales producen cáncer. Por ello no existe consumo mínimo de cigarrillos, a mayor consumo mayor posibilidad de desarrollar un cáncer. Se trata de un proceso de carácter personal.

6.2 Estrategias

- **La estrategia de las cinco “A’s”**

Se trata de una intervención breve, en donde se sigue una ruta definida para poder intervenir de forma estructurada el uso de tabaco. Se deben seguir en orden estas preguntas (Ver Tabla No. 1).

- **La estrategia de las cinco “R’s”**

Esta estrategia es útil para trabajar con aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”, o sea, quienes

están en las etapas de pre contemplación y contemplación. Las 5 R’s es una intervención motivacional que se puede implementar después de haber AVERIGUADO que el paciente es fumador y que no está motivado a dejar de fumar, al menos no antes de un mes, y se emplea al ACONSEJAR. Permite personalizar el consejo, y ayuda a aumentar el nivel de motivación hacia la cesación del consumo. (Ver Tabla No. 2).

Tabla No. 1
La estrategia de la 5 “A’s”

<p>1. AVERIGUAR sobre el consumo de tabaco.</p>	<p>¿Usted fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó?</p>
<p>2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar o sigan sin hacerlo.</p>	<p>Aconsejar claramente: La evidencia científica sobre la importancia de no fumar es inexcusable y el mensaje debe transmitirse claramente y sin ambigüedades.</p> <p>Personalizar el mensaje: Tenga en cuenta la condición clínica, la historia de consumo de tabaco, los intereses personales o los roles sociales.</p>
<p>3. ACORDAR con el paciente, el plan de intervención y las actividades para lograr dejar de fumar.</p>	<p>Si el paciente está en etapa de preparación (quiere dejar de fumar dentro de un mes): fijar el día D dentro de las 2 semanas siguientes.</p> <p>Si no está listo para dejar de fumar, acordar acciones y tareas. Determinar modalidad de intervención de acuerdo a sus características personales y las disponibilidades locales.</p>
<p>4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar.</p>	<p>Elaborar plan de acción según la etapa de cambio en que se encuentra el paciente y lo acordado con él. Firmar contrato de Día D, analizar situaciones de riesgo, temores y obstáculos.</p> <p>Practicar estrategias de enfrentamiento de situaciones problemas</p> <p>Estimular el diálogo interno, planificar ejercicios, tareas.</p> <p>Estimular la constitución redes de apoyo.</p>
<p>5. ACOMPAÑAR al paciente en todo el proceso</p>	<p>Repetir la intervención en todas las oportunidades posibles.</p> <p>Evaluar las posibilidades y formas de comunicación: llamadas telefónicas, reuniones de grupo, consultas individuales, controles de rutina, etc.</p> <p>Controles después del día D: 3 días, 15 días, 1 mes, 2 meses.</p>

Tomado de: Becoña, E. Manual para dejar de fumar. Universidad Santiago de Compostela, 2004. www.socidrogalcohol.org (40)

Tabla No. 2.
La estrategia de las 5 “Rs”

1. Relevancia	Incentivar al paciente a que defina por qué es tan relevante para él dejar de fumar. “La información motivacional tiene mayor impacto si es relevante para el estado o riesgo de salud específico del paciente, de su familia o de su situación social”.
2. Riesgos	<p>Riesgos agudos: falta de aire, exacerbación del asma, daños en el embarazo, impotencia, infertilidad.</p> <p>Riesgos a largo plazo: infarto, accidente vascular encefálico, cáncer de pulmón y muchos otros, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), discapacidad.</p> <p>Riesgos ambientales: mayor riesgo de cáncer de pulmón de su pareja, mayores probabilidades que sus hijos fumen, asma, otitis, infecciones respiratorias en niños.</p> <p>“Sugerir y remarcar aquellas que parecen ser más relevantes para el paciente.”</p>
3. Recompensas	El clínico debería ayudar al paciente a identificar beneficios potenciales del abandono del fumar, sugiriendo y remarcando los beneficios más relevantes para el paciente.
4. Resistencias	<p>“Es el único placer que me queda”.</p> <p>“Voy a engordar al dejar de fumar”.</p> <p>“No voy a poder estudiar/trabajar”.</p> <p>“Me haré un mar de nervios”.</p>
5. Repetición	<p>Esta intervención motivacional debería ser repetida cada vez que un paciente no motivado concurre a algún servicio de salud.</p> <p>Los fumadores que han fallado en los intentos anteriores de abandono deben saber que la mayoría de las personas tienen que hacer repetidos intentos antes de lograr éxito.</p>

Tomado de: Becoña, E. Manual para dejar de fumar. Universidad Santiago de Compostela, 2004.
www.socidrogalcohol.org

Siglas y Abreviaturas

1. Atención Primaria en Salud (APS)
2. Sustancias psicoactivas (SPA)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS)
4. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
5. Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)
6. Manejo Social de Riesgo (MSR)
7. Plan Obligatorio de Salud (POS)
8. Entidades Promotoras de Salud (EPS)
9. Centros de Atención a la Drogadicción (CAD)

10. National Institute of Drug Abuse (NIDA)
11. ÍNDICE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN (ISA)
12. Unidad Primaria de Atención (UPA)
13. TEST DAST (DRUG ABUSE SCREENING TEST)
14. TEST DETECCIÓN DE USO RIESGOSO DE ALCOHOL (AUDIT por sus siglas en inglés)
15. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST, por sus siglas en inglés).
17. Centros de Atención Juvenil (CAJ).

Referencias

<http://www.munivaldivia.cl/servincorp/salud/promocion.htm>.

Decreto 691 del 30 de diciembre de 2011. “Por medio del cual se adopta la política pública de prevención y atención del Consumo y la Prevención de la vinculación a la Oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia y Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2008. Editora Guadalupe. Bogotá D.C., junio de 2009

Becoña, Elisardo. Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Madrid, 2002

Cote M, Leal-Rojas E; Prieto E y Vargas D. Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en farmacodependientes en rehabilitación en Comunidades Terapéuticas (FECCOT), Bogotá, 2006 -2007. (Investigación Original) Rev. Fac.Med 2008 (56) 4 pp. 338-352.

Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (2007).

OMS, World Drug Report, 2012. www.unodc.org/worlddrugreport2012

Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas (2009-2010). Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Bogotá, 2008.

Ministerio de la Protección Social. Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Bogotá, 2007.

Pérez, A. Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá, 2007.

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia en Bogotá D.C.2009.

Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia, 2011

Ministerio de la Salud y Protección Social. Código de la infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006).

Secretaría Distrital de Integración Social. Gestión Social Integral – Estrategia de gestión pública para implementar políticas-. Bogotá, D.C, 2011.

Decreto 691 del 30 de diciembre de 2011. “Por medio del cual se adopta la política pública de prevención y atención del Consumo y la Prevención de la vinculación a la Oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.

comunicaciones@hospitalpablovibosa.gov.co.

Ministerio de la Protección Social. Acuerdo Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES) 029 de 2011. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Ministerio de la Protección social. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se unifican los POS en la república de Colombia”. 2011.

ICBF/OIM. Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en Clubes pre juveniles y juveniles. Primera edición. Bogotá, D.C, 2008.

- Jessor. La teoría de la conducta problema; En Becoña: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid 2002.
- Ministerio de Educación Nacional. Guía No 26. Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas. (Formar para la ciudadanía... ¡sí es posible!). República de Colombia. 2009.
- NIDA. Principio de Tratamiento para la Drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. 2ª edición en español, 2010
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.) 2000; Washington. Centre for Addiction and Mental Health, Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002, Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o amenazados. Noviembre de 2010.
- irefrea@irefrea.org. European Institute of Studies on Drug Prevention.
- Cote, M; Uribe, M; Prieto, E. Validación para Colombia de la escala CRAFFT. para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Rev. salud pública. 15 (2): 220-232, 2013
- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en internet.
- Bobes, J; Bascaran, M; Carballo, J. Valoración de la gravedad de la adicción (ISA-6) Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid, 2007.
- Arias, Liliana; Herrera, Julian. El APGAR familiar en el cuidado primario de Salud. Colombia Médica 25: 26-28. (Revista Médica Universidad del Valle). 1994.
- De Francisco, Viviana; Ceron, Yolanda. Salud familiar como alternativa de atención integral en las Unidades de Atención Integral y en las Unidades de Atención Primaria. Ver: Colombia Médica, 1995.

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978

LEY 1566 de 2012. República de Colombia” “por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen SPA. Diario oficial No 48.508 de 31 de julio de 2013.

Flórez, L. Saber vivir, saber beber. Grupo de estilo de vida y desarrollo humano. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en internet. 2008.

Hospital Centro Oriente. Secretaria Distrital de Salud. Unidad de Análisis territorial Poblacional. Territorio Social. Santafé la Candelaria. Barreras de Acceso. www.esecentrooriente.gov.co.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía clínica “Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Serie Min Salud No 53 2007.

OPS, Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49 Consejo Directivo. 61 sesiones del comité regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, 2010). Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones.

Fleming, M; Baier, M. Brief Intervention in Primary Care. Alcohol, research and health. Vol. 23 No. 2 p.p.128-137. 1999. (38)

Miller, W; Rollnick. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Editorial Paidós, 1999.

Becoña, E. Manual para dejar de fumar. Universidad Santiago de Compostela, 2004. www.socidrogalcohol.org

Anexos

Anexo No. 1

Escala Carlos Crafft

Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible; sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

	No	Sí
1. ¿Ha consumido <u>bebidas alcohólicas</u> (más de unos pocos sorbos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha fumado <u>marihuana</u> o probado <u>hachis</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado <u>algún otro tipo</u> de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? <small>El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió con un **NO** las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1

Si respondió con un **SÍ** a **CUALQUIERA** de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6

Parte B (CARLOS)

	No	Sí
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un <u>CARRO</u> o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus <u>AMIGOS</u> o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para <u>RELAJARSE</u> , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en <u>LÍOS</u> o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se le ha <u>OLVIDADO</u> , alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba <u>SOLO</u> o <u>SOLA</u> , sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN
La información incluida en esta página puede estar protegida por normas Federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.
Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
La reproducción CRAFFT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.

Anexo No. 2

Cuestionario Dast

Test DAST-10

Nombre _____
 CC _____
 Fecha de aplicación| _____

<u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u>	No	Si
1. ¿Alguna vez ha utilizado drogas o medicamentos por razones que no sean médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha abusado de más de una droga o medicamento a la vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Es usted capaz de dejar de utilizar drogas cuando así lo desea?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha tenido "pérdidas de conocimiento", "lagunas mentales", desmayos, "ausencias" o "flashbacks" como resultado del uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por utilizar o abusar de las drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Alguna vez su pareja, padres, amigos o profesores se han quejado de su uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Alguna vez el uso o abuso de drogas le ha creado problemas con su familia, pareja, amigos o profesores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Las opciones de respuestas por cada ítem son "Si" y "No".
- Se otorga un puntaje de 1 (uno) cuando la respuesta es "Si" (excepto por la pregunta 3 que se le da un puntaje de 1 a la respuesta "No") y la respuesta "No" recibe un puntaje de 0 (cero).

Anexo No. 2
Cuestionario Dast- Resultados

Interpretación

Puntaje	Grado de problema (por consumo de drogas)	Acción
0	No reporta problemas	Nada en este momento
1 a 2	Nivel bajo	Consejería
3 a 5	Nivel moderado	Indagar más de consumo
6 a 8	Nivel sustancial	Evaluación y diagnóstico
9 a 10	Nivel severo	Evaluación y diagnóstico

Anexo No. 3

Cuestionario Audit (1)

(Alcohol use disorder in detoxification test)

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: AUDIT

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces al mes
- (3) De 2 a 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas tragos se toma por semana en un día consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8, o 9
- (3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

Fase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario.

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario.

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año

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

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año.

Puntuación total aquí _____

Anexo 3. Interpretación Audit

Nivel de Riesgo Intervención Puntuación del AUDIT*

ZONA 1	EDUCACION SOBRE ALCOHOL	0 - 7
ZONA 2	CONSEJO SIMPLE	8-15
ZONA 3	CONSEJO SIMPLE TERAPIA BREVE	16 – 19.
ZONA 4	DERIVACION AL ESPECIALISTA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	20 - 40

* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.

Anexo No. 4

Apgar Familiar (1)

APGAR FAMILIAR

Cuestionario de autoaplicación, diseñado por Gabriel Smilkstein (U de Washington, Seattle) 1978. Explora la percepción de satisfacción que tiene la persona con el funcionamiento familiar en cuanto a adaptación y resolución de problemas, expresiones de afecto, conductas de cooperación, acompañamiento y desarrollo personal. Es sencillo y corto, lo que facilita su uso. No está totalmente validado en el país, pero sí en otros de habla hispana por lo cual se ha usado en varios estudios en el país.

Nombre: _____ Fecha: _____

Función	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Estoy satisfecho con la forma como mi familia me involucra y me permite participar en los planes y decisiones que se toman					
Estoy satisfecho con la manera como mi familia respeta, apoya y estimula mis planes y proyectos personales					
Estoy satisfecho con la manera como en mi familia expresamos las emociones como afecto, rabia, tristeza dolor					
				Puntuación	

0 - 9 Disfunción familiar severa
 10 - 13 Disfunción familiar moderada
 14 - 17 Disfunción familiar leve
 18 - 20 Funcionamiento familiar adecuado

Me satisface el apoyo que recibo de mis amigos/as
 Cuenta con amigos/as cercanos a quien acudir cuando necesito ayuda

PUNTAJE	RESULTADO
0 -9	Disfunción familiar severa.
10-13	Disfunción familiar moderada.
14-17	Disfunción familiar leve.
18-20	Funcionamiento familiar adecuado



www.minsalud.gov.co - www.unodc.org/colombia