

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO

para profesionales de la salud



OEA | CICAD



CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO

INFORMACIÓN ISBN CATALOGACIÓN OEA

AVISO

Público objetivo: equipos multidisciplinares de profesionales, de los Servicios de Atención Primaria de los Sistemas Nacionales de Salud.

El presente material se presenta como una referencia para los profesionales de la salud que cumplan con la normatividad y regulación que les permita ejercer como tal. La información contenida en este documento debería aplicarse en el contexto clínico correspondiente, siempre con la intención de obtener el mayor nivel de calidad en el desempeño.

El texto y las imágenes o bien son de elaboración propia, del dominio público o siempre se hace referencia a la fuente original de la que provienen. No se puede obtener ninguna remuneración con la venta de la información y el material contenido en este manual.

Los datos e información contenidos en el manual no necesariamente reflejan ni la visión ni la posición de las instituciones involucradas.

Ni los autores, ni los revisores, ni las instituciones involucradas son responsables del uso que los profesionales hagan de la información contenida en este manual.

Autoría:

José Luis Vázquez Martínez, Especialista en Reducción de la Demanda, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA)

Silvia Morales Chainé, Coordinación de Servicios Clínicos, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Violeta Félix Romero, Coordinación Académica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Esta publicación se pudo desarrollar gracias al apoyo financiero de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL), del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
SECCIÓN 1: BASES TEÓRICAS	1
DEFINICIONES Y CONCEPTOS	1
NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES	1
FUNDAMENTOS DE NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA	1
NEURONAS	1
POTENCIAL DE ACCIÓN	2
NEUROTRANSMISIÓN	5
RECEPTORES	6
EFFECTOS DE LAS DROGAS	1
CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	2
CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA	2
ALUCINÓGENOS	2
CANNABINOIDES	2
DEPRESORES	2
ESTIMULANTES	2
OPIOIDES	2
MEZCLAS	3
ALCOHOL	4
CANNABIS	5
COCAÍNA	7
HEROÍNA	8
INHALABLES	10
TABACO	12
EFFECTOS ADICTIVOS	14
MECANISMOS FISIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA DEPENDENCIA DE DROGAS	14
ESTUDIOS CONDUCTUALES EN MODELOS ANIMALES	14
NEUROTRANSMISORES.	15
SEGUNDOS Y TERCEROS MENSAJEROS	17
EL CIRCUITO DE LA RECOMPENSA	18
MODELOS Y TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS	1
MODELO JURÍDICO	3
MODELO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO	3
MODELO MÉDICO TRADICIONAL	4
MODELO DE REDUCCIÓN DEL DAÑO	4
MODELO DE LA PRIVACIÓN SOCIAL	4
MODELO DE LOS FACTORES SOCIOESTRUCTURALES	4
MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	5
MODELO PSICOLÓGICO INDIVIDUALISTA	5

MODELO SOCIO-ECOLÓGICO	5
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)	7
GENÉTICA Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	1
CIE-10	1
<i>F1x.1 Uso Nocivo o Consumo Perjudicial</i>	2
<i>F1x.2 Síndrome de Dependencia</i>	3
<i>F1x.3 Síndrome de Abstinencia</i>	7
<i>F1x.4 Síndrome de Abstinencia con Delirium</i>	9
DSM-5	10
<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>	10
COMORBILIDAD	1
CONSUMO DE DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES	1
ANSIEDAD	3
DEPRESIÓN	4
ESQUIZOFRENIA	5
SUICIDIO	6
CONSUMO DE DROGAS Y ENFERMEDADES ORGÁNICAS	7
ARRITMIAS CARDIACAS	7
CÁNCER	8
DIABETES	9
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	10
HIPERTENSIÓN	11
LESIÓN RENAL AGUDA	12
PATOLOGÍA DIGESTIVA	12
CONSUMO DE DROGAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS	13
HEPATITIS C	13
TUBERCULOSIS	13
VIH/SIDA	14
CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO	15
SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL (SAF)	16
CONSUMO DE INHALABLES DURANTE EL EMBARAZO	17
CONSUMO DE CANNABIS DURANTE EL EMBARAZO	17
<u>SECCIÓN 2: BASES PARA LA PRÁCTICA E INTERVENCIÓN</u>	18
IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA	19
REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS	22
EL CONTINUO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN	23
IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA	24
CRITERIOS DE CALIDAD PARA CENTROS DE TRATAMIENTO	25
RECOMENDACIONES GENERALES	27
CRITERIOS INDISPENSABLES PARA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO	28

MODIFICAR EL CONSUMO DE DROGAS ¿CÓMO SE PRODUCE EL CAMBIO?	31
MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR	32
AUTO-EFICACIA	33
MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO	34
NIVELES DEL CAMBIO	34
ESTADIOS O ETAPAS DEL CAMBIO	38
PROCESOS DEL CAMBIO	60
INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA FAVORECER EL CAMBIO	96
ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA FAVORECER EL CAMBIO	116
DETECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES	122
INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN Y TAMIZAJE	123
REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA (DERIVACIÓN/CANALIZACIÓN)	133
INTERVENCIÓN BREVE VINCULADA A LA PRUEBA ASSIST	135
DETECCIÓN Y TAMIZAJE EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	171
INTERVENCIÓN BREVE	176
CARACTERÍSTICAS GENERALES	176
TRATAMIENTO	195
ASPECTOS GENERALES	195
GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP	200
AGENTES FARMACOLÓGICOS PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS	236
ACAMPROSATO	236
BUPROPION	236
DISULFIRAM	237
METADONA	238
NALMEFENO	239
NALOXONA	239
NALTREXONA	240
NICOTINA	241
TOPIRAMATO	242
VARENICLINA	242
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES AVANZADAS	243
PRINCIPIOS RECTORES DE LAS RECOMENDACIONES OMS PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS TRASTORNOS ASOCIADOS EN MUJERES EMBARAZADAS	247
SECCIÓN 3: ANEXOS	248
CASOS CLÍNICOS	249
INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE	251
CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD)	251
RECURSOS ADICIONALES EN INTERNET	253
SITIOS DE INTERÉS	253
REVISTAS CIENTÍFICAS DE ACCESO LIBRE	254

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es un fenómeno complejo y dinámico, asociado a múltiples determinantes y que tiene implicaciones en diversos ámbitos de la vida de las personas como salud, bienestar, economía, seguridad, etc.

Existen múltiples drogas, en diferentes presentaciones, que por sus características farmacológicas generan distintas reacciones en quienes las consumen. A pesar de esta gran diversidad, uno de los elementos que todas tienen en común es que producen una sobre estimulación artificial de las estructuras y circuitos cerebrales involucrados en la experimentación e integración de sensaciones y vivencias placenteras. Esto puede favorecer, en diferentes grados de intensidad, el desarrollo de problemas y consecuencias negativas en las personas que consumen, así como también en quienes están a su alrededor.

Hoy en día, a nivel mundial, los trastornos por consumo de drogas tienen un enorme impacto en la salud pública debido a que causan la pérdida de muchos años de vida saludable por enfermedades, discapacidad y muertes prematuras, especialmente en población joven en etapas económicamente activas de su vida. Este acumulado de años de vida saludable perdidos representa una pesada Carga Global de la Enfermedad o *Global Burden of Disease (GBD)*. Además, una gran parte de las personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, no la reciben. Lamentablemente, en muchos casos, aunque existen intervenciones disponibles, a menudo éstas no se basan en pruebas o evidencia científica, ni son de alta calidad.

Al mismo tiempo, existe una idea popular pero errónea, con respecto a que todas las intervenciones de salud mental son sofisticadas y que solamente pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado. En contraste, investigaciones recientes han demostrado la factibilidad de ofrecer atención en todos los niveles de atención sanitaria, con especial énfasis en la detección temprana e intervención breve a nivel de atención primaria.

Por otro lado, también se ha demostrado que todavía existe una brecha significativa entre la visión de salud pública y los servicios para la atención de los problemas por consumo de drogas.

Todos estos elementos ponen de manifiesto la necesidad de continuar trabajando, de manera intensa y con el apoyo y compromiso de nuestras instituciones, en el desarrollo e implementación de políticas públicas que favorezcan los mayores niveles de salud y bienestar de la población.

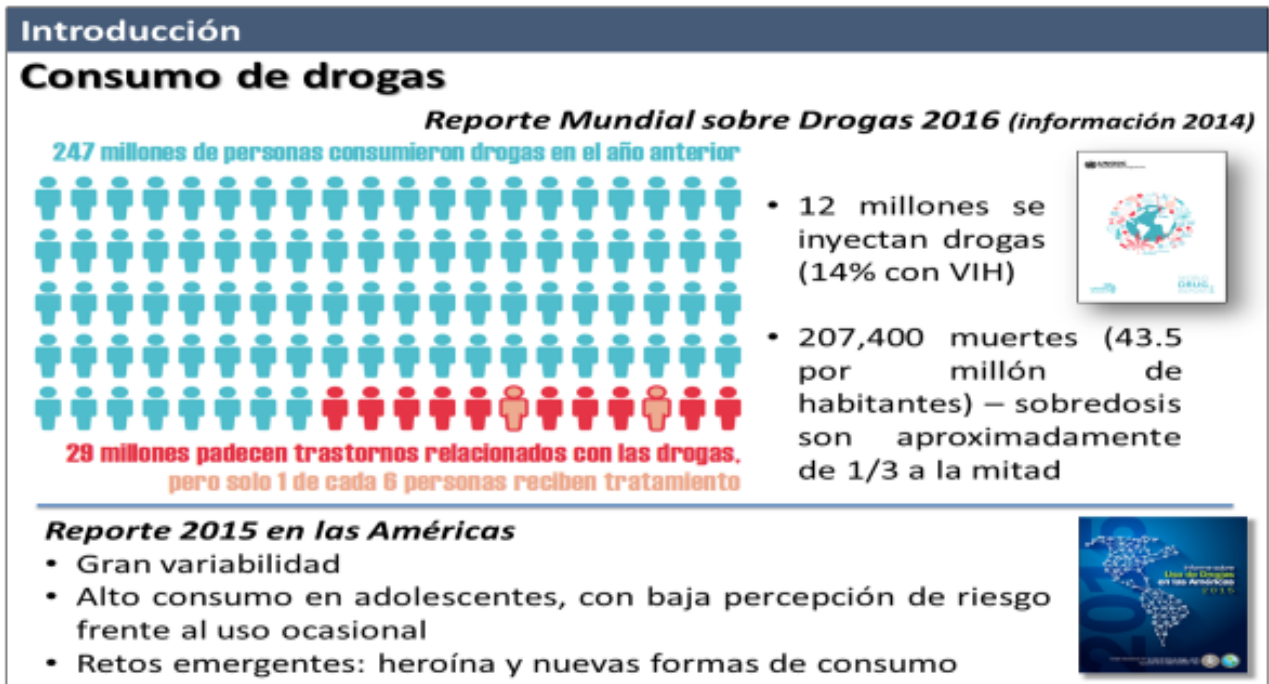
Este manual tiene la intención de ser una herramienta clave de capacitación para el proceso de fortalecimiento de la respuesta integral y profesional ante el fenómeno del consumo de drogas y sus consecuencias.

El consumo de drogas está presente a nivel mundial, como un fenómeno complejo y dinámico, asociado a muchos factores causales y que tiene implicaciones en diversos ámbitos de la vida de las personas como el bienestar, la economía, la seguridad y, por supuesto, la salud, entre otros.

De acuerdo con el Reporte Mundial sobre Drogas 2016, en el año 2014 se registró que 247 millones de personas consumieron drogas como cannabis, cocaína, etc., en el año anterior a cuando fueron encuestados. De ese grupo de personas, 29 millones presentan trastornos por consumo de drogas, pero pocos reciben el tratamiento que requieren. Además de los trastornos como la dependencia, el consumo de drogas se asocia con otras problemáticas como la transmisión de infecciones (por ejemplo, VIH y hepatitis) y las sobredosis.

En los países de América, existen grandes variaciones y destaca el alto consumo en adolescentes con baja percepción del riesgo. Además, se presentan retos importantes como los incrementos en consumo de opiáceos (en particular heroína) y nuevas formas de consumo de drogas que se han consumido desde hace varios años.

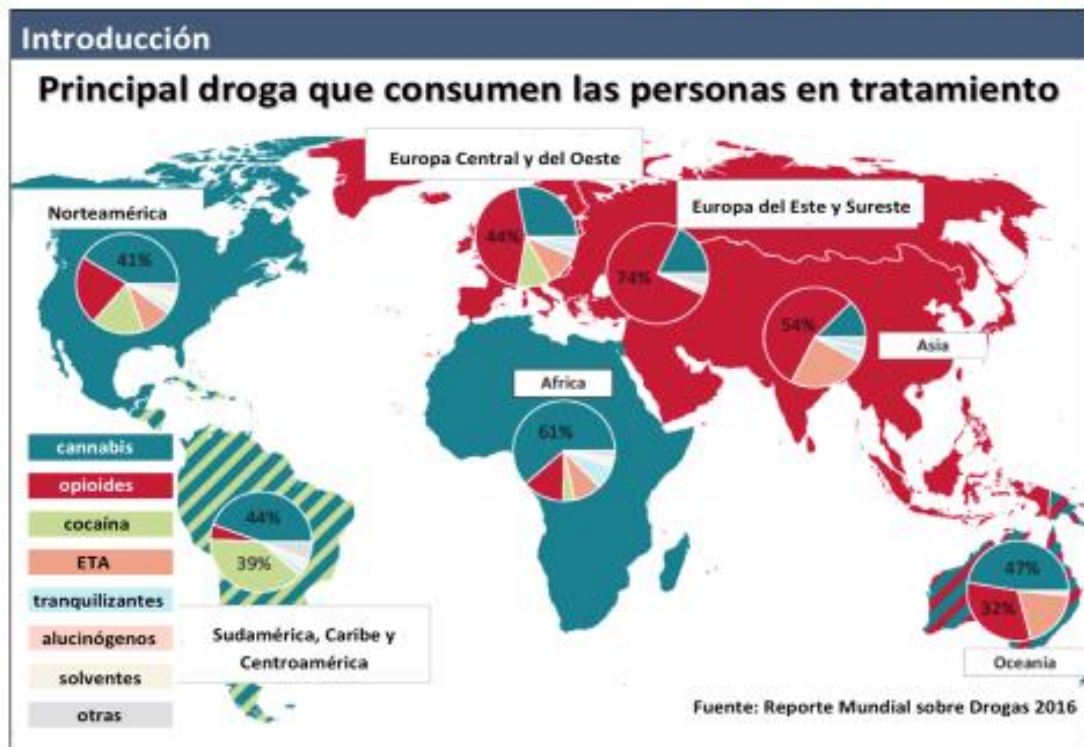
CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO



También el Reporte Mundial sobre Drogas 2016 señala que, en las diferentes regiones del mundo, la población que recibe tratamiento tiene distintos patrones de consumo. En la diapositiva podemos observar el mapa con las principales drogas de consumo y un resumen general de las variaciones que existen al interior de cada región. Al igual que en la población general, la población en tratamiento por consumo de drogas presenta grandes variaciones que obedecen a las condiciones y características del contexto.

Es importante entender entonces que en el panorama mundial están presentes tanto el consumo de drogas, como la necesidad aún insatisfecha de atender a las diversas poblaciones con problemas por consumo de drogas. Para favorecer los mejores niveles de salud y bienestar en las personas, analizaremos el fenómeno del consumo de drogas y sus características, así como las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo para atender sus consecuencias individuales, familiares, comunitarias y poblacionales.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO



SECCIÓN 1: BASES TEÓRICAS

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Aclaramiento¹. Volumen de plasma del que es eliminado el fármaco totalmente, por unidad de tiempo. Convencionalmente se expresa como **Cl**, por las siglas del término en inglés **clearance**. Se mide en ml/min.

Adulterante². Sustancia que se agrega a un producto sin mencionarla como ingrediente o sustancia que se introduce por accidente durante el proceso de elaboración. Los adulterantes pueden estar en los alimentos, los medicamentos y otros productos. Un adulterante puede hacer que un producto sea peligroso, hacer más barata su elaboración o no funcionar como debiera.

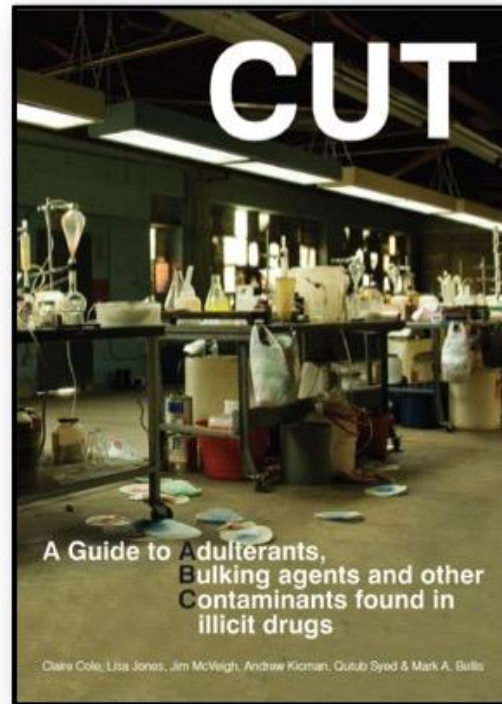
¹ Pereiro, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

² Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=686042>

Definiciones y conceptos

ADULTERANTE

- Sustancia que:
 - se agrega a un producto sin mencionarla como ingrediente
 - se introduce en un producto por accidente durante el proceso de elaboración
- Pueden hacer que un **producto** sea **peligroso**, sea **más barata su elaboración** o que **no funcione** como debiera



Fuente: Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=686042>

Biodisponibilidad³. Porcentaje de la dosis administrada disponible para realizar el efecto farmacológico.

Consentimiento informado⁴. Es el acuerdo por escrito, mediante el cual el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en el tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin imposición alguna.

Droga. La referencia más clásica de este concepto la encontramos en la publicación que Kramer y Cameron (1975), compilaron para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵: *Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste. Es un concepto intencionadamente amplio, pues abarca no sólo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos sino también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.*

³ Pereiro, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

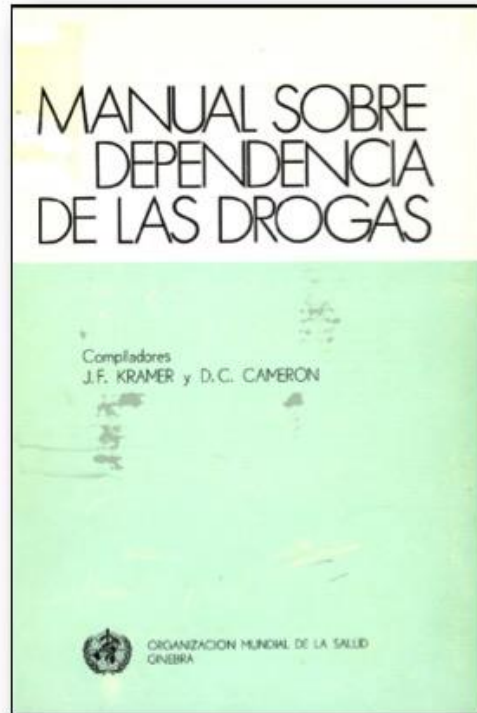
⁴ CONADIC/CENADIC. (2014). *Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones*. D.F., México: Secretaría de Salud de México, Comisión Nacional contra las Adicciones.

⁵ Kramer, J. L., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Definiciones y conceptos

DROGA

Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste. Es un concepto intencionadamente amplio, pues abarca no sólo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos sino también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.



Fuente: Kramer JL, Cameron DC. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Organización Mundial de la Salud: Ginebra

Neurotransmisor⁶. Sustancia producida por una célula nerviosa capaz de alterar el funcionamiento de otra célula de manera breve o durable, por medio de la ocupación de receptores específicos y por la activación de mecanismos iónicos y/o metabólicos.

Tratamiento⁷. Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

Vías de administración⁸. Se refiere a las rutas o formas de acceso al organismo para que las drogas produzcan sus efectos.

Tanto la vía por la que se administra la droga como el tiempo que tarda el cuerpo en eliminarla son algunas de las variables que determinan los efectos que se producen al consumir, así como con qué intensidad se presentan y cuánto tiempo duran. Hay otros elementos, como los adulterantes y contaminantes, que también pueden modificar esto.

⁶ Brailowski, S. (2002). *Las sustancias de los sueños, colección La Ciencia para Todos*. D.F., México: Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica.

⁷ Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia - WHO Expert Committee on Drug Dependence. (1998). Thirtieth Report. Geneva: World Health Organization

⁸ Guisa, V. M., Díaz-Barriga, L., Sánchez, R., & Souza, M. (2006). *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. D.F., México: Centros de Integración Juvenil.


Definiciones y conceptos

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Se refiere a las rutas o formas de acceso al organismo para que las drogas produzcan sus efectos

Relevantes para el consumo de drogas:

- Oral
- Sublingual
- Inhalada
- Esnifada
- Fumada
- Intravenosa
- Intramuscular
- Subcutánea
- Rectal

 U.S. Food and Drug Administration Protecting and Promoting Your Health	
NAME	DEFINITION
AURICULAR (OTIC)	Administration to or by way of the ear.
BUCCAL	Administration directed toward the cheek, generally from within the mouth.
CONJUNCTIVAL	Administration to the conjunctiva, the delicate membrane that lines the eyelids and covers the exposed surface of the eyeball.
CUTANEOUS	Administration to the skin.
DENTAL	Administration to a tooth or teeth.
ELECTRO-OSMOSIS	Administration of through the diffusion of substance through a membrane in an electric field.
ENDOCERVICAL	Administration within the canal of the cervix uteri. Synonymous with the term intracervical.
ENDOSINUSIAL	Administration within the nasal sinuses of the head.
ENDOTRACHEAL	Administration directly into the trachea.
ENTERAL	Administration directly into the intestines.
EPIDURAL	Administration upon or over the dura mater.

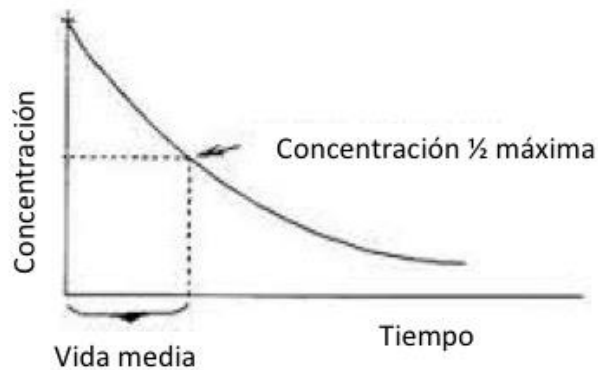
Algunos ejemplos de la larga lista de vías de administración que reconoce la FDA. La lista completa está disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/FormsSubmissionRequirements/ElectronicSubmissions/DataStandardsManualmonographs/ucm071667.htm>

Fuente: Guisa VM, Díaz-Barriga L, Sánchez R, Souza M. (2006). Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Centros de Integración Juvenil: México DF

Vida media de eliminación⁹. Tiempo en el que la concentración plasmática del fármaco se reduce a la mitad. Convencionalmente, se expresa o abrevia como $t_{1/2}$, y habitualmente se reporta o mide en horas.

⁹ Pereiro, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

Definiciones y conceptos



VIDA MEDIA DE ELIMINACIÓN

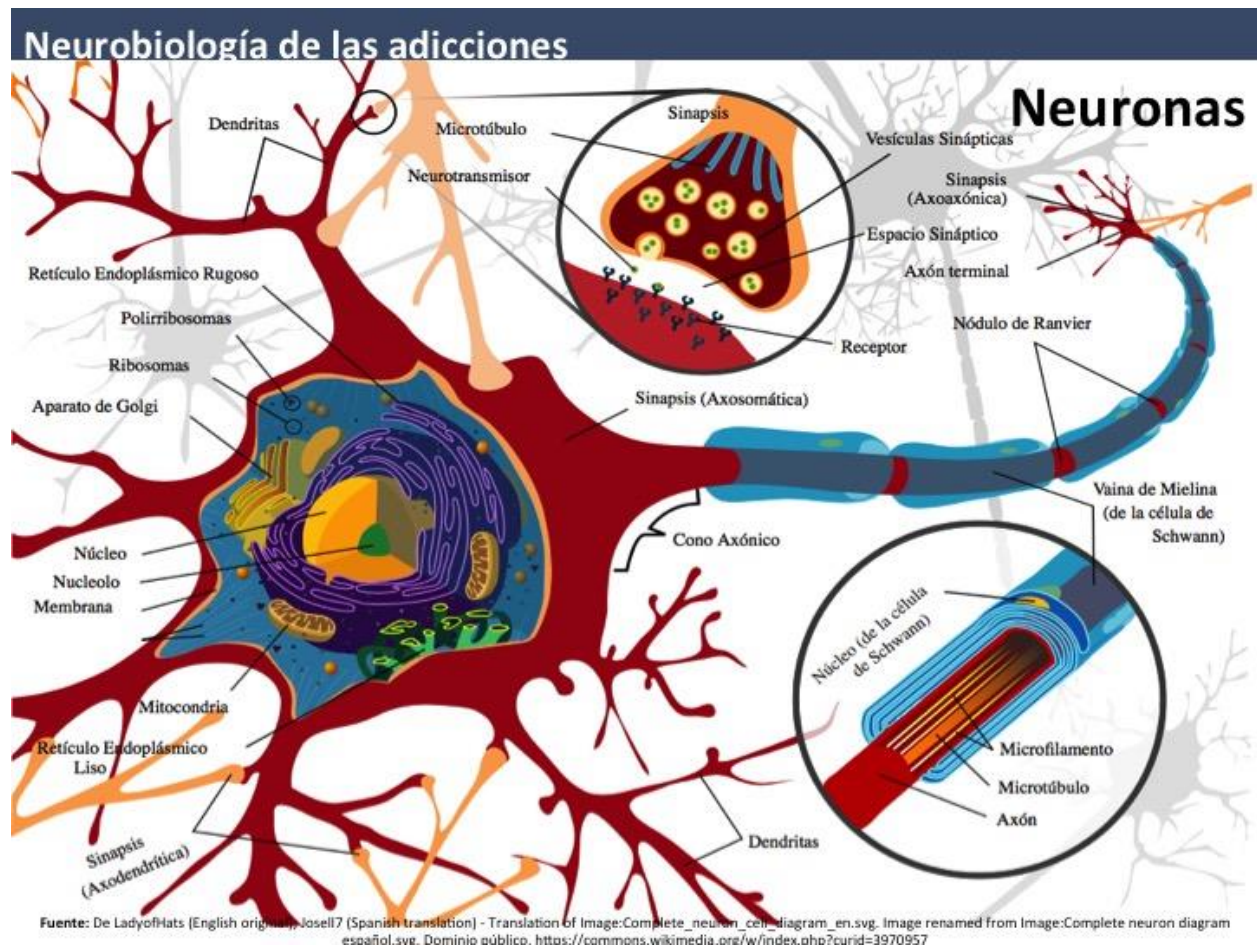
Tiempo en el que se reduce a la mitad la concentración plasmática del fármaco. Convencionalmente, se expresa o abrevia como $t_{1/2}$, y habitualmente se mide y reporta en horas.

Fuente: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

FUNDAMENTOS DE NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA

Neuronas. Son las células funcionales que componen el Sistema Nervioso y puede decirse que *son las células de la mente*¹⁰. Se especializan en detectar los cambios en el medio ambiente y responder ante ellos, y también coordinan las funciones propias del organismo. A grandes rasgos, su estructura consta de un cuerpo o *soma* y prolongaciones de dos tipos: dendritas y axón o cilindroeje. Para entender la importancia de estas estructuras, basta recordar que los nervios del cuerpo están formados por grandes grupos de muchos axones. A través de sus prolongaciones las neuronas se comunican entre sí. Las zonas donde sucede esa comunicación son las sinapsis.



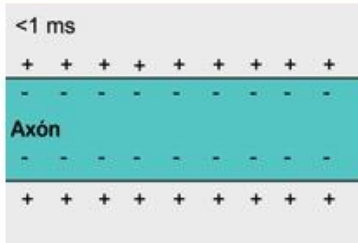
¹⁰ Tapia, R. (1987). *Las células de la mente; colección La Ciencia para Todos*. D.F., México: Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

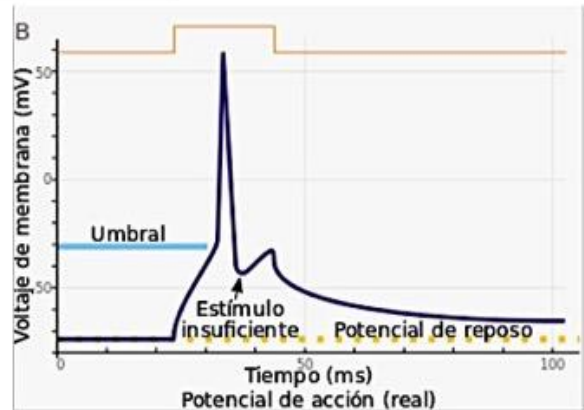
Potencial de acción¹¹. Las neuronas conocen y manejan un lenguaje eléctrico, basado en las cargas de los iones y moléculas que se encuentran dentro y fuera de la membrana celular. Cuando una neurona está *callada* o en *silencio*, el ambiente eléctrico en su interior tiene más cargas negativas que el del exterior. Esto cambia abruptamente cuando la neurona se comunica con otras. Una sola neurona puede comunicarse con muchas otras al mismo tiempo y es capaz de *entender* el mensaje final al integrar los múltiples mensajes eléctricos recibidos. Esto sucede debido a que las neuronas decodifican los cambios en la distribución de las cargas eléctricas en su interior porque su membrana se hizo más o menos permeable a ciertos iones. Cuando la neurona detecta cargas eléctricas más positivas, se genera una onda de información eléctrica (llamada potencial de acción) que se propaga rápidamente y en todas direcciones al interior de la célula, así como también a través del axón. Si este potencial de acción lleva su mensaje eléctrico hasta un axón de sinapsis eléctrica, la corriente pasa directamente a la neurona post-sináptica; pero si se trata de una sinapsis química, el cambio en la carga eléctrica abre unos poros en la membrana de la neurona por los cuales entra el ion calcio. Esta mayor concentración de calcio al interior de la neurona pre-sináptica, desencadena el inicio de la neurotransmisión.

Neurobiología de las adicciones

Potencial de acción



A) Vista esquemática de un potencial de acción ideal, mostrando sus distintas fases.



B) Registro real de un potencial de acción, normalmente deformado, comparado con el esquema debido a las técnicas electrofisiológicas utilizadas en la medición.

Fuente: Memenen - http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Potencial_accion.png, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=27121833> ; licencia Creative Commons

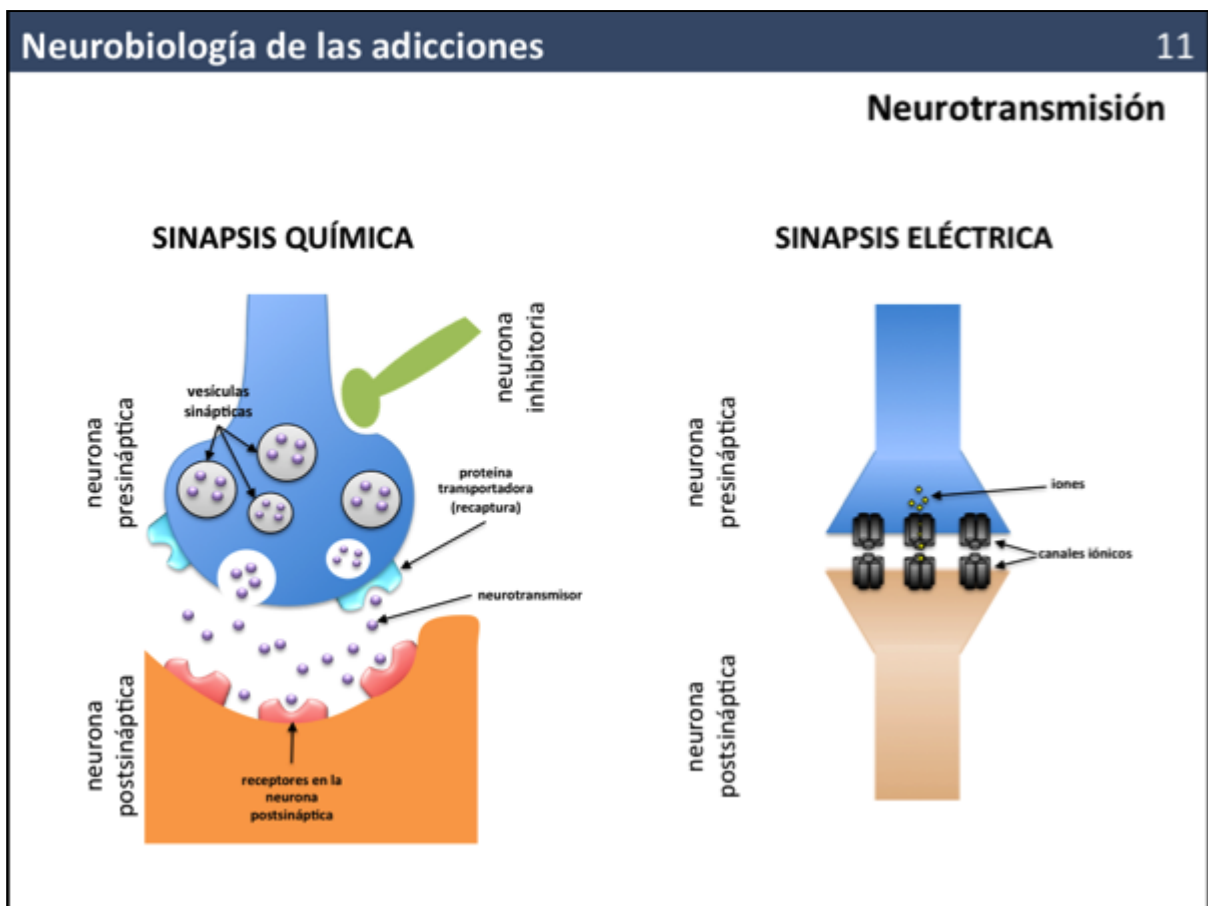
¹¹ Pasantes, H. (1997). *De neuronas, emociones y motivaciones; colección La Ciencia para Todos*. D.F., México: Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

En la realidad, una sola neurona puede estar conectada con muchas otras y es necesario que se comuniquen entre ellas; eso se logra a través de múltiples sinapsis, pero a manera de ejemplo describiremos un modelo simplificado de la comunicación entre dos neuronas:

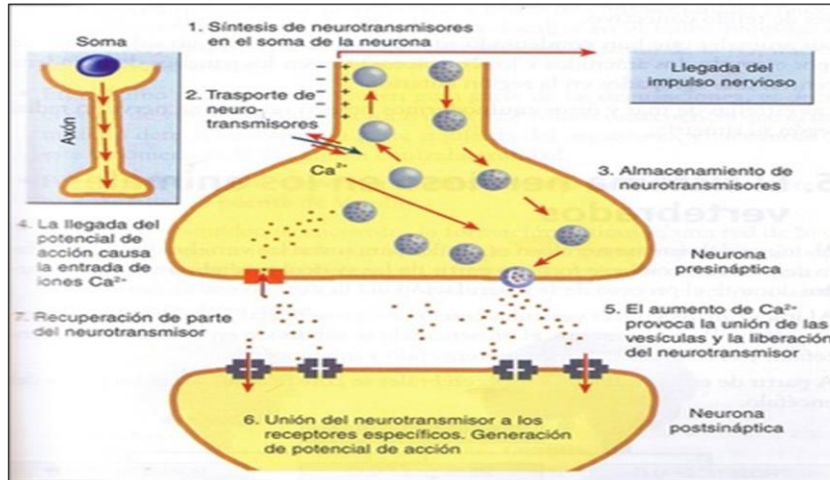
Las sinapsis más comunes son las químicas, aunque también existen sinapsis eléctricas. De manera característica se observan tres elementos comunes: la neurona pre-sináptica, la hendidura o espacio sináptico y la neurona post-sináptica. Se utilizan estos nombres para hacer referencia al flujo que sigue la información que viaja entre las células. En este ejemplo, el mensaje se transmite desde la neurona pre-sináptica hacia la neurona post-sináptica. Para llevar a cabo este proceso, entran en juego otros elementos de las neuronas.

En las sinapsis químicas, al final del axón pre-sináptico encontramos vesículas o reservorios con las moléculas que llevarán las señales hasta los receptores de la membrana de la neurona post-sináptica. En el esquema también podemos observar las proteínas transportadoras (también llamadas bombas de recaptura) y las neuronas inhibitorias, de las que hablaremos posteriormente.



Neurobiología de las adicciones

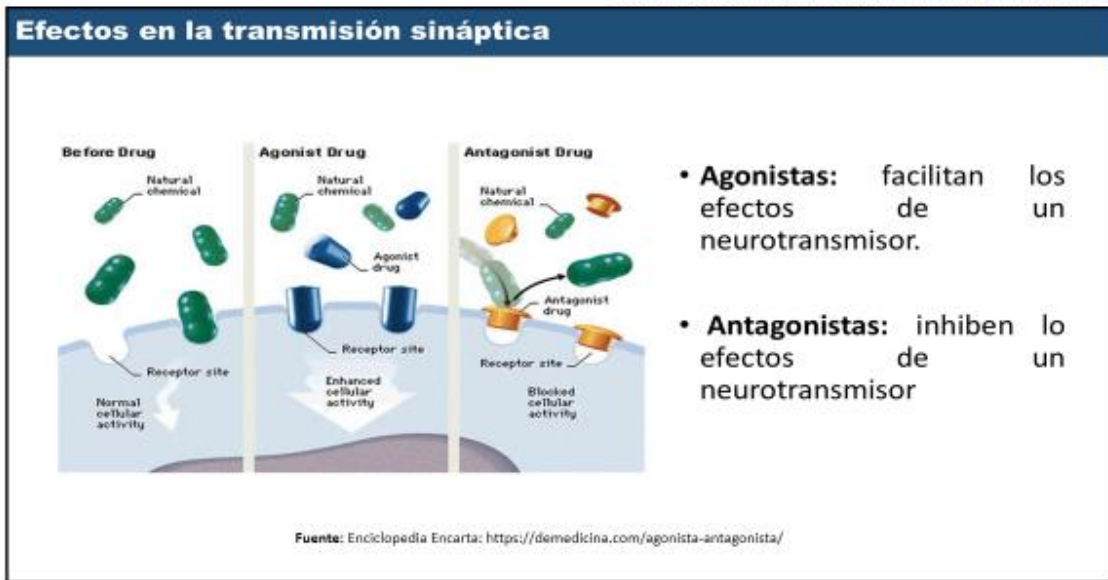
Neurotransmisión



Fuente: Carlson, N. (2006). Fisiología de la conducta. 8ta. Edición, España.

Como todas las células, las neuronas cuentan con una membrana celular que las delimita del medio ambiente. Gracias a esta separación, al interior de la neurona hay una mayor concentración de iones potasio (K^+) y proteínas, mientras que fuera existen altas concentraciones de sodio y cloro.

Los mensajeros químicos para tener efecto se unen al receptor. La capacidad que tienen para unirse a un receptor se le conoce como afinidad; mientras que la capacidad de generar efectos fisiológicos se le conoce como eficacia. Las sustancias agonistas presentan una alta afinidad y una alta eficacia. Por su parte, las sustancias antagonistas poseen una alta afinidad y una baja eficacia.

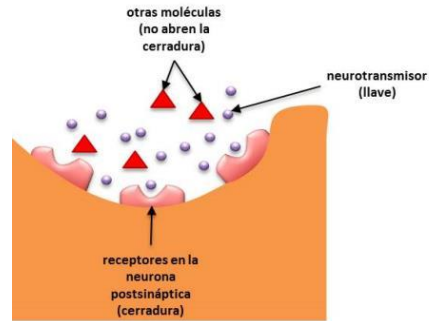


Neurotransmisión. La comunicación entre las neuronas es sumamente eficiente. Pueden vincularse entre sí o con otro tipo de células a través de mecanismos químicos o físicos y pocas veces lo hacen a través de uniones físicas directas (llamadas *gap junctions*). En general, la forma más abundante de hacerlo es a través de contactos químicos indirectos (sinapsis químicas) y es ahí donde sucede la neurotransmisión¹². Durante este proceso, los potenciales de acción permiten que señales y mensajes se propaguen entre las neuronas y las redes que éstas componen¹³. Cuando los neurotransmisores se liberan en la hendidura sináptica, éstos interactúan con receptores específicos, lo que desencadena cambios dentro de la neurona post-sináptica. Por su afinidad y especificidad, la unión de las moléculas neurotransmisoras con sus receptores se ha comparado con la forma en la que funcionan la llave y cerradura de algún candado o una puerta. Por su configuración tridimensional y características químicas, las moléculas neurotransmisoras son reconocidas por receptores específicos.

¹² López-Mato, A. (2011). Neurotransmisión. En: N. E. Vallejo. (Ed.), *Aspectos Toxicológicos de la Drogadependencia* (pp. 21 – 39). Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

¹³ OPS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*; Capítulo 2: Mecanismos Cerebrales: Neurobiología y Neuroanatomía. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)



Analogía entre neurotransmisor y receptor con el mecanismo de llave-cerradura

El neurotransmisor es liberado al espacio sináptico a través del proceso de exocitosis, que comprende los siguientes pasos: 1. docking; 2. priming; 3. fusión vesicular/exocitosis; 4. endocitosis mediada por receptosomas y clatrina; 5. translocación intracelular; 6. fusión endosomal; 7. gemación con *budding* de nuevas vesículas; 8. almacenamiento activo del neurotransmisor; y 9. traslocación citoplasmática para reiniciar el ciclo¹⁴. El complejo molecular que se forma con la unión del neurotransmisor y su receptor dura poco tiempo activo. Se conocen dos maneras en las que se puede terminar la acción del neurotransmisor: recaptura y degradación. En la recaptura, la neurona pre-sináptica utiliza proteínas de membrana (las bombas de recaptura o transportadores) que colectan el neurotransmisor liberado y lo vuelven a introducir en las vesículas dentro de la neurona pre-sináptica, para que en el futuro se pueda volver a utilizar. En la degradación, hay enzimas específicas que con su acción inactivan al neurotransmisor y lo convierten en un compuesto diferente.

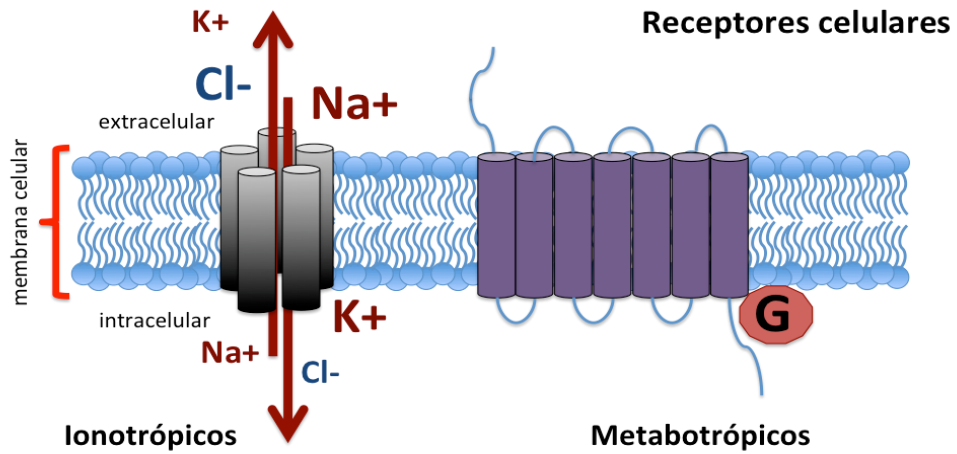
Las neuronas pre-sinápticas envían mensajes que pueden estimular o inhibir a la neurona post-sináptica, todo depende del neurotransmisor liberado y de las funciones de las neuronas en cuestión. En la realidad, el resultado final se produce por la suma de los múltiples estímulos recibidos.

Receptores¹⁵. Las neuronas cuentan con estructuras proteicas especializadas, que por su interacción específica con otras sustancias químicas, sirven para el proceso de comunicación celular. Las sustancias que se unen a los receptores son conocidas como *ligandos*. Para fines de la comunicación neuronal, hablaremos de dos grandes grupos de receptores: 1) *Ionotrópicos* – cuando su ligando los activa, se modifica la estructura y configuración tridimensional de las proteínas que los conforman, lo que favorece el paso de iones ya sean de carga eléctrica negativa (cloruro) o positiva (calcio, potasio y sodio). También se conocen como canales iónicos; y 2) *Metabotrópicos* – están formados por cadenas largas de aminoácidos que atraviesan siete veces la membrana celular. La interacción con su ligando hace que se activen o inhiban proteínas específicas (proteínas G) que están acopladas a la membrana y que se involucran en la producción de otras moléculas como el AMPc.

¹⁴ López-Mato, A. (2011). Neurotransmisión. En: N. E. Vallejo. (Ed.), *Aspectos Toxicológicos de la Drogadependencia* (pp. 21 – 39). Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

¹⁵ Cruz, S. (2014). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. D.F., México: TRILLAS

Neurobiología de las adicciones



☞ Activación por ligando modifica su estructura y configuración tridimensional

☞ También se conocen como canales iónicos

☞ Formados por cadenas de aminoácidos que atraviesan la membrana celular

☞ La interacción con ligando hace que se activen o inhiban proteínas específicas (proteínas G y otras)

Fuente: Cruz S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas; 2ª ed. México, DF.

EFFECTOS DE LAS DROGAS

A nivel mundial, el consumo de alcohol y otras drogas tiene un gran impacto en mortalidad, morbilidad y discapacidad, lo que provoca la pérdida de muchos años de vida saludable en millones de personas, particularmente en la población joven¹⁶. Para entender cómo es que el consumo de drogas puede producir trastornos en la salud, debemos conocer cuáles son los mecanismos que producen sus efectos, los cuales dependen de sus propiedades químicas. Hay una gran cantidad de información disponible acerca de los efectos en el sistema nervioso, pero debemos tener siempre en cuenta que el consumo de drogas puede alterar el funcionamiento de múltiples órganos y sistemas.

Las sustancias adictivas tienen un doble efecto en el organismo. El primero se relaciona con el tipo de sustancia química activa, estimulando o inhibiendo el sistema nervioso central (efecto farmacológico) y el segundo corresponde al efecto adictivo, el cual se encuentra mediado por la dopamina.



EFFECTOS DE LAS DROGAS

¹⁶ Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Ershine, H. E., Charlson, E. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, Ch. J. L. & Vos, T. (2010). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorder. The Lancet. Publicado el 29 de agosto de 2013. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61611-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61611-6.pdf)

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen diversas maneras de clasificar las drogas, dependiendo del aspecto en el que nos enfoquemos. Por ejemplo, podemos agruparlas por su origen, su estructura química, los efectos que producen al consumirlas, su condición legal, etc.

CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA¹⁷

Desde esta perspectiva, las sustancias pueden agruparse de acuerdo a sus principales efectos en el sistema nervioso central (SNC), en las siguientes categorías:

Alucinógenos. En general, sus efectos se presentan con dosis muy pequeñas y se caracterizan por producir distorsiones en la percepción, tanto sensoriales (alucinaciones, ilusiones, sinestesias, etc.) como en la ubicación en espacio y tiempo. Pueden producir cambios repentinos en el estado de ánimo, sus efectos varían de acuerdo al entorno y contexto en el que se consumen. A largo plazo se presentan episodios donde se reviven los efectos de la droga, aun cuando la sustancia ya se haya eliminado del organismo. Esta categoría tiene dos grandes subdivisiones: 1) la que comprende al LSD y los compuestos químicamente relacionados con esa sustancia, tales como psilocibina y mescalina; y 2) la de los anestésicos disociativos como la fenciclidina o PCP (polvo de ángel) y la ketamina.

Cannabinoides. Producen euforia, relajación, enlentecimiento del tiempo de reacción ante los estímulos, aumento de la frecuencia cardiaca y del apetito; pueden producir distorsiones en la percepción e incluso inducir ataques de pánico. En este grupo están compuestos naturales, sintéticos y semisintéticos, derivados de las variedades de las plantas de Cannabis. Se incluyen marihuana, hashish, y cannabinoides sintéticos, entre otros.

Depresores. Con su consumo, inicialmente se percibe una sensación de estimulación (interpretada como desinhibición), que es seguida de depresión del SNC de mayor duración. Se presenta falta de coordinación motora, disartria, alteraciones del equilibrio. Ejemplos de este tipo de drogas son: alcohol, anestésicos, benzodiacepinas, barbitúricos, gamma hidroxí butirato (GHB), inhalables y sedantes.

Estimulantes. Su consumo produce incremento del estado de alerta y aumento de energía. Las personas perciben mejoría de su estado de ánimo, disminución del apetito, cansancio y la necesidad de dormir.

Opioides. Producen analgesia, miosis (que puede ser extrema “pupilas en punta de alfiler”), disminución o supresión del reflejo tusígeno, estreñimiento, sensación de relajación sin falta de coordinación psicomotriz y euforia. En este grupo se incluyen los derivados del opio, así como compuestos naturales, sintéticos y semisintéticos con propiedades similares a la morfina, como es el caso de la heroína. Estas sustancias se caracterizan por una gran capacidad para inducir dependencia física y tolerancia a algunos de sus efectos.

¹⁷ Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas. México, D.F.: Trillas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Mezclas. En la realidad actual existen múltiples combinaciones de dos o más drogas, las cuales pueden mezclarse deliberadamente para consumirlas y experimentar una variedad de efectos, que generalmente no se perciben cuando se consumen las sustancias mezcladas por separado. A este efecto se le conoce como sinergia. Un ejemplo muy conocido es la combinación de cocaína y morfina, que coloquialmente se le da el nombre *callejero* de *speedball*.

También es importante considerar las mezclas que se producen de manera no necesariamente intencionada, como cuando las personas que beben alcohol consumen cocaína. La mezcla de estas drogas produce un tercer compuesto, llamado cocaetileno. Se cuenta con registros documentales que muestran que la mezcla de alcohol y cocaína es frecuente¹⁸.

Clasificación farmacológica

CATEGORÍA	EFECTOS CLAVE	ALGUNOS EJEMPLOS		
Alucinógenos (dos sub-divisiones)	<ul style="list-style-type: none"> • distorsiones de la percepción • cambios súbitos de ánimo • fenómeno de flashback • efectos dependiendo del contexto de consumo 	Psicodélicos	Anestésicos disociativos	
		LSD, psilocibina y compuestos similares	ketamina, fenciclidina	
Cannabinoides	<ul style="list-style-type: none"> • euforia • relajación • taquicardia • posibles distorsiones de percepción e inducción de ataques de pánico 	mariguana, hashish, y cannabinoides sintéticos, entre otros		
Depresores	<ul style="list-style-type: none"> • sensación inicial de desinhibición • depresión de SNC: disartria, alteraciones motoras y de equilibrio, sedación, etc. 	alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, gamma hidroxibutirato (GHB), inhalables y sedantes		
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • incremento estado de alerta • aumento de energía y estado de ánimo • disminución de apetito • taquicardia e hipertensión 	cocaína, anfetaminas, tabaco, metanfetaminas		
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • analgesia • miosis • estreñimiento • relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • inhibición reflejo tusígeno • depresión centro respiratorio 	derivados del opio, compuestos naturales, sintéticos y semisintéticos similares a la morfina, como la heroína	
Mezclas	<ul style="list-style-type: none"> • múltiples, dependiendo de las sustancias involucradas 	Speedball (cocaína y morfina)		
		dos o más de cualquiera de las drogas, p.ej.: alcohol y cocaína (<i>cocaetileno</i>)		

¹⁸ Flannery, B., Morgenstern, J., McKay, J., Wechsberg, W., & Litten, R. (2004). Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28, 976 – 81.

ALCOHOL

La palabra alcohol es de origen árabe y significa polvillo, ya que se creía que la inhalación de un polvo impalpable que supuestamente desprendían las bebidas alcohólicas era lo que produce la embriaguez¹⁹.

Efectos de las drogas		ALCOHOL
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibe actividad de receptores glutamatérgicos NMDA • Activación del receptor GABA, favorece entrada del ion cloro al medio intracelular • Resultado global: hiperpolarización neuronal (efecto depresor SNC) 		Farmacodinamia
<p>Fuente: Cruz S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas; 2ª ed. México, DF.</p>		
<p>Receptor GABA, de Bowles Center for Alcohol Studies Preclinical Molecular Neuropharmacology Research Team</p>		

Hoy en día sabemos que el componente activo de las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico o etanol, el cual produce sus efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC) a través de²⁰:

- Inhibición de la actividad de los receptores glutamatérgicos N-metil-D-aspartato (NMDA)
- Por activación del receptor GABA, favorece la entrada del ion cloro al medio intracelular
- Esto da como resultado global que se presente hiperpolarización neuronal (efecto depresor SNC)

Podemos decir entonces que la activación del sistema neurotransmisor inhibitor, en conjunto con la reducción en la neurotransmisión excitatoria son los mecanismos responsables de producir los síntomas observados en la intoxicación aguda, tales como somnolencia, desorientación,

¹⁹ Ladero, J. M. & Lizasoain, I. (2003). Alcohol (I). Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En: L. P., Ladero, J. M., Leza, J.C., & Lizasoain, I. (Eds). Drogodependencias. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

²⁰

Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas. México, D.F., México: Trillas

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

disminución de reflejos y depresión del SNC en general²¹. La reducción de ansiedad y estrés que produce el consumo de alcohol en bajas dosis se ha atribuido a la interacción con receptores GABA_A extrasinápticos²².

CANNABIS

Cuando las personas fuman marihuana, en realidad están consumiendo diferentes mezclas de distintas partes de las plantas del género cannabis. Al hacer esto, múltiples componentes pasan de los pulmones al torrente sanguíneo, entre los que se encuentran alrededor de 70 cannabinoides, de los cuales el más estudiado por su capacidad de producir dependencia es el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC)²³.

Los cannabinoides tienen un efecto neuromodulador²⁴. Esto significa que la activación de los receptores CB1 evitan la liberación de los neurotransmisores específicos de la neurona donde se encuentran (dopaminérgica, serotoninérgica, GABAérgica o de otro tipo). Hay tres efectos farmacodinámicos que producen esto²⁵: 1) se inhibe la actividad de la enzima adenilato ciclasa, lo que produce menores concentraciones de AMP cíclico; 2) se aumenta la conductancia de la membrana celular al ion potasio; y 3) se disminuye la conductancia de la membrana celular al ion calcio. De manera conjunta, las modificaciones en las concentraciones de iones producen un estado de hiperpolarización neuronal, lo que hace que la célula sea más difícil estimular.

²¹ Guerri, C. (2000). Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. *Trastornos Adictivos*, 2, 14 – 25.

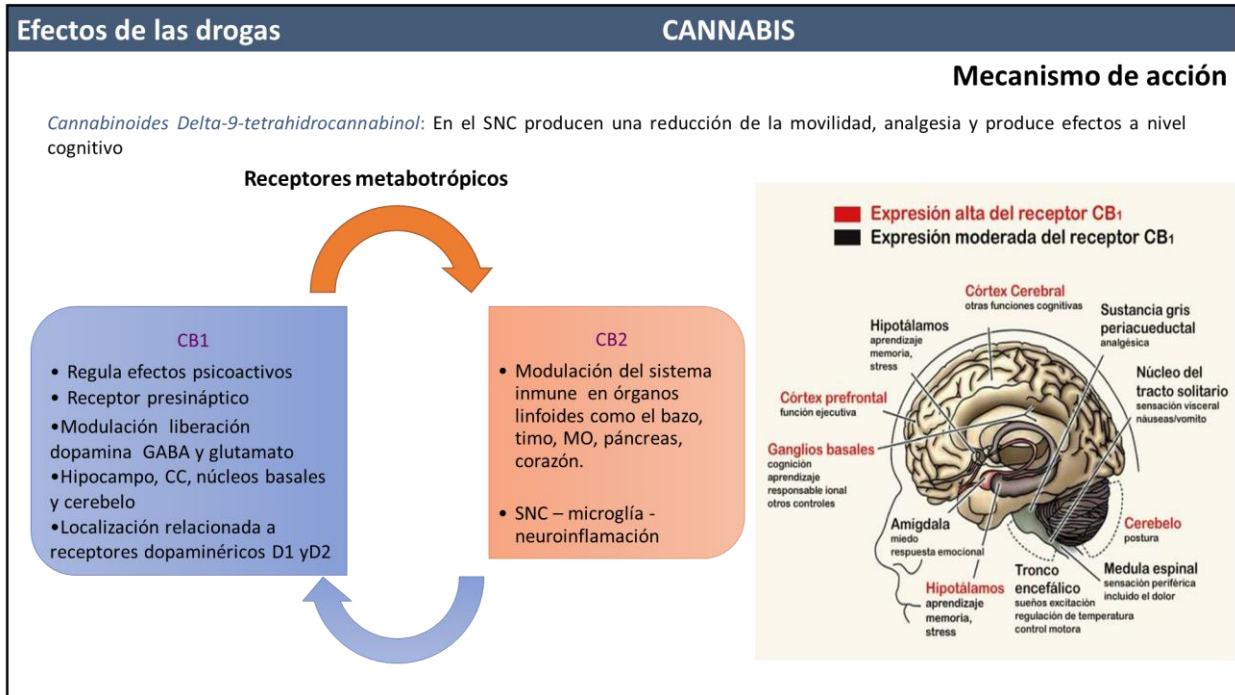
²² Guerri, C. (2006). Alcohol, Bases biológicas. En. (Eds), *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de Toxicomanías, (pp. 153 – 167) Madrid, España: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

²³ Otero, F., Pino, C., Sánchez, C., & Fontenla, A. (2006). Afectación orgánica por consumo de cannabis. *Patología Orgánica en Adicciones*. *Adicciones*, 18, 197 – 216.

²⁴ Howlett, A. C., Breivogel, C. S., Childers, S. R., Deadwyler, S. A., Hampson, R. E., & Porrino, L. J. (2004). Cannabinoid physiology and pharmacology: 30 years of progress. *Neuropharmacology*, 47, 354 – 358.

²⁵ Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas. D.F., México: Trillas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)



COCAÍNA

Sus efectos estimulantes producen euforia, sensación del incremento de energía, además de efectos físicos potencialmente peligrosos como aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial²⁶.

Dentro de los múltiples mecanismos de acción farmacológica de la cocaína se tiene identificado que bloquea la recaptura de noradrenalina y serotonina²⁷. Como no actúa directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, se dice que produce efectos simpático – miméticos (aumento de presión arterial, taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, vasoconstricción, temblor, etc.) de manera indirecta.

En términos del desarrollo de dependencia, bloquea la proteína transportadora de dopamina, por lo que ese neurotransmisor se acumula en la sinapsis. Esto magnifica los efectos placenteros y reforzadores del consumo²⁸. El consumo crónico favorece la neuroadaptación cerebral como respuesta compensatoria a la sobre-estimulación artificial producida por la droga. Esto se corrobora con las observaciones hechas gracias a las modernas técnicas de neuroimagen, con las cuales se ha registrado que los cerebros de las personas con dependencia a cocaína presentan un número considerablemente menor de receptores dopaminérgicos (subtipo D₂)²⁹. Esto tiene como consecuencia que al suspender el consumo desaparezcan los altos niveles de

²⁶ NIDA. (2013). *Drug Facts: la cocaína*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

²⁷ Feldman, R., Meyer, J., & Quenzer, L. (1997). *Principles of Neuropsychopharmacology*. Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers.

²⁸ NIDA (2010). *Cocaína: Abuso y adicción, Serie de Reportes de Investigación*. Rockville: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud.

²⁹ Volkow, N., Fowler, J., & Wang, G. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47, 3 – 13.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

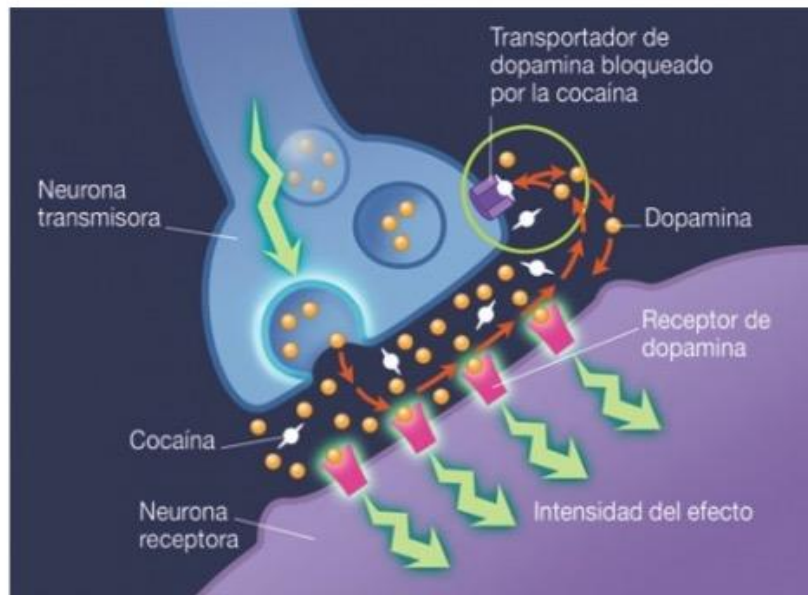
dopamina que artificialmente genera la cocaína y también que haya pocos receptores para captarla y transmitir las señales correspondientes. Estos efectos a largo plazo podrían explicar los síntomas de ánimo deprimido y desinterés que se llegan a experimentar durante el síndrome de abstinencia o supresión de la cocaína.

Efectos de las drogas

COCAÍNA

Farmacodinamia

- Bloquea la proteína transportadora de dopamina, por lo que ese neurotransmisor se acumula en la sinapsis
- Esto magnifica los efectos placenteros y reforzadores del consumo de cocaína



Fuente: NIDA (2010). Cocaína: Abuso y adicción, Serie de Reportes de Investigación. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud: Rockville

HEROÍNA

Los opiáceos como la heroína inhiben a las neuronas. Aunque podría pensarse que sus efectos son similares a los de los depresores del SNC, las sustancias de estas distintas categorías farmacológicas tienen mecanismos de acción diferentes.

Drogas como morfina o heroína producen sus efectos al interactuar con el sistema opioide endógeno, el cual tiene sus propios receptores distribuidos en: materia gris periacuedal del cerebro, médula espinal, plexos mientéricos digestivos y articulaciones³⁰. Se reconocen cuatro subtipos distintos de receptores opioides en humanos³¹: mu (μ), delta (δ), kappa (κ) y nociceptina (nociceptina/orfanina).

³⁰ Gutstein, H. B. & Akil, H. (2001). Opioid Analgesics. En: J. G., Hardman, L. E. Limbird, A. G., & Gilman., (Eds), *The pharmacological basis of therapeutics* (pp. 569 – 619). New York: McGraw-Hill.

³¹ Álvarez, Y. & Farré, M. (2005). Farmacología de los opiáceos. *Monografía opiáceos. Adicciones*, 17, 21 – 40.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Los opiáceos producen sus efectos reforzantes al actuar en las neuronas dopaminérgicas del área ventral del tectamento (ATV), donde activan los receptores opioides μ^{32} y disminuyen la actividad de las neuronas inhibitorias (GABAérgicas)³³, lo que favorece la liberación no regulada de dopamina en el núcleo accumbens del circuito de la recompensa y sus áreas de proyección. Los opiáceos actúan como ligandos en receptores metabotrópicos de las neuronas post-sinápticas, donde desencadenan reacciones a largo plazo que, a diferencia de los opioides endógenos, son de larga duración y difíciles de revertir³⁴.

El consumo crónico de agonistas opiáceos de gran afinidad por sus receptores, como morfina y heroína, conduce a la tolerancia y dependencia física. Es fundamental comprender que la tolerancia se presenta de manera diferida, tanto en relación al tiempo como a la intensidad, ya que inicialmente se pierde la eficacia para inducir náusea y euforia, luego sucede lo mismo con los efectos analgésicos y es hasta después que se desarrolla tolerancia parcial a la constipación y depresión respiratoria. Esto explica el riesgo de morir por paro respiratorio, aún en usuarios crónicos experimentados³⁵.

³² Miñarro, J., & Manzanedo, C. (2006). Efectos conductuales del consumo de opiáceos. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías* (pp. 296 – 300). Madrid, España: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

³³ Koob, G. F., Ahmed, S. H., Boutrel, B., Chen, S. A., Kenny, P. J., Markou, A., O'Dell, L. E., Parsons, L. H., Sanna, P. P. (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 39 – 49.

³⁴ Cruz, M. C. S. (2006). El cerebro y el consumo de drogas. *Boletín CINVESTAV*, Abril-Junio: 36 – 45.

³⁵ Cruz, M. C. S., & Granados-Soto, V. (2008). Opioids and opiates: Ligands, receptors and effects, En M. Méndez & R. Mondragon. (Eds), *Neural Mechanisms of Action of Drugs of Abuse and Natural Reinforcers* (pp. 1-24). Ontario, Canada: *Research Signpost*.

- Morfina y heroína interactúan con sistema opioide endógeno (receptores mu, delta, kappa y nociceptina)
- Inactivan a las neuronas inhibitorias (GABAérgicas) del área ventral del tegmento (VTA) y favorecen liberación no regulada de dopamina en núcleo accumbens
- Producen efectos a través de receptores metabotrópicos que desencadenan reacciones a largo plazo, difíciles de revertir

Fuentes:

Miñarro, J., & Manzanedo, C. (2006). Efectos conductuales del consumo de opiáceos. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías* (pp. 296 – 300). Madrid, España: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

Koob, G. F., Ahmed, S. H., Boutrel, B., Chen, S. A., Kenny, P. J., Markou, A., O'Dell, L. E., Parsons, L. H., Sanna, P. P. (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 39 – 49.

Cruz, M. C. S. (2006). El cerebro y el consumo de drogas. *Boletín CINVESTAV*, Abril-Junio: 36 – 45.

INHALABLES

Son gases o líquidos volátiles a temperatura ambiente, con varios usos, que se consumen mediante inhalación por nariz y boca. Este grupo involucra varias sustancias que abarcan cuatro conjuntos³⁶: 1) Disolventes volátiles industriales; 2) Nitritos; 3) Aerosoles; y 4) Gases

En cada uno se encuentran sustancias que no comparten características farmacodinámicas comunes, y más bien se agrupan así debido a que se consumen por la misma vía de administración. En el caso de los disolventes existe una clasificación adicional que se basa en sus características químicas³⁷: a) hidrocarburos alifáticos; b) hidrocarburos cíclicos; c) hidrocarburos aromáticos; d) alcoholes; e) ésteres; f) cetonas; g) hidrocarburos halogenados; h) éteres; i) aldehídos.

Por su uso industrial, las personas pueden llegar a estar expuestas a disolventes volátiles, ya sea por actividad laboral o intoxicación involuntaria. Cuando los disolventes se consumen con la finalidad de experimentar sus efectos psicoactivos, se utilizan diferentes métodos y accesorios³⁸ (parafernalia) como bolsas de plástico, botellas, fibras y otros materiales que se empapan con los

³⁶ Balster, R., Cruz, M. C. S., Howard, M., Dell, C., & Cottler, L. (2009). *Classification of abused inhalants*. *Addiction*, 104, 878 – 882.

³⁷ Ayres, P., & Taylow, W. (1989). Solvents. En (Eds), *Principles and Methods of Toxicology* (pp- 111 – 135). New York: Hayes A, Raven Press, Ltd.

³⁸ Medina-Mora, M. E., & Real, T. (2008). Epidemiology of inhalant use. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 247 – 251.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

compuestos a inhalar, etc. En este caso, la exposición sucede en proporciones mucho mayores, que llegan a ser hasta de varios miles de partes por millón³⁹.

Durante mucho tiempo no se conoció el mecanismo de acción de los inhalables. Se pensaba que por sus capacidades solventes modificaban la fluidez de la membrana celular y afectaban de manera inespecífica muchas funciones. Hoy en día sabemos que compuestos como benceno, tricloroetileno (TCE), xileno y otros, inhiben los receptores glutamatérgicos tipo NMDA⁴⁰. El tolueno también inhibe los receptores NMDA y activa la función inhibitoria de los receptores GABA_A, por lo que su mecanismo de acción es como el del alcohol, solamente que es hasta mil veces más potente⁴¹.

Las personas perciben los efectos de intoxicación por inhalables durante poco tiempo, entonces repiten y prolongan la administración por periodos largos, lo que favorece hipoxia y en algunos casos, en particular cuando se pierde la consciencia y continúa la exposición, se llega a producir la muerte por asfixia⁴².

Efectos de las drogas

INHALABLES

Farmacodinamia

- Durante mucho tiempo no se conoció su mecanismo de acción
- Compuestos como benceno, tricloroetileno, xileno y otros, inhiben los receptores glutamatérgicos NMDA
- El tolueno inhibe receptores NMDA y activa función inhibitoria de GABA_A (mecanismo de acción similar al alcohol pero mucho más potente)

Fuentes:

Cruz, M. C. S., Balster, R., & Woodward, J. (2000). Effects of volatile solvents on recombinant N-methyl-D-aspartate receptors expressed in *Xenopus* oocytes. *British Journal of Pharmacology*, 131, 1303 – 1308.

Bowen, S., Batis, J., Paez-Martinez, N., & Cruz, M. C. S. (2006). The last decade of solvent research in animal models of abuse: mechanistic and behavioral studies. *Neurotoxicology and Teratology*, 28, 636 – 647.

³⁹ Marjot, R. & McLeod, A. (1989). Chronic non-neurological toxicity from volatile substance abuse. *Human Toxicology*, 8, 301 – 306.

⁴⁰ Cruz, M. C. S., Balster, R., & Woodward, J. (2000). Effects of volatile solvents on recombinant N-methyl-D-aspartate receptors expressed in *Xenopus* oocytes. *British Journal of Pharmacology*, 131, 1303 – 1308.

⁴¹ Bowen, S., Batis, J., Paez-Martinez, N., & Cruz, M. C. S. (2006). The last decade of solvent research in animal models of abuse: mechanistic and behavioral studies. *Neurotoxicology and Teratology*, 28, 636 – 647.

⁴² Cruz, M. C. S. (2014). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. D.F., México: Trillas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

TABACO

La industria tabacalera ha ido generando varios productos del tabaco, dependiendo de cuál se consume y la vía de administración, las personas entran en contacto con diferentes compuestos químicos que pueden causar daños a la salud. En todos está presente la nicotina, que es el principal componente activo capaz de producir dependencia.

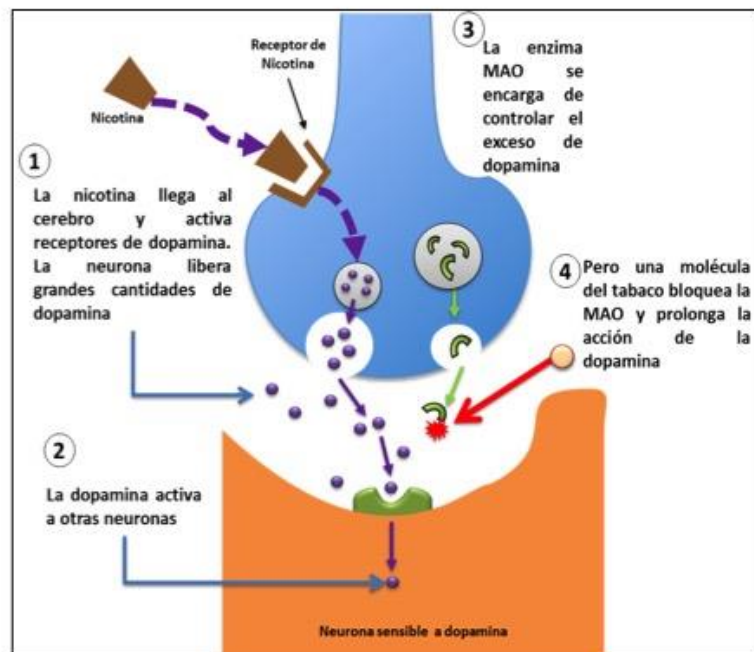
El humo⁴³ que se produce en la combustión del tabaco contiene más de 7,000⁴⁴ compuestos, se conforma de gases y partículas suficientemente pequeñas como para depositarse en el tejido pulmonar. Al fumar se originan: 1) la corriente principal que la persona que fuma dirige hacia su propio aparato respiratorio; y 2) una corriente secundaria o lateral que se produce mientras se consume espontáneamente el cigarrillo y la persona que fuma exhala el humo de sus pulmones.

Efectos de las drogas

TABACO

Farmacodinamia

- Nicotina: agonista débil de receptores colinérgicos nicotínicos (nAChRs)
- Activa los receptores, pero no en forma tan intensa como lo hace el neurotransmisor natural (acetil-colina)
- Acción reforzadora: se une a receptores $\alpha 4\beta 2$ en neuronas dopaminérgicas y las despolariza (más fácilmente estimulables)
- Alteración a largo plazo: menores niveles de enzima MAO



Fuente: Cruz S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas; 2ª ed. México, DF.

⁴³ Martín, A., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C., & Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología, 21, 64 – 71.

⁴⁴ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos: El humo del tabaco causa enfermedades: cómo le afecta a usted. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2010.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

En promedio, se estima que los cigarrillos contienen entre 10 y 14 mg de nicotina, de los cuales aproximadamente 1 a 1.5 mg son absorbidos por quien fuma⁴⁵. La nicotina es un agonista débil de los receptores colinérgicos nicotínicos (nAChRs), lo que significa que activa dichos receptores, pero no en forma tan intensa como lo hace el neurotransmisor natural (acetil-colina) en el SNC. La nicotina refuerza la conducta de consumo al unirse a receptores $\alpha 4\beta 2$ en neuronas dopaminérgicas del SNC y despolarizarlas, lo que favorece su estimulación y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens⁴⁶.

También se ha observado una alteración a largo plazo que favorece la dependencia: en las personas que fuman se registran niveles menores a lo normal de la enzima Mono Amino Oxidasa (MAO)⁴⁷. De esta manera, no solamente hay sobre-estimulación de la liberación de dopamina, sino que también se inhabilitan los mecanismos neuroquímicos cerebrales para interrumpirla. Aunque todavía no se sabe cuál o cuáles componentes del humo de tabaco producen esta alteración enzimática, se sabe que la nicotina no es la responsable.

⁴⁵ Benowitz, N., Hukkanen, J., & Jacob, P.III. (2009). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 192: 29 – 60.

⁴⁶ Benowitz, N. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 352, 2295 – 2303.

⁴⁷ Fowler, J., Volkow, N., Wang, G., Pappas, N., Logan, J., Shea, C., et al. (1996). Brain monoamine oxidase. A inhibition in cigarette smokers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93 (24), 14065 – 14069.

EFFECTOS ADICTIVOS

MECANISMOS FISIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA DEPENDENCIA DE DROGAS

Estudios conductuales en modelos animales⁴⁸. A través de diferentes experimentos diseñados en el laboratorio, se ha estudiado la capacidad de diferentes drogas de producir dependencia.

Neurobiología de las adicciones

Estudios con modelos animales sobre potencial adictivo de las sustancias



caja de preferencia de lugar condicionado automatizada

Paredes-Ramos P, Montero-Domínguez F, Miquel M, Manzo J, Coria-Avila G. (2010). Preferencia de lugar condicionado por cosquillas en ratas hembra. *eNeurobiología*, Universidad Veracruzana

⁴⁸ Pineda-Ortiz, J. & Torrecilla-Sesma, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 1 (1), 13 – 21.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Autoadministración de drogas. Se pueden utilizar diferentes mecanismos específicamente diseñados (como por ejemplo las palancas conectadas a dispositivos de liberación intra-cerebral) para que el animal de experimentación se administre a sí mismo la sustancia en estudio. Las moléculas que se consideran adictivas, favorecen la dependencia ya que son reforzadores positivos que promueven o mantienen la conducta de autoadministración. Este modelo de investigación se caracteriza por validez predictiva (gran selectividad para la droga en estudio), validez aparente (patrón temporal, interacción farmacológica y pauta de dependencia apropiadas), y validez teórica (la relación teórica y similitud entre el síndrome de dependencia en humanos y la prueba animal).

Preferencia condicionada de lugar (o plaza). La droga en estudio se administra al animal de experimentación en un entorno ambiental específico. Las sustancias con potencial adictivo, condicionan que el animal prefiera permanecer en el entorno previamente asociado con la administración. Este efecto ha sido comparado con la forma en la que el fenómeno se instala también en los consumidores humanos, quienes asocian la práctica del consumo con contextos y circunstancias específicas. Adicionalmente las condiciones de consumo disparan respuestas automáticas e involuntarias del sistema nervioso autónomo similares a las que provoca la sustancia introducida en el organismo. A partir del valor condicional que adquieren las condiciones de uso, el organismo emite conductas operantes dirigidas a consumir la sustancia para regular las respuestas autónomas ligadas al contexto de uso de drogas.

Discriminación de drogas. El experimento se diseña de tal forma que, el animal de experimentación pueda escoger o discriminar entre varias posibles opciones de estímulos que suministrarse. Los efectos de las sustancias con potencial adictivo son una poderosa señal que permiten seleccionar el estímulo adecuado para producir la respuesta meta.

Autoestimulación intracraneal. A través de microelectrodos implantados en el cerebro del animal de experimentación se envían estímulos eléctricos cuando se acciona un dispositivo específico. Por ejemplo, al accionar una palanca. La implantación se hace en áreas específicas del cerebro (centros del placer), y su estimulación produce respuestas reforzadoras intensas, similares a las que se observan en el experimento de autoadministración. Un hallazgo interesante con este modelo es que la intensidad del estímulo necesario para provocar la autoadministración intracraneal se reduce con la administración de drogas, lo que indica que existen substratos neuroanatómicos compartidos en la estimulación de los centros del placer, ya sea mediante el estímulo eléctrico directo o el uso de algunas sustancias.

Neurotransmisores. Son los interlocutores de las conversaciones entre las neuronas. En términos generales, se trata de sustancias con estructura química sencilla que pueden agruparse en tres grandes conjuntos: aminoácidos, aminas y péptidos. Estas sustancias intervienen en la comunicación entre neuronas que controlan funciones muy distintas.

Dopamina – este neurotransmisor catecolaminérgico participa en la regulación de la conducta motora, emotividad, afectividad y comunicación neuroendócrina. Se sintetiza a partir del aminoácido L-tirosina, a través de mecanismos muy precisos. A la fecha se han identificado cinco diferentes tipos de receptores dopaminérgicos, todos acoplados a proteínas G y divididos en dos familias farmacológicas: 1) familia D1 (subtipos D1 y D5) – estimulan la formación de AMPc; y 2) familia D2 (subtipos D2, D3 y D4) – inhiben la

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

formación de AMPc, activan canales de K⁺ y reducen la entrada de iones Ca⁺⁺ a través de canales dependientes de voltaje. Los receptores dopaminérgicos se distribuyen ampliamente en el Sistema Nervioso Central, de manera diferenciada dependiendo del subtipo del que se trate. Dicha distribución está en relación a los diferentes efectos fisiológicos de la dopamina. En el Sistema Nervioso Periférico la dopamina modula la función cardíaca, renal, el tono vascular y la motilidad gastrointestinal. La dopamina y las redes neuronales dopaminérgicas han llamado mucho la atención debido a que se han asociado alteraciones en ellas con enfermedades y trastornos como por ejemplo Parkinson, esquizofrenia, y trastornos por consumo de drogas. En este último caso, vale la pena recordar que, aunque la dopamina tiene una importancia clave, hay otros sistemas neurotransmisores implicados en el desarrollo de la dependencia a diferentes drogas.

GABA – en el Sistema Nervioso Central (SNC), el Ácido Gamma-Amino Butírico (GABA) es el neurotransmisor con función inhibitoria que más abunda. Aproximadamente entre 30 y 40% de las neuronas cerebrales lo usan para comunicarse a través de los receptores GABAA (de tipo ionotrópico) y GABAB (de tipo metabotrópico). Los receptores GABAA están conformados por cinco subunidades distintas que conforman un canal iónico, en dichos receptores se reconoce la presencia de por lo menos once diferentes sitios estructurales para sustancias como barbitúricos, benzodiacepinas, etanol y otras sustancias ya sean agonistas o antagonistas competitivos. Por su estructura, la molécula del GABA presenta una flexibilidad conformacional, lo que significa que sus diversas configuraciones pueden activar distintos receptores GABA.

Noradrenalina o norepinefrina – esta catecolamina se deriva del aminoácido tirosina. se ha relacionado con el estado de alerta, el nivel de consciencia, la motivación, la percepción sensorial, la regulación del ciclo sueño-vigilia, apetito, conducta sexual y neuromodulación de mecanismos de aprendizaje, memoria y la recompensa; en la mayoría de estas funciones tiene una participación conjunta con otros neurotransmisores. Se conocen dos clases de receptores noradrenérgicos: alfa y beta. Los alfa1 son excitadores y se localizan en el cerebro, fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos y el intestino, además de en el músculo cardíaco. Los alfa2 son inhibidores y se encuentran en el cerebro, fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos e intestino, las terminales nerviosas y en las plaquetas. De los receptores beta se conocen tres tipos. Los beta1 están localizados en el corazón y son excitadores, los beta2 están en músculo liso y estriado, hígado y linfocitos, y también tienen una acción excitadora. Los beta3 están ubicados en tejido adiposo.

Serotonina – la 5-hidroxitriptamina o 5-HT es una indolamina derivada del aminoácido triptófano. Se sintetiza principalmente en los núcleos de raphe del tronco cerebral que se proyectan en todo el sistema nervioso central, con la mayor densidad en los ganglios basales y las estructuras límbicas. Regula una gran diversidad de efectos mediados por su unión a receptores de membrana específicos, los cuales están presentes tanto en el Sistema Nervioso Central como en el Periférico, y también en muchos otros tejidos del intestino, sistema cardiovascular y células sanguíneas. Se han identificado hasta siete miembros dentro de la familia de receptores de serotonina (5-HT1 a 5-HT7) y diversos subtipos, con lo que se ha logrado la descripción y consideración de un total de hasta 14 tipos distintos.

Las familias de receptores 5-HT se caracterizan por estar acoplados a proteínas G, a excepción de 5-HT3 que actúa a través de canales iónicos. La gran variedad de sus acciones pueden ser explicadas por la amplia distribución de los múltiples subtipos de receptores 5-HT en el Sistema Nervioso Central (SNC). Se ha implicado en la regulación del estado de ánimo, la excitación, la impulsividad, la agresión, el apetito y la ansiedad.

Acetilcolina: Incluir una descripción de la acetilcolina pues esta explica el mecanismo de acción del tabaco.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Segundos y terceros mensajeros. Las conversaciones neuronales se inician con la activación que producen los neurotransmisores en los receptores, ya sean ionotrópicos o metabotrópicos. Como este es el primer paso en la comunicación, los neurotransmisores se consideran los primeros mensajeros. El mecanismo de llave-cerradura, previamente descrito, abre una sola puerta o receptor. Para amplificar sus conversaciones y esparcir sus mensajes, las neuronas utilizan otros mecanismos que desencadenan una serie de reacciones químicas mediadas por otras sustancias. El resultado final es la apertura de muchas cerraduras en muchas puertas. Esta comunicación es mucho más eficiente y dura más tiempo. En el caso de los receptores ionotrópicos, los iones son los segundos mensajeros ya que actúan como los representantes del mensaje enviado por la neurona pre-sináptica. En cuanto a los receptores metabotrópicos, la unión ligando-receptor puede activar o inhibir proteínas específicas, como las proteínas G. Esto modifica los niveles de otras sustancias al interior de la célula (p.ej. AMPc, calcio, ácido araquidónico y sus derivados, óxido nítrico, etc). Tomando el ejemplo clásico del AMPc, en un sentido amplio podemos decir que, por acción de las proteínas G, al aumentar la cantidad de AMPc dentro de la célula el resultado es un efecto excitador y viceversa.

Los segundos mensajeros pueden interactuar posteriormente en otros procesos que implican a los genes, a través de los llamados factores de transcripción como el CREB (por las siglas en inglés de cyclic AMP response element-binding protein), proteínas Fos y Jun. Estos elementos y sus acciones sobre la genética de las personas son una forma de respuesta neuronal a más largo plazo, que pueden modificar procesos cruciales, como por ejemplo la síntesis de las enzimas que forman los neurotransmisores (primeros mensajeros). El estudio de estos procesos se entrelaza con la epigenética y nos da pistas de la profundidad e intimidad de la influencia que pueden ejercer los procesos de comunicación neuronal a largo plazo. Hoy en día sabemos más sobre esto, por ejemplo un episodio de consumo de una droga causa incrementos transitorios en varios miembros de la familia Fos. En el consumo crónico se observa la acumulación de DFosB, una variante modificada que persiste en el núcleo accumbens. Se ha demostrado presencia acumulada de DFosB con el consumo crónico de cocaína, opioides, Anfetamina, nicotina, fenciclidina y alcohol. Estas alteraciones se manifiestan tanto en el núcleo accumbens como en el estriado dorsal y obedecen al proceso específico de consumo.

Neurobiología de las adicciones

Neurotransmisores

Dopamina – catecolamina que participa en la regulación de conducta motora, emotividad, afectividad y comunicación neuroendócrina. Se sintetiza a partir del aminoácido L-tirosina

GABA – el neurotransmisor con función inhibitoria que más abunda, presenta una “flexibilidad conformacional”, lo que significa que sus diversas configuraciones pueden activar distintos receptores GABA.

Noradrenalina o norepinefrina – catecolamina derivada del aminoácido tirosina, relacionada con alerta y nivel de consciencia, motivación, percepción sensorial, regulación sueño-vigilia, apetito, conducta sexual y neuromodulación de aprendizaje, memoria y recompensa.

Serotonina – 5-HT es una indolamina derivada del aminoácido triptófano, regula gran diversidad de efectos mediados por su unión a receptores de membrana específicos, presentes tanto en Sistema Nervioso Central como en Periférico y en muchos otros tejidos.

Fuente: Cruz S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas; 2ª ed. México, DF.

El circuito de la recompensa. Aunque las diferentes drogas tienen propiedades químicas distintas, un elemento común a todas es su capacidad de producir efectos reforzantes positivos, lo que se refiere a que provocan aumento en la frecuencia con la que se presenta el comportamiento estudiado (por ejemplo el consumo) y se tiende a la repetición de la conducta⁴⁹. Los inicios de este campo de estudio están en el trabajo de James Olds y Peter Milner. En 1954 estos investigadores observaron en un modelo de estudio de estudio en ratas donde la estimulación eléctrica intracraneal del hipotálamo y algunas estructuras asociadas puede actuar como reforzador o recompensa de la conducta. Después de sus primeras observaciones fortuitas, usaron el paradigma de la auto-estimulación eléctrica en el modelo animal, para conformar un mapa de las regiones cerebrales implicadas y delimitaron la zona que llamaron el centro del placer⁵⁰. Hoy en día sabemos que el fenómeno de reforzamiento se da por la activación directa o indirecta del sistema dopaminérgico mesolímbico-cortical, que se forma por las proyecciones dopaminérgicas mesencefálicas originadas en el área ventral del tegmento (ATV) y que se proyectan al núcleo accumbens⁵¹, el blanco principal de las drogas. Las neuronas del ATV envían sus axones al núcleo accumbens, al cuerpo estriado y la corteza frontal (estructuras con un papel muy importante en la motivación). El núcleo accumbens, parte estructural del sistema límbico, recibe conexiones dopaminérgicas del ATV y glutamatérgicas de la corteza prefrontal lateral, la amígdala y el hipocampo. El hecho de que en el núcleo accumbens se integren los impulsos provenientes de la corteza cerebral y del sistema límbico, ponen de manifiesto la importancia de

⁴⁹ Alvano S, Zieher LM. (2003). Cambios Adaptativos Neuronales. Adicción a drogas. En: Psiconeurofarmacología Clínica y sus bases neurocientíficas. 3ª edición. Buenos Aires: Gráfica Siltor.

⁵⁰ Pereira T. (2008). Neurobiología de la adicción. Rev Psiquiatr Urug; 73(1): 9 – 24.

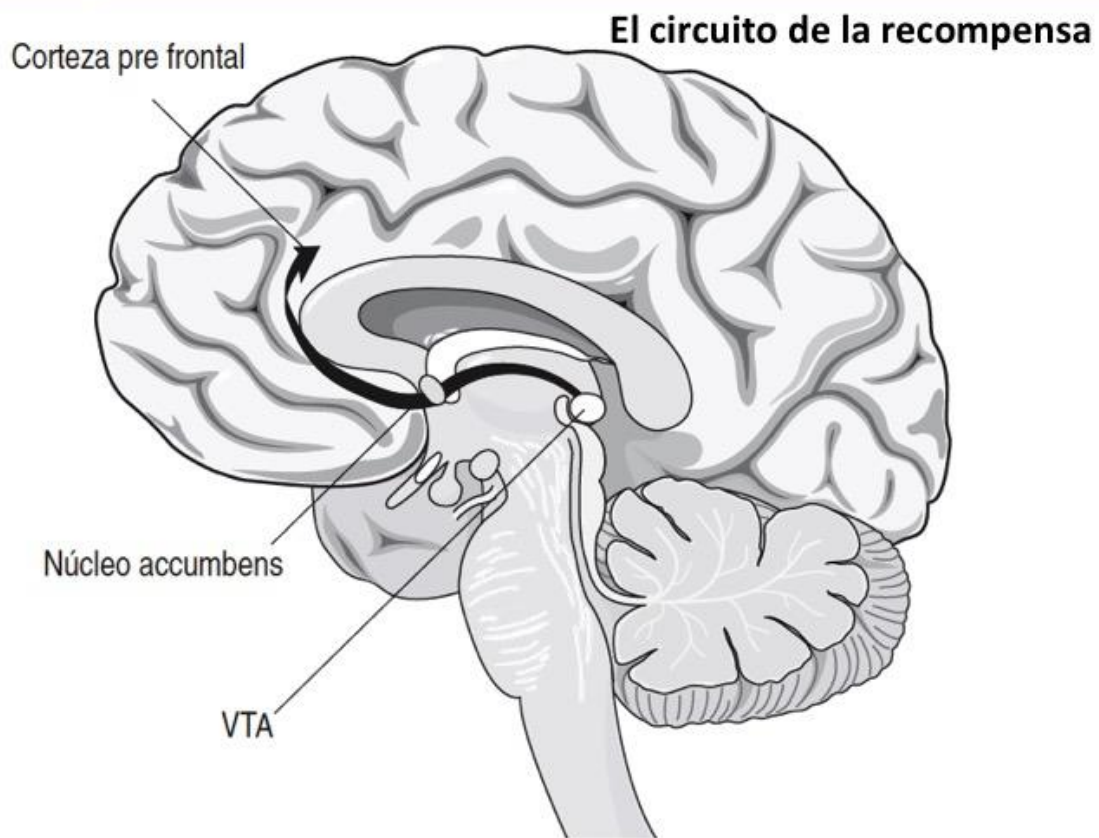
⁵¹ Schultz W. (2001). Reward signaling by dopamine neurons. Neuroscientist; 7: 293 – 302.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

esta estructura para los procesos de motivación y recompensa que produce el consumo repetido de drogas.

Después de conocer la conformación de las redes neuronales que están relacionadas con el placer y la recompensa, es más fácil que podamos comprender cómo es que la sobreestimulación artificial que las drogas producen en el núcleo accumbens, genera los efectos gratificantes que buscan las personas que las consumen y les enseña a repetir este comportamiento⁵². Para lograr esto, cada droga tiene propiedades farmacológicas y mecanismos de acción diferentes, que serán comentados en la sección correspondiente a los efectos de las drogas.

Neurobiología de las adicciones



Fuente: National Institute on Drug Abuse (NIDA) <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/largegifs/slide-9.gif>

El cerebro está diseñado para asegurar que repitamos las actividades que sostienen la vida al asociarlas con actividades de placer, recompensa o gratificación. Los circuitos que se observan en esta diapositiva son importantes para la gratificación natural como la comida, la música y el arte. Cada vez que se activa este circuito de recompensa, el cerebro nota que está sucediendo algo importante que necesita recordar, y nos enseña a hacerlo una y otra vez sin pensar en ello.

⁵² NIDA. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Cuando se toman algunas drogas adictivas, pueden liberar de 2 a 10 veces más la cantidad de dopamina que las recompensas naturales, como comer y tener sexo. En algunos casos, esto ocurre casi de inmediato (como cuando las drogas se fuman o se inyectan), y los efectos pueden durar mucho más que los producidos por las recompensas naturales. Los efectos resultantes sobre el circuito de recompensas del cerebro son gigantescos en comparación con los producidos por los comportamientos naturales de gratificación. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a la gente a consumir drogas una y otra vez.

Efectos de las drogas

- El cerebro está diseñado para asegurar que repitamos las actividades que sostienen la vida al asociarlas con actividades de placer, recompensa o gratificación.
- Efectos reforzantes positivos de las drogas



Los circuitos neuronales que se observan en estas tres imágenes, son los circuitos asociados con las tres etapas del ciclo de la adicción: a) circuito cerebral de atracón/intoxicación, b) circuito cerebral abstinencia/efectos negativos y c) circuito cerebral preocupación/anticipación “craving”.

a) Circuito cerebral de atracón/intoxicación

Los efectos reforzadores de las drogas pueden comprometer neurotransmisores de recompensa y mecanismos asociativos en el núcleo y núcleo del núcleo accumbens y luego comprometer los hábitos de estímulo-respuesta que dependen del estriado dorsal. Dos importantes neurotransmisores que median los efectos gratificantes de las drogas de abuso son la dopamina y los péptidos opioides.

b) Circuito cerebral abstinencia/efectos negativos

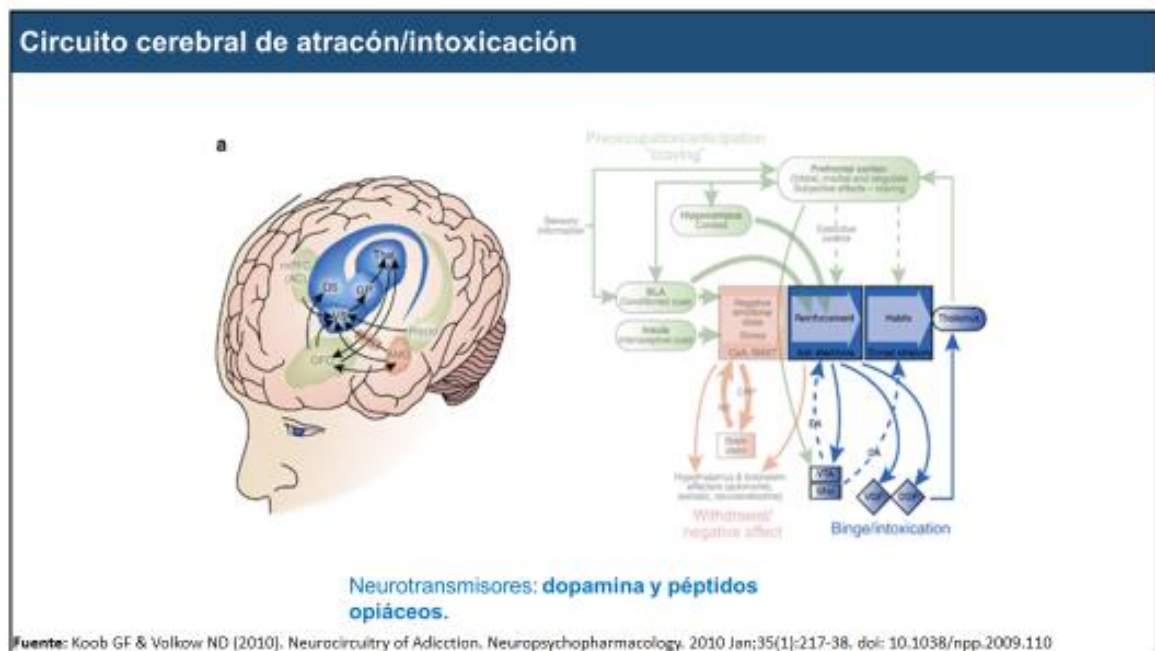
El estado emocional negativo de abstinencia puede comprometer la activación de la amígdala extendida. Los principales neurotransmisores en la amígdala extendida con la hipótesis de tener una función en el refuerzo negativo son el factor liberador de corticotropina, la noradrenalina la dinorfina. Las principales proyecciones de la amígdala extendida son para el hipotálamo y el tronco encefálico.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

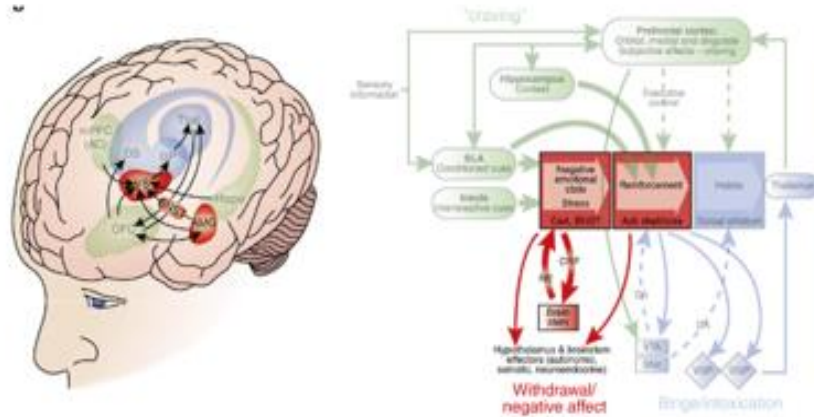
c) Circuito cerebral preocupación/anticipación “craving”

El control ejecutivo depende de la corteza prefrontal e incluye la representación de contingencias, la representación de los resultados, y su valor y los estados subjetivos (es decir, deseo y, presumiblemente, sentimientos) asociados con las drogas. Los efectos subjetivos denominados ansias de drogas en humanos implican la activación en estudios de imágenes funcionales de las cortezas cingulada orbital y anterior y el lóbulo temporal, incluyendo la amígdala. Un importante neurotransmisor involucrado en la etapa de anhelo es el glutamato localizado en las vías de las regiones frontales.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO



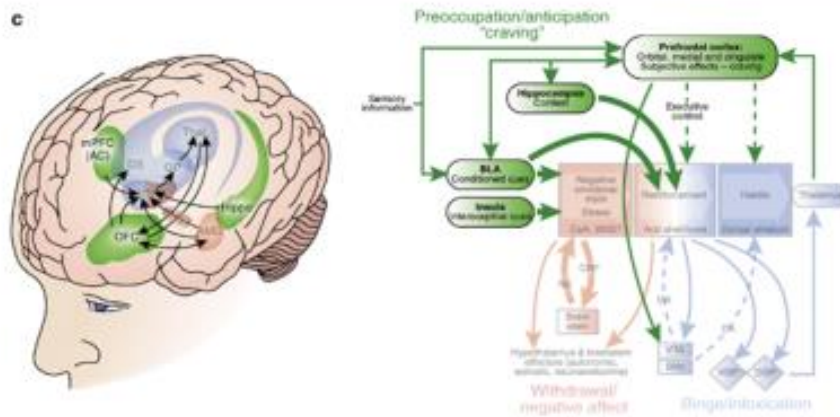
Circuito cerebral de abstinencia/afectos negativos



Neurotransmisores: **factor liberador de corticotropinas, noradrenalina y dinorfinas.**

Fuente: Koob GF & Volkow ND (2010). Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology. 2010 Jan;35(1):217-38. doi: 10.1038/npp.2009.110

Circuito cerebral de preocupación/anticipación "craving"

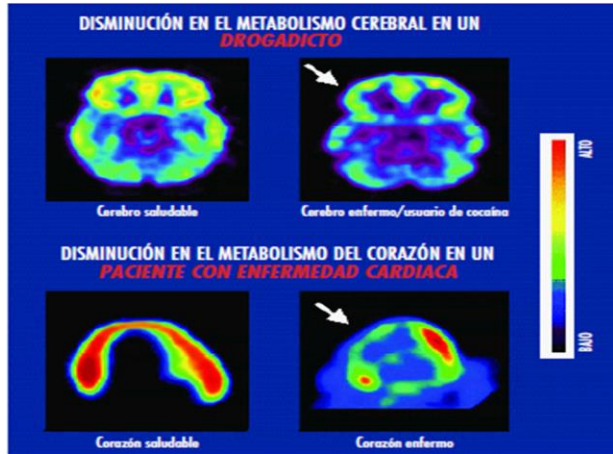


Neurotransmisor: **Glutamato**

Fuente: Koob GF & Volkow ND (2010). Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology. 2010 Jan;35(1):217-38. doi: 10.1038/npp.2009.110

La adicción es parecida a otras enfermedades, por ejemplo con las enfermedades del corazón, es decir, en ambas se interrumpe el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y si no se recibe tratamiento pueden durar toda la vida.

Efectos de las drogas



La adicción es parecida a otras enfermedades, como las enfermedades del corazón. Ambas interrumpen el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y, si no se tratan, pueden durar toda la vida.

Fuente: De los laboratorios de los doctores N. Volkow y H. Schelbert.

Al consumir drogas el cerebro pierde algunas de sus funciones y puede disminuir su habilidad para sentir cualquier placer. La función de un cerebro con control saludable en comparación con el cerebro de un consumidor con abuso de metanfetamina, es notable la disminución en la función cerebral.

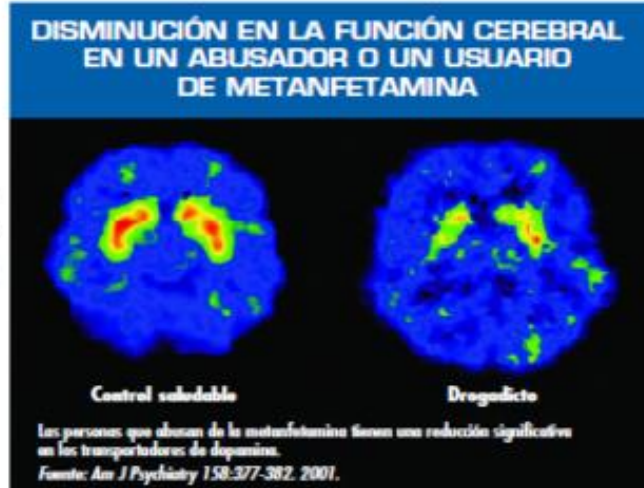
Las personas que abusan de la metanfetamina, tienen una reducción significativa en los transportadores de dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir señales. De tal manera que la persona necesita seguir consumiendo drogas una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad, a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de la droga para conseguir el efecto deseado resultando en un fenómeno de la dopamina alta, conocido como tolerancia.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO

Efectos de las drogas

Al consumir drogas el cerebro pierde funciones y puede disminuir su habilidad para sentir cualquier placer.



MODELOS Y TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas, como cualquier otro fenómeno complejo, puede conceptualizarse de diferentes maneras, especialmente si consideramos su naturaleza multifactorial. Ningún modelo explica en su totalidad el fenómeno, pero existen varios planteamientos teóricos útiles que se han construido y refinado a lo largo del tiempo.

La diversidad de modelos explicativos existentes debe llevarnos al análisis, alejándonos del reduccionismo e interpretaciones parciales. Esto resulta especialmente conveniente debido a que las personas que consumen tienen características propias e individuales, por lo que el consumo de drogas puede analizarse y estudiarse desde múltiples perspectivas. Dentro de toda la heterogeneidad de causas, consecuencias, componentes e implicaciones del consumo de drogas, un elemento común es que las sustancias psicoactivas adictivas producen sus efectos a través de diferentes mecanismos químicos de acción, que modifican la neurofisiología cerebral. Esto es el elemento central que le confiere a las sustancias psicoactivas adictivas la capacidad de producir efectos reforzantes positivos, lo que desencadena la autoadministración, y puede favorecer el uso nocivo y finalmente, la dependencia.

A continuación se presentan algunos de los aspectos más relevantes de la visión actualmente más aceptada y vigente, la que plantea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posteriormente se presenta un resumen obtenido de uno de los trabajos más conocidos de revisión sobre el tema⁵³, y finalmente se recopilan algunos elementos relevantes sobre el papel de los genes en el desarrollo de los trastornos por consumo de drogas.

⁵³ Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4 (2), 157 – 182.

TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

El marco de los DSS ha analizado a profundidad los elementos en torno al consumo de alcohol y tabaco, así como también para el caso de trastornos psiquiátricos y otras enfermedades crónicas. Se señala que, respecto al alcohol, el contexto influye a través de la disponibilidad de la sustancia. Las prevalencias de consumo y los problemas relacionados son influenciados por la disponibilidad, la cual se determina en gran medida mediante las políticas y actividades, por ejemplo: producción, importación, publicidad, distribución y políticas de precios e impuestos, entre otros. La posición socioeconómica es importante ya que el alcohol es un producto de consumo que se asocia con el nivel de ingreso de la población. Las personas en los grupos de bajos ingresos experimentan una mayor carga de enfermedad atribuible al consumo de alcohol, a pesar de que registran menores niveles de consumo. En cuanto a las diferencias en la vulnerabilidad, los bebedores de grupos de mayores ingresos cuentan con mayores estructuras sociales de apoyo que los protegen de las consecuencias negativas, mientras que, en los grupos de menores ingresos, el consumo de bebidas alcohólicas se da con mayor frecuencia en lugares públicos, donde pueden ser más fácilmente identificados por la policía y otras autoridades. La exposición diferencial a los factores de riesgo también es importante debido a que entre los grupos de menores ingresos se presenta con mayor frecuencia el consumo de alcohol de baja calidad y adulterado. Adicionalmente, existe evidencia que muestra cómo la cultura y los contextos en los que se bebe determinan una exposición diferenciada a los daños relacionados con el consumo de alcohol, a lo largo de todo el gradiente social. Las personas en países en vías de desarrollo, así como los grupos de menores ingresos económicos en países desarrollados, son comúnmente la población objetivo de las estrategias publicitarias de la industria alcohólica y los distribuidores. Algunas investigaciones ecológicas han documentado que los problemas de salud

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

relacionados con el consumo de alcohol son desproporcionadamente altos en las comunidades de bajos ingresos que están fuertemente expuestas a la publicidad y que cuentan con alta densidad de puntos de venta.

En cuanto a los determinantes para el caso del tabaco, dentro de las diferencias en la vulnerabilidad, la edad es un factor clave, ya que durante la adolescencia hay mayor riesgo. Los antecedentes familiares y el estatus socioeconómico influyen en el inicio del consumo de tabaco, tanto los bajos niveles de ingresos como de educación de los padres se asocian con mayores niveles de consumo de tabaco, lo cual se hace todavía más evidente conforme el estatus socioeconómico disminuye. Otros factores que también influyen para que las personas consuman tabaco son: dificultad para resistir la presión social, especialmente entre los más jóvenes; desinformación acerca de los daños y riesgos que conlleva el consumo y la exposición al humo de tabaco; escepticismo de la prevención del consumo de tabaco; la presencia de problemas sociales, particularmente en la población de menores ingresos; coexistencia de problemas psicológicos o psiquiátricos; y un pobre rendimiento escolar.

Los distintos niveles de exposición van conformando la vulnerabilidad de las personas, a través de los diferentes elementos del ambiente físico y social que estimulan el inicio del consumo y disuaden los intentos por suspender el consumo. Entre estos se encuentran algunos de los siguientes: consumo de tabaco entre las personas del contexto de los individuos, especialmente el consumo entre los pares; disponibilidad de los productos del tabaco; publicidad y promoción específicamente dirigidas; y falta de apoyo por parte de la comunidad a los ambientes libres de humo de tabaco.

MODELO JURÍDICO

Contempla el consumo desde el punto de vista de las implicaciones legales y delictivas. El interés principal son las sustancias y su situación legal. Este modelo asume que las drogas que no están consideradas como legales son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales, y por tanto deben quedar fuera del alcance de las personas. Con esto se busca proteger al individuo y a la sociedad. Desde la perspectiva de este modelo no se busca el análisis detallado del fenómeno del consumo de drogas, ni de las causas del mismo. Lo más importante es resaltar la responsabilidad de quienes consumen y del sistema judicial, que deberá aplicar las sanciones correspondientes para, mediante la intervención coercitiva, se garantice en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva.

MODELO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO

El foco de atención está en el análisis de la oferta y disponibilidad de una sustancia dada en el seno de una población determinada, o de la sociedad. Principalmente se dedica al análisis de las sustancias consideradas como legales (alcohol y tabaco) y enfatiza la importancia de la disponibilidad de las mismas como factor explicativo de su consumo. En esta perspectiva, el análisis se hace sin entrar en el estudio de los determinantes personales, sociales, etc., que pudieran influir en el consumo de drogas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

MODELO MÉDICO TRADICIONAL

La dependencia a drogas se conceptualiza como una enfermedad caracterizada por la pérdida de control de la persona sobre su consumo, lo cual se genera exclusivamente por procesos internos del propio sujeto. Desde esta perspectiva, la explicación de la dependencia se limita a la interacción entre los elementos biológicos de las personas y las características farmacológicas de las sustancias psicoactivas adictivas. Su orientación es eminentemente biologicista, por lo que no constituye una interpretación suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de drogas. A pesar de esto, este modelo ha contribuido en gran medida a los avances científicos de la neurobiología sobre las sustancias psicoactivas adictivas. Además, ha permitido modificar la forma de referirse a quienes desarrollan dependencia como personas con trastornos por consumo de sustancias, en lugar de utilizar las estigmatizaciones de *“desviado, vicioso o delincuente”*.

MODELO DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Existen varias interpretaciones de este modelo, puede ser visto como un intento de aminorar las consecuencias adversas que el consumo de drogas tiene sobre aspectos como la salud y el bienestar de las personas, sin que se suspenda el consumo. También puede conceptualizarse como el objetivo de algún programa de tratamiento, por ejemplo, la terapia de sustitución con metadona, o incluso como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas que hace énfasis en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias. El punto clave es que el consumo de drogas en cada persona concreta es aceptado como un hecho que surge de su decisión particular.

MODELO DE LA PRIVACIÓN SOCIAL

Se refiere principalmente a las condiciones socioeconómicas en las que sucede el consumo de las sustancias. Más allá de las condiciones exclusivamente económicas, se prioriza en la relación del consumo en las clases sociales de menores ingresos. El modelo refiere que factores como pobreza, discriminación y falta de oportunidades, pueden favorecer el consumo. Dentro de las múltiples interpretaciones del modelo, la relación drogas – privación social se puede explicar tanto por el significado transgresor que se le confiere en la sociedad, como por la experiencia liberadora de ansiedad, aliviadora de sensaciones desagradables y depresivas, que genera gratificaciones corporales y psicológicas. Se acepta que la relación entre pobreza y drogas no es de causa – efecto, pero se plantea que la eliminación de factores que dificulten el bienestar social debe ser un objetivo a alcanzar.

MODELO DE LOS FACTORES SOCIOESTRUCTURALES

Se plantea que el consumo de drogas forma parte del estilo de vida tanto de la persona, en el plano individual, como de manera colectiva, al grupo social al que se pertenece. La problemática de las drogas se visualiza como un fenómeno social y grupal, más allá de lo individual. Es por esto que el consumo varía entre los diferentes grupos sociales, en función de diferentes factores como: género, edad, grado de escolaridad, lugar de residencia y/o procedencia, momento histórico-social, etc. El enfoque del modelo tiene una visión de

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

profundidad ya que toma en cuenta la vinculación de la conducta de consumo con factores colectivos, que van más allá del aspecto económico.

MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El consumo de drogas se observa como un problema que afecta la salud física, psíquica y relacional de los individuos y que puede reducirse a través de procedimientos educativos que buscan transmitir conocimiento acerca de los comportamientos que suponen riesgos para la salud, así como también los que favorecen la buena salud y la protegen. El modelo plantea enfatizar en los aspectos educativos y comunicativos, más allá de la simple divulgación de la información. El consumo se explica a través de la forma en la que se modifica la percepción de riesgo, debido a la falta de información, o la desinformación.

MODELO PSICOLÓGICO INDIVIDUALISTA

Se enfoca en el individuo, visualizando la complejidad y variabilidad de la conducta humana. El consumo de sustancias psicoactivas adictivas se conceptualiza como un comportamiento más, que puede analizarse y explicarse bajo los mismos principios de cualquier otra conducta humana. Dentro de los elementos explicativos, se consideran y estudian los rasgos de la personalidad, las necesidades individuales, actitudes, valores, hábitos y estilos de interrelación social de la persona que consume. Desde la perspectiva de este modelo, el consumo de drogas satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica (por ejemplo, emociones y sensaciones que pueden interpretarse como ansiedad, distrés, etc.), del estado de ánimo o social, especialmente por la dificultad de satisfacer dichas necesidades por otros medios. En particular, se observan las variables psicológicas que actúan como factores predisponentes al consumo (factores de riesgo), lo que configura la vulnerabilidad individual. Se estudia la conducta del consumo más allá de la dependencia.

MODELO SOCIO-ECOLÓGICO

Plantea que la conducta humana depende de contextos más amplios y es el resultado de la progresiva adaptación mutua entre la persona y su entorno. Desde esta visión, la salud se conceptualiza como la interacción entre las relaciones en el contexto que se desarrolla la conducta de las personas. Este modelo se fundamenta en la consideración de las interrelaciones e interdependencias complejas entre la biología individual, el comportamiento y el sistema ambiental, compuesto por los diferentes niveles del contexto. Se redimensiona el fenómeno del consumo como un problema que incluye al individuo, la familia, la comunidad, la sociedad, el momento histórico-cultural, los sistemas político, económico y jurídico, la propia sustancia psicoactiva y sus efectos farmacológicos. El consumo se interpreta considerando la interacción de factores englobados en tres categorías principales: 1) la droga, 2) la persona y 3) el ambiente. En dichas categorías se pueden encontrar diferentes factores de riesgo, que no deben observarse de manera aislada, sino interrelacionadas, como conjuntos de fuerzas que influyen la conducta de las personas. Los individuos son sujetos activos en la definición de sus conductas, que reciben influencia del medio.

Teorías sobre el desarrollo de trastornos por consumo de drogas

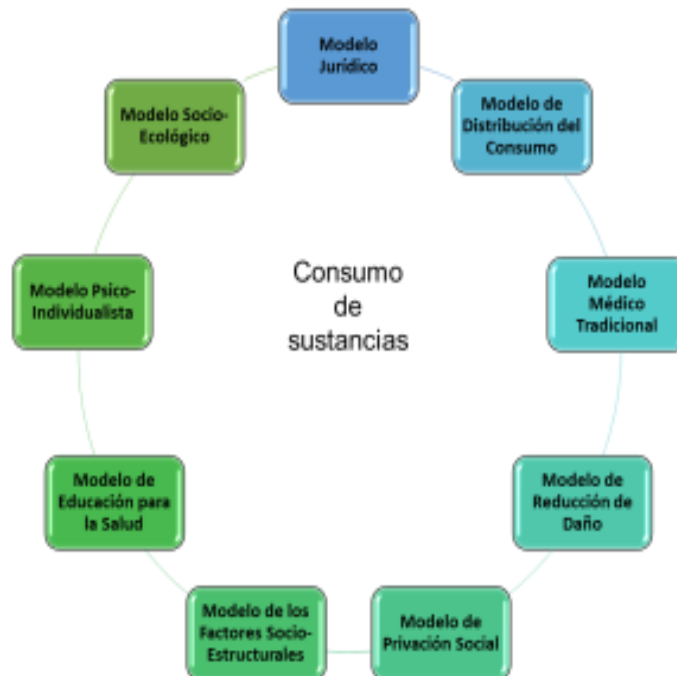
Modelo de riesgo – protección



✗ Los factores de riesgo logran impactar a los individuos susceptibles, debido a que no cuentan con los factores de protección que la familia y la sociedad deberían brindarle

✓ Para favorecer los factores de protección, es indispensable difundir las intervenciones entre los individuos vulnerables, sus padres y la sociedad en general

Modelos de desarrollo del trastorno.



CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)⁵⁴

Actualmente, a nivel mundial la mayor parte de la población no consume drogas, y de quienes llegan a probarlas, solamente una fracción desarrollará trastornos por consumo, como la dependencia. Este proceso se genera de manera heterogénea y particular entre los individuos, por lo que se debe tomar en cuenta la influencia de los factores de riesgo y protección, así como también la interrelación que existe entre esos factores y sistemas complejos como el medio ambiente o la comunidad. Esto se puede comprender y manejar con mayor facilidad desde una visión enriquecida del enfoque bio – psico – social, la cual es planteada como el modelo de los DSS, donde se proponen cinco áreas de análisis que son categorías comunes y aplicables a cualquier fenómeno que, con un enfoque integral, se quiera analizar en la población: 1) el contexto y la posición socioeconómica; 2) la exposición diferencial a los factores de riesgo; 3) la vulnerabilidad diferencial a los riesgos; 4) los resultados diferenciales de la atención a la salud; y 5) las variaciones en las consecuencias sociales.

En cada una de estas áreas hay un gran número de factores que ejercen algún grado de influencia en el proceso de consumo de drogas. Son de particular interés las diferencias en la vulnerabilidad, donde, entre varias cosas, podemos ubicar la presencia de elementos psicológicos (como los componentes y síntomas de ansiedad y depresión) que pueden favorecer el consumo, así como los trastornos y diferentes problemas asociados al mismo. El modelo de los DSS nos permite conceptualizar estos elementos psicológicos individuales como parte del fenómeno del consumo observado en las personas, dentro de un marco más amplio que muestra las interrelaciones e interdependencias con las otras áreas o categorías de análisis.

⁵⁴ WHO. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.



GENÉTICA Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

Los estudios y análisis de datos epidemiológicos de la genética indican que los genes tienen un claro papel en el riesgo de desarrollar el trastorno de dependencia a diferentes drogas. De acuerdo a la sustancia de la que se trate, la heredabilidad (proporción del fenotipo observado que puede ser explicada por factores genéticos) varía entre 40 y 80%. Debido a que es una enfermedad genéticamente compleja, no se ajusta al patrón clásico de herencia mendeliana⁵⁵.

⁵⁵ Lander, E. S. & Schork, N. J. (1994). Genetic dissection of complex traits. *Science*, 265, 2037 – 2048.

Teorías sobre el desarrollo de trastornos por consumo de drogas

Genética y **dependencia** de drogas



- es una enfermedad genéticamente compleja (no se ajusta al patrón clásico de herencia mendeliana)
- estudios epidemiológicos indican que ciertos genes confieren riesgo de desarrollar trastorno de **dependencia** a diferentes drogas
- la vulnerabilidad para la **dependencia** se determina en función del efecto combinado de múltiples genes y la influencia que esto ejerce conjuntamente con diversos factores ambientales
- en el contexto clínico los análisis genéticos todavía no son concluyentes, y continúan en fase de investigación y desarrollo

Fuentes:

- Lander, ES y Schork NJ. (1994). Genetic dissection of complex traits. *Science*; 265: 2037 – 2048.
- Covault J, Tennen H, Armeli S, Conner TS, Herman AI, Cillessen AHN, et al. (2007). Interactive effects on the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and stressful life events on college student drinking and drug use. *Biol Psychiatry*; 61: 609 – 616.
- Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Crouse-Artus M, Lipschitz D, Cristal JH, et al. (2007). Genetic and environmental predictors of early alcohol use. *Biol Psychiatry*; 61: 1228 – 1234.
- Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

La vulnerabilidad para el trastorno de dependencia se determina en función del efecto combinado de múltiples genes y la influencia que esto ejerce conjuntamente con diversos factores ambientales^{56,57}.

Actualmente todavía no se conocen con exactitud los genes específicos que confieren la susceptibilidad a las personas. Por esta razón, en el contexto clínico los análisis genéticos todavía no son concluyentes y continúan en fase de investigación y desarrollo.

⁵⁶ Covault, J., Tennen, H., Armeli, S., Conner, T. S., Herman, A. I., Cillessen, A. H. N., et al. (2007). Interactive effects on the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and stressful life events on college student drinking and drug use. *Biological Psychiatry*, 61, 609 – 616.

⁵⁷ Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Crouse-Artus, M., Lipschitz, D., Cristal, J. H., et al. (2007). Genetic and environmental predictors of early alcohol use. *Biological Psychiatry*, 61, 1228 – 1234.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CIE-10

Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª versión



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el consumo relacionado al consumo de sustancias se clasifica en Uso Nocivo o Consumo Perjudicial, Síndrome de Dependencia, Síndrome de Abstinencia y Síndrome de Abstinencia con Delirium.

El valor de “x” dentro de cada diagnóstico alude a la sustancia de consumo y deberá marcarse con números, es decir, 0 para Alcohol, 1 Opioides, 2 Cannabinoides, 3 Sedantes, 4 Cocaína, 5 Estimulantes (cafeína), 6 Alucinógenos, 7 Tabaco, 8 Disolventes y 9 Psicotrópicos.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

Diagnóstico relacionados al consumo de sustancias.

- F1x. 1 Uso Nocivo o Consumo Perjudicial
- F1x. 2 Síndrome de Dependencia
- F1x. 3 Síndrome de Abstinencia
- F1x. 4 Síndrome de Abstinencia con Delirium.

El valor "x" dentro del diagnóstico, alude a la sustancia de consumo y deberá marcarse con los siguientes números:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 0 – Alcohol | 5 – Estimulantes (cafeína) |
| 1 – Opioides | 6 – Alucinógenos |
| 2 – Cannabinoides | 7 – Tabaco |
| 3 – Sedantes/hipnóticos | 8 – Disolventes |
| 4 – Cocaína | 9 – Psicotrópicos |

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

F1x.1 Uso Nocivo o Consumo perjudicial. Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x. 1 Uso Nocivo o Consumo perjudicial

- Para establecer el diagnóstico es necesario que se haya afectado la salud mental o física de la persona que consume la sustancia.
- Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos, que habitualmente las personas justifican o niegan.
- El que una forma de consumo o droga en particular sean reprobados por terceros, o el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial. Tampoco lo es la sola presencia de alguna consecuencia social negativa como ruptura matrimonial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

F1x.2 Síndrome de Dependencia. Este síndrome consiste en la presencia de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, y se caracterizan porque el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para la persona. Esto se expresa en el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de consumir la sustancia. Otro aspecto relevante es que en las personas que han desarrollado dependencia, la recaída lleva a la rápida instauración del síndrome de dependencia.

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

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.2 Síndrome de Dependencia (1 de 4)

- Presencia de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, y se caracterizan porque el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para la persona. Esto se expresa en el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de consumir la sustancia. Otro aspecto relevante es que en las personas que han desarrollado dependencia, la recaída lleva a la rápida instauración del síndrome de dependencia.
 - El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:
 - a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
 - b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
 - e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.2 Síndrome de Dependencia (2 de 4)

- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.2 Síndrome de Dependencia (3 de 4)

- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 En la actualidad, en abstinencia.

F1x.21 En la actualidad, en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22 En la actualidad, en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina; dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad, en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.2 Síndrome de Dependencia (4 de 4)

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

El diagnóstico se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.25 Con consumo continuo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

F1x.3 Síndrome de abstinencia. Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

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

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

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.3 Síndrome de Abstinencia (1 de 2)

- Conjunto de síntomas presentes al suspender absoluta o relativamente el consumo de una droga, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución se limitan en el tiempo y dependen del tipo de droga y dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Las convulsiones son una posible complicación.
- Debe tomarse en cuenta que el síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia.
- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los síntomas desaparezcan al volver a consumir la sustancia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Los síntomas del síndrome de abstinencia se inducen por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.3 Síndrome de Abstinencia (2 de 2)

- Los síntomas del síndrome pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:
- **F1x.30** No complicado.
- **F1x.31** Con convulsiones.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium. Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

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

Excluye:

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

F1x.4 Síndrome de Abstinencia con Delirium

- Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium.
- Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso.
- Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.
- Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.-).
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:
 - **F1x.40** Sin convulsiones.
 - **F1x.41** Con convulsiones.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

DSM-5

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. El término adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra, trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. La palabra adicción se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

El DSM-5 define una serie de criterios comunes para el Trastorno por Consumo de cualquier droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...). Dependiendo de la(s) sustancia(s) en cuestión, se debe registrar el(los) diagnóstico(s) correspondiente(s).

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Trastorno por Consumo de Droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...)

Un modelo problemático de consumo de droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

Criterios

1. Se consume droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...) con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...), consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...).
7. El consumo de provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la droga en cuestión a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc...) para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la droga en cuestión.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a) Presencia del síndrome de abstinencia característico de la droga en cuestión (véanse los Criterios de la abstinencia en el DSM-V).
 - b) Se consume la droga en cuestión (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar la gravedad actual del trastorno

Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

COMORBILIDAD

Aunque no todas las personas que consumen drogas desarrollan trastornos como la dependencia, el contacto con las sustancias puede acarrear otros riesgos y consecuencias importantes para la salud. El término comorbilidad⁵⁸ se refiere a la presencia de dos o más trastornos o enfermedades en la misma persona, los cuales pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. Esto también implica que existe interacción entre los trastornos o enfermedades en cuestión, lo que puede empeorar su evolución.

COMORBILIDAD

CONSUMO DE DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES

En las personas con trastornos por consumo de drogas un reto importante es identificar de forma fiable y válida la presencia de otro trastorno mental concurrente⁵⁹, en especial porque tanto el consumo de drogas como la supresión pueden producir efectos similares a los síntomas de los trastornos mentales. El consumo de drogas puede inducir, empeorar o atenuar la

⁵⁸ NIDA. (2011). *La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, US Department of Health & Human Services.

⁵⁹ Torrens, M., Astals, M., & Castillo, C. (2006). Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de Toxicomanías (pp. 341 – 351), Madrid, España: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

sintomatología psiquiátrica y viceversa, lo que además de dificultar el diagnóstico, afecta el resultado del proceso terapéutico.

Se han desarrollado diversas posibles explicaciones de la relación entre trastornos por consumo de drogas y trastornos mentales, y en la actualidad se consideran tres principales mecanismos⁶⁰:

1. **Dependencia de sustancias como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica:** la intoxicación aguda, el consumo crónico y el síndrome de abstinencia o supresión pueden producir sintomatología muy semejante a la de varios trastornos psiquiátricos, tales como ánimo deprimido, ansiedad (desde grado menor hasta crisis de pánico) e incluso alucinaciones, entre otros.
2. **Psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de dependencia a drogas:** en este apartado se considera la posibilidad de la teoría de la automedicación, propuesta por Khantzian, donde se plantea que el consumo alivia la sintomatología y/o malestar producido por los trastornos mentales.
3. **Coexistencia de una vulnerabilidad especial del sujeto para padecer ambos trastornos:** existe una vulnerabilidad común para el desarrollo de los trastornos concurrentes, o un tercero relacionado, como por ejemplo trastorno de personalidad. Se plantea que podrían influir rasgos temperamentales comunes, disfunciones neuro-biológicas, psico-sociales o factores del entorno que influyen en la predisposición.

⁶⁰ Ochoa, E., Salvador, E., Vicente, M., & Madoz, A. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y adicciones. En C., Pereiro (Eds). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 701 – 731). Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Posibles explicaciones de la relación:

1. Dependencia de sustancias como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica
2. Psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de dependencia a drogas
3. Coexistencia de una vulnerabilidad especial del sujeto para padecer ambos trastornos

Fuente: Ochoa E, Salvador E, Vicente M, Madoz A. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y adicciones. En: Pereiro C (Editor). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid pp. 701 – 731.

En comparación con población general, se han documentado mayores proporciones de la presencia de diferentes trastornos mentales en personas que consumen alcohol y otras drogas⁶¹.

Ansiedad. En personas con dependencia a la cocaína se observa mayor frecuencia de presentación de fobia social, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo, aunque estos trastornos tienen una asociación etiopatogénica heterogénea^{62,63,64}.

El consumo de cocaína además de producir euforia y, en ocasiones disforia, también genera incremento de ansiedad y suspicacia⁶⁵. Los efectos estimulantes de la cocaína esnifada duran entre 30 y 60 minutos, y cuando empiezan a disminuir se experimenta ansiedad, lo que

⁶¹ Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., & Goodwin, F. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse, Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264 (19), 2511 – 2518.

⁶² Myrick, H., Brady, K. T. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal on Addiction*, 6 (2), 99 – 104.

⁶³ Najavits, L. M. et al. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 214 – 219.

⁶⁴ Rounsaville, B., & Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA Research Monograph* 110, 227 – 251.

⁶⁵ Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

frecuentemente lleva a consumir la siguiente dosis⁶⁶. Así mismo, la pasta base de cocaína, que al fumarse llega velozmente al cerebro, presenta rápidamente una caída de los efectos antes mencionados y aparecen manifestaciones psíquicas como angustia y ansiedad entre otras⁶⁷.

También se ha descrito el desarrollo de síntomas de ansiedad en pacientes con síntomas de abstinencia por cocaína (Lugones y López, 2005).

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Ansiedad

En personas con dependencia a cocaína hay mayor frecuencia de presentación de fobia social, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo.

El consumo de cocaína además de producir euforia, también genera incremento de ansiedad y suspicacia.

Al disminuir los efectos estimulantes de la cocaína se experimenta ansiedad, lo que frecuentemente lleva a consumir la siguiente dosis.

Los efectos euforizantes de la pasta base de cocaína se disipan rápidamente y aparecen manifestaciones psíquicas como angustia y ansiedad entre otras.

Fuentes:

- Myrick H, Brady KT. (1997). Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal on Addiction* 6(2), 99 – 104.
- Najavits LM y cols. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry* 155(2), 214 – 219.
- Rounsaville B, Carroll K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA Research Monograph* 110, 227 – 251.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ruiz AE, Méndez M, Prieto B, Romano A, Caynas S, Prospéro O. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental* 33, 535 – 542.
- UNODC, JND. (2007). *Pasta base de cocaína, prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Junta Nacional de Drogas del Uruguay. Montevideo.

Depresión. Las drogas ejercen sus efectos a través de diferentes vías y redes neuronales, que involucran múltiples mecanismos de neurotransmisión; las alteraciones en éstos pueden llevar a que se presenten trastornos del estado del ánimo, como la depresión.

⁶⁶ Ruiz, A. E., Méndez, M., Prieto, B., Romano, A., Caynas, S., & Prospéro, O. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*, 33, 535 – 542.

⁶⁷ UNODC, JND. (2007). *Pasta base de cocaína, prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos*. Montevideo: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Junta Nacional de Drogas del Uruguay.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Estudios en población general han documentado la presencia conjunta de depresión y trastornos por consumo de alcohol^{68,69}.

Los trastornos por consumo elevado de alcohol se asocian con mayor riesgo de episodios depresivos temporales, ideas e intentos de suicidio y ansiedad e insomnio graves⁷⁰.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Depresión

Las drogas producen alteraciones en las vías y redes neuronales, por lo que se pueden presentar trastornos del estado del ánimo, como la depresión.

Estudios en población general han documentado la presencia conjunta de depresión y trastornos por consumo de alcohol.

Los trastornos por consumo elevado de alcohol se asocian con mayor riesgo de episodios depresivos temporales, ideas e intentos de suicidio y ansiedad e insomnio graves.

Fuentes:

- Conway KP, Compton W, Stinson FS, et al. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67, 247 – 58.
- Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. (2011). Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 117, 145 – 51.
- Schuckit M. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet* 373, 492 – 501.

Esquizofrenia. Se ha documentado que el consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis y cocaína incrementa el riesgo de presentar sintomatología psicótica⁷¹ y las personas con esquizofrenia que son dependientes a drogas presentan de manera más temprana síntomas⁷² y reportan una menor calidad de vida.

⁶⁸ Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., et al. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247 – 58.

⁶⁹ Cranford, J. A., Nolen-Hoeksema, S., & Zucker, R. A. (2011). Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*, 117, 145 – 51.

⁷⁰ Schuckit, M. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 492 – 501.

⁷¹ Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511 – 2518.

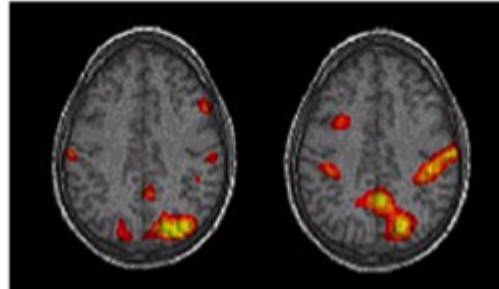
⁷² Addington, J., & Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 134 – 136.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Esquizofrenia

Se ha documentado que el consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis y cocaína incrementa el riesgo de presentar sintomatología psicótica y las personas con esquizofrenia que son dependientes a drogas presentan de manera más temprana síntomas y reportan una menor calidad de vida.



Resonancia Magnética Funcional donde se observan áreas con funcionalidad disminuida en cerebro con esquizofrenia (izquierda) y cerebro de usuario crónico de marihuana (derecha).

Fuente: Schizophrenia Research Institute
www.schizophreniaresearch.org.au

Fuentes:

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*; 264: 2511 – 2518.

Addington J, Addington D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry*; Suppl. 172(33): 134 – 136.

Suicidio. Históricamente, los países de América Latina han registrado tasas de suicidio menores al promedio mundial⁷³. Se considera que existen varias posibles razones de esto, entre las que destaca que los datos de mortalidad correspondientes a la región se han calificado como irregulares, especialmente al compararlos con la información de países europeos⁷⁴. Al realizar diferentes análisis es necesario considerar estos elementos, sin embargo, existe evidencia sólida de la asociación entre consumo de drogas y riesgo de suicidio. Se ha reportado asociación entre la ideación suicida y el consumo de drogas⁷⁵. El consumo agudo y crónico de cannabis se han señalado como factores de riesgo que influyen en la **suicidalidad**⁷⁶, aunque el análisis de la evidencia aún no es concluyente y continúa en estudio⁷⁷.

⁷³ Vijayakumar, L., Nagaraj, K., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (1): frequency, distribution, association with socioeconomic indicators. *Crisis*, 26, 104 – 111.

⁷⁴ Bertolote, J. L., & Fleischman, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Sociology*, 7, 6 – 8.

⁷⁵ Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 20 (7), 20 – 27.

⁷⁶ La **suicidalidad** es un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida (Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46 (2), 115 – 123.).

⁷⁷ Borges, G., Bagge, C., & Orozco, R. (2016). A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *JAD*, 195, 63 – 74.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Suicidio

Existe evidencia sólida de la asociación entre consumo de drogas y riesgo de suicidio.

Se ha reportado asociación entre la ideación suicida y el consumo de drogas.

El consumo agudo y crónico de cannabis se han señalado como factores de riesgo que influyen en la **suicidalidad**, aunque el análisis de la evidencia aún no es concluyente y continúa en estudio.

Lesiones autoinflingidas deliberadamente (LAD)

Se ha documentado relación con sintomatología depresiva y consumo de drogas, principalmente alcohol.

Fuente:

Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*; 20(7): 20 – 27.
Borges G, Bagge C, Orozco R. (2016). A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *JAD*; 195: 63 – 74.
González-Forteza C, Romero-Basaldúa L, Jiménez-Tapia A. (2009). Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 47(Supl 1): 541 - 546.

CONSUMO DE DROGAS Y ENFERMEDADES ORGÁNICAS

Es muy importante recordar que las personas con trastornos por consumo de drogas están expuestas a factores de riesgo que pueden afectar su salud. Más allá del síndrome de dependencia, se pueden presentar afectaciones de diferentes órganos y sistemas.

Arritmias cardiacas. Las personas que consumen solventes inhalables llegan a experimentar arritmias cardiacas, debido a que se ha documentado que estas sustancias bloquean los canales de sodio en el sistema de conducción del corazón⁷⁸.

⁷⁸ Cruz, M. C. S, Orta-Salazar, G., Gauthereau, M., Millán, L., & Salinas-Stefanon, E. (2003). Inhibition of cardiac sodium currents by toluene exposure. *British Journal of Pharmacology*, 140, 653 – 660.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Arritmias cardiacas

Las personas que consumen solventes inhalables llegan a experimentar arritmias cardiacas, debido a que se ha documentado que estas sustancias bloquean los canales de sodio en el sistema de conducción del corazón.



Fuente: Cruz S, Orta-Salazar G, Gauthereau M, Millán L, Salinas-Stefanon E. (2003). Inhibition of cardiac sodium currents by toluene exposure. *British Journal of Pharmacology*; 140: 653 – 660.

Cáncer

Cáncer de mama. Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama en mujeres que iniciaron el consumo de tabaco antes de embarazarse por primera vez⁷⁹.

Cáncer de pulmón. Fumar tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón. El riesgo aumenta con la dosis diaria, la dosis acumulada, el número de años de consumo y el inicio del consumo a edades tempranas⁸⁰.

Alcohol y cáncer. Aunque no se conocen con exactitud los mecanismos biológicos subyacentes, existe evidencia epidemiológica que indica que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de orofaringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y mama⁸¹.

⁷⁹ Gaudet, M., Gapstur, S. M., & Sun, J. (2013). Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 105 (8), 515 –525.

⁸⁰ Caicoya, M. & Mirón, J.A. (2003). Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gac Sanit*, 17 (3), 226 – 30.

⁸¹ Connor, J. (2016). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*, 112 (2), 222 – 228.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

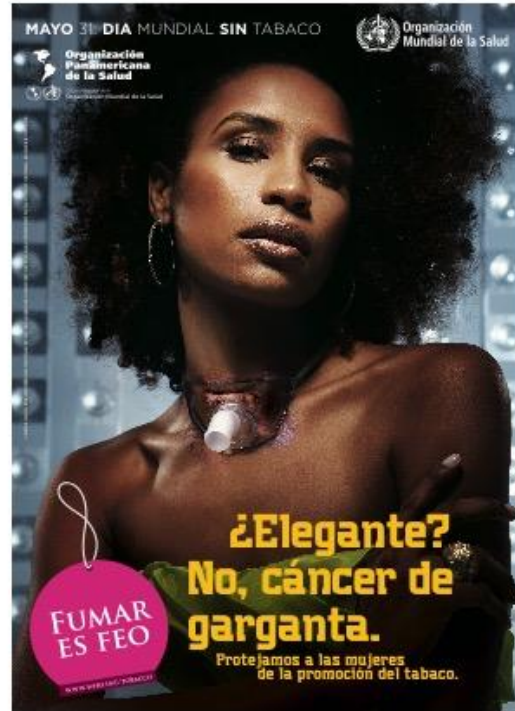
Cáncer

Cáncer de mama

Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama en mujeres que iniciaron el consumo de tabaco antes de embarazarse por primera vez.

Cáncer de pulmón

Fumar tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón. El riesgo aumenta con la dosis diaria, la dosis acumulada, el número de años de consumo y el inicio del consumo a edades tempranas.



Fuente: Gaudet M, Gapstur SM, Sun J. (2013). Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*; 105(8): 515 – 525.

Caicoya M, Mirón JA. (2003). Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gac Sanit*; 17(3): 226 – 30.

Diabetes. La relación entre consumo de alcohol y desarrollo de diabetes es bien conocida desde hace varios años y continúa documentándose, a pesar de que anteriormente se habían reportado supuestos beneficios del consumo en pequeñas cantidades⁸².

⁸² Pereiro, C. (2006). Alcohol y diabetes: más evidencias sobre daños para la salud. *Adicciones*, 18 (3), 283 – 284.

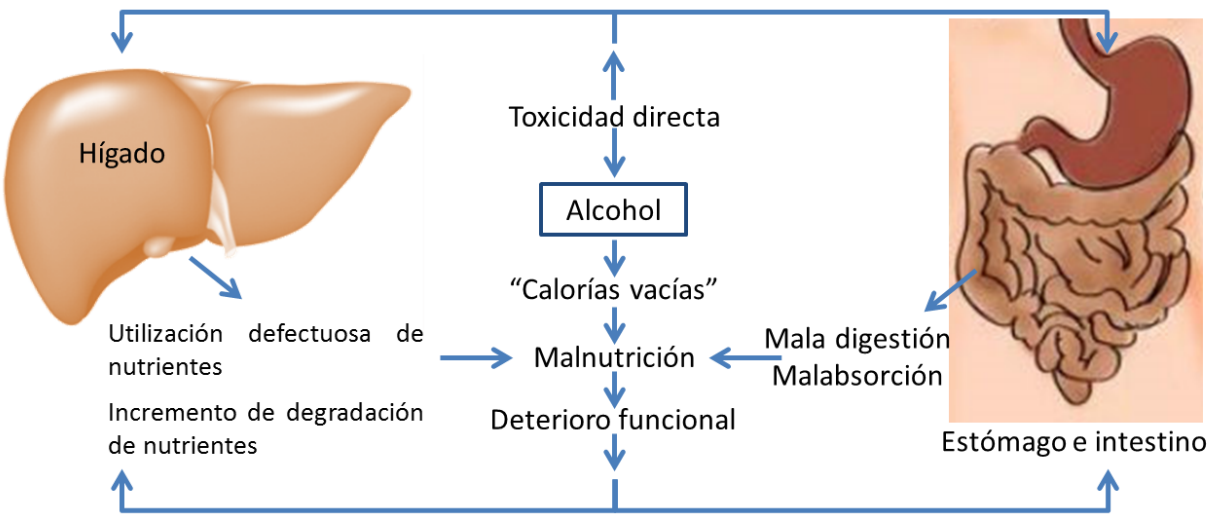
Comorbilidad

Diabetes

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

La relación entre consumo de alcohol y desarrollo de diabetes es bien conocida desde hace varios años y continúa documentándose, a pesar de que anteriormente se habían reportado supuestos beneficios del consumo en pequeñas cantidades.

Fuente: Pereiro C. (2006). Alcohol y diabetes: más evidencias sobre daños para la salud. *Adicciones*; 18(3): 283 – 284.



Fuente: Moreno R, Cortés J. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr Hosp*; 23(Supl. 2): 3 – 7.

Enfermedad cerebrovascular. Se ha asociado el fumar cannabis con el desarrollo de arteriopatías⁸³ y enfermedad cerebrovascular⁸⁴. Recientemente se han documentado algunos casos de enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes que fuman cannabis, donde se propone que el mecanismo responsable de producir la enfermedad fue hiperplasia de la íntima⁸⁵, asociada al consumo.

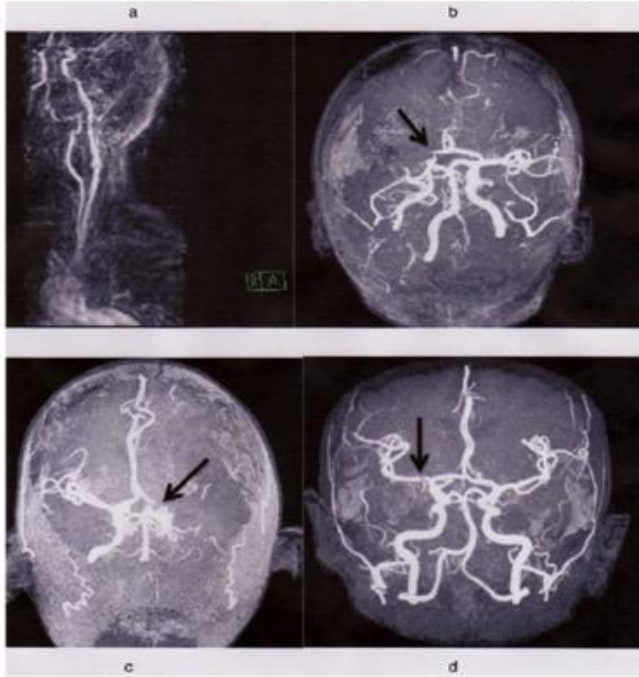
⁸³ Desbois, A. C., Cacoub, P., & France, P. (2013). Cannabis-associated arterial disease. *Ann Vasc Surg*, 27, 996 – 1005.

⁸⁴ Wolff, V., Armspach, J. P., Lauer, V., et al. (2013). Cannabis-related stroke myth or reality? *Stroke*, 44, 558 – 563.

⁸⁵ NtIholang, O., McDonagh, R., Nicholson, S., Brett, F., Bradley, D., & Harbison, J. (2015). Is intimal hyperplasia associated with cranial arterial stenosis in cannabis-associated cerebral infarction? *Int J Stroke*, 10 (6), E56 – E59.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Enfermedad cerebrovascular

Se ha asociado el fumar cannabis con el desarrollo de arteriopatías y enfermedad cerebrovascular.

En (a) y (b) se observa la limitación del flujo y estenosis de la carótida interna (c), y en (d) estenosis de la cerebral media

Fuentes:

Desbois AC, Cacoub P, France P. (2013). Cannabis-associated arterial disease. *Ann Vasc Surg*; 27: 996 – 1005.

Wolff V, Armspach J-P, Lauer V et al. (2013). Cannabis-related stroke myth or reality? *Stroke*; 44: 558 – 563.

Ntlholang O, McDonagh R, Nicholson S, Brett F, Bradley D, Harbison J. (2015). Is intimal hyperplasia associated with cranial arterial stenosis in cannabis-associated cerebral infarction? *Int J Stroke*; 10(6): E56 – E59.

Hipertensión. Existe evidencia documentada de la relación del consumo de drogas como el alcohol y la cocaína con el riesgo de desarrollar hipertensión arterial⁸⁶.

Ictus. El vasoespasmo es uno de los efectos de la cocaína que producen importantes complicaciones y contribuye a que el consumo de la droga sea un factor de riesgo cerebrovascular independiente tanto para eventos isquémicos como hemorrágicos, en particular en menores de 55 años de edad⁸⁷. El consumo es un factor de riesgo tanto para que se presenten accidentes cerebrovasculares isquémicos (OR = 2.03, intervalo de confianza al 95% = 1.48-2.79) o hemorrágicos (OR = 2.33, intervalo de confianza al 95% = 1.74-3.11), independientemente de la frecuencia o la duración del consumo^{88,89,90}.

⁸⁶ Lozano, J. V. (2001). Hipertensión arterial por ingestión de sustancias exógenas. *Hipertensión*, 18 (1), 25 – 29.

⁸⁷ Larrosa-Campo, D., Ramón-Carbajo, C., Benavente-Fernández, L., Álvarez-Escudero, R., Zeidan-Ramón, N., Calleja-Puerta, S., et al. (2013). Diagnóstico del ictus por cocaína y sus complicaciones. *Rev Neurol*, 57, 167 – 70.

⁸⁸ Daras, M., Tuchman, A. J., & Marks, S. (1991). Central nervous system infarction related to cocaine abuse. *Stroke*, 22, 1320 – 1325.

⁸⁹ Westover, A. N., McBride, S., & Haley, R. W. (2007). Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 495 – 502.

⁹⁰ Brown, E., Prager, J., Lee, H. Y., & Ramsey, R. G. (1992). CNS complications of cocaine abuse: prevalence, pathophysiology and neuroradiology. *AJR Am J Roentgenol*, 159, 137 – 147.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Hipertensión

Existe evidencia documentada de la relación del consumo de drogas como el alcohol y la cocaína con el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

Fuente: Lozano JV. (2001). Hipertensión arterial por ingestión de sustancias exógenas. *Hipertensión*; 18(1): 25 – 29.

Ictus

El vasoespasmo por cocaína contribuye a que el consumo de la droga sea un factor de riesgo cerebrovascular independiente tanto para eventos isquémicos como hemorrágicos, en particular en menores de 55 años de edad.

Independientemente de la frecuencia o la duración del consumo de cocaína, es un factor de riesgo tanto para que se presenten accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos.

Fuentes: Larrosa-Campo D, Ramón-Carbajo C, Benavente-Fernández L, Álvarez-Escudero R, Zeidan-Ramón N, Calleja-Puerta S, et al. (2013). Diagnóstico del ictus por cocaína y sus complicaciones. *Rev Neurol*; 57: 167 – 70.
Daras M, Tuchman AJ, Marks S. (1991). Central nervous system infarction related to cocaine abuse. *Stroke*; 22: 1320 – 1325.
Westover AN, McBride S, Haley RW. (2007). Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry*; 64: 495 – 502.
Brown E, Prager J, Lee HY, Ramsey RG. (1992). CNS complications of cocaine abuse: prevalence, pathophysiology and neuroradiology. *AJR Am J Roentgenol*; 159: 137 – 147.

Lesión renal aguda. En algunos casos se ha llegado a registrar que el consumo de metanfetaminas puede causar hepatotoxicidad, rabdomiólisis, cardiotoxicidad, nefrotoxicidad, y neurotoxicidad de manera separada o a veces combinada como toxicidad multi-sistémica⁹¹. La nefrotoxicidad generalmente se presenta como lesión renal aguda, hiponatremia, e hipertensión⁹².

Patología digestiva. El uso nocivo de alcohol es una de las principales causas de pancreatitis a nivel mundial⁹³. En usuarios de crack se han documentado perforaciones gastroduodenales⁹⁴.

⁹¹ Gurel, A. (2016). Multisystem toxicity after methamphetamine use, Case Report. *Clinical Case Reports*, 4 (3), 226 – 227.

⁹² Campbell, G. & Rosner, M. (2008). The agony of ecstasy: MDMA and kidney. *Clin. J Am Soc Nephrol*, 3, 1852 – 1860.

⁹³ González, A. (2004). Pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterol Mex*, 69, 133 – 135.

⁹⁴ Warner, E. (1993). Cocaine abuse. *Ann Intern Med*, 119, 226 – 235.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Lesión renal aguda

Consumo de metanfetaminas puede causar hepatotoxicidad, rabdomiólisis, cardiotoxicidad, nefrotoxicidad, y neurotoxicidad de manera separada o a veces combinada como toxicidad multi-sistémica. La nefrotoxicidad generalmente se presenta como lesión renal aguda, hiponatremia, e hipertensión.

Fuentes:

Gurel A. (2016). Multisystem toxicity after methamphetamine use, Case Report. *Clinical Case Reports*; 4(3): 226 – 227.
Campbell, G, Rosner M. (2008). The agony of ecstasy: MDMA and kidney. *Clin. J Am Soc Nephrol*; 3: 1852 – 1860.

Patología digestiva

El uso nocivo de alcohol es una de las principales causas de pancreatitis a nivel mundial.

En usuarios de crack se han documentado perforaciones gastroduodenales.

Fuentes:

González A. (2004). Pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterol Mex*; 69: 133 – 135.
Warner E. (1993). Cocaine abuse. *Ann Intern Med*; 119: 226 – 235.

CONSUMO DE DROGAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Hepatitis C. Entre la población que consume drogas por vía intravenosa existe el riesgo de contraer la infección por virus de la hepatitis C (VHC). Se estima que entre 2% y 20% de la población con infección crónica por VHC desarrollará cirrosis hepática en un plazo de 20 años⁹⁵. El tratamiento con interferón debe basarse en una serie de marcadores biológicos e histológicos, la valoración de la inflamación y fibrosis en el tejido hepático, con seguimiento a los niveles de las enzimas hepáticas. La infección concurrente con VIH debe abordarse de manera integral.

Tuberculosis. Entre las personas que se inyectan drogas, así como entre algunos consumidores crónicos de alcohol, se ha observado una mayor frecuencia de infección tuberculosa latente y activa⁹⁶. Las condiciones de cronicidad en el consumo, vía de administración y contexto de consumo son algunos de los factores de riesgo para entrar en contacto con el agente infeccioso. Se recomienda incorporar las pruebas de detección de tuberculosis en las poblaciones con mayor riesgo de exposición.

⁹⁵ Santesmases, X., Tor, J., & Muga, R. (2006). Comorbilidad médica, en: *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos: Madrid pp. 378 – 387.

⁹⁶ Santesmases X, Tor J, Muga R. (2006). Comorbilidad médica, en: *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos: Madrid pp. 378 – 387.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades infecciosas

Hepatitis C

Entre la población que consume drogas por vía intravenosa existe el riesgo de contraer la infección por virus de la hepatitis C (VHC).

El tratamiento con interferón debe basarse en una serie de marcadores biológicos e histológicos, la valoración de la inflamación y fibrosis en el tejido hepático, con seguimiento a los niveles de las enzimas hepáticas. La infección concurrente con VIH debe abordarse de manera integral.

Tuberculosis

Entre las personas que se inyectan drogas, así como entre algunos consumidores crónicos de alcohol, se ha observado una mayor frecuencia de infección tuberculosa latente y activa.

Factores de riesgo: condiciones de cronicidad en el consumo, vía de administración y contexto de consumo. Se recomienda incorporar las pruebas de detección de tuberculosis en las poblaciones con mayor riesgo de exposición.

Fuente: Santesmases X, Tor J, Muga R. (2006). Comorbilidad médica, en: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos: Madrid pp. 378 – 387.

VIH/SIDA. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), puede contraerse al utilizar material contaminado para inyectarse drogas.

El uso nocivo de alcohol se asocia con múltiples problemas de salud en personas que viven con VIH⁹⁷. Además, un estudio del año 2000⁹⁸ mostró que existe mayor riesgo de infección por VIH en la conducta sexual de personas que consumen alcohol y cocaína, en comparación con quienes consumen una sola sustancia o no consumen ninguna.

También se ha documentado que en las personas que viven con VIH el consumo de cocaína produce mayor daño pulmonar a través de mecanismos de edema exacerbado y fibrosis, mediados por la proteína gp120 y el consumo de cocaína⁹⁹.

⁹⁷ Wandeler, G., Kraus, D., Fehr, J., et al (2016). The J-curve in HIV: low and moderate alcohol intake predicts mortality but not the occurrence of major cardiovascular events. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 71 (3), 302–309.

⁹⁸ Rasch, R., Weisen, C., MacDonald, B., Wechsberg, W., Perritt, R., & Dennis, M. (2000). Patterns of HIV risk and alcohol use among African-American crack abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 259 – 266.

⁹⁹ Zhang, X., Jiang, S., Yu, J., Kuzontkoski, P., & Groopman, J. (2015). Cocaine Enhanced HIV Damage to Lung Lymphatics. *Physiol Rep*, 3 (8), 1 – 16.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades infecciosas

VIH/SIDA

Riesgo de infección al utilizar material contaminado para inyectarse drogas.

Mayor riesgo de infección por VIH en la conducta sexual de personas que consumen drogas.

Fuentes:

Wandeler G, Kraus D, Fehr J, et al. The J-curve in HIV: low and moderate alcohol intake predicts mortality but not the occurrence of major cardiovascular events. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71(3):302–309.
 Rasch R, Weisen C, MacDonald B, Wechsberg W, Perritt R, Dennis M. (2000). Patterns of HIV risk and alcohol use among African-American crack abusers. *Drug and Alcohol Dependence*; 58: 259 – 266.
 Zhang X, Jiang S, Yu J, Kuzontkoski P, Groopman J. (2015). Cocaine Enhanced HIV Damage to Lung Lymphatics. *Physiol Rep*; 3(8): e12482, 1 – 16.

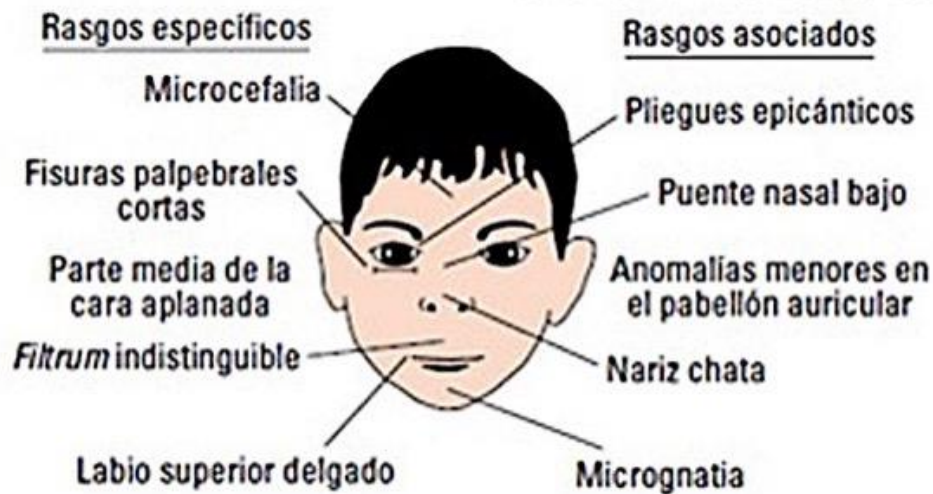


CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante el embarazo puede producir múltiples problemas de salud y sociales para la madre y la persona que se está gestando. El embarazo también puede ser una muy buena oportunidad para que la futura madre, su pareja y las otras personas con quienes convive, cambien sus patrones de consumo. Para brindar atención de manera óptima y ofrecer apoyo continuo, es fundamental que los profesionales de la salud que están en contacto y brindan atención a mujeres embarazadas, entiendan la complejidad de la problemática física, mental y social que viven las madres que consumen drogas.

Consumo de drogas durante el embarazo

Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)

Q86.0 *Síndrome (dismórfico) del alcohol en el feto*

Espectro de los trastornos provocados por la exposición al alcohol durante el período prenatal.

Fuentes:

- Rouquette J. (1957). Influence de la toxicomanie alcoolique parentale sur le développement physique & psychique des jeunes enfants. Université de Paris, Faculté de Médecine. Paris. [Thèse]. Pág. 62.
- Evrard S. (2010). Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*; 108(1): 61 – 67.
- Jones K, Smith D. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*; 2: 999 – 1001.

Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Fue descrito inicialmente en 1957 por Jacqueline Rouquette¹⁰⁰, durante su estancia en el Centro de Higiene Infantil de la Fundación Paul Parquet, en París. El SAF es una importante causa de retraso mental en el mundo¹⁰¹. Se caracteriza por deficiencias o disminución del crecimiento y desarrollo, características faciales anormales y anomalías del sistema nervioso central. El SAF pertenece al espectro de los trastornos provocados por la exposición al alcohol durante el período prenatal, los cuales reciben el nombre de trastornos del espectro alcohólico fetal (o FASD, por sus siglas en inglés). Desde 1973 se reconoce ampliamente el papel teratogénico del etanol¹⁰², que puede atravesar las barreras hematoencefálica y placentaria, y existe evidencia de su capacidad para interrumpir o alterar el desarrollo del embrión o feto en cualquiera de las etapas de gestación. Dentro de la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se le otorga el código Q86.0, bajo la denominación ***Síndrome (dismórfico) del alcohol en el feto***.

¹⁰⁰ Rouquette, J. (1957). *Influence de la toxicomanie alcoolique parentale sur le développement physique & psychique des jeunes enfants*. Paris: Faculté de Médecine, Université de Paris.

¹⁰¹ Evrard, S. (2010). Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*, 108 (1), 61 – 67.

¹⁰² Jones, K. & Smith, D. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2, 999 – 1001.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Consumo de inhalables durante el embarazo. Este fenómeno ha sido poco estudiado, en particular porque la población que consume estas drogas generalmente no tiene acceso o no asiste a los servicios de salud convencionales^{103,104}. Se ha identificado un síndrome con características similares al SAF: microcefalia, alteraciones cráneo-faciales, retardo en crecimiento, déficit de aprendizaje, lenguaje y coordinación locomotora, aunque no se ha logrado esclarecer si solamente se debe al consumo de inhalables, o al consumo combinado con alcohol; lo que si se ha logrado demostrar en modelos animales es que la exposición a disolventes durante la gestación produce restricciones del crecimiento, retardo locomotor y mayor índice de malformaciones¹⁰⁵.

Consumo de cannabis durante el embarazo. El consumo materno de cannabis durante la gestación se asocia con restricciones en el crecimiento fetal y menor peso al nacer, lo que es más pronunciado con la exposición continua. Se ha registrado reducción en la ganancia de peso fetal de -14.44 g/semana y de la circunferencia del cráneo de -0.21 mm/semana, comparado con fetos no expuestos a la droga¹⁰⁶. Recientemente, los resultados de un meta-análisis¹⁰⁷ también reportan incremento en el riesgo de bajo peso al nacimiento y agregan mayor probabilidad de requerir cuidados intensivos, adicionalmente se reporta mayor riesgo de anemia para las madres.

Consumo de drogas durante el embarazo

- Fenómeno aún poco estudiado
- Población que consume drogas generalmente no tiene acceso o no asiste a los servicios de salud
- Microcefalia, alteraciones cráneo-faciales, retardo en crecimiento, déficit de aprendizaje, lenguaje y coordinación locomotora
- Mayor riesgo de anemia
- Mayor riesgo de requerir cuidados intensivos



Fuentes:

Hans SL. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clin Perinatol*, 26(1): 55 – 74.
NICE. (2010). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors (CG110), Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence: London
Jones H, Balster R. (1998). Inhalant abuse in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25: 153 – 167.

¹⁰³ Hans, S. L. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clin Perinatol*, 26 (1), 55 – 74.

¹⁰⁴ NICE. (2010). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors (CG110), Clinical guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence.

¹⁰⁵ Jones, H. & Balster, R. (1998). Inhalant abuse in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25, 153 – 167.

¹⁰⁶ CONACE. (2010). *Mujeres y Tratamiento de Drogas*. Santiago, Chile: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

¹⁰⁷ Gunn, J. K. L., Rosales, C. B., Center, K. E., Nuñez, A., Gibson, S. J., Christ, C., & Ehiri, J. E. (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e009986?cpetoc>

SECCIÓN 2: BASES PARA LA PRÁCTICA E INTERVENCIÓN

IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA

IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA

Sabemos que la mayor parte de la población mundial no consume alcohol, tabaco y otras drogas, y que entre las personas que si consumen, algunos desarrollarán problemas como trastornos por consumo y otras enfermedades asociadas¹⁰⁸. Si se considera la información revisada en la sección ***Modelos y Teorías sobre el desarrollo de Trastornos por Consumo de Drogas***, la transición de los primeros contactos experimentales con las drogas hacia la dependencia se asocia con una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente. La relación entre personas y sustancias, así como las consecuencias que se derivan del uso, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados.

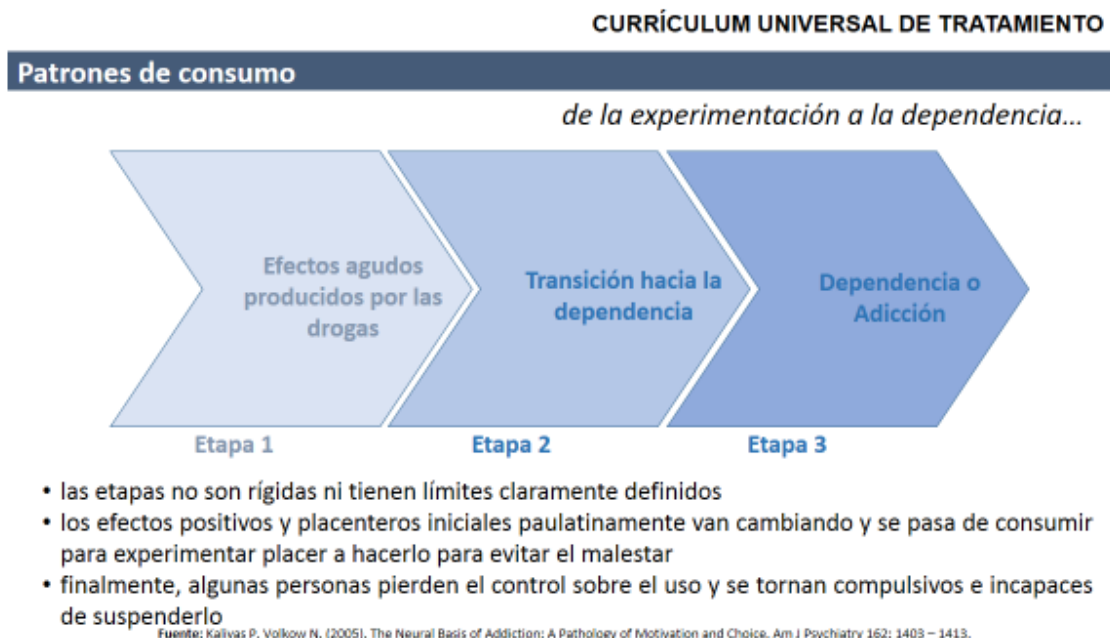
Clásicamente se describe un patrón evolutivo que se comienza con una actividad voluntaria de consumo. En un inicio prevalece el efecto positivo y placentero, que el usuario siente que está bajo su control. Paulatinamente, en algunas personas la motivación va cambiando y pasan de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar o sentirse bien, aumentando la dosis y la frecuencia. Finalmente, algunas personas pierden el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de suspenderlo a pesar de estar conscientes de riesgos y daños.

¹⁰⁸ OEA. (2013). *El problema de las Drogas en las Américas; Estudios: Drogas y Salud Pública*. Washington, DC: Organización de Estados Americanos.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Anteriormente, la evolución del fenómeno se conocía solamente por la observación de las conductas de consumo de las personas. Hoy en día la investigación sobre la neurobiología aporta detalles de lo que se ha denominado las *etapas de la adicción*¹⁰⁹. De manera inicial, las intensas experiencias placenteras de los primeros contactos experimentales con las drogas producen la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, pero el uso repetido favorece gradualmente la participación de la corteza prefrontal y sus eferencias glutamatérgicas hacia el núcleo accumbens. Este cambio de liberación dopaminérgica hacia la glutamatérgica muestra que durante el desarrollo de los trastornos por consumo de drogas ocurren diferentes fenómenos secuenciales en los cuales distintas partes del circuito neurológico de la recompensa están involucradas, y también se desarrollan adaptaciones celulares en las neuronas. En forma esquemática y a manera de ejemplo, se presentan tres *etapas de la adicción*: 1) efectos agudos producidos por las drogas; 2) transición del uso recreativo a patrones característicos de la dependencia; y 3) etapa final de dependencia o *adicción*, caracterizada por un deseo imperioso de consumir, dificultad para controlar la búsqueda de la(s) sustancia(s) y disminución del placer producido por recompensas biológicas.

Esta información es útil para comprender el desarrollo de los trastornos y debe considerarse como una guía. La diversidad de factores de riesgo y los múltiples factores involucrados hacen que el caso de cada persona sea particular y debe analizarse, conocerse, comprenderse y atenderse de la manera más individualizada posible, más allá de si *calza o encaja* en las clasificaciones o etapas.



¹⁰⁹ Kalivas, P. & Volkow, N. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry*, 162, 1403 – 1413.

¿Cuál es el impacto? ¿Cómo lo medimos? Una forma de hacerlo es mediante el cálculo de lo que llamamos **carga global de la enfermedad o Global Burden of Disease (GBD)**. Esto se logra sumando el **número de años de vida saludable que la población pierde** debido a las **muerres prematuras, enfermedad y discapacidad que producen las drogas**.

Las unidades que se utilizan en este proceso son los **DALY (Disability-Adjusted Life Year)**, llamados **AVAD** en español (**años de vida ajustados por discapacidad**). En términos prácticos, un **DALY** puede entenderse como **un año de vida saludable perdido**.

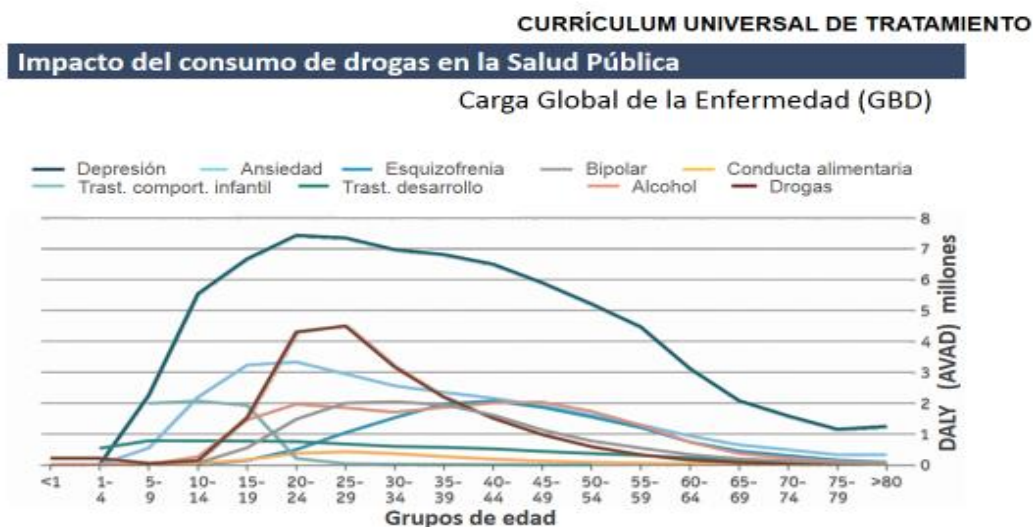
La fórmula para calcular los DALY es: **DALY = YLL + YLD**

En dicha fórmula, los **DALY o AVAD** son el resultado de sumar los **años de vida perdidos (YLL** por sus siglas en inglés) a los **años de vida perdidos por discapacidad (YLD** por sus siglas en inglés).

Sobre el tema de la **carga de la enfermedad atribuible al alcohol y las otras drogas**, la revista The Lancet publicó en 2013, un estudio que analiza los datos mundiales disponibles del año 2010. Los resultados muestran que **los trastornos mentales y de abuso de sustancias causaron la pérdida de 183.9 millones de años de vida saludable en la población mundial**.

Como se puede observar en la Figura X, la carga de la enfermedad es mayor para el grupo de edad económicamente activo. Esto significa que los problemas y consecuencias de los trastornos mentales y por consumo de sustancias podrían acompañar a las personas jóvenes durante varios años de su vida.

Debido a su inesperado impacto, los trastornos mentales y por consumo de sustancias representan un creciente reto para los sistemas de salud de los países del mundo. Mejorar la salud de las personas en el mundo solamente será posible si los países dan prioridad tanto a la prevención como al tratamiento.



Fuente: H.A. Whiteford et al. "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorder", the Lancet, August 2013

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

En junio de 1998, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (A/RES/S-20/3), la cual establece entre otros elementos:

- 1. Todos los países se ven afectados por las consecuencias devastadoras del uso indebido y el tráfico ilícito de drogas: perjuicios para la salud; una ola de delincuencia, violencia y corrupción; la sangría de recursos humanos, naturales y financieros que en otras circunstancias habrían estado al servicio del desarrollo social y económico; la destrucción de personas, familias y comunidades; y la desestabilización de las estructuras políticas, culturales, sociales y económicas.*
- 2. Dado que el uso indebido de drogas afecta a todos los sectores de la sociedad y a los países a todos los niveles de desarrollo, **las políticas y programas de reducción de la demanda de drogas deben dirigirse a todos los sectores de la sociedad.***
- 3. La rápida evolución de la situación social y económica, unida al incremento de la disponibilidad de drogas y al creciente fomento de su consumo y una mayor demanda,*

han contribuido a agudizar el problema del uso indebido de drogas a nivel mundial. La complejidad del problema se ha visto agravada por los cambios en las modalidades del uso indebido, la oferta y la distribución de drogas. Han recrudecido los factores económicos y sociales que hacen a la población, particularmente a los jóvenes, más vulnerable y propensa al consumo de drogas y a conductas arriesgadas vinculadas a las drogas.

- 4. Los gobiernos han realizado y continúan realizando intensos esfuerzos a todos los niveles para reprimir la producción, el tráfico y la distribución ilícitos de drogas. **La forma más eficaz de abordar el problema de la droga radica en la adopción de un enfoque global, equilibrado y coordinado, que abarque el control de la oferta y la reducción de la demanda de modo que se refuercen mutuamente, junto con la aplicación adecuada del principio de la responsabilidad compartida. Se advierte hoy día la necesidad de intensificar nuestros esfuerzos de reducción de la demanda y proporcionar recursos adecuados con ese fin.***
- 5. **Los programas para reducir la demanda de drogas deberían formar parte de una estrategia global para reducir la demanda de todas las sustancias que se prestan a un uso indebido.** Convendría que esos programas estuvieran integrados entre sí a fin de fomentar la cooperación entre todos los interesados, ofrecieran una amplia variedad de intervenciones apropiadas, promovieran la salud y el bienestar social de las personas, familias y comunidades destinatarias y redujeran las consecuencias adversas que el uso indebido de drogas tiene para la persona y la sociedad en su conjunto.*

EL CONTINUO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

El objetivo principal de cualquier política de reducción de la demanda de drogas no es solamente prevenir y tratar los problemas por consumo de drogas. De manera más amplia, se busca reducir o minimizar las consecuencias sociales del consumo de drogas¹¹⁰. Existen una gran cantidad de intervenciones que se pueden llevar a cabo para tal fin.

A pesar de la amplia diversidad que existe en diferentes países, ciudades, comunidades, etc., en términos conceptuales existen categorías comunes que conforman lo que se conoce como Continuum o Continuo de los Servicios de Atención para la Reducción de la Demanda de Drogas.

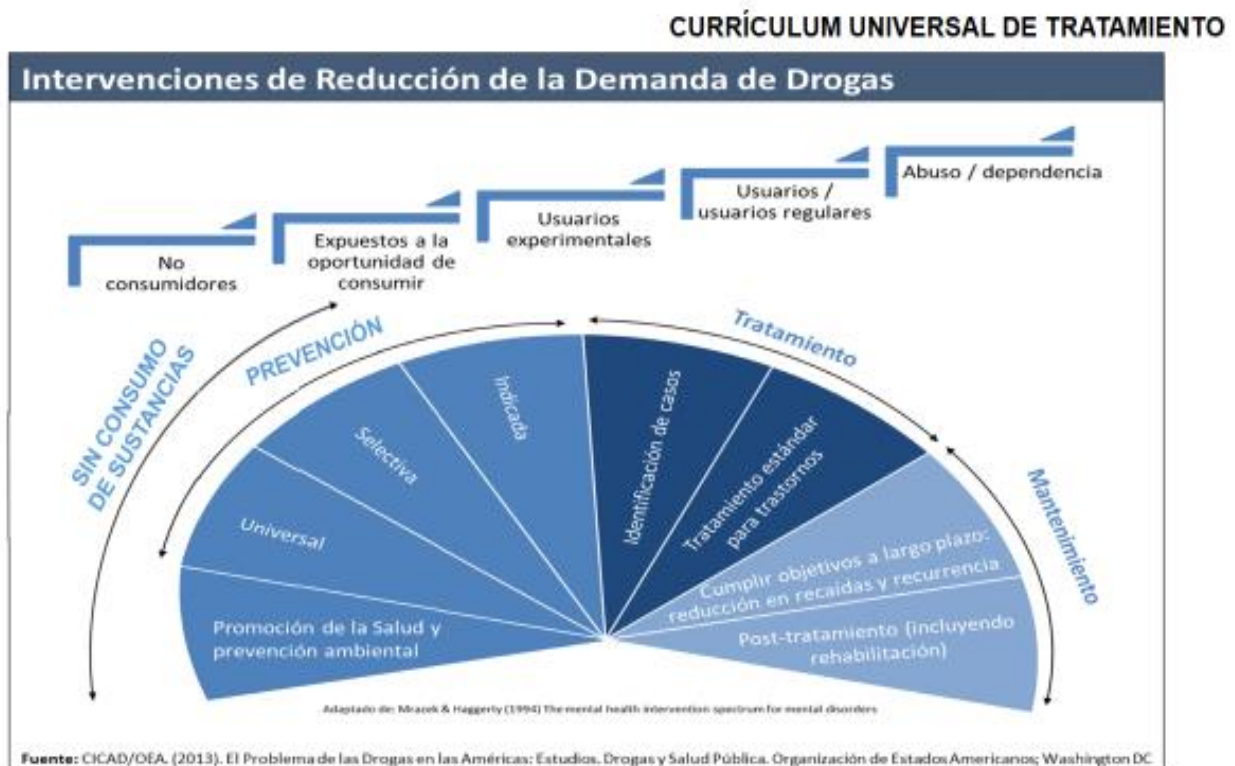
Servicios, programas e intervenciones deben adecuarse a la población objetivo, ya que no todos los individuos tienen los mismos problemas ni las mismas necesidades. También varían sus antecedentes y factores de riesgo-protección; el tipo de sustancias que consumen, la vía de

¹¹⁰ OEA. (2013). *El problema de las Drogas en las Américas; Estudios: Drogas y Salud Pública*. Washington, DC: Organización de Estados Americanos.

administración y el contexto en que ocurre el consumo, entre otros muchos aspectos¹¹¹. La determinación de la gravedad de los problemas que se presentan en las personas por el uso de drogas es crucial para definir el tipo de acción a implementar.

IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD PÚBLICA

Las opciones contenidas en el Continuo de los Servicios de Atención para la Reducción de la Demanda de Drogas van desde las medidas de **Protección**, donde se engloban la **Promoción de la Salud** y la **Prevención Ambiental** a través de la implementación de legislación y otras medidas como los impuestos al tabaco o las restricciones publicitarias. En el ámbito de la **Prevención**, se describe la modalidad **Universal** para retrasar o evitar el inicio del uso en aquellas personas que aún no han consumido drogas; la **Selectiva** para cuando ya hay exposición a factores de riesgo (características individuales o del contexto) que incrementan la probabilidad de consumo, y la **Indicada** para quienes ya se han iniciado el consumo, pero aún no desarrollan problemas o trastornos como la dependencia. Otras intervenciones pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el **Tratamiento** para la dependencia, la aplicación de medidas de **Mantenimiento** como prevención de recaídas en el proceso de recuperación y siempre favoreciendo la reintegración social a través de todas las intervenciones del Continuum.



¹¹¹ Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública*, 55, 67 – 73.

CRITERIOS DE CALIDAD PARA CENTROS DE TRATAMIENTO

Desde una perspectiva moderna, el consenso internacional señala que, para obtener opciones de respuesta ante la problemática del fenómeno del consumo de drogas, debe privilegiarse la aplicación del enfoque de salud pública. Un elemento esencial de dicho enfoque lo constituyen las modalidades de servicios de tratamiento que se otorgan a las personas con problemas por consumo de drogas. Actualmente existe una importante brecha entre las necesidades de atención y la oferta disponible para los problemas por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, por lo que aún se debe avanzar hacia la implementación de una oferta de tratamiento accesible, oportuno, sin discriminación, en un marco de respeto de los derechos humanos, con la mayor libertad, seguridad y efectividad posible.

En los países de las Américas, al igual que ocurre con la oferta de servicios de salud en general, la atención que se proporciona a la población afectada por problemas debidos al consumo de drogas está segmentada y fragmentada¹¹². La oferta de tratamiento se ha desarrollado fundamentalmente al margen del sector público, en una red asistencial débilmente conformada, integrada principalmente por establecimientos o unidades no integradas, que están a cargo de particulares y organizaciones no gubernamentales, donde tienen gran relevancia las asociaciones de carácter religioso. La oferta pública de servicios, está mayoritariamente representada por la red de asistencia en salud mental, y comparte con ella la falta de recursos apropiados, así como las características asilares que predominan en el Hemisferio.

En este panorama, existe una gran heterogeneidad en la definición y aplicación de los criterios que cada país exige para que los centros de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas inicien operaciones. Definiciones, términos legales, procedimientos y autoridades competentes son distintos, lo que dificulta establecer procesos homogéneos guiados por estándares internacionales. También existe una gran variabilidad de los criterios que los centros de tratamiento ya autorizados deben cumplir para poder seguir operando, así como para ser reconocidos, acreditados o certificados, según sea el caso.

Para el desarrollo de un proceso de garantía de calidad en esta materia, es esencial que en cada país se propicie la participación conjunta de las autoridades responsables de atender la problemática de drogas, diferentes áreas del sector salud, y otros diversos actores e instituciones que están involucrados en proveer servicios de atención a las personas con problemas por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas¹¹³. Están en curso diferentes iniciativas en este campo por parte de agencias nacionales e internacionales y se han generado instrumentos de regulación en varios países, con niveles de desarrollo variable. Con el respaldo de esta experiencia acumulada, a continuación se presentan referencias y herramientas de apoyo para incrementar la calidad y eficiencia de los servicios de tratamiento para los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas, tomando como base criterios estandarizados para definir los requerimientos indispensables para su funcionamiento.

¹¹² Organización de los Estados Americanos. (2013). *El Problema de Drogas en las Américas: Estudios*. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos, Drogas y Salud Pública.

¹¹³ WHO. (1998). *Expert Committee on Drug Dependence, Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Los criterios presentados son una propuesta, a consideración de las autoridades correspondientes, para que en el respeto de la soberanía y el ámbito de las competencias de la regulación sanitaria, cada país pueda tomarlos en cuenta como parte de los requisitos y elementos que los centros de tratamiento para personas con problemas por consumo de drogas deben seguir.

Así mismo, también se deben determinar las características y el tipo de intervenciones que se entienden como tratamiento. De manera ideal, esto debe estipularse en alguna ley (comúnmente leyes de salud), o cuando menos algún instrumento regulatorio o normativo que derive directamente de la ley. De esta forma se busca sustentar o respaldar la estructura que debe guiar las intervenciones terapéuticas que se otorgan a la población. Para tal fin, algunas referencias útiles son:

- Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia, el término **tratamiento**¹¹⁴ se aplica al *proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.*
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)¹¹⁵ establece que el tratamiento puede definirse en general como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

El abordaje de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas debe realizarse en forma sistemática, con una perspectiva amplia e integral, a través de un continuo de intervenciones articuladas e interconectadas, donde se involucre la participación de múltiples sectores relevantes, en lo que se denomina **Sistema Integral de Servicios**.

Las recomendaciones contenidas en este documento, si bien pudieran tener aplicabilidad en varios ámbitos, para fines prácticos se enfocarán en aquellos servicios específicos para el tratamiento de personas con diagnóstico de *trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas* (CIE-10, OMS) y que llamaremos en el contexto de este material *centros de tratamiento*. Éstos son las unidades operativas especializadas, que se articulan con otro tipo de servicios del sector público de atención a la salud, tales como las unidades de atención primaria, los hospitales generales y especializados, y los servicios de la red de salud mental. En los sectores social y privado se encuentran los grupos de ayuda mutua y otras formas de organización comunitaria. Más allá del sector salud, también existe vinculación con el sistema de justicia penal, y los sectores de Desarrollo Social y Educativo, entre otros. También

¹¹⁴ WHO Expert Committee on Drug Dependence. (1998). *Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

¹¹⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación; Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

debe existir coordinación con las universidades y demás instituciones educativas donde se forman los diversos perfiles profesionales, como los del área de la salud.

- Para fines prácticos, los criterios presentados se contemplan desde una perspectiva de dos ejes de aproximación: **1) Eje Organizacional**: que divide los criterios en dos categorías, según se trate de aspectos *estructurales o funcionales y de proceso.*; y **2) Eje Temporal (Secuencial)**: que define el momento arranque o inicio, asociado a una línea base o un mínimo indispensable para ser incluido en la categoría *centro de tratamiento* y luego, el seguimiento, que plantea las características generales de los requisitos que deben mantenerse o alcanzarse en el tiempo.

RECOMENDACIONES GENERALES

Primera. Al ser los trastornos por consumo de drogas, condiciones relativas al estado de salud de las personas, su abordaje corresponde al ámbito de la salud pública, de allí que las personas o instituciones que realizan actividades en este campo, están sujetas a las regulaciones que establece la entidad gubernamental en materia sanitaria, a través de políticas, normas, regulaciones y demás instrumentos aplicables en cada país. Esto es independiente del sector al que pertenezcan, ya sea público, social o privado.

Segunda. La autorización para iniciar funciones otorgada a los centros que cumplen los requisitos exigidos por las autoridades competentes debe tener una vigencia limitada en el tiempo. Cada país deberá fijar dicho plazo de manera que sea más conveniente para la realidad local.

Tercera. Los requisitos exigidos como indispensables no deben tener plazos de espera, ya que conllevan situaciones que afectan la seguridad de los usuarios de los servicios. Cuando se trata de criterios cuyo cumplimiento corresponde a estándares que superan el nivel indispensable, se pueden establecer plazos de espera para alcanzarlos, los cuales dependiendo de las circunstancias particulares no deben exceder de un año.

Cuarta. La supervisión de los centros de tratamiento debe hacerse periódicamente, se recomienda hacerlo anualmente, incrementando la frecuencia dependiendo de las circunstancias y la disponibilidad de recursos.

Quinta. Deben conformarse *Comités de garantía de calidad de los servicios*, coordinados por la autoridad sanitaria, con el apoyo de la comisión de drogas, los gobiernos locales, representantes de la comunidad y de los prestadores de servicios. Estos comités deben programar y ejecutar las supervisiones, así como elaborar reportes con recomendaciones para la mejora continua de la calidad de los servicios. El resultado de las supervisiones debe ser compartido tanto con las autoridades competentes como con los establecimientos supervisados.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Sexta. La normativa vigente en cada país, debe establecer las repercusiones o sanciones que se derivan de las supervisiones y que puedan aplicar a los centros de tratamiento que incurran en faltas.

Séptima Debe contemplarse la posibilidad de aplicar mecanismos de clausura, temporal o definitiva, para los casos que lo ameriten, especialmente cuando se ponga en peligro la integridad, seguridad o vida de las personas que son atendidas.

CRITERIOS INDISPENSABLES PARA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO

CRITERIOS ESTRUCTURALES
Categoría 1: Infraestructura e instalaciones
<ul style="list-style-type: none">• Las instalaciones que albergan el centro de tratamiento y el ambiente circundante debe cumplir con los requisitos indispensables para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal que allí labora:<ul style="list-style-type: none">○ Características seguras del terreno (por ejemplo, ante condiciones naturales como inundaciones, hundimiento del terreno, etc.)○ Cumplimiento con normas y regulaciones vigentes sobre infraestructura y salubridad (Normas antisísmicas, materiales, etc.)○ Ambientes amplios evitando el hacinamiento de los pacientes y facilitando su evacuación en casos de emergencia (rutas de evacuación claramente señaladas)• Los centros de tratamiento de modalidad residencial, que realizan funciones de desintoxicación o de hospitalización, se regirán por la regulación sanitaria vigente.
Categoría 2: Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas
<ul style="list-style-type: none">• El centro debe contar con normas expresas que protejan los derechos de los usuarios, prohibiendo el trato degradante e inhumano, de acuerdo con la práctica enunciada por la carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.• Previo a la admisión, se debe comunicar por escrito, explicar adecuadamente y asegurar la comprensión, tanto al usuario como a su familia y la autoridad competente sobre el proceso de tratamiento y sus costos, quienes deberán expresar su consentimiento informado para las medidas que se tomen.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Categoría 3: Aspectos normativos

- El centro debe contar con personalidad jurídica y registro, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente.
- El centro debe contar con un Reglamento Interno de Funcionamiento y Manuales de Operación, por escrito y que deben estar disponibles, cuyo contenido debe hacerse conocer al personal, usuarios y familiares.
- El manual del Programa de Tratamiento desarrollado por el centro debe estar disponible por escrito, especificando el modelo de atención desarrollado y su fundamentación científica, el horario de las actividades y el personal responsable de su ejecución.
- El centro debe contar con procedimientos expresos para el manejo del tratamiento en personas en situaciones especiales (menores de edad, población en conflicto con la ley, personas en situación de calle, etc.).
- El centro cuenta con un Plan de Protección Civil a cargo de un comité designado específicamente, para atender contingencias y situaciones de emergencia.

Categoría 4: Aspectos financieros

- El centro debe disponer de una unidad de administración, que se encargue de todos los aspectos relacionados con el financiamiento de los servicios y lleve los registros correspondientes.

Categoría 5: Recursos humanos

- El centro de tratamiento debe contar con un responsable legal de su funcionamiento claramente identificado.
- El centro de tratamiento debe contar con directora o director técnico, quien debe ser **profesional** o técnico universitario, e idealmente y contar con formación y experiencia en tratamiento de las adicciones y gestión.
- Contar con una planilla mínima de profesionales y técnicos de salud, de acuerdo al plan de tratamiento diseñado, y comprometido a ejecutar. Como orientación, deberán seguirse los parámetros (ratios) de profesionales por habitantes establecidos en los protocolos de tratamiento.
- Los profesionales, técnicos y auxiliares que participan en el programa cuentan con las competencias necesarias.
- Existen mecanismos de supervisión y actualización del personal.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

CRITERIOS FUNCIONALES Y DE PROCESO

Categoría 6: Aspectos organizativos

- Se debe contar por escrito, con un reporte de las actividades realizadas y planificadas de acuerdo al programa de tratamiento y rehabilitación.
- Manejo por parte del personal y de los usuarios de los procedimientos seguir en caso de emergencias (p.ej. planes de evacuación y acción ante contingencias), con base en un Plan de Protección Civil.
- Cumplimiento de la normativa legal laboral y fiscal.
- Existe un programa establecido para la supervisión regular del desempeño del personal profesional, técnico y auxiliar.
- Plan de capacitación y actualización continua del personal profesional, técnico y auxiliar, basado en el modelo de atención que desarrolla el centro de tratamiento.

Categoría 7: Sistemas de información y documentación

- El centro de tratamiento debe contar con un sistema de registro y seguimiento de los usuarios atendidos. El proceso de resguardo de la información contenida en las fichas clínicas deberá hacerse de manera segura, garantizando la confidencialidad y el seguimiento clínico.
- Los centros de tratamiento deben estar vinculados con las instituciones correspondientes en materia de registro, análisis y difusión de información sobre las actividades que realicen y el impacto de las mismas.
- El centro de tratamiento realiza el reporte de sus actividades e información estadística a través de algún sistema concentrador, accesible para las autoridades correspondientes (sanitarias, estadísticas y de la Comisión de Drogas), de acuerdo con la legislación y normatividad vigentes.

Categoría 8: Mecanismos de colaboración y coordinación

- El centro de tratamiento deberá estar vinculado con las redes de instituciones sociales y de salud existentes, así como también con los servicios de apoyo en la comunidad.
- Está definido y se utiliza sistemáticamente un mecanismo para la derivación de pacientes en las distintas redes de salud, social y de apoyo comunitario.
- Los centros de tratamiento, especialmente los que operan bajo la modalidad **residencial**, deberán tener claramente definidos los mecanismos a través de los cuales ingresan las personas a tratamiento, de acuerdo con las normas legales y éticas correspondientes.
- Los centros de tratamiento, especialmente los que operen bajo la modalidad **residencial**, deberán contar con mecanismos de primeros auxilios y referencia de situaciones de urgencia para su resolución posterior, en congruencia con su capacidad resolutoria y respetando la legislación sanitaria y la norma vigente en materia de derechos humanos.

MODIFICAR EL CONSUMO DE DROGAS ¿CÓMO SE PRODUCE EL CAMBIO?

¿Qué mecanismos producen un cambio en la conducta de consumo? Las personas cambian su conducta de muy diversas maneras y por razones muy diferentes. En el caso del consumo de sustancias, algunas personas logran suspender el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas sin ayuda profesional, mientras que otras, lo han intentado sin resultados, lo que los ha llevado a solicitar ayuda.

El principal factor que incide en la decisión de modificar la conducta es la motivación, que se refiere a un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro de una situación a otra y se puede ver influido por múltiples factores (Miller, 2005).



¿CÓMO SE PRODUCE EL CAMBIO EN LA CONDUCTA DE CONSUMO?

MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR

La motivación de las personas para cambiar es dinámica y puede modificarse. Aumenta a medida que se identifica la problemática asociada al consumo de drogas. La carencia de motivación se ha señalado como una de las barreras tanto para comenzar como para sostener y darle continuidad a las intervenciones cuyo objetivo es cambiar la ocurrencia o frecuencia del consumo de drogas, así como del comportamiento alternativo a ello.

Desde la conceptualización vigente y actual¹¹⁶, se considera que la motivación es la clave para el cambio y puede verse a través de una perspectiva multidimensional que está influenciada por las interacciones sociales del individuo y puede hacerse surgir e incrementarse con las intervenciones adecuadas del personal de salud.

La motivación al cambio es por tanto un elemento indispensable para cambiar conductas poco saludables, y es el factor más importante para iniciar y mantener el cambio, a través de la inserción y adherencia al tratamiento. El nivel de motivación se ha encontrado como un predictor importante de adherencia al tratamiento, de deserción, y de los resultados de la intervención, y es útil en la referenciación a servicios de tratamiento y para determinar el pronóstico del usuario¹¹⁷. La motivación para el cambio se modifica con el tiempo, y las personas frecuentemente transitan a través de varias etapas durante el proceso de tratamiento y recuperación hasta promover un alto nivel de autoeficacia.

¹¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System, Treatment Improvement Protocol TIP 44*. Maryland, United States of America: Department of Health And Human Services.

¹¹⁷ Ries, R., & Ellingson, T. (1990). A pilot assessment at one month of 17 dual diagnosis patients. *Hospital and Community Psychiatry, 41*(11), 1230–1233.

Motivación para cambiar



“La motivación no puede entenderse como algo que se tiene, sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen.”

William R. Miller, Ph.D., 2005

AUTO-EFICACIA

Se refiere a la confianza individual respecto a la capacidad para, frente a una situación demandante o de riesgo, realizar una tarea específica y lograrla¹¹⁸. Cuando las personas reportan una mayor percepción de autoeficacia, es mucho más probable que tomen el control y logren hacer cambios¹¹⁹. Como se verá más adelante, es importante y útil favorecer que las personas que quieren cambiar su consumo de drogas verbalicen sus propias frases de auto-eficacia, ya que es más probable que adopten lo que se escuchan decir a sí mismos.

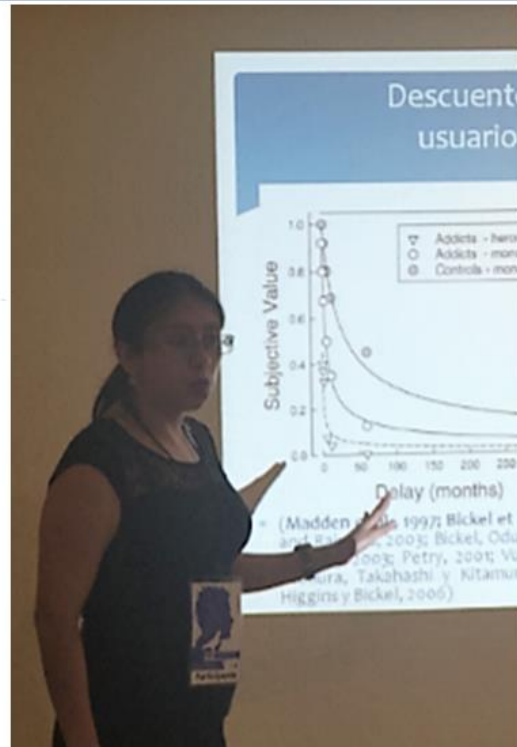
¹¹⁸ Miller W, Rollnick S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

¹¹⁹ Miller W, Rollnick (2002). *Motivational Interviewing*. New York and London: Guilford Press.

Motivación para cambiar

Autoeficacia

La **confianza individual** respecto a la **capacidad** para, frente a una situación demandante o de riesgo, realizar una tarea específica y lograrla



MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

El estudio del proceso de cambio ha generado diferentes planteamientos teóricos, de los cuales actualmente el más diseminado es el Modelo Transteórico del Cambio, formulado por Prochaska y DiClemente¹²⁰, que se ha empleado para describir la recuperación de varios tipos de trastornos adictivos¹²¹. Este modelo aporta elementos en tres vertientes que permiten identificar los **niveles de cambio** que indican hasta qué punto es necesario trabajar para lograr el cambio (ya sea reducir o suspender el consumo), los diferentes grados de disposición de cambiar la conducta (**estadios del cambio**) de consumo de sustancias y los **procesos de cambio** por los que pasan.

Niveles del cambio

Se refieren a las dimensiones de la conducta que se desea cambiar, dichas dimensiones están interrelacionadas y engloban los problemas psicológicos susceptibles de tratamiento: síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, intrapersonales y familiares.

¹²⁰ Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 19, 276-288.

¹²¹ Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Los **síntomas** corresponden al motivo de consulta principal que reportan las personas cuando acuden a los servicios de salud. Las **cogniciones desadaptativas** son los elementos del proceso de pensamiento que se vinculan directamente con el problema, en este caso el consumo de drogas. Comúnmente corresponden a errores en la forma de procesar la información y/o desajustes en el entorno. Los **conflictos interpersonales** se refieren a los conflictos de socialización y vinculación, los cuales con frecuencia se ven afectados por el consumo de drogas, mientras que los **conflictos intrapersonales** abarcan los elementos emocionales del individuo. Finalmente, los **conflictos familiares** se manifiestan como las afectaciones que tiene el consumo de drogas en los sistemas sociales del individuo, tal como familia, pareja, etc.

Motivación para cambiar

Los niveles de cambio se refieren a las dimensiones interrelacionadas de la conducta que se desea cambiar, dichas dimensiones, y engloban los problemas psicológicos susceptibles de tratamiento: **síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, intrapersonales y familiares**



Ejemplo: niveles del cambio

Observe cómo un profesional de la salud logró identificar, conforme los niveles del cambio, las dimensiones de conducta a cambiar en el siguiente caso:

Un hombre de 35 años, 80 kg de peso y un metro 75 cm de estatura, asiste al servicio psicológico describiendo un gran malestar físico y alteraciones en su vida de pareja, con su hija y su exesposa, así como vivir desempleado y sin recursos económicos disponibles (**síntomas**). Reporta que todo esto ha sido efecto de su consumo de cocaína por cinco años. No obstante, refiere que, aunque sabe que *el consumo de alcohol y marihuana de hace 20 años, dificultan suspender su consumo de cocaína*, no está dispuesto a dejar de consumir estas dos sustancias. El usuario describe que el consumo de alcohol es promovido por la misma sociedad y que la

marihuana es una sustancia que lo relaja y le permite confrontar todas las dificultades que ha tenido que superar en su vida (**cogniciones desadaptativas**). El usuario refiere tener una gran capacidad para planear negocios particulares con potencial de crecimiento, y que debido a dicha capacidad no está dispuesto a contratar sus servicios a ningún empleador en ninguna institución ni pública ni privada. Describe que su relación con los amigos y familiares se encuentra afectada y que empeora cuando comienza a describir sus habilidades empresariales, porque se molestan con él o se burlan pues no ha tenido éxito en implementar ninguno de estos negocios (**conflictos interpersonales**). Esta carencia de éxito laboral le ha generado malestar, empeorado por su deterioro físico derivado del consumo de cocaína. Reporta que ha perdido su capacidad de controlar su combinación con el uso de alcohol y marihuana. Definitivamente acepta que se encuentra en un momento muy difícil en su vida porque reflexiona y observa que no ha logrado establecer una relación exitosa con su actual pareja, ni con su hija y mucho menos con la madre de ésta (**conflictos intrapersonales**). Se siente desesperado por no tener un negocio próspero y por no contar con recursos económicos para apoyar los gastos en su casa. Finalmente refiere que su actual pareja está muy molesta por la falta de apoyo económico y que si no deja de consumir drogas tendrán que terminar su relación y deberá abandonar su casa (**conflictos familiares**).

Es importante que el profesional de la salud defina con claridad junto con las personas que atiende, las dimensiones en las que va a impactar el cambio de la conducta de consumo, pues éstas suelen variar aún en personas que presentan síntomas similares. Esto implica que, además de la meta respecto al consumo, se deben establecer metas relacionadas con las áreas de vida que se han afectado por el mismo, jerarquizando en función de la prioridad, cuáles son las metas viables para considerar dentro de una intervención¹²².

¹²² Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.

Ejemplo: niveles del cambio

A lo largo de este apartado se explican estrategias que permiten a los profesionales de la salud obtener la información sobre síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos inter, intrapersonales y familiares relacionados con el consumo de drogas. En general, para promover en el usuario la identificación de los síntomas es muy útil utilizar preguntas tales como:

- *¿Cómo se encuentra físicamente y de salud?*
- *¿Qué relación tiene su estado físico actual con el uso de sustancias que refiere?*
- *¿Cómo afecta el consumo de sustancias su relación de pareja, con sus hijos o con miembros de su familia?*
- *¿Cómo se relaciona su consumo con su situación económica?*
- *¿Cómo afectó el uso de sustancias al problema que la trae, desde que consumo se volvió un problema?*

Para favorecer que las personas identifiquen sus cogniciones desadaptativas es factible utilizar preguntas como:

- *¿Cuáles son las ventajas del consumo y cómo influyen éstas en su decisión de mantenerlo?*
- *¿Cómo influiría realmente en la solución de sus problemas, suspender o reducir el consumo?*
- *¿Qué papel juegan sus condiciones de vida, como el lugar en el que vive o sus costumbres, en mantener su consumo?*
- *¿Cómo afecta el beneficio económico de la venta de drogas en las creencias y mitos alrededor del consumo de marihuana o alcohol?*
- *¿Cómo afectan las ventajas del consumo de drogas en cambiar la decisión de suspender el consumo a pesar de las pérdidas que ha vivido por él?*
- *¿Qué relación tienen las creencias de poder y la auto-estima elevada con el consumo de sustancias como la cocaína o la marihuana?*

Para promover que las personas identifiquen los conflictos interpersonales que les ha causado el consumo de sustancias, pueden realizarse preguntas como:

¿Cómo afecta el consumo sus planes día a día y en la relación con otras personas con quienes tiene que entablarlas para mejorar en su vida familiar, social o laboral?

Para identificar los conflictos intrapersonales, se pueden hacer preguntas como:

- *¿Qué siente, al reflexionar y comprender la relación que existe entre su salud y el consumo o suspensión del mismo?*
- *¿Qué siente al reflexionar sobre el efecto que ha tenido el consumo sobre su vida laboral?*
- *¿Qué tanto le afecta conocer la relación entre su condición económica y el consumo de drogas?*
- *¿Qué siente al identificar el grado de afectación que ha tenido el consumo en su relación de pareja o familiar?*
- *¿Cuáles han sido las condiciones que le han impuesto otros por consumir sustancias?*

Motivación para cambiar

“¿Cómo se encuentra físicamente y de salud?, ¿qué relación tiene su estado físico actual con el uso de sustancias que refiere?, ¿cómo afecta el consumo de sustancias su relación de pareja, con sus hijos o con miembros de su familia?, ¿Cómo se relaciona su consumo con su situación económica?, ¿Cómo afectó el uso de sustancias al problema que lo trae, desde que consumo se volvió un problema?”



Estadios o etapas del cambio

Un segundo componente central del Modelo Transteórico de Cambio, contempla los estadios o etapas del mismo, que son los grados de disposición al cambio por los que las personas atraviesan cuando se encuentran realizando un cambio en un comportamiento problemático, como lo es el consumo de drogas. En cualquier proceso de cambio, la persona pasa varias veces por las diferentes etapas antes de alcanzar un cambio estable.

Para intervenir se pueden utilizar diferentes tácticas, dependiendo del momento del proceso del cambio en que se encuentren las personas que consumen. Los problemas que se presentan por la resistencia al cambio surgen cuando se usan estrategias inadecuadas para la etapa que en realidad correspondería.

Prochaska y DiClemente¹²³, proponen seis etapas en la *rueda o ciclo de cambio*: **Pre-contemplación, Contemplación, Determinación, Acción, Mantenimiento y Recaída**.

¹²³ Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 19, 276-288.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?



Pre-contemplación. Es la etapa que representa el punto de entrada del proceso del cambio. Se caracteriza porque las personas aún no ha considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en su vida. Quienes se sitúan en esta etapa necesitan información y retroalimentación para que puedan aumentar su conocimiento y conciencia del problema, así como la posibilidad de cambiar. Es común que haya resistencia a reconocer o incidir en los problemas asociados al consumo, aún a pesar de que las personas conozcan la información sobre los riesgos y daños asociados. Generalmente, la persona percibe más ventajas o *pros* que desventajas o *contras* del consumo de drogas.

Motivación para cambiar

Precontemplación

La **Precontemplación** es la **entrada** del proceso de cambio. Las personas aún **no han considerado que tengan un problema** o que necesiten introducir un cambio en su vida. **Necesitan información y retroalimentación**, a fin que puedan aumentar su conocimiento y conciencia del problema y **la posibilidad de cambiar**.



Ejemplo: pre-contemplación

Julia es una mujer de 50 años que consume tabaco de manera regular. La semana pasada, Julia acudió al médico debido a que sentía que le faltaba el aire al subir las escaleras. El médico, al escuchar su respiración e indagar sobre sus hábitos, le ordenó unos análisis. En estos análisis se le identificó un padecimiento respiratorio por lo que se le indicó que dejara de fumar. A pesar de esto, Julia no considera que su consumo de tabaco sea la causa de estos problemas, por lo que no ha considerado dejar de fumar.

Motivación para cambiar

Ejemplo

Julia



El equipo multidisciplinario de salud (personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social, entre otros) puede concientizar sobre las consecuencias del consumo de drogas a corto, mediano y largo plazo, tanto en la vida de la persona como de quienes le rodean. Esto es posible mediante diferentes estrategias de sensibilización y educación para la salud. Una gran parte de las personas que consumen drogas se encuentran en la etapa de pre-contemplación y no se interesarán en suspender el consumo a menos que se les oriente adecuadamente. En este punto, el equipo de salud juega un papel muy importante.

Ejemplo: pre-contemplación

Los profesionales de la salud pueden hacer preguntas como:

- ¿Qué ventajas tiene para su salud continuar consumiendo?
- ¿Qué desventajas tiene seguir consumiendo?
- ¿Qué desventajas tiene para usted suspender o reducir el consumo?
- ¿Qué ventajas tiene en su salud suspender o reducir el consumo?

Es necesario que los profesionales de la salud hagan más preguntas sobre desventajas de seguir consumiendo y sobre ventajas de suspender el consumo promoviendo un mayor número de razones para motivar la transición en el estadio del cambio hacia la contemplación.

Motivación para cambiar



La siguiente etapa en el proceso de cambio es la **Contemplación**. La persona ya considera y reporta que existe un problema por usar drogas, o cuando menos reporta la intención de modificar el consumo en los próximos meses, pero no ha generado un nivel importante de compromiso, no se cuenta con un plan para cambiar, e inclusive puede no estar preparada para el cambio. El análisis claro y objetivo de los *pros* y los *contras* puede lograr que el usuario decida comenzar a actuar para suspender el consumo de la(s) droga(s). Una vez que se reconoce el problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, lo que significa que considera y rechaza el cambio a la vez.

Motivación para cambiar

Contemplación. Las personas ya reportan que existe un problema por usar drogas, **reporta la intención de modificar** el consumo, **pero no han generado un nivel importante de compromiso,**

El análisis claro y objetivo de los **pros y los contras** puede lograr que las personas **decidan** comenzar a actuar para suspender el consumo de la(s) droga(s).



Ejemplo: contemplación

Juan es una persona que consume alcohol, quien manifiesta: *“No creo que tenga realmente un problema con el alcohol. Probablemente beba demasiado, pero no creo que beba más que el resto de mis amigos. A veces me siento mal a la mañana siguiente, y me preocupo cuando no recuerdo lo que pasó el día anterior. Sé que no soy un alcohólico y que puedo dejar de beber siempre que quiera, ahora me gustaría hacerlo.*

Motivación para cambiar



Los individuos que están dispuestos a cambiar su consumo dentro de los próximos seis meses se pueden clasificar dentro de la etapa de contemplación. La experiencia de la persona en la etapa de contemplación, queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar comportándose de la misma manera. Una persona en etapa de contemplación, experimenta razones de preocupación pero también de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar; es decir, identifica ganancias o reforzadores en ambas opciones.

Ejemplo: contemplación

Los profesionales de la salud pueden centrar sus preguntas en analizar detalladamente las *desventajas* de continuar consumiendo y sobre todo en las *ventajas* de suspender o reducir el consumo. Pueden estructurar preguntas como:

- *¿En qué órganos de su cuerpo se concentran los efectos del consumo?*
- *¿Cómo se ha deteriorado su salud a partir de que el consumo se ha convertido en un problema?*
- *¿En qué grado mejoraría su estado de salud por suspender o reducir el consumo?*
- *¿Cómo se sentiría si pudiera recordar siempre lo que hizo el día anterior?*
- *¿Cómo se sentiría si realmente logra dejar de consumir en el momento en el que lo ha decidido?*

Motivación para cambiar



La tarea de los profesionales de la salud en esta etapa consiste en que la balanza de decisiones se decante a favor del cambio. Es muy importante apoyar la determinación para modificar el consumo a través de la retroalimentación del discurso de las personas que consumen, proporcionar consejos claros y objetivos, y en su caso tratamiento psicológico y/o farmacológico.

Preparación o determinación. La persona se inclina por lograr el cambio, y durante un periodo de tiempo sus comentarios reflejan un buen grado de motivación al cambio, y reflejan la identificación de reforzadores o ganancias de la conducta alternativa al consumo. En la etapa de determinación, la tarea del equipo de salud es la de mantener la motivación de la persona hacia el cambio, así como también aconsejar sobre los recursos terapéuticos más adecuados, accesibles, apropiados y efectivos.

Motivación para cambiar

Preparación o determinación. Los comentarios de la persona reflejan un grado de **motivación al cambio**, las verbalizaciones reflejan la **identificación de reforzadores o ganancias de la conducta alternativa al consumo.**



Ejemplo: preparación o determinación

Ana ha considerado que fuma demasiado. Al principio, no reconocía esto como un problema, pero vio un programa de televisión dónde explicaban las consecuencias de fumar y proporcionaban un número telefónico para solicitar atención. Ese día, Ana llamó para pedir informes porque ya quiere un cambio en su vida.

Motivación para cambiar

Ejemplo



Es común que las personas en esta etapa lleven a cabo pequeños cambios respecto al consumo de drogas, por ejemplo, disminuir la frecuencia y cantidad de drogas consumidas o consumir menos ocasiones a la semana. A pesar de estas mejoras, no se han logrado aún acciones efectivas para suspender el consumo, por lo que debe ofrecerse todo el apoyo para lograrlo de manera definitiva. Es en esta etapa cuando se *toma la decisión* de cambiar.

Ejemplo: preparación o determinación

Se debe reforzar la motivación al cambio y ofrecer recursos terapéuticos a través de estructurar frases como las siguientes: *“Reconocer que su consumo es un problema, constituye un primer paso a la recuperación de su salud física. Identificar las consecuencias que el consumo de tabaco tiene sobre su condición física y sus relaciones sociales le permitirá tomar decisiones efectivas para cambiar y suspender su uso. Haber llamado y buscar información sobre cómo cambiar su consumo de tabaco le facilitará alcanzar esta meta de una manera más rápida y efectiva. Alcanzar la meta de suspender el consumo de tabaco es posible, si logramos identificar aquellas condiciones que disparan su deseo de consumo y aprendemos formas efectivas de enfrentarlas.*

Algunas preguntas útiles pueden ser:

- *¿Qué podría hacer cuando identifica que aumenta su frecuencia cardiaca o que se acelera su respiración, al llegar el momento o entrar al lugar donde generalmente consume (fuma/bebe/etc.)?*
- *¿Cómo podría reducir su frecuencia cardiaca o desacelerar su respiración cuando tiene deseo de (fumar/beber/etc.) y lograrlo sin consumir?*
- *¿Qué actividades alternativas o de qué otra forma podría alcanzar niveles de satisfacción o placer, similares a los que le produce (fumar/beber/etc.)?*

Hay que proporcionar información suficiente para establecer planes de acción efectivos para el cambio en el consumo: *¿Le gustaría hacer un plan de cambio específico, que determinemos juntos como llevarlo a cabo, practicarlo, y especificar durante cuánto tiempo hacerlo?*

Motivación para cambiar



Acción. Es la siguiente etapa en la rueda de cambio. Es la etapa que con más frecuencia las personas consideran la etapa da inicio la terapia. La persona se implica en acciones y conductas que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver. Se modifica el comportamiento y los elementos de la vida que giran en torno a las conductas de buscar y usar las drogas. Se selecciona una estrategia para el cambio y se comienza a seguirla. Existe una importante inestabilidad por el alto riesgo de

recaída o también por la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. La literatura especializada refiere que el estadio de acción oscila entre uno y seis meses.

Motivación para cambiar



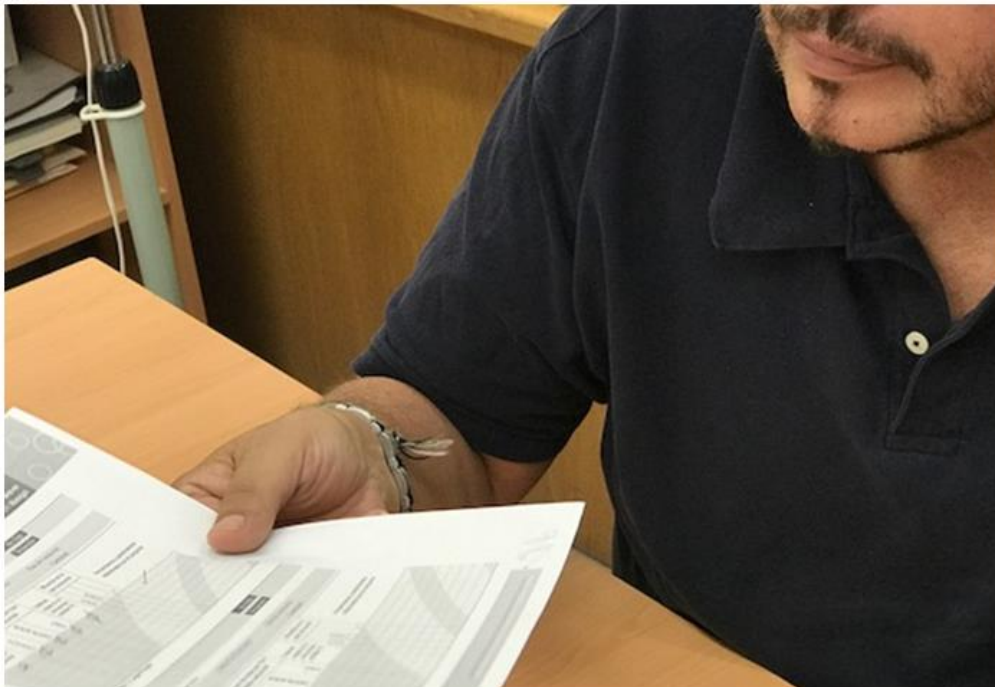
Acción. Se modifica el **comportamiento** y los elementos de la vida que giran en torno a las conductas de buscar y usar las drogas. Se selecciona una **estrategia** para el cambio y **se comienza a seguirla.**

Ejemplo: acción

Pedro acude a un Centro Psicológicos debido a que ha tenido muchos problemas por su consumo de marihuana y desea dejar de fumar. En la primera sesión, el personal de salud le indica que debe realizar ciertas tareas y registros en casa. En la siguiente sesión, Pedro lleva las tareas hechas, y muestra que está haciendo cosas que lo están llevando a cambiar.

Motivación para cambiar

Ejemplo



No deben confundirse las modificaciones importantes en el patrón de consumo con las acciones efectivas para suspenderlo definitivamente. Por ejemplo, quien disminuye a la mitad la cantidad de droga que consume al día, tendrá más oportunidades de éxito, pero no ha logrado del todo acciones efectivas para establecer el cambio de manera definitiva.

Ejemplo: acción

En la etapa de acción, el profesional refuerza las acciones que la persona ha implementado en vías de reducir o suspender el consumo, **subrayando** el principal motivador que lo llevó a ello, estructurando frases o preguntas tales como:

- *Conforme me explicas, haber reacomodado los muebles de tu habitación y cambiar los horarios de tus actividades, ha favorecido el reducir tu antojo por el consumo.*
- *Como bien me indicas, el cambio en tus pensamientos y la manera en que has estructurado como responderte a ti mismo ante la necesidad de consumo, rechazándola y anteponiendo las ventajas de cambiar tu consumo ha permitido que mantengas tu meta de abstinencia.*
- *Observa cómo has logrado, por ti mismo, enfrentar la situación de riesgo y antojo de consumo, cambiando tus pensamientos y dándole prioridad a las consecuencias positivas de mantenerte abstinentes.*

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

- *Mejorar tu concentración y memoria ante los exámenes ha sido un efecto directo del control que has logrado en las situaciones de antojo por consumir; observa que has sido tú mismo el que ha dado prioridad a poder concentrarte y no arriesgarte a olvidar lo que has estudiado, desistiendo de consumir marihuana.*
- *¿Qué relación tienen haber elegido mantener tu abstinencia con mejorar tu concentración en lo estudiado y obtener esa calificación aprobatoria, que observo te hace sentir muy bien?*

Motivación para cambiar



Mantenimiento. Una vez que la persona se encuentra haciendo cambios en su conducta, llega a la etapa de Mantenimiento. El reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y tratar de prevenir la recaída. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Motivación para cambiar



Mantenimiento. Del cambio conseguido en la etapa anterior **previniendo la recaída**. Puede requerir un grupo diferente de **habilidades y estrategias** de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Observemos el ejemplo.

Ejemplo: mantenimiento

María tiene 55 años de edad y no consume alcohol desde hace 15 años porque en ese entonces, acudió a un programa de tratamiento donde se sintió muy bien, y logró dejar de consumir. En los años posteriores, se enfrentó a situaciones en las que pudo consumir, sin embargo, recordó todo lo que había vivido y las habilidades que adquirió durante el tratamiento le ayudaron a no consumir. Ahora se mantiene saludable realizando ejercicio y previniendo situaciones de riesgo.

Motivación para cambiar

Ejemplo

Ahora se mantiene saludable realizando ejercicio y previniendo situaciones de riesgo.



Se considera que las personas se encuentran en “mantenimiento” desde seis meses después de haber logrado suspender el consumo hasta un periodo indeterminado, que en algunos casos puede durar toda la vida. Durante esta etapa, las personas pueden mantenerse alejadas del comportamiento de consumo y comprometerse a sostener esta conducta por más de seis meses. El éxito se puede lograr con mayor facilidad cuando el equipo de salud brinda apoyo y orientación.

Ejemplo: mantenimiento

En la etapa de mantenimiento, el profesional estructura oraciones que fortalecen la autoeficacia del usuario y su efecto en la elección de una vida libre de los efectos del consumo de sustancias: “Conforme lo que me ha comentado, entiendo que ha tenido la capacidad de darle prioridad a los efectos saludables de mantenerse sin consumo. En los momentos de riesgo, ha mostrado su capacidad de pensar en todos aquellos efectos y ventajas de mantenerse libre del consumo de alcohol. Ha mantenido la capacidad de darle más valor a los beneficios en su vida de pareja, familiar y laboral. Observe que la elección de mantenerse sin consumo en esas situaciones de riesgo, ha sido directamente la responsable de mantener ese elevado nivel de eficacia y confianza que percibe en sí misma

Motivación para cambiar



Recaída. Finalmente, existe una sexta etapa que es parte del proceso de cambio y un estado natural del mismo. Si la *recaída* se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de permanecer inmóvil en esa etapa. Las tareas del profesional es ayudar a las personas a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.

Motivación para cambiar

Si la **recaída** se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes de **permanecer inmóvil en dicha etapa**. La tarea del profesional es **renovar la determinación**, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de **acción y de mantenimiento**.



Ejemplo: recaída

Sara es una mujer de 30 años que llevaba seis meses sin consumir cocaína, y que también se había alejado de su grupo de amigos que consumen esa droga. Había implementado al pie de la letra todas las estrategias aprendidas en su programa de tratamiento, sin embargo, el fin de semana, se encontró con el grupo de amigos con los que solía consumir y éstos le ofrecieron una dosis. Sara se sintió presionada y con mucho deseo de consumir, por lo que aceptó la invitación.

Motivación para cambiar

Ejemplo



A pesar de los esfuerzos realizados, algunas personas continuarán con el consumo de drogas o reinstalarán la conducta de consumo a niveles que se presentaban antes de realizar la intervención terapéutica. Es fundamental considerar que las personas que recaen no fracasan. Cuando se encuentra que una persona ha vuelto a consumir, es necesario establecer nuevas estrategias que le permitan consolidar el objetivo de cambiar la conducta de consumo. Es muy importante evaluar cuáles pudieron ser los errores u omisiones en el proceso de aplicación de los planes de acción elegidos a través de la consejería para modificar el consumo, y también es necesario aprender de esta experiencia para que las intervenciones futuras sean exitosas.

Ejemplo: recaída

En la etapa de recaída los profesionales de la salud pueden ayudar a reinstalar la meta de tratamiento estructurando frases o preguntas tales como:

- *Recuerde que la recaída no solo es posible sino que puede incluso ser natural en el proceso de aprendizaje de un nuevo estilo de vida, libre del consumo de sustancias.*
- *¿Cuál fue la situación de riesgo al consumo de esta recaída?*
- *Observe que el riesgo, aunque lo consideramos en las sesiones previas, está conformado por un elemento que debemos valorar en este momento. Las frases que nos dicen aquellos que nos presionan a consumir pueden contener ideas o aspectos que no esperábamos enfrentar o que pueden estar refiriéndose a cosas que no habíamos valorado antes y ante las cuales no habíamos planeado formas de responder.*
- *¿Cuáles deberían haber sido nuestras respuestas ante esa situación de riesgo que podrían haber funcionado?*
- *Ahora que ha pasado el momento ¿Qué podríamos haber hecho o respondido ante esa presión social que fuera efectiva y nos permitiera volver a valorar de manera más importante el beneficio que habíamos mantenido por estar libre del consumo?*
- *¿Qué podríamos hacer si esa situación se vuelve a presentar para mantenerse sin consumo?*
- *¿Qué le funcionaría, para retomar su motivador del cambio, en ese momento de riesgo y antojo por la sustancia?*
- *”*

Motivación para cambiar



La disposición de las personas para el cambio es uno de los factores más importantes que los profesionales de la salud deben examinar durante el proceso de detección e intervención. Algunos estudios han demostrado que la motivación inicial para el tratamiento influye en los servicios de reinserción tras el egreso¹²⁴¹²⁵. Algunas intervenciones (por ejemplo, entrevista motivacional¹²⁶) se han desarrollado para explorar y promover la disposición al cambio. Muchos programas sobre abuso de sustancias incluyen un "pre - tratamiento", o fase de "preparación", diseñado para hacer frente a las necesidades de los participantes que aún no se encuentran comprometidos con los objetivos de recuperación y la participación continua en el tratamiento. Esta fase inicial del tratamiento se dirige a los objetivos de los participantes, las expectativas y la motivación para el cambio. Esta intervención ayuda a identificar a las personas que están listas

¹²⁴ De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York, United States: Springer Publishers.

¹²⁵ Simpson, D., & Joe, G. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 30(2), 357–368.

¹²⁶ Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2d ed. New York, United States: Guilford Press.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

para los servicios de tratamiento más intensivo que requieren la plena participación en actividades diseñadas para promover cambios en las actitudes y comportamientos¹²⁷.

La identificación temprana de la disposición al cambio o motivación, incluye la obtención de información sobre el conocimiento de las personas sobre su consumo de sustancias, su capacidad para reconocer su necesidad de ayuda, su disposición a recibir ayuda, su percepción de cómo se sienten acerca de su necesidad de ayuda, y si han tomado medidas para cambiar por sí mismos¹²⁸. En general, las personas pueden considerarse *listas* para el tratamiento cuando manifiestan querer abstenerse o reducir el consumo de sustancias, y reconocen la dificultad de mantenerse sin consumir drogas cuando no reciben ayuda profesional¹²⁹.

En el proceso de implementación de una Intervención Breve, una tarea fundamental del personal de salud es incrementar y mantener la probabilidad de que la persona siga una serie de pasos hacia el cambio recomendado, es decir, que mantenga la motivación al cambio. En la Tabla 1 se presentan las actividades que los profesionales de la salud deben realizar dependiendo de la etapa de cambio en la que se encuentran las personas que consumen drogas, con la finalidad de aumentar su motivación.

Tabla 1. *Actividades de los profesionales de la salud en función de la etapa de cambio de las personas que consumen drogas.*

Etapas del cambio	Tareas motivacionales de los profesionales de la salud
Pre-contemplación	Aumento de la percepción de quien consume, acerca de los riesgos y problemas de su conducta actual. Brindar información de las causas y consecuencias del consumo, así como de retroalimentación para incrementar el reconocimiento de su problema y la posibilidad de cambiar.
Contemplación	Identificar y señalar las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.

¹²⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System, Treatment Improvement Protocol TIP 44*. Maryland, United States of America: Department Of Health And Human Services.

¹²⁸ Wanberg, K., & Milkman, H. (1998). *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment: Strategies for Self-Improvement and Change*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

¹²⁹ Center for Substance Abuse Treatment. (1994). *Combining Substance Abuse Treatment With Intermediate Sanctions for Adults in the Criminal Justice System*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 12. DHHS Publication No. (SMA) 94-3004. Rockville, United States: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Determinación	Guiar a las personas para determinar el mejor curso de acción a seguir para conseguir el cambio, identificando estrategias que sean aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas.
Acción	Guiar a las personas a llevar a cabo acciones hacia el cambio, ayudar a plantear las opciones de solución a éstas, así como las estrategias para reducir o suspender el consumo.
Mantenimiento	Guiar para identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída. Ayudar a evitar la desmotivación, a continuar realizando conductas dirigidas al cambio, renovar la determinación, reasumir la acción y mantener los esfuerzos.
Recaída	Guiar a las personas para que renueven el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Procesos del cambio

El tercer elemento central del Modelo Transteórico de Cambio se refiere a los procesos, los cuales son las herramientas utilizadas por cada individuo para enfrentar determinados problemas y lograr cambios de conducta¹³⁰. El Modelo Transteórico del Cambio considera esto como acciones del individuo que modifican las emociones, la conducta, las cogniciones o las relaciones con otras personas¹³¹ e incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales que ayudan a avanzar hacia el cambio.

Los procesos de cambio de carácter cognitivo (*aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, alivio dramático, auto-liberación*) se asocian con los estadios de cambio iniciales: pre-contemplación, contemplación y preparación, donde la auto-eficacia de la persona generalmente requiere desarrollarse más. Los procesos de cambio que tienen carácter conductual (*liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos*) se vinculan con los estadios de acción y mantenimiento.

¹³⁰ Mussi, C. (2006). Entrenamiento en habilidades terapéuticas, Como mejorar los resultados en psicoterapia. Nuevo León, Mexico:UNL.

¹³¹ Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?	
1	Aumento de la concientización
2	Auto-reevaluación
3	Reevaluación ambiental
4	Alivio dramático
5	Auto-liberación
6	Control de estímulos
7	Contracondicionamiento
8	Relaciones de autoayuda
9	Manejo de contingencias
10	Liberación social

Fuente: Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas (pp.85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

La *concientización* se refiere a las actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que pueda obtener respuestas efectivas. El objetivo es el reconocimiento de las experiencias tanto cognitivas como afectivas. Algunos procedimientos terapéuticos para aumentar la conciencia sobre el individuo o la naturaleza de su problema son: la psicoeducación y la reestructuración cognitiva.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

La *concientización*. Algunos procedimientos terapéuticos para aumentar la conciencia sobre el individuo o la naturaleza de su problema son: la psicoeducación y la reestructuración cognitiva.



Ejemplo: concientización

El profesional promueve que la persona haga un análisis intensificado en torno a los problemas que les produce el consumir drogas y los beneficios que tendrá al modificar la conducta de consumo. El profesional puede resaltar lo dicho por la persona y preguntar: *“Entonces, resumiendo, ¿Cuáles son esos cambios que no le gusta observar en usted mismo?”* Esperando que el usuario estructure frases como: *“Por consumir me quedo sin dinero para mi transporte. Me cuesta mucho trabajo poder dormir. Perdí mi empleo. No me acuerdo de lo que hice, se me olvidan las cosas. Estoy de malas todo el tiempo. Ya no me interesan mis actividades”*.

Ante esas respuestas, se puede preguntar: *¿Qué pasará a partir de que suspenda el consumo de sustancias?* Es muy importante promover que las personas generen frases como: *“Voy a tener dinero para mis gastos. Dejaré de tener insomnio. Tendré un empleo. Mejoraré mi memoria. Dejaré de estar de malas todo el tiempo. Y Voy a encontrarle sentido a mis actividades.*

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *auto-reevaluación* se refiere al proceso desencadenado luego de reevaluar aspectos cognitivos y afectivos. Consiste en la reflexión sobre la necesidad de cambiar o no las cosas, el conflicto con su sistema de valores y los posibles beneficios y desventajas. Es común que el sujeto sienta que, si bien las cosas mejorarían con el cambio, éste tendría un costo. La estrategia terapéutica para guiar la auto-reevaluación, a través del análisis de ventajas y desventajas es el balance decisional.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *auto-reevaluación* consiste en la **reflexión** sobre la necesidad de cambiar o no las cosas. La estrategia terapéutica para guiar la auto-reevaluación, a través del análisis de ventajas y desventajas es el **balance decisional**.

Ejemplo: auto-reevaluación

El profesional promueve la valoración afectiva y cognitiva del fenómeno de consumo de drogas con relación a cómo afecta los valores y la manera de ser de la persona, así como también con relación a los beneficios que vendrán al modificar la conducta de consumo. El profesional hace preguntas como *¿Qué diferencias observa entre quien era usted antes y después de que su consumo se convirtiera en un problema?* Hay que **promover que las personas estructuren** frases como: *He dejado de ser la persona que era. Por consumir, ahora soy una persona violenta, he dejado de interesarme en mi familia, no cumplo con mis actividades y miento*”.

Se pueden hacer *preguntas* como: *“¿Qué valores personales le gustaría recuperar a partir de cambiar su consumo de sustancias?”* Promoviendo que la persona estructure frases como: *“Quiero volverme a ganar la confianza de mi familia, sentirme a gusto y bien conmigo mismo, tenerme respeto, contribuir en la casa, cumplir y hacerme cargo de mis responsabilidades para sentirme útil”*.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *reevaluación ambiental* corresponde a la valoración que se hace acerca del impacto que tiene el consumo de drogas de la persona en quienes están a su alrededor, sus relaciones interpersonales y cómo podrían mejorar si dejara de consumir. Es decir, de las consecuencias del consumo que no sólo afectan al sujeto, sino a su entorno.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

La *reevaluación ambiental* es la **valoración** del impacto que tiene el consumo de drogas en sus **relaciones interpersonales** y cómo podrían mejorar si dejara de consumir.



Ejemplo: reevaluación ambiental

El profesional estructura preguntas como:

El profesional estructura preguntas como: “¿Cómo ha afectado el consumo a los miembros de su familia y a sus amigos?” Promoviendo que la persona estructure frases como: “Ya no me dejan ver a mis hijos. Mis padres están siempre preocupados. He perdido amigos. Mi jefe ya no me considera un buen trabajador. Me peleo fácilmente con quienes están a mi alrededor. No me ha importado lastimar a los demás”. El profesional estructura preguntas como: “¿Cuáles serían los beneficios que tendrían sus familiares, amigos o colegas, al cambiar su forma de consumo?” Esperando “Vería con más frecuencia a mis hijos. Podría darles una satisfacción a mis padres si ven que ya no consumo. Podría ganarme el respeto de los demás. Haría bien mi trabajo cumpliendo con lo que me pidan. Dejaría de pelearme con las personas”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



El *alivio o relieve dramático* implica que el individuo experimenta y expresa emociones producidas por las consecuencias negativas de consumir drogas.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

El *alivio o relieve dramático* implica que el individuo **expresa** emociones producidas por las consecuencias negativas de consumir drogas.



Ejemplo: Alivio o relieve dramático

Los profesionales de la salud promueven que la persona exprese emociones producidas por sus consecuencias negativas del consumo de drogas: *“A partir de lo que me ha compartido ¿Qué necesitas cambiar, que será posible cuando cambies tu consumo de sustancias?”* Promoviendo que la persona responda: *“Quiero dejar de mentir, robarle a mi familia, de sentirme muy desesperado, de tener miedo, estar con culpa todo el tiempo. No quiero seguir con todos estos problemas”*.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *auto-liberación* se presenta en el momento en que la persona pondera las consecuencias y toma la decisión para cambiar la conducta problema. Se percibe mayor capacidad de elegir y tomar decisiones, además, se considera viable el poder adquirir las habilidades necesarias para cambiar.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *auto-liberación*. La persona pondera sus consecuencias y toma **la decisión para cambiar** la conducta problema. Se considera viable el poder adquirir las **habilidades** necesarias para cambiar.

Ejemplo: auto-liberación

El profesional de la salud estructura frases y preguntas como: “¿Qué papel juegas tú mismo en el logro de tu meta de suspender o reducir el consumo de drogas? Por favor, describe qué tan capaz te sientes en este momento para tomar la decisión de suspender el consumo. ¿Qué tienes que hacer para sentirte listo/lista y elegir suspender tu consumo?, ¿Te gustaría saber qué es lo que le ha funcionado a otras personas para suspender el uso de drogas?” Promover que las personas estructuren frases como: “Me he convencido que solamente yo puedo iniciar un cambio en mi vida. Definitivamente dejar de consumir depende de mí. Es claro que aceptar que no puedo convivir con la sustancia me permitirá cambiar. Necesito aprender cómo suspender o reducir mi consumo”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



La *liberación social* implica el incremento de la capacidad de tomar decisiones a través de identificar alternativas de solución para elegir, distintas al consumo. En este momento, el usuario toma conciencia de la representación social vigente del consumo de drogas y las normas sociales que refuerzan esta postura.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

La *liberación social* incrementa la capacidad de **tomar decisiones** a través de identificar **alternativas de solución** para elegir, distintas al consumo.



Ejemplo: liberación social

El profesional puede preguntar: “¿Qué se le ocurre que podría hacer ante esa presión que otras personas ejercen para que usted beba? ¿Qué ha hecho o dicho antes que le haya funcionado para detener esa presión social? Observe que ha tenido la capacidad de argumentar firmemente su postura y sus decisiones. Note como mira a los ojos y transmite sus ideas de una manera clara, cuando está segura de lo que desea y piensa. ¿Con qué actitud tendrá que demostrar que no cederá ante la presión? ¿Qué tendrá que decir para demostrar que ya no está de acuerdo con que la sustancia no es una droga?, ¿Cómo les dirá que consumir ya no es parte de la diversión, o que dejar de consumir no tiene que ver con una falta de valor o compromiso con un grupo?”

El profesional promoverá en la persona frases como: “Debo mostrar firmeza y convencimiento cuando me ofrecen alcohol. Necesito mirar a los ojos y con voz firme negarme a consumir. No necesito dar explicaciones de mi conducta, pero si me presionan debo ser firme en transmitir mis ideas y negarme a consumir. Muchas veces me ha funcionado mirar a los ojos y de manera firme y sin explicaciones debo decir que no quiero consumir. Cuanta más presión reciba más debo pensar en mis metas, que es más importante mi vida que quedar bien con mis amigas. Cuando más me presionen debo alejarme. Si no es posible alejarme, debo mantener mis pensamientos y convencimiento de que la presión social o las ideas de la gente solo me perjudican y me ponen en riesgo a consumir. Debo ser firme y recordar el daño que me ha hecho el consumo en mi salud, que no me ha permitido alcanzar mis metas académicas ni laborales, ni en mi vida familiar o de pareja. Debo ser firme y transmitir con convencimiento que la diversión es posible sin consumo, que puedo divertirme y disfrutar de la vida sin alcohol, que no necesito de la sustancia para disfrutar de una actividad”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



Las *relaciones de ayuda* implican el uso del apoyo social de cada persona para suspender el consumo, en particular en quienes son otras personas significativas para quienes consumen drogas.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Las *relaciones de ayuda* implican el uso del **apoyo** social de cada individuo para **suspender el consumo**, en particular en quienes son el otro significativo para esa persona.



Ejemplo: relaciones de ayuda

El profesional puede estructurar preguntas como: “¿Quién en su familia o entre sus amigos está dispuesto a colaborar con usted en este cambio planeado?, ¿Cómo podría esa persona ayudarlo a mantener su meta de no consumir?” Esperando que la persona indique: “Estoy seguro que mi esposa podría ayudarme a cumplir mi meta de no consumir, sobre todo si me comprometo a realizar esas conductas alternativas que elegimos. Estoy seguro que a mi hijo le encantaría acompañarme a correr todas las mañanas como apoyo en mi recuperación. Siempre observo su tristeza cuando consumo. Estoy seguro que mi mujer estaría dispuesta a planear esas actividades alternativas conmigo, para cambiar nuestro estilo de vida”.

Frases y preguntas orientadoras

- *¿Quién en su familia o entre sus amigos está dispuesto a colaborar con usted en este cambio planeado?, ¿Cómo podría esa persona ayudarlo a mantener su meta de no consumir?*

Promover que las personas estructuren frases como:

- *Estoy seguro que mi esposa podría ayudarme a cumplir mi meta de no consumir, sobre todo si me comprometo a realizar esas conductas alternativas que elegimos.*
- *Estoy seguro que a mi hijo le encantaría acompañarme a correr todas las mañanas como apoyo en mi recuperación. Siempre observo su tristeza cuando consumo.*
- *Estoy seguro que mi mujer estaría dispuesta a planear esas actividades alternativas conmigo, para cambiar nuestro estilo de vida.*

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



Finalmente, hay tres procesos de cambio de carácter conductual: *manejo de contingencias*, *contra-condicionamiento* y *control de estímulos*.

El *manejo de contingencias* implica identificar con claridad los reforzadores del consumo, para promover conductas alternativas a éste que generen una clase similar de reforzadores sin necesidad de recurrir a la administración de la sustancia. Es decir, se favorecen contextos que promueven la oportunidad de comportarse de manera saludable y reforzar conductas específicas.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



El *manejo de contingencias*. Identificar los **reforzadores** del consumo, para promover conducta **alternativa** a éste que genere una clase similar de reforzadores.

Ejemplo: manejo de contingencias

El profesional de la salud puede estructurar frases o preguntas como: “¿Qué actividades puede realizar en consecuencia de un periodo particular de suspensión del consumo o de un consumo reducido?, ¿En qué medida la actividad alternativa al consumo, resulta tanto, más o menos placentera?, ¿Con que frecuencia debe realizar la actividad alternativa en consecuencia del periodo de suspensión del consumo, para que se vuelva una rutina? Observe que la actividad alternativa promoverá que ese periodo sin consumo comience y se mantenga placentero a lo largo del tiempo. El mantenimiento de la abstinencia, en este momento no es placentero, pero si siempre que se abstenga del consumo realiza su conducta alternativa, el periodo de suspensión comenzará a ser sumamente placentero para usted”.

El profesional promueve que el usuario estructure frases como: “Entiendo que por ahora me sentiré mal sin consumir y que probablemente no disfrutaré las actividades alternativas que elegí, aun cuando antes me gustaban mucho. Pero también entiendo que si realizo mis actividades alternativas, siempre sin consumo, comenzaré a disfrutarlas de nuevo”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



El *contracondicionamiento* es un procedimiento en el que se sustituye la respuesta aprendida en el reflejo condicionado de deseo de la droga por una respuesta más saludable, por ejemplo, el reflejo contrario al antojo que sería la relajación. Hay modificación de las respuestas condicionadas o “reflejas” del consumo de drogas (conductuales, cognitivas y fisiológicas), a través de relacionar el contexto de riesgo de consumo con situaciones que facilitan el control de emociones, sensaciones y pensamientos, para promover la oportunidad de realizar conductas saludables alternativas.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

El *contracondicionamiento* es un procedimiento en el que se **sustituye** la respuesta aprendida, en el reflejo condicionado de deseo de la droga, por **una respuesta más saludable**, por ejemplo, el reflejo contrario al antojo, que sería la relajación.



Ejemplo: contra-condicionamiento

El profesional explica y ayuda a la persona a reflexionar sobre el papel de realizar ciertas conductas para enfrentar el contexto de consumo como un disparador y riesgo de recaída, con frases como: “Observa que el contexto en el que solías consumir juega un papel importante en producir ciertas respuestas automáticas e involuntarias en tu cuerpo, como: aumento en la tasa cardiaca, en el ritmo de la respiración o en ciertos movimientos del estómago y del intestino, que tal vez no habías percibido antes, pero que interpretamos como deseo o necesidad por consumir. Si, en el mismo contexto, realizas ejercicios de relajación o actividades alternativas al consumo, dicha condición empezará a provocar el efecto contrario en tu cuerpo, es decir dejaras de sentir deseo o ansiedad por consumir, vas a empezar a sentir más relajación o las emociones relacionadas con la actividad alternativa que ahora realizas”. Esperando respuestas como: “Entiendo que, al estar en el lugar donde consumía, además de poner atención a las reacciones de mi cuerpo, mis pensamientos y emociones también debo realizar mis ejercicios de relajación y actividades alternativas, ya sea pensando en ese lugar o cada vez que entre en contacto con él. Puedo aprender y lograr que el lugar donde consumía ahora provoque reacciones de relajación en mi cuerpo o de satisfacción similares a las actividades alternativas que haya desarrollado”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



El *control de estímulos* implica identificar los estímulos asociados con las conductas de autoadministración, por ejemplo el olor de un cigarrillo o el *ambiente* dentro de un bar, así como las propias respuestas corporales al consumo inicial de la droga, son factores que pueden estimular el consumo de drogas y precipitar la recaída en personas que están intentando abandonar el consumo. A estos estímulos discriminativos se les denomina estímulos *disparadores* o *facilitadores*¹³². Es característico que la persona evite exponerse a situaciones que ha identificado como disparadores potentes o de *alto riesgo* para consumir, las cuales anteriormente eran difíciles de evitar y que promueva las condiciones pertinentes para realizar conductas alternativas que se relacionan con un estilo de vida saludable.

¹³² Lorenzo, J. M., Ladero, J. M., Leza, I., & Lizasoain, I. (2003). Drogodependencia: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación (2ª edición). España: Editorial Médica Panamericana.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

El *control de estímulos* implica **identificar** los estímulos asociados con las conductas de autoadministración. Es característico que la persona evite exponerse a situaciones que ha identificado como de **alto riesgo para consumir** y promueva las condiciones pertinentes para realizar **conductas alternativas**.





Ejemplo: control de estímulos

El profesional promueve frases como: “Observa que, una vez que has identificado tus pensamientos y emociones y como reacciona tu cuerpo, cuando llegas al lugar donde consumías o con las personas con quienes lo hacías, es necesario que realices las acciones que te permitan ir cambiando tu forma de reaccionar, y así alcanzar tu meta de suspender el consumo. Lo que puedes hacer, además de relajarte y realizar las acciones que elegimos, es cambiar el contexto en el que solías consumir así como la convivencia con ciertas personas, que busques el apoyo de otras personas más o inclusive planees acciones que te ayuden controlar y prevenir situaciones de riesgo. En muchas de estas acciones tendremos que poner en marcha, las habilidades de solución de problemas, de comunicación o de rehusarse al consumo, que aprendimos”.

El profesional promoverá en los usuarios frases como: “Entiendo entonces que cuando llegue a esos lugares, me encuentre con mis amigas, o llegue la hora en la que solía consumir, debo poner en práctica estos planes de acción, así como mis habilidades de comunicación o solución de problemas, además debo usar mis técnicas para negarme a consumir, cuando sienta esa presión de los demás”.

Frases y preguntas orientadoras

Observa que, una vez que has identificado tus pensamientos y emociones, y cómo reacciona tu cuerpo, sobre todo cuando llegas al lugar donde consumías o con las personas con quienes lo hacías, es necesario que realices las acciones que te permitan ir cambiando tu forma de reaccionar, y así alcanzar tu meta de suspender el consumo.

Lo que puedes hacer, además de relajarte y realizar las acciones que elegimos, es cambiar el contexto en el que solías consumir, así como la convivencia con ciertas personas, que busques el apoyo de otras personas más o inclusive planees acciones que te ayuden a controlar y prevenir situaciones de riesgo. En muchas de estas acciones tendremos que poner en marcha, las habilidades de solución de problemas, de comunicación o de rehusarse al consumo, que aprendimos.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



Los procesos de cambio de carácter cognitivo (*aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, alivio dramático, auto-liberación*) se asocian con los estadios de cambio iniciales: precontemplación, contemplación y preparación, donde la auto-eficacia de la persona generalmente requiere desarrollarse más. Los procesos de cambio que tienen carácter conductual (*liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos*) se vinculan con los estadios de acción y mantenimiento.



Las estrategias motivacionales favorecen que las personas que consumen sustancias se inserten y continúen en tratamiento o bien se comprometan con una estrategia de cambio. La entrevista motivacional, dentro de los programas de intervención ha reducido la deserción e incrementado la participación del cliente en el tratamiento sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de la conducta. Los principios básicos de la entrevista motivacional son: 1) Expresar empatía mediante la escucha reflexiva; 2) Fomentar la discrepancia, de modo que el usuario verbalice sus motivos de preocupación por el cambio; 3) Trabajar las resistencias, sin confrontación; y 4) Reafirmar la capacidad para lograr el cambio.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Las estrategias motivacionales favorecen que las personas que consumen sustancias **se inserten y continúen en tratamiento** o bien se comprometan con una estrategia de cambio.



Mostrar empatía. Implica que el profesional de la salud denota entendimiento y comprensión hacia los puntos de vista de las personas, elabora frases de afirmación o acuerdo. El profesional emite frases que facilitan la empatía con las personas que consumen sustancias, como: “Entiendo, debe ser muy difícil y debe sentirse muy mal por lo que ha ocurrido. Comprendo, debe ser difícil la situación por la que atraviesa. Me imagino que ha sido muy difícil tomar esa decisión”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Mostrar empatía.
Implica que el profesional de la salud denota **entendimiento y comprensión** hacia los puntos de vista de las personas, elabora frases de afirmación o acuerdo.



Fomentar la discrepancia. Consiste en hacer notar a la persona que consume sustancias, los costos y beneficios asociados al cambio. El profesional incrementa la discrepancia entre lo que gana y lo que pierde, con frases como: “¿Qué ventajas y desventajas observas como resultado de tu consumo?, ¿Qué beneficios y desventajas tienes actualmente por consumir? Entiendo, entonces, que la desventaja de tu consumo es que hace menos probable te permitan pasar tiempo con tu hijo, aunque el consumo te haga disfrutar de ese momento”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Fomentar la discrepancia. Consiste en hacerle notar a la persona, los **costos y beneficios** asociados al cambio.



Trabajar la resistencia. Implica que el profesional escucha a la persona y elabora afirmaciones sin intentar convencerlo de que existe un problema o de la necesidad de cambio, procurando no imponerle soluciones a su problema, sino guiarla a la resolución con sus propias alternativas. El profesional elabora preguntas como: “¿Cómo considera que puede enfrentar la presión que su esposa ejerce en este momento?, ¿Qué tan probable es que lo que plantea cambie definitivamente esa situación?”

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Trabajar la resistencia. **Escuchar** a la persona, elaborar **afirmaciones** sin intentar convencerlas de que existe un problema. No imponer soluciones al problema, sino **guiarlas a la resolución con sus propias alternativas.**



Reafirmar la capacidad para lograr el cambio. Consiste en que el profesional de la salud identifique las fortalezas la persona, haciéndoselas notar a través de su retroalimentación, con la finalidad de incrementar su confianza para lograr un cambio. El profesional emite reflexiones como: “Me parece que la propuesta que acaba de generar puede funcionar muy bien y que tiene muy buenas posibilidades de éxito, que le puede ayudar a alcanzar su meta. Creo que ha demostrado tener habilidades para disminuir su consumo.”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Reafirmar la capacidad para lograr el cambio.
Identificar las **fortalezas** de la persona, haciéndoselas notar a través de su **retroalimentación**, con la finalidad de incrementar su confianza para lograr un cambio.



El tipo de conductas motivacionales que se sugieren utilizar para mostrar a la persona el interés en su caso y en la eficacia de la intervención para favorecer su mejoría son: Mirarla a los ojos; utilizar gestos, movimientos y posturas correspondientes a prestar atención (movimientos de cabeza, inclinación del cuerpo hacia adelante para favorecer escucha); frases y uso de entonación pertinente para reflejar interés; enfatizar la información escuchada; mostrar duda e interés por comprender con precisión; favorecer oportunidad de participación, calma y tranquilidad; y transmitir firmeza en lineamientos de trabajo.

Los componentes específicos identificados en la entrevista motivacional incluyen:

Proporcionar retroalimentación. Frecuentemente las personas no saben de qué manera cambiar o no consiguen hacerlo debido a que no cuentan con la información suficiente sobre su situación. De esta manera, el profesional de la salud debe proporcionar a la persona, de manera clara y concreta, la información sobre su conducta de consumo y lo relacionado a ésta. Esta habilidad es óptima en todas las etapas de cambio, aunque es más frecuente en la fase inicial. El profesional elabora frases como: “De acuerdo a la información que nos proporcionó, la cantidad de tabaco que está fumando es suficiente para estar en riesgo de padecer varias enfermedades”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Proporcionar retroalimentación. El profesional de la salud debe proporcionar a la persona la **información** sobre su conducta de consumo y lo relacionado a ésta.



Proporcionar consejo directo sobre la necesidad de cambio. Un consejo claro y preciso es un elemento que ayuda a promover el cambio. Se sugiere que este consejo sea oportuno, preciso y claro y que considere las ventajas del cambio, además de promover que la persona lo solicite.

El profesional elabora preguntas y frases como: “¿Le gustaría saber qué es lo que le ha funcionado a otras personas en esa misma situación?, El apoyo de otras personas importantes para usted puede ser muy útil. Entiendo que la persona que usted me indique estaría dispuesta a escucharlo y a apoyarlo. De acuerdo con lo que me dice, podría ayudarlo al controlar su forma de beber y reconocer su esfuerzo cuando lo observe estando con usted”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Proporcionar **consejo** directo sobre la necesidad de cambio. Ayuda a **promover** el cambio. Se sugiere que sea oportuno, preciso y claro y que considere las ventajas del cambio, además de promover **que la persona lo solicite**.



Intentar remover las barreras para el cambio. Consiste en identificar y eliminar los obstáculos que pueden presentarse durante la intervención. El profesional de la salud deberá guiar a la persona a identificar las circunstancias que impidan o dificulten el cambio y guiarla en la solución de éstas. El profesional puede estructurar oraciones y preguntas tales como: “Me comenta que ahora que recuperé a su familia, se le complica asistir porque no hay quien cuide a sus hijos. ¿Qué opciones tiene para resolver esta condición y poder asistir al resto de tu tratamiento?”

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Intentar remover las barreras para el cambio. Identificar y **eliminar** los obstáculos que pueden presentarse durante la intervención. **Guiar** a la persona a identificar las circunstancias que impidan o dificulten el cambio y guiarla en la solución de éstas.



Sugerir o proporcionar alternativas para lograr el cambio. El profesional de la salud debe promover que la persona que desea cambiar sea quien genere las alternativas propias de solución, brindándole la posibilidad de elegir. El profesional elabora reflexiones tales como: “Si ese plan que me comenta no le funciona, ¿qué otras alternativas tiene?”

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Sugerir o proporcionar alternativas para lograr el cambio. Promover que la persona que desea cambiar **sea quien genere** las alternativas propias de solución, brindándole la posibilidad de elegir.



Disminuir lo atractivo del uso de alcohol o drogas. Requiere que se identifiquen los incentivos de la persona, que hacen que el consumo se mantenga, con la finalidad de restarle peso y aumentar la motivación al cambio. EL profesional de la salud guía a la persona a analizar las ventajas y desventajas de la conducta de consumo y de la conducta de cambio. El profesional estructura reflexiones como: “Conforme lo que me ha dicho, entonces, se divierte cuando toma, sin embargo, también, me comenta que cuando está con ellos y consume, ha tenido problemas con su esposa, se ha gastado el dinero y ha tenido accidentes; y que, en general, para usted son razones más poderosas para para cambiar su consumo”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Disminuir lo atractivo del uso de alcohol o drogas. Identifiquen los **incentivos** de la persona, que hacen que el consumo se mantenga, con la finalidad de **restarle peso** y aumentar la motivación al cambio.



Desarrollar una serie de metas concretas para el cambio. El profesional de la salud guía a la persona a establecer un objetivo claro, que debe poderse contrastar con su situación actual, ser realista y alcanzable. El profesional estructura reflexiones y preguntas como: “Ahora que ya ha descrito la manera en la que consume, que ha elegido dejar de fumar por completo, y buscar alternativas, es fundamental que decidamos el tiempo más prolongado en el que puede mantenerse sin consumo y programar nuestra siguiente cita. Conforme los tiempos de abstinencia que se observan en su patrón de consumo, debemos programar la sesión en cuatro días ¿Está de acuerdo?”

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Desarrollar una serie de metas concretas para el cambio. El profesional de la salud guía a la persona a **establecer un objetivo claro**, que debe poderse contrastar con su situación actual, ser **realista y alcanzable**.



Observe que, entre el tipo de técnicas motivacionales a utilizar en forma sistemática por parte de los profesionales de la salud se encuentran: 1) Hacer preguntas abiertas; 2) Repetir información que la persona ha proporcionado con la intención de que genere más información sobre ese aspecto de su vida y reflexione al respecto (como cuando observamos nuestra imagen en el espejo; repetir y rephrasear lo que la persona ha dicho, le devuelve la información centrando su atención en ella y dándole oportunidad de darle un valor distinto); 3) Expresar con sus palabras los comentarios de la persona (Parafrasear) para ella identifique que integra los datos necesarios en el proceso; y 4) Entender sus sentimientos para que tenga confianza en expresarse con sinceridad.

Una consideración importante es que la entrevista motivacional por sí sola no garantiza la reducción o abstinencia del consumo, sino que es un estilo de interacción que favorece la motivación para que la persona se comprometa con la implementación de estrategias específicas que la lleven a un cambio y al mantenimiento del mismo.

INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA FAVORECER EL CAMBIO

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA FAVORECER EL CAMBIO.

Para términos prácticos, en el contexto de los Servicios de Atención Primaria a la Salud, se recomiendan algunas intervenciones de acuerdo al estadio de cambio en el que se encuentran las personas.



La relación dinámica¹³³ que se establece entre quien consume drogas y el equipo multidisciplinario de salud es uno de los elementos más importantes que determinan los resultados de las intervenciones terapéuticas. Si las personas que consumen drogas perciben que están recibiendo la ayuda adecuada, es mucho más probable que continúen asistiendo a recibir atención. Esto puede favorecerse en gran medida al aplicar las estrategias terapéuticas efectivas y apropiadas, tomando en cuenta la etapa del cambio en la que se encuentra quien consume drogas. De esta manera se proponen metas que es más probable cumplir.

La principal ventaja del Modelo Transtéorico planteado por Prochaska y DiClemente es que permite comprender cómo podemos diseñar intervenciones a la medida para ayudar a lograr el cambio de conducta respecto al consumo de drogas. Hay que considerar los tres elementos que plantea el modelo. Para términos prácticos, en el contexto de los Servicios de Atención Primaria a la Salud, se recomiendan algunas intervenciones¹³⁴ de acuerdo al estadio de cambio en el que se encuentran las personas

¹³³ Caballero, L. (1993). Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaída* (pp. 245-266). Barcelona: Citran.

¹³⁴ Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse. A stages of change therapy manual*. Nueva York, NY: Guilford Press.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Psicoeducación. Al proporcionar de manera efectiva información sobre el consumo de drogas, sus efectos y consecuencias, se incrementa la concientización, favorece el control de estímulos y la liberación social.

Existen diversas intervenciones que son recomendadas para favorecer el cambio en la conducta de consumo, 1) Clarificación de valores, 2) Solución de problemas, 3) Establecimiento de metas, 4) Planificación de recaídas, 5) Técnicas de relajación, 6) Entrenamiento en asertividad, 7) Juegos de rol playing, 8) Técnicas cognitivas, 9) Reestructuración ambiental, 10) Clarificación del rol, 11) Reforzamiento y 12) Habilidades sociales y de comunicación.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO	
¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?	
1	Clarificación de valores
2	Solución de problemas
3	Establecimiento de metas
4	Planificación de recaídas
5	Técnicas de relajación
6	Entrenamiento en asertividad
7	Juegos de rol playing
8	Técnicas cognitivas
9	Reestructuración ambiental
10	Clarificación del rol
11	Reforzamiento
12	Habilidades sociales y de comunicación

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P: No tengo fuerza de voluntad y por eso consumo.

PS: Permítame compartirle información sobre los diversos eventos que le pueden afectar y le permiten entender porque consume. El consumir se presenta como una respuesta ante una serie de influencias, Por ejemplo, las invitaciones de amigos para hacerlo, el malestar del cuerpo por necesitar la sustancia, la creencia de algunas personas de que la sustancia es necesaria para estar tranquilo, sentir que con la sustancia podemos relacionarnos mejor con otras personas o que necesitamos la sustancia para llevar a cabo ciertas actividades. Entonces, además de que usted está convenido y firme de no querer consumir sí es necesario prepararnos para responder eficientemente ante cualquiera de estos eventos, de manera diferente a como solía hacerlo. ¿Qué le parece?

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio



Clarificación de valores. A través del análisis de la discrepancia con el consumo de drogas, se busca que la persona defina sus valores y las cosas a las que les de mayor valor en su vida. Con esta técnica se puede favorecer la auto-reevaluación.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P: *Mi madre se la pasa preocupada por mi consumo y eso me hace sentir mal, pero me es muy difícil no consumir.*

PS: *Entiendo que le cuesta trabajo dejar de consumir, aunque termine sintiéndose mal por la preocupación de su madre.*

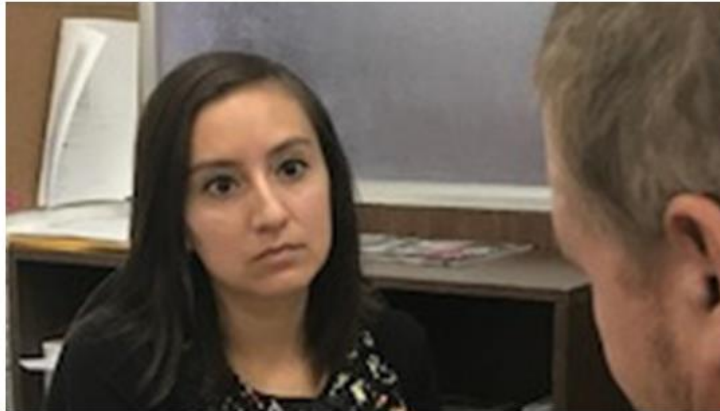
P: *Pues sí, pero en verdad no quiero lastimarla y tengo que hacer algo para no dañarla y dejar de sentirme culpable.*

PS: *Me parece que a pesar de que le sea tan difícil, es más importante para usted apoyar a su mamá en su bienestar y dejar de sentirse culpable.*

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Clarificación de valores. A través del análisis de la discrepancia con el consumo de drogas, se busca que la persona **defina sus valores** y las cosas a las que les de mayor valor en su vida. Con esta técnica se puede favorecer **la auto-reevaluación**.



Solución de problemas. Al favorecer que las personas desarrollen estrategias que les permitan plantear diversas formas de solucionar problemas, se incrementa la auto-eficacia.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Entonces, sientes que cada vez que te invitan a consumir no puedes negarte ¿Qué podrías hacer?

P. No lo sé, son los únicos amigos que tengo.

PS. Ok, Me queda claro que te preocupa perder su amistad, pero, por otro lado, también me has compartido que quieres dejar de consumir y no lo logras cuando ellos te invitan a tomar.

P. Sí, no quiero perder su amistad.

PS. Ok, Dime ¿Cómo podrías no perder su amistad y evitar que te inviten a tomar, o no dejarte influir por lo que ellos te dicen?

P. No lo sé siempre ocurre así, termino consumiendo.

PS. Ok, ¿Qué opinas de usar un ejercicio de comunicación en el cual les hagas saber tu decisión de no consumir y les pidas ayuda para que no te ofrezcan hacerlo?

P. Pero, ¿y si se enojan?

PS. Vamos a ensayar como hacérselos saber para procurar que te entiendan y decidan apoyarte, aunque tienes razón puede ser que alguien decida no apoyarte y sentirse molesto porque tu no lo quieras acompañar a consumir. A ese amigo que le interesaría más ¿la compañía para consumir o procurar tu amistad?

P. Creo que su propio consumo.

PS. Ok, de igual manera, ¿Cómo podrías expresarle tu interés en acompañarlo y convivir sin consumir?

P. No sé, siempre nos vemos para tomar.

PS. ¿Y si le compartes el poder verse, platicar, distraerse en otro lugar donde no haya consumo, para que le sigas ofreciendo tu amistad y así también no te expones a riesgos?

P. No creo que acepte, pero si podría ver quién si quiere apoyarme y quiénes no.

PS. Así es, a partir de este momento tú has identificado esa solución: procurar la convivencia con tus amigos, pero cuidarte y no arriesgarte a consumir.”.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Solución de problemas.



Establecimiento de metas. El objetivo principal es que las personas logren diferenciar entre metas realistas y no realistas, lo que favorece la auto-liberación.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P. Estoy muy enojado porque no me tienen confianza en la casa. Aunque les lleve mi anti-doping negativo y ven que vengo a mis sesiones, me cuestionan todo el tiempo, me salen con sus preguntas ¿A dónde vas?, ¿Por qué estás tan acelerado?, ¿Qué te pasa?, ¿Qué ya consumiste? No lo soporto.

PS. Me doy cuenta de que, aunque has dejado de consumir, tu familia no reconoce tu cambio.

P. Si están muy desconfiados y ya deberían de creerme.

PS. Entiendo, quisieras que ya te tuvieran confianza por este importante logro de un mes sin consumo. ¿Qué otros resultados, piensas, necesitarían detectar para aumentar la confianza en ti?

P. Pues, podría ser seguir con anti-doping más frecuente, y enseñarles mi carnet de citas, es lo que se me ocurre.

PS. Excelente propuesta, el hecho de que consideres que requieren que te mantengas sin consumo, definitivamente ayudaría y parece que sería una propuesta con muchas posibilidades de éxito. No obstante, si te ven intranquilo ¿qué podrías hacer para que sepan el porqué de su acelere, así como dices, para que entiendan lo que ocurre?

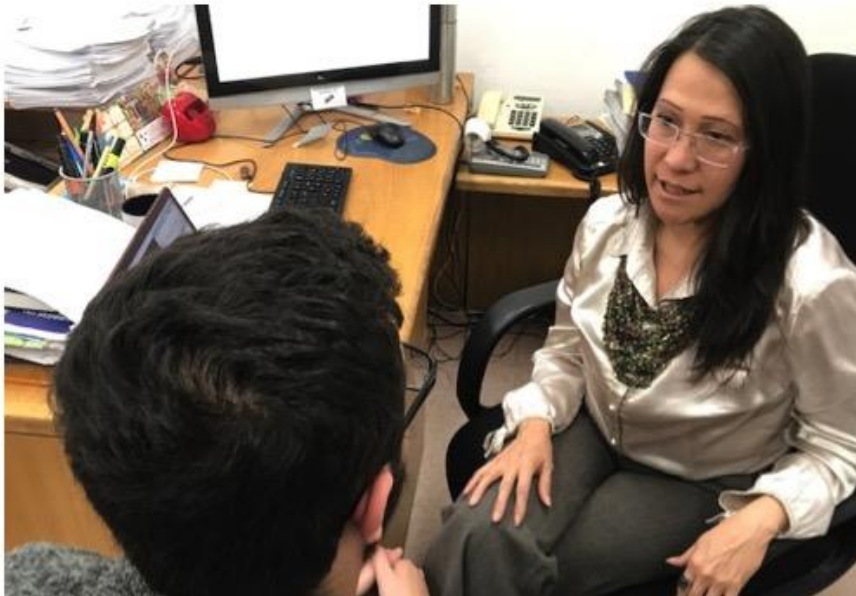
P. Pues decirles lo que me pasa.

PS. Excelente, definitivamente tienes claro que la comunicación abierta puede ser la vía para que ellos te entiendan, para que sepan por lo que estás pasando, y sobre todo como es que pueden apoyarle, pero mejor aún creo que con eso vas a poder alcanzar mejor tu meta y mantenerla con éxito.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Establecimiento de metas.



Planificación de prevención de recaídas. Para incrementar el compromiso con el cambio y con ayuda de los profesionales, se diseñan estrategias para enfrentar situaciones que provocan tentación por consumir. Esto favorece el proceso de auto-liberación.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS: Dígame, ¿En qué situación le sería difícil no consumir, que se le pudiera presentar durante estos tres meses, en los que estableció su periodo o muestra para no consumir?

P: Si, la verdad no sé si pueda mantener mi meta el día de mi cumpleaños, porque siempre tomo para celebrar.

PS: Ok entiendo que un día especial al año en la que siempre acostumbra festejar consumiendo. Pero dígame ¿cuáles serían las razones por las que le conviene, no consumir en esta ocasión?

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

P: No sé si pueda no consumir ese día, me gusta sentirme animado, contento, es mi cumpleaños.

PS: Entiendo entonces, que el consumo lo hace sentir animado y contento. Pero dígame, ¿De qué manera se afecta su cumpleaños cuando lo acompaña del consumo?

P: A veces no les hago caso a los invitados, solo quiero estar tomando, luego me molesto y hasta termino peleando con algunos.

PS: Entonces, por un lado el consumo lo hace sentir contento y animado, pero por el otro, también le trae consecuencias como desatender a sus invitados, molestarse e incluso hasta pelear con algunos.

P: Ah y al día siguiente, no me acuerdo de lo que paso.

PS: Entiendo, sin embargo, usted tiene razón en querer divertirse y disfrutar de esa actividad. Dígame, ¿Qué actividad se le ocurre que puede realizar para divertirse y disfrutar de ese momento sin consumir en su cumpleaños?

P: Mhhh, pues no lo sé.

PS: ¿Cómo le gustaría hacerlo? Puede ser una actividad que no realice frecuentemente y que le guste, o una actividad que haya hecho antes y que se la quiera regalar como cumpleaños.

P: Pues, me gustaría ir al cine, hace tiempo que no voy. Le diría a mi familia que me acompañe y luego nos iríamos a cenar.

PS: Muy bien, fíjese acaba de identificar dos actividades que, además de que le pueden ayudar a no consumir, involucran a su familia. ¿Le gustaría que construyéramos ese plan para prevenir los riesgos y además, eh, hacer que usted logre la meta?

P. mhum

PS. Dígame, ¿cuáles serían los riesgos de que lo puedan invitar a consumir para festejar su cumpleaños?

P: No, no, ellos saben que estoy en terapia, no, no van a consumir, me están apoyando.

PS: Excelente, además de haber identificado actividades, ha identificado la importancia de elegir a personas con quienes disfruta su compañía y que además están dispuestos a apoyarlo en su proceso de cambio. Pero, dígame que pasaría si la película no le gusta y usted empieza a pensar que tal vez habría estado mejor yendo a consumir, y tiene antojo de consumir, ¿qué podría decirse a sí mismo para lograr su meta de no consumir?

P: Que no consumir es el mejor regalo de cumpleaños que me puedo dar, que estoy haciendo feliz a mi familia, que cada vez estoy más cerca de lograr mis metas, como recuperar mi trabajo.

PS: Tal como lo identifica, lo importante es que usted tenga claras sus ideas y logre darle prioridad a lo que usted necesita y lo que podría alcanzar con mayor probabilidad si usted logra su meta de suspender el consumo.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Planificación de prevención de recaídas.

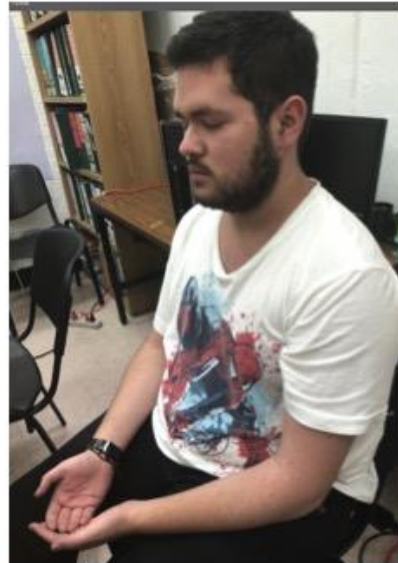


Técnicas de relajación. A través de diferentes métodos que ayuden a que las personas aprendan a calmarse y relajarse, se favorece el proceso de cambio de contra condicionamiento (también conocido como condicionamiento contrario). Para lograr esto, se capacita al usuario en los ejercicios de relajación y lo convierte, primero en un experto en el mismo. Es fundamental establecer con el usuario la lista de estímulos que constituyen los disparadores al consumo, que el usuario que los jerarquice, del que produce menos ansiedad al que produce mayor ansiedad por consumir. Finalmente, asocia la presentación de cada uno de los estímulos con el ejercicio de relajación, uno por sesión y desde el que produce menos ansiedad, junto con el ejercicio de relajación. En cada sesión se asocia un estímulo en la jerarquía con la relajación, pero se programan el número de sesiones necesarias hasta que la presentación del estímulo correspondiente ya no provoque ansiedad por consumir y el usuario reporte (o si el profesional tiene acceso a equipo de retroalimentación biológica, verifique) que su presentación provoca relajación.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Técnicas de relajación. A través de diferentes métodos que ayuden a que las personas aprendan a calmarse y **relajarse**, se favorece el proceso de cambio de **contra condicionamiento**.



Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS: Una vez que ya hemos aprendido los ejercicios de relajación, que ha elegido el de respiración profunda y que hemos definido que el estímulo que nos toca trabajar hoy, se refiere al horario habitual en el que solía consumir, vamos a aprender a enfrentar momentos y situaciones donde podemos sentirnos muy alterados o acelerados. Recuerde que elegimos de la lista el estímulo que produce la menor ansiedad en este momento. Es decir, aquel, que en esta situación provoca ganas y deseos de consumir, porque era donde antes solía hacerlo. Ya hemos visto que, en ciertos lugares, momentos o con ciertas personas nuestro organismo reacciona presentando una serie de síntomas, tales como aumento en las palpitaciones, un cambio en la respiración, o incluso sudoración, así como emociones específicas. Todo ello nos ha provocado, en muchas ocasiones, simplemente consumir, en busca de reducir la necesidad o el deseo, eliminar el malestar o sentir esos efectos placenteros de la sustancia. ¿Recuerda?

P: Sí. Antes no me daba cuenta, pero ahora que me ha enseñado a identificarlo, me percaté no solamente de mis ganas por fumar/beber/consumir, sino que, poniendo atención, también me doy cuenta de mi ansiedad, de cómo empiezo a sudar y las otras cosas que me pasan. Antes no lo notaba.

PS: Efectivamente. Por lo tanto, vamos a enseñarle al cuerpo a detectar esos momentos, pero sobre todo a que, cuando usted lo perciba, automáticamente su cuerpo pueda responder de la

forma contraria. Inicialmente esto es difícil de entender, pero conforme realicemos el ejercicio de relajación, que ya ha aprendido, estará enfrentando los momentos de antojo y además estará educando a su cuerpo a responder automáticamente a esos momentos de necesidad física. Al principio los ejercicios de relajación se tienen que pensar y realizar con mucha concentración, pero con la práctica diaria, e incluso dos veces al día, el cuerpo aprenderá a responder automáticamente con tranquilidad a los momentos de ansiedad y estrés que se provocan, por ejemplo, cuando entra al lugar donde consume habitualmente, o también cuando se encuentre a las personas con quienes generalmente consumía.

P: *¿De verdad? Creo que si logro tranquilizarme y no me siento tan ansiosa voy a poder estar más segura para no consumir.*

PS: *Exacto. Vamos a empezar la aplicación del ejercicio de relajación ante una situación específica que ya identificamos. Es decir, cuando usted se encuentra solo en casa a medio día, y vamos a trabajar con el cambio de molestias físicas de taquicardia y sudoración.*

P: *Ok.*

PS: *Para iniciar por favor elija una posición cómoda. Puede recostarse o permanecer sentado; lo importante es que se favorezca la relajación. Si está sentado, puede tener su cabeza recargada en la pared, de tal forma que se sienta cómodo. Sus brazos deben reposar sobre sus piernas, sin dejarlos caer o colgar. Al colocar sus manos sobre las piernas, coloque las palmas hacia arriba y mantenga la posición natural de sus manos cuando los músculos no están tensos.*

Después de colocar correcta y cómodamente a la persona, el profesional continúa: *“mientras respira en forma tranquila y profunda, debe imaginar que dentro de su estómago y pecho, hay un globo que se va inflando con cada respiración. Conforme el aire entra a su cuerpo, sienta cómo llega hasta el estómago y va llenando el globo, desde el estómago hacia el pecho, poco a poco. Coloque su mano derecha sobre el estómago y la izquierda sobre el pecho e inhale profundamente. Se dará cuenta que primero se mueve su mano derecha (la del estómago) es la que sube primero, y después se eleva su mano izquierda (la del pecho). Esto significa que su respiración le está ayudando a relajarse. Si primero se moviera su mano izquierda (la del pecho), y la respiración mostrara que después se infla su estómago, quiere decir que la respiración es incorrecta, no le estaría ayudando a relajarse y solamente provocaría tensión muscular. Haga el ejercicio de respiración junto conmigo y perciba cómo se mueve la mano que está sobre el estómago y luego, muy despacio, se llena de aire hasta el pecho”.*

Una vez que se ha verificado que la persona está aplicando las respiraciones profundas de manera correcta, el profesional continúa:

“Mantenga los ojos cerrados. Que no le importe como se ve, solamente debe importarle cómo se siente. Iniciemos inhalando por la nariz, llenamos el cuerpo y retenemos el aire 3, 2, 1, y exhalamos lentamente, 3, 2, 1, y conforme soltamos el aire, dejándolo salir, poco a poco por la boca, sentimos como sale, sale, se va, se va llevándose con él toda la tensión, se va. Nuevamente, inhalamos, retenemos, 2, exhalamos) y conforme el aire sale se va, se va y se lleva toda la tensión, se va. Inhalamos, retenemos 3, 2, 1, y sentimos cómo los pies descansan, se relajan, pesan por la relajación, exhale, y conforme el aire sale, sale, se va, los pies descansan, se relajan, pesan, pesan, por la relajación, descansan. Inhalamos, retenemos, 2, y las piernas descansan sobre el piso, se relajan, pesan, exhalamos, pesan por la relajación, descansan. Inhalamos, retenemos, 2, y exhalamos. Conforme el aire sale, sale, se va, se va y se

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

lleva toda la tensión, se va, y las piernas descansan, se relajan. Inhalamos, retenemos, y se puede sentir como los hombros pesan, exhalamos, descansan, se relajan. Los hombros se sueltan, pesados descansan y conforme descansan el aire sale, sale, se va, los hombros se relajan, descansan, por la relajación. Inhalamos, retenemos y exhalamos. Conforme el aire sale, se va y los brazos pesan, las manos descansan sobre las piernas, los brazos descansan, pesan por la relajación. El aire sale, sale, se va, se va y los brazos descansan, pesan por la relajación. Las manos descansan sobre las piernas, pesan, y la respiración, que es lenta y relajada ayuda. Todos los ruidos que podamos escuchar se vuelven parte de mi relajación, los introduzco son parte de mi ejercicio. Las manos pesan y puedo sentir un ligero calor en la palma de las manos. Ese calor indica que hay relajación. Las manos descansan, pesan y la respiración ayuda a relajarlas. Inhalamos, 2, exhalamos. Conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión, dejando al cuerpo en total relajación. El aire sale, se va, y mi frente descansa, se relaja. Puede sentir como mi frente descansa y conforme se transforma la tensión en relajación, las líneas de expresión desaparecen. La frente descansa, se relaja, pesa, descansa por la relajación y la respiración ayuda a relajarse. Inhalamos, retenemos 3, 2, exhalamos y conforme el aire sale, sale, se va, se va llevándose con él, toda la tensión, dejando al cuerpo en total relajación. Los párpados pesan, pesan, sobre los ojos, que se mantienen cerrados, no puedo abrir los ojos porque los párpados descansan, se relajan y la respiración ayuda a relajarlos. Esa respiración lenta, profunda y descansada, produce mucha relajación. Inhalamos, retenemos, 3, 2, exhalamos y conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión. El aire se va, dejando al cuerpo en total relajación. Y mi mandíbula descansa, se relaja. Con mis labios entreabiertos, los músculos de la mandíbula descansan, transforman la tensión en relajación, mis músculos se relajan, pesan, descansan, por la relajación, mi respiración lenta ayuda a que el cuerpo se relaje profundamente. Todo mi cuerpo pesa, pesa, descansa, por la relajación”.

Conforme se logró que la persona se relajara por la técnica de respiración profunda, el profesional introduce el primer estímulo que provoca ansiedad por consumir diciendo: *”Piense ahora en que son las doce del día. Es medio día. Respiramos, retenemos, 2, exhalamos, y conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él, toda la tensión. Es medio día, está e casa. Inhalamos, retenemos, 3, 2, exhalamos y conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión, se va, dejando al cuerpo en total relajación. Son las doce del día, pero mi respiración, me ayuda a relajarme. Todo mi cuerpo pesa, descansa se relaja, pesa, se relaja”.*

El profesional menciona el estímulo que corresponda al día de la sesión (en este ejemplo es el horario de las 12 de día). Conforme repite las frases de relajación y la inhalación de aire tantas veces como sea necesario hasta que el usuario reporte (o si tiene equipo de retroalimentación biológica, verifique) que la presentación del estímulo (las doce del día) produce relajación. El profesional utiliza el ejercicio tantas sesiones (diarias) como sea necesario hasta que la presentación de ese estímulo produzca relajación y pasará al siguiente estímulo en la jerarquía definida por el usuario para asociarlo con los ejercicios de relajación y hasta que ese nuevo estímulo provoque relajación. Se completan todos los estímulos de la situación y se realiza la dinámica de contra condicionamiento con todas las situaciones de riesgo del usuario.

Motivación para cambiar



Entrenamiento en asertividad. Se brindan técnicas para afrontar y rechazar los ofrecimientos de consumo de drogas, con lo que se proporcionan alternativas saludables y se favorece el proceso de cambio de contra condicionamiento.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *“Una de las técnicas para no aceptar la invitación a tomar es adelantarse y hacerle saber su decisión de no consumir a todas aquellas personas que considere pertinente. Necesita mirar a los ojos, ser firme en su tono de voz para mostrarse seguro y tranquilo”.*

P: *“Eso suena difícil ¿cómo lo hago?”*,

PS. *“Así es, no es fácil, pero hagamos un ejercicio, Yo lo representaré a usted y usted hará el papel de su amigo; el que siempre le insiste en beber”.*

P: *Muy bien. Adelante.*

PS: (en el papel de la persona, inicia el ejercicio) *¡Hola, Gracias por venir. Es que quiero pedirte ayuda. He decidido dejar de tomar, por muchas razones que son importantes para mí, y aunque no te las explicaré todas ahorita, si te llame para pedirte ayuda.*

P: (en el papel del amigo) *Qué te traes?, ¿Estas enfermo?*

PS: (en el papel de la persona) *No, de hecho, me siento muy bien y en realidad estoy tratando de recuperar muchas cosas en mi vida. Así que, he decidido dejar de tomar, y escoger otra forma de divertirme y entretenerme, además de recuperar cosas que he perdido en mi vida.*

El profesional de la salud hace una pausa en el ejercicio, toma su papel como profesional y apunta: *PS. Debe mantenerse serio, y expresar con claridad sus intenciones de suspender el uso*

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

del alcohol con un tono de voz firme. Sin embargo, también puede completar su idea señalando lo importante que es para usted su amistad y sobre todo su apoyo.

P: *No, no va a aceptar,*

PS: *Entiendo, muéstreme que cree que le diría, para que yo pueda mostrarle el tipo de oraciones que usted podría formular.*

P: *No inventes, ahora si ¿qué te metiste?,*

PS: *Sé que nunca te había hablado así, que estás sorprendido y tal vez molesto por mi decisión. Pero, de verdad, para mi nuestra amistad es muy importante, por eso decidí contarte lo que me está pasando y pedirte ayuda. Antes, hacíamos muchas cosas juntos, sin tomar como ahora, y de verdad pienso que disfrutábamos mucho. Me gustaría que me apoyaras y volviéramos a salir como antes, que pudiéramos salir a correr, de excursión, a ver películas o jugar ajedrez, como antes pero sin tomar. Se que puede no sonar divertido al principio, pero para mí sería de verdadera ayuda.*

P. *Yo creo que sí me ayudaría, pero y ¿si no?,*

PS. *Bueno decididamente usted debe responder primero ¿Cómo se sentiría?, ¿Qué debería hacer al respecto?*

P. *Bueno, definitivamente, me sentiría muy mal y tendría que decidir entre su amistad y mi bienestar,*

PS. *Efectivamente y bien pensado, el malestar es algo que enfrentaremos cada vez que sea necesario, dando prioridad a lo que realmente lo tiene, en este caso, su salud y su familia. Pero pensemos que sí le responde positivamente, ¿considera que puede poner en práctica el tipo de argumentos que modelamos?*

P. *Eso estaba pensando, que a usted le sale muy bien, pero ¿cómo logro hacerlo yo?*

El profesional puede responder con más ensayos de roles donde le da la oportunidad a la persona de practicar y ejecutar las habilidades.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Entrenamiento en asertividad. Ante una situación particular con la persona, el profesional muestra las técnicas para **rehusarse al consumo** de drogas. *Una de las técnicas para no aceptar la invitación a tomar es adelantarse y hacerle saber, a aquellos que considere pertinente, su decisión de no consumir.*



Juego de roles o role playing. Se da oportunidad para personificar el papel que los individuos quieren lograr respecto a los cambios en el patrón de consumo de drogas. Este es el más claro ejemplo de técnicas que favorecen el contra condicionamiento.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Pongamos en práctica lo aprendido, dándole la oportunidad de que ahora sea usted quien lo implemente y podamos ver donde tendríamos que mejorar. ¿Está listo?

P. A ver como lo hago,

PS. No se preocupe, solo piense como responder, recuerde transmitir su decisión de manera firme y simple, no ceda ante la bromas ni se enganche con ellas. Transmita claramente el mensaje de cómo su amigo puede apoyarle en cumplir su meta. ¿Listo? Adelante.

P (como si estuviera conversando con algún amigo). *Hola gracias por venir. Oye es que no sé cómo decirte esto, mira he estado yendo al psicólogo y he decidido ya no tomar,*

PS (en el papel de algún amigo de la persona). *Ya. Ahora resulta que te volviste loco y hasta vas al psicólogo, si quieres yo te doy terapia*

P. *Yo pensaba igual pero no es como imaginas, no sé cómo explicarte, la cosa es que ya no quiero tomar, me ha ido muy mal últimamente y sin darme cuenta de pronto ya todo me sale mal. Poniendo todo en una balanza entendí que así como mucho tiene que ver con el alcohol, yo también puedo decidir lo que es más importante para mí y tú eres una de las personas a la que le tengo confianza para decírsele y pedirle ayuda.*

PS. Excelente ejercicio, muy bien, retomó la idea de decir lo que usted ha hecho, lo que le importa y para que lo necesita a él, excelente, y sobre todo no se enganchó con el comentario que hizo su amigo, eso estuvo excelente, ahora continuemos y explíqueme como puede apoyarlo.

PS (en el papel de algún amigo de la persona). mmmmh pero y yo ¿qué?, yo no quiero dejar el trago.

P (como si estuviera conversando con algún amigo). Bueno, yo entiendo y no te pido que tú lo dejes, pero sí creo que hace tanto que nos conocemos. Creo que hay cosas que hacíamos juntos antes de tomar tanto y que me gustaría que volviéramos a hacer. Te propongo que nos metamos a uno de esos equipos de tocho, ya pa' veteranos como nosotros, recordar viejos tiempos pero que tratemos de hacer cosas juntos sin tener que beber. Tu amistad me importa, pero ya no quiero tomar.

PS. Excelente trabajo, observe que con sus propias palabras ha dicho lo mismo que modelamos antes. Ha señalado lo importante que es ese amigo para usted, no lo ha presionado y le ha dejado claro cómo puede ayudarlo, excelente trabajo.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Juego de roles o rol playing.



Técnicas cognitivas. Son de mucha utilidad para los procesos vivenciales y de conducta, incrementan múltiples procesos de cambio: aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, auto-liberación, contra condicionamiento y manejo de contingencias.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Observe que cada vez que usted está en riesgo de consumir piensa que una copa no es ninguna, es decir subestima la importancia de una copa, ¿Qué podría pensar para enfrentar usted mismo ese pensamiento con el objetivo de no consumir?

P. Bueno pues que una sí cuenta y que muchas veces con una ha sido suficiente para no detenerme.

PS: Excelente, usted ha identificado no solo el pensamiento que lo pone en riesgo de consumir, sino que ha elaborado la mejor respuesta para enfrentarlo. No podemos subestimar el consumo y de entrada debemos ser realistas e identificar el papel que ha jugado esa situación de riesgo en las consecuencias del consumo. Ahora, valore e indíqueme ¿qué probabilidad existe de que ese pensamiento sea suficiente para evitar consumir esa copa?

P. Bueno no es suficiente, debo planear otra actividad que pueda realizar de inmediato ante tal situación,

PS. Efectivamente, muy bien. Además de pensar lo que me ha señalado, diseñemos situaciones alternativas que pueda realizar ante esos momentos de riesgo a la recaída.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Técnicas cognitivas.



Reestructuración ambiental. Se busca modificar el ambiente o contexto de las personas para que se puedan evitar situaciones de alto riesgo para consumir. Con estas modificaciones se incrementa el proceso de cambio de control de estímulos.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Es común rediseñar situaciones, lugares, horarios en nuestro contexto para reducir los síntomas que provocan. Usted identifico, recientemente, los síntomas que padece en ese espacio de su casa, donde generalmente fumaba el crack. Me dice que ya ha identificado como se acelera su corazón, comienza a respirar de manera un tanto más agitada y que inclusive le sudan sus manos. Indíqueme, ¿existe algún cambio que pueda realizar en ese espacio, que represente una verdadera modificación al lugar para reducir la presentación, intensidad o frecuencia de esos síntomas?

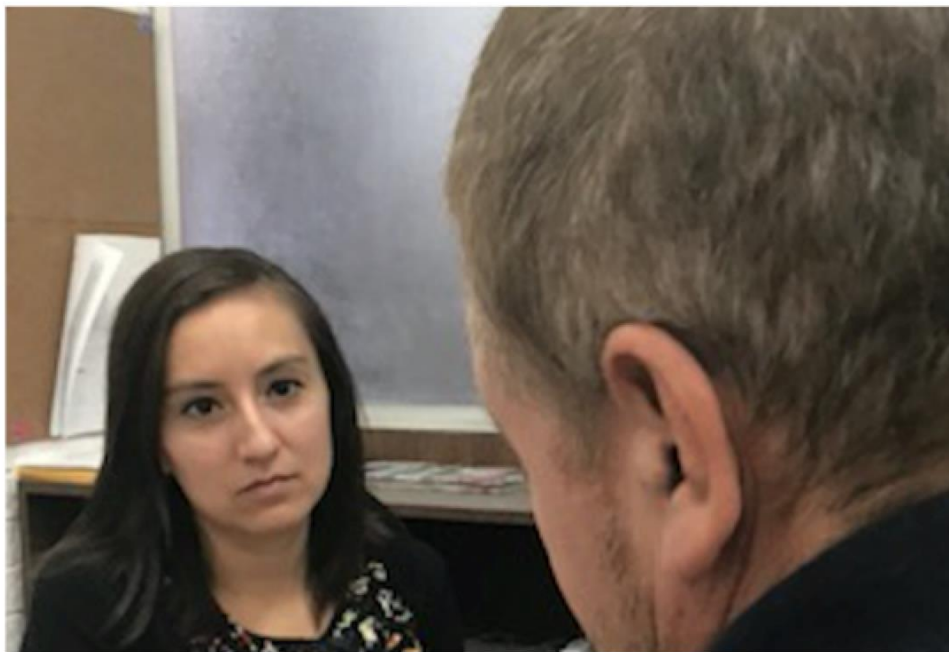
P. Bueno nunca he movido los muebles pero pienso que puedo hacerlo, además ya había considerado pintar y limpiar el lugar en las próximas vacaciones.

PS. Qué buena oportunidad, excelentes noticias, porque al modificar no solo la posición de los muebles sino cambiar el color del propio espacio y poder inclusive sacar varias cosas de ahí, podríamos estar cambiando como luce el lugar, como huele e inclusive la percepción kinestésica del lugar al tener más espacios abiertos. ¿Cuándo piensa que se pueden llevar a cabo dichas modificaciones?, ¿Cuánto tiempo puede tomar llevarlas a cabo?, ¿Cuánto recurso económico necesita?

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Reestructuración ambiental.

Procesos de cambio



CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Clarificación del rol. La persona aprende a identificar su rol o papel en las diferentes estructuras sociales en las que participa. Esta técnica favorece el proceso de cambio de reevaluación ambiental.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *Conforme lo que usted me cuenta, el dedicarse al hogar, le ha permitido organizar su tiempo y dejar libre un espacio, entre el quehacer doméstico y trasladarse a recoger a las niñas del colegio, para consumir la sustancia en el comedor de casa. Al mismo tiempo, el ser ama de casa y esposa de un hombre que trabaja todo el día, ha favorecido la oportunidad de consumir. En consecuencia, ha llegado tarde a recoger a sus hijas y su esposo está muy preocupado porque no puede apoyarla, ya que tiene que cumplir con su horario completo. ¿Cómo podría prevenir la recaída en esta situación?*

P. *Definitivamente, estoy decidida a detener mi consumo y no quiero hacerlo más, pero esa media hora en la que ya terminé mi quehacer y que todavía falta para que salgan las niñas de la escuela, me está matando. No sé qué hacer,*

PS. *¿Qué cosas podría hacer en esa media hora, sobre todo que tenga que ver con el papel que usted juega en la familia?*

P. *Bueno he pensado en pedirle a mi hermano que me permita llevarle cosas a su mercería durante esa media hora, yo podría evitar el momento del consumo y generar un recurso económico adicional para mi casa, apoyando a mi marido para que el vea que realmente me interesa cambiar.*

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Clarificación del rol.

Procesos de cambio



Reforzamiento. Sirve para reforzar efectos que apoyan el cambio respecto al consumo de drogas y se utiliza para intensificar el efecto del manejo de contingencias promoviendo la asociación del nuevo contexto de conductas alternativas como parte de un nuevo estilo de vida.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *Conforme lo que cuenta hoy, a lo largo de una semana donde ha mantenido total suspensión en su consumo de alcohol, se ha dado a la tarea de completar solicitudes de trabajo y repartirlas en distintos lugares farmacéuticos. Es decir, ha sido usted la que decidió invertir ese dinero en solicitudes y transporte para entregarlas en los distintos establecimientos en lugar de gastarlo en la sustancia. Tras esta decisión, me dice que ya ha sido colocada en una de las opciones de su preferencia. Me parece fundamental que identifique la capacidad que usted tiene para decidir y darle prioridad a aquello que tiene más importancia para usted en su vida. Como resultado consiguió un empleo en un tiempo realmente corto. Me parece que es un avance importante, ¿se había dado cuenta de ello?*

P. *No, en realidad, es decir, sabía que tenía que hacerlo pero atribuí el logro a la buena suerte,*

PS. *Definitivamente requiere un tanto de suerte pero la decisión principal de buscar trabajo fue suya y las pequeñas decisiones, es decir, el llenado de cada una de las 20 solicitudes, hacerlo correctamente, trasladarse a entregarlas y prepararse para realizar las entrevistas requeridas, implica un esfuerzo importante y valioso para este logro, pero además el beneficio fue conseguir el empleo en muy poco tiempo. Felicidades.*

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Reforzamiento.



Habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación. Las personas con problemas por consumo de drogas pueden tener dificultades para lograr la interacción social, en particular con la comunicación. Al mejorar las habilidades sociales, se incrementa el proceso de cambio de relaciones de ayuda, lo que ayuda a que se expandan las redes de apoyo.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *Conforme lo que me ha compartido, la dificultad que siente para expresar lo que siente y piensa a personas importantes para usted, ha sido una situación de riesgo al consumo. Me ha dicho que cuando consume alcohol, percibe que tiene mayor facilidad de palabra. De tal modo que, si está de acuerdo conmigo, podemos aprender, practicar y ver si ciertas formas de comunicarnos pueden ayudarnos a mantener su meta de suspensión del consumo, al tiempo que podemos expresarnos de manera eficiente lo que pensamos y sentimos con otras personas, ¿Qué le parece?*

P. *Supongo que sí.*

PS. *Dentro de las conductas importantes a aprender se encuentran mirar a los ojos a la otra persona, elaborar frases muy simples, en primera persona del singular, y ofrecer apoyo. Por ejemplo, al tiempo que mira a su esposa a los ojos y le dice: “yo me sentiría realmente bien si llegamos temprano a la reunión del sábado, a eso de las 7:00, ¿qué te parece si yo lavo los trastes de la comida, mientras tú te preparas para que podamos llegar a tiempo? ¿Qué opina?*

P. Bueno suena muy bien pero y ¿si a mí no me sale así de natural?

PS. Definitivamente requiere que hagamos nuestro ensayo y veamos cómo se siente hasta que pueda usted elaborar las frases conforme lo estamos aprendiendo.

¿Cómo se produce el cambio en la conducta de consumo?

Procesos de cambio

Habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación.



ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA FAVORECER EL CAMBIO

Miller¹³⁵ ha señalado diversas estrategias para incrementar la probabilidad de que las personas que consumen drogas inicien y continúen el proceso de tratamiento o bien se comprometan con una estrategia de cambio.

La *entrevista motivacional*, dentro de los programas de intervención ha reducido la deserción e incrementado la participación de las personas en el tratamiento sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de la conducta¹³⁶.

Los principios básicos de la entrevista motivacional¹³⁷ son:

1) Expresar empatía mediante la escucha reflexiva;

¹³⁵ Miller, W. R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

¹³⁶ Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 71* (4), 754.

¹³⁷ Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 3rd ed. New York, United States: Guilford Press.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

- 2) Fomentar la discrepancia, de modo que el usuario verbalice sus motivos de preocupación por el cambio;
- 3) Trabajar las resistencias, sin confrontación; y
- 4) Reafirmar la capacidad para lograr el cambio.

Mostrar empatía. Implica que el profesional de la salud denota entendimiento y comprensión hacia los puntos de vista del usuario, elabora frases de afirmación o acuerdo.

Ejemplo: mostrar empatía

Frases que facilitan la empatía con las personas:

- *Entiendo, debe ser muy difícil y debe sentirse muy mal por lo que ha ocurrido.*
- *Comprendo que debe ser difícil la situación por la que atraviesa. Me imagino que ha sido muy difícil tomar esa decisión.*

Fomentar la discrepancia. Consiste en hacer notar a la persona los costos y beneficios asociados al cambio.

Ejemplo: fomentar discrepancia

Frases que incrementan la discrepancia entre lo que se gana y lo que se pierde con el consumo:

- *¿Qué ventajas y desventajas observa como resultado de su consumo?*
- *¿Qué beneficios y desventajas tiene actualmente por consumir?*
- *Entiendo entonces que la desventaja de consumir es que hace menos probable que le permitan pasar tiempo con su hijo, aunque consumir drogas le haga disfrutar de ese momento.*

Trabajar la resistencia. Implica que los profesionales de la salud escuchan a las personas y elaboran afirmaciones sin intentar convencer de que existe un problema, así como tampoco sobre la necesidad de cambiar. Se procura no imponer soluciones y más bien guiar a las personas hacia la resolución con sus propias alternativas.

Ejemplo: trabajar la resistencia

Preguntas orientadoras:

- *¿Cómo considera que puede enfrentar la presión que su esposa ejerce en este momento?*
- *¿Qué tan probable es que lo que usted está planteando cambie definitivamente esa situación?*

Reafirmar la capacidad para lograr el cambio. Consiste en que los profesionales de la salud identifiquen las fortalezas de las personas, haciéndoselas notar a través de su retroalimentación, con la finalidad de incrementar su confianza para lograr un cambio.

Ejemplo: reafirmar la capacidad para lograr el cambio

Generar reflexiones como:

- *Me parece que la propuesta que usted acaba de generar puede funcionar, tiene buenas posibilidades de éxito y le puede ayudar.*
- *Creo que ha demostrado tener habilidades para disminuir el consumo.*

Se sugiere que los diferentes profesionales de la salud utilicen algunas acciones motivacionales o conductas para mostrar a las personas el interés en su caso y en la eficacia de la intervención para favorecer su mejoría. Estas son:

- mirar a la persona a los ojos;
- utilizar gestos, movimientos y posturas correspondientes a prestar atención (movimientos de cabeza, inclinación del cuerpo hacia adelante para favorecer escucha);
- frases y uso de entonación pertinente para reflejar interés;
- enfatizar la información escuchada;
- mostrar interés por comprender con precisión o expresar dudas si algo no quedó claro;
- favorecer la oportunidad de participación, calma y tranquilidad; y
- transmitir firmeza en lineamientos de trabajo.

Los componentes específicos identificados en la entrevista motivacional¹³⁸ incluyen:

Proporcionar retroalimentación. Frecuentemente las personas no saben de qué manera cambiar o no consiguen hacerlo debido a que no cuentan con información suficiente sobre su situación. De esta manera, los profesionales de la salud deben proporcionar, de manera clara y concreta, información sobre la conducta de consumo y lo relacionado a ésta. Es óptimo contar con esta habilidad en todas las etapas de cambio, aunque es más frecuente utilizarla en la fase inicial.

Ejemplo: proporcionar retroalimentación

Frases orientadoras:

- *De acuerdo a la información que nos proporcionaste, la cantidad de (alcohol/tabaco) que estas (bebiendo/fumando) te pone en riesgo de padecer varias enfermedades.*

Proporcionar consejo directo sobre la necesidad de cambio. Un consejo claro y preciso es un elemento que ayuda a promover el cambio. Se sugiere que este consejo sea oportuno, preciso y claro y que considere las ventajas del cambio, además de promover que el usuario lo solicite.

Ejemplo: proporcionar consejo directo sobre la necesidad de cambio

¹³⁸ Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, United States: Guilford Press.

Frases y preguntas orientadoras:

- *¿Te gustaría saber qué es lo que le ha funcionado a otras personas en esa misma situación?*
- *El apoyo de otras personas importantes para ti puede ser muy útil. Entiendo que la persona que me indicas estaría dispuesta a escucharte y a apoyarte. De acuerdo con lo que me dices, podría ayudarte al controlar tu forma de beber y reconocer tu esfuerzo cuando lo observe estando contigo.*

Intentar remover las barreras para el cambio. Consiste en identificar y eliminar los obstáculos que pueden presentarse durante la intervención. Los profesionales de la salud deberán guiar a las personas para que identifiquen las circunstancias que impidan o dificulten el cambio y, posteriormente, avanzar hacia la solución.

Ejemplo: Intentar remover las barreras para el cambio

Frases y preguntas orientadoras:

- *Me comentas que ahora que recuperaste a tu familia, se te complica asistir a tratamiento porque no hay quien cuide a tus hijos. ¿Alguien podría apoyarte a cuidarlos?, ¿Qué opciones tienes para resolver esta condición y poder asistir al resto de tu tratamiento?*

Sugerir o proporcionar alternativas para lograr el cambio. Los profesionales de la salud deben promover que las personas generen sus propias alternativas de solución, brindando la posibilidad de elegir.

Ejemplo: sugerir o proporcionar alternativas para lograr el cambio

Frases y preguntas orientadoras:

- *Si ese plan que me comentas no te funciona, ¿qué otras alternativas tienes?*

Disminuir lo atractivo del uso de alcohol o drogas. Requiere que se identifiquen los incentivos que hacen que el consumo se mantenga, con la finalidad de restarles peso y aumentar la motivación al cambio. Los profesionales de la salud guían a las personas a analizar las ventajas y desventajas tanto de la conducta de consumo, como de la conducta de cambio.

Ejemplo: disminuir lo atractivo del uso de alcohol o drogas

Generar reflexiones como:

- *Conforme lo que me has dicho, te diviertes cuando (bebes/fumas/consumes), sin embargo, también me comentas que cuando estás con amigos y consumes has tenido problemas con tu pareja, has gastado demasiado dinero y has tenido accidentes; lo que, en general, entiendo que son razones más poderosas para ti para cambiar el consumo.*

Desarrollar una serie de metas concretas para el cambio. El profesional de la salud guía al usuario a establecer un objetivo claro, que debe poderse contrastar con su situación actual, ser realista y alcanzable.

Ejemplo: desarrollar una serie de metas concretas para el cambio

Generar reflexiones como:

- *Ahora que ya has descrito la manera en la que consumes, y que has elegido dejar de hacerlo por completo y buscar alternativas, es fundamental que decidamos el periodo de tiempo más prolongado en el que puedes mantener la suspensión del consumo hasta nuestra siguiente cita. Conforme los tiempos de abstinencia que se observan en tu patrón de consumo, debemos programar la sesión en cuatro días ¿Estás de acuerdo?*

Al usar cada una de estas estrategias, el resultado deseado es incrementar el compromiso de las personas hacia una intervención y la disposición para el cambio¹³⁹.

Observe que, entre el tipo de técnicas motivacionales a utilizar en forma sistemática por parte de los profesionales de la salud se encuentran:

1. Hacer preguntas abiertas;
2. Repetir la información que las personas han proporcionado con la intención de que generen más sobre esos aspectos de su vida y reflexionen al respecto (como cuando observamos nuestra imagen en el espejo, repetir y rephrasear lo que la persona ha dicho, le devuelve la información centrando su atención en ella y dándole oportunidad de darle un valor distinto);
3. Expresar con sus palabras los comentarios de las personas (parafrasear) para que identifiquen e integren los datos necesarios en el proceso; y
4. Entender sus sentimientos para que tengan confianza en expresarse con sinceridad.

Una consideración importante es que la entrevista motivacional por sí sola no garantiza la reducción o abstinencia del consumo, sino que es un estilo de interacción que favorece la

¹³⁹ DiClemente, C. (2006). *Addiction and Change. How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

motivación para que la persona se comprometa con la implementación de estrategias específicas que lleven hacia el cambio y favorezcan que se mantenga

DETECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

DETECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Al entrar en contacto con la población en los servicios de salud, no se tiene la certeza de si la persona consume, o si tiene algún problema asociado o derivado, así como tampoco conocemos sus niveles de riesgo. La detección de quienes pueden beneficiarse con alguna intervención se lleva a cabo a través del proceso de tamizaje o cribado (términos en español equivalentes a *screening*). Es muy importante realizar esta detección de la manera más temprana y oportuna posible para poder lograr un manejo adecuado, con mejor pronóstico y rendimiento terapéutico¹⁴⁰.

De acuerdo al Banco de Instrumentos de la Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, en la tabla se muestran algunos de los principales instrumentos de tamizaje empleados en el campo de las adicciones, así como sus características, descripción y forma de

¹⁴⁰ Fabregat, E. & Palomares, M. (2009). Cribado de problemas psicosociales en Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 11 (43), 425 – 437.

calificación. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Prevención, Detección y Consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención, además de los instrumentos de tamizaje para la detección temprana del abuso de alcohol en adultos, se puede emplear como un procedimiento rápido de tamizaje, la pregunta individual: ¿cuántas veces en el año pasado bebiste cinco (para hombres) o cuatro (para mujeres) copas o más copas en un día? Dicha pregunta presentó una sensibilidad del 82 al 87% y una especificidad de 61 a 79%.

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves



La detección de quienes pueden beneficiarse con alguna intervención se lleva a cabo a través del proceso de **tamizaje o cribado** (*screening*) **temprano y oportuno** para un manejo adecuado, con mejor pronóstico y rendimiento terapéutico.

INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN Y TAMIZAJE

El tamizaje es una herramienta que permite la identificación precoz de la vulnerabilidad del inicio del consumo de sustancias, los riesgos asociados, así como los posibles casos de abuso o dependencia. Proporciona elementos para determinar la gravedad de la situación, además de señalar las necesidades y las alternativas de intervención.

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

El tamizaje permite la identificación precoz de la vulnerabilidad del inicio del consumo de sustancias, los riesgos asociados, así como los posibles casos de abuso o dependencia.



Los procedimientos de tamizaje se pueden realizar a través cuestionarios, entrevistas o instrumentos de autoevaluación que son breves, accesibles, poco costosos y que recopilan con rapidez y fiabilidad la información necesaria sobre el riesgo que presenta un individuo para determinar la intervención más apropiada¹⁴¹. Existen múltiples instrumentos de cribado, tanto para población adulta como para adolescentes. De acuerdo al Banco de Instrumentos de la Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)¹⁴², en la tabla 1 se muestran algunos de los principales instrumentos de tamizaje empleados en el campo de las adicciones, así como sus características, descripción y forma de calificación.

Durante el contacto cotidiano con las personas que acuden a recibir atención en los servicios de salud, el personal puede tener muchas preguntas sobre los instrumentos o cuestionarios de detección y tamizaje, tales como: ¿Qué queremos evaluar? ¿El cuestionario se ajusta a las necesidades? ¿Para qué fue diseñado? ¿Qué tan útil es este cuestionario comparado con otros y en términos de costo y de ahorro de tiempo? ¿Los puntajes o calificaciones son

¹⁴¹ McNeely, J., Strauss, S. M., Rotrosen, J., Ramautar, A., & Gourevitch, M. N. (2016). Validation of an audio computer-assisted self-interview (ACASI) version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary care patients. *Addiction*, 111 (2), 233-244. doi:10.1111/add.13165

¹⁴² Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (2017). *Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones. Banco de Instrumentos*. Recuperado de <https://bida-copolad-pnsd.mssi.gob.es/bida-copolad/instrumento/list>.

consistentes? ¿Es fácil de administrar? ¿Se toman en cuenta los elementos culturales y el enfoque de género? ¿Se ha utilizado exitosamente en la población que estamos atendiendo?

Para que el tamizaje logre sus propósitos, es esencial hacer una adecuada elección de los instrumentos o cuestionarios que serán utilizados. Por lo tanto, se deben considerar las siguientes características.

Validez. Se recomienda utilizar los instrumentos que han sido adaptados y validados para la población en la que se aplicarán. La validación puede ser vista como el desarrollo de un argumento de validez sólido para los usos propuestos de los puntajes de un instrumento y su relevancia para el uso indicado. Definida de esta manera, la validez no es una propiedad inherente al instrumento, sino que se relaciona con el objetivo de evaluación¹⁴³. En este caso, entre los objetivos está la evaluación del riesgo relacionado con el consumo de drogas y su impacto sobre la salud y el bienestar de las personas.

La **confiabilidad** de los cuestionarios es otro elemento que también se debe considerar. Ésta se refiere a la consistencia con que el instrumento mide, o visto de otro modo, al grado de error presente en la medida. Una prueba confiable entrega resultados consistentes a lo largo del tiempo. En teoría, un instrumento perfectamente confiable mide siempre de la misma manera. Por ejemplo, un termómetro. Sin embargo, en realidad la evaluación sobre los riesgos de consumo de sustancias nunca está libre de algún grado de error, ya que un mismo individuo no necesariamente responde siempre de la misma manera, y las condiciones externas también pueden influir para que se produzcan errores.

Además de las consideraciones técnicas ya descritas, existen una serie de consideraciones prácticas que también es importante tomar en cuenta al momento de decidirse por un instrumento, tales como: costos, tiempos de aplicación, o el entrenamiento que se requiere para que el personal de salud pueda aprender a aplicarlo e interpretarlo. En algunos casos, estos factores pueden llegar a hacer inviable la utilización de un cierto instrumento en determinado contexto, aunque su contenido sea muy apropiado y su calidad técnica excelente.

¹⁴³ Brennan, R. (2006). *Educational Measurement*. Westport: Praeger Publishers.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Instrumentos de tamizaje o cribado (screening)

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	OBJETIVO	AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	DESCRIPCIÓN	FORMA DE CALIFICACIÓN
AUDIT. ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST	Instrumento de tamizaje (screening) en personas cuyo consumo de alcohol es excesivo y perjudicial para su salud. Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol así como una posible dependencia al alcohol.	Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, & Grant M.	1989	Adultos	Se compone de 10 preguntas que exploran el consumo en los últimos 12 meses, de las cuales, tres preguntas se refieren a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, tres más, se refieren a la dependencia y cuatro preguntas son acerca de los problemas derivados del consumo de alcohol. Los puntajes se encuentran entre 0 y 40 con tres patrones diferentes: sin problemas en cuanto al consumo de alcohol, consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia.	Cada pregunta se califica entre 0 y 4 (en las preguntas 9 y 10 los valores posibles son 0, 2 y 4). El puntaje total oscila entre 0 y 40. Existen puntos de corte diferentes para hombres y mujeres: No problemas relacionados con el alcohol (Hombres: 0-7; Mujeres: 0-5); Bebedor de riesgo (H: 8-12; M: 6-12); Problemas físicos con la bebida y probable dependencia al alcohol (H y M: 13-40).
AUDIT-CORTO Ó AUDIT-BREVE	Prueba efectiva de tamizaje para detectar, preferentemente, consumo de alcohol de riesgo y peligroso en bebedores actuales y posibles signos de dependencia.	Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA	1998	Adolescentes y adultos	Incluye los tres primeros reactivos del AUDIT-10 que miden cantidad, frecuencia y consumo excesivo en una sola ocasión. Es de uso internacional y consistente con los criterios del DSM-V, del CIDI y de entrevistas clínicas para trastornos por abuso de alcohol.	Se obtiene la sumatoria de los tres reactivos. Los puntajes van de 0 a 12; mayor puntaje es igual a mayor riesgo de consumo peligroso y posible signos de dependencia. Se refieren distintos puntos de corte. La Organización Mundial de la Salud lo fija en 5 para detectar consumo riesgoso y peligroso. En México están estandarizados los siguientes: 0-3: bajo riesgo, 4-7: riesgoso, 8 o más: peligroso.
CUESTIONARIO CAGE	Diagnóstico temprano de problemas relacionados con el alcohol.	J. A. Ewing	1984	Adultos	Cuestionario de cuatro ítems; tres de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación al consumo de alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.	Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 4 ítems. En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0. Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte: 0, no hay problemas relacionados con el alcohol; 1, indicio de problemas relacionados con el alcohol; 2-4, dependencia alcohólica.
TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE NICOTINA.	Test para evaluar el grado de dependencia a la nicotina	Fagerstrom, K. O.	1991	Adultos	Instrumento diseñado para evaluar dependencia a la nicotina. La versión original consta de 8 ítems. La versión modificada consta de 6 ítems.	Se suman los puntos correspondientes a todas las preguntas. Se sugieren los siguientes puntos de corte: Dependencia baja: 0-3; Dependencia moderada; 4-7; Dependencia alta: 8-10
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE LOS PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES (POSIT)	Ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presentan problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas	National Institute on Drug Abuse (1991), adaptado por Mariño, González-Forzeza, Andrade & Medina-Mora a población mexicana	1997	Adolescentes	Cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla siete áreas de funcionamiento: uso / abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva / delincuencia. Los reactivos de presentan con opción de respuesta dicotómica (SI / NO)	Cualquier respuesta afirmativa en el área de consumo de sustancias, se considera riesgo de consumo. La adaptación de este cuestionario en población mexicana determinó un alfa de 0.9057
PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)	Consumo de sustancias	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2002	Adultos	Conformado por 8 preguntas, para detectar riesgo y problemas por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Permite clasificar según nivel de riesgo para cada sustancia.	Se demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminativa, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para 'riesgo bajo', 'moderado' y 'alto' en un estudio realizado en el año 2000 y en el año 2002 en Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe
CAD 20: CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (DAST. DRUG ABUSE SCREENING TEST)	Medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas.	Skinner, H.A., Adpatación de Fuentes & Villalpando, 2001	1982: 2001	Adultos	Autoinforme compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo de rango de problemas asociados con el abuso de drogas.	Indaga sobre cinco dimensiones. Dependencia a las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poli-uso de drogas, búsqueda de ayuda. Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica, es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma de los 20 reactivos. Una calificación de cero, indica ausencia de problemas relacionados con las drogas; de 1 a 5, nivel bajo; de 6 a 10, nivel moderado; de 11 a 15, nivel alto; de 16 a 20, nivel severo.

Consejo Breve



El consejo breve se conceptualiza como un tipo de intervención breve caracterizada por llevarse a cabo en una sola sesión, en la cual se implementan estrategias que favorecen el cambio conductual, entre las que se encuentran: brindar información sobre los efectos del consumo de sustancias a corto y largo plazo, analizar los factores de riesgo y protección, entrenar al usuario en estrategias cognitivo-conductuales para modificar la conducta de consumo, así como estrategias para incrementar la disposición al cambio^{144,145,146,147}.

¹⁴⁴ Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Vacío, M. A., Jiménez, A. L., & Salazar, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 247 – 264.

¹⁴⁵ Martínez K. I., Pedroza, F. J., Salazar, M. L., & Vacío, M., A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones, ensayo breve para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36 (3), 35-53.

¹⁴⁶ Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2d ed. New York, United States: Guilford Press.

¹⁴⁷ Salazar, M. L., Pérez, J. L., Ávila, O. P., & Vacío, M., A., (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 247-256.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

De manera particular, la aplicación de cuestionarios de tamizaje, seguida de un consejo breve sobre el consumo de sustancias en escenarios de atención primaria a la salud, constituye uno de los servicios preventivos más efectivos y con mayores beneficios^{148,149,150}.

Específicamente, el consejo breve tiene como principal componente la entrevista motivacional (EM), la cual es útil para que los usuarios identifiquen sus problemáticas y resuelvan la ambivalencia respecto al cambio de su consumo. Como parte de las estrategias de la EM se realiza una escucha activa, se brinda retroalimentación al usuario sobre su consumo y se le apoya en el establecimiento de metas claras y realistas¹⁵¹.

El consejo breve de una sola sesión es útil para motivar a quienes consumen sustancias a iniciar un programa de tratamiento más intensivo (en caso necesario). También evita deserciones durante la intervención y sirve como apoyo en grupos de poblaciones donde se carece de recursos, servicios y profesionales especializados^{152,153}.

Además, se ha empleado en población en general, adolescentes escolares y jóvenes universitarios, en los cuales se ha demostrado su efectividad para disminuir el consumo de sustancias¹⁵⁴.

Los profesionales de la salud pueden estructurar una sesión siguiendo los ejemplos que se presentan a continuación. Lo primero que se tiene que hacer es identificar el nivel de riesgo de la persona que consume.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *De acuerdo con sus respuestas, usted suele consumir alcohol en al menos tres ocasiones a la semana y en cada una de ellas consume entre ocho y diez copas por ocasión de consumo. También presenta algunas dificultades en casa con su esposa por dicho consumo. Ella le ha pedido buscar ayuda profesional para reducir su consumo y le ha condicionado la relación con sus hijos de tres y cinco años de edad, a menos que se mantenga sobrio cuando esté con ellos. Entiendo también que en el trabajo ha tenido dos reportes por consumos explosivos durante el*

¹⁴⁸ McNeely, J., Strauss, S. M., Rotrosen, J., Ramautar, A., & Gourevitch, M. N. (2016). Validation of an audio computer-assisted self-interview (ACASI) version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary care patients. *Addiction*, 111 (2), 233-244. doi:10.1111/add.13165

¹⁴⁹ Moyer, V. A. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals Of Internal Medicine*, 159 (3), 210-218. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652

¹⁵⁰ Solberg, L. I., Maciosek, M. V., & Edwards, N. M. (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (2), 143-152. doi:10.1016/j.amepre.2007.09.035

¹⁵¹ Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Vacío, M. A., Jiménez, A. L., & Salazar, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34 (2), 247 – 264.

¹⁵² Miller, W. R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

¹⁵³ Salazar, M. L., Pérez, J. L., Ávila, O. P., & Vacío, M., A., (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 247-256.

¹⁵⁴ Salazar, M. L., Pérez, J. L., Ávila, O. P., & Vacío, M., A., (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 247-256.

fin de semana, lo que ha hecho que usted se presente con síntomas de resaca, malestar, desaliño y baja concentración en el trabajo ¿es correcta esta información?

P. *Así es, creo que ha resumido en concreto mi situación.*

PS. *¿Cuáles serían, entonces, las ventajas de seguir consumiendo?*

P. *No, ninguna.*

PS. *Entiendo que usted desea dejar de consumir definitivamente, y para comenzar, debemos comprender y explorar las ventajas que el consumo ha traído a su vida. Todas las elecciones en nuestra vida obedecen a las ganancias que obtenemos por cada decisión tomada ¿cuáles cree que serían en su caso esas ventajas o ganancias del consumo de alcohol?*

P. *Bueno, viéndolo así es correcto, yo consumo para sentirme bien y porque tengo derecho a divertirme y relajarme. Es cierto, no obstante, que últimamente me he excedido y he consumido en momentos en los que no debería hacerlo porque voy a trabajar al día siguiente, o incluso entre semana, pero en realidad creo que puedo controlar mi consumo.*

PS. *Bien, entiendo entonces que el consumo de alcohol lo hace sentir bien, le permite relajarse y divertirse. Ahora analicemos ¿cuáles son las desventajas de seguir consumiendo?*

P. *Definitivamente que mi salud ha empeorado, que puedo llegar a perder totalmente el control, que la relación con mi esposa ha empeorado, que puede ser que no vuelva ver a mis hijos y que me han descontado días en el trabajo además de que he perdido otros beneficios como que me paguen horas extra.*

PS (observando que existen más desventajas que ventajas procede a devolver la información resaltando su importancia). *Entiendo, estar en **riesgo de perder la salud** puede ser muy estresante, y sentir que se **pierde la capacidad de controlar su propia vida** no debe ser nada fácil. También imagino que la relación con su esposa y sus hijos es muy inquietante y que definitivamente sus **problemas laborales** además de dañar su ingreso económico pueden llegar a desestabilizar su vida. Ahora analicemos ¿cuáles son las desventajas de cambiar y reducir o dejar de consumir alcohol?*

P. *Bueno, la única sería que no tendría mi diversión más placentera, lo único que me hace sentir bien.*

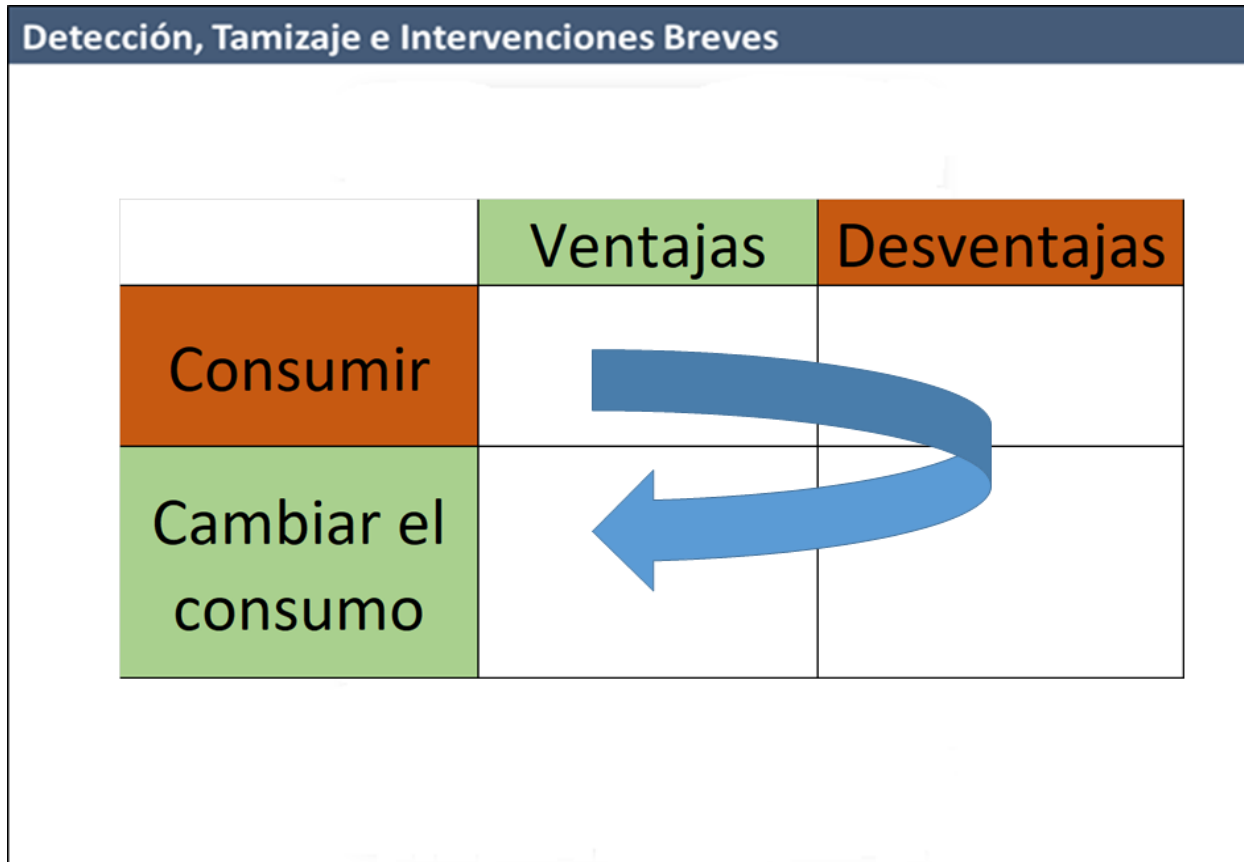
PS. *Bien, tendremos entonces que identificar otras formas, igual o más efectivas de divertirse, pero sobre todo que le mantengan lejos del estrés cotidiano dándole acceso a todas las ventajas que tendría por suspender o reducir el consumo de alcohol ¿cuáles serían las ventajas de reducir o suspender el uso de alcohol?*

P. *Bueno, convivir con mis hijos sin consumo, dándoles la oportunidad de crecer junto a mí, mejorar la relación con mi esposa y no poner en riesgo mi matrimonio, sentir que recupero el control, mejorar mi desempeño laboral y por supuesto que me reasignen mis horas extra para poder traer más recursos económicos a mi casa.*

PS. *Muy bien. Entiendo entonces que para usted es muy importante mejorar la relación con sus hijos, pero sobre todo darles la oportunidad de convivir con usted de forma lo más positiva posible, que es muy importante mejorar su relación de pareja, recuperar definitivamente el control en sus decisiones y su desempeño laboral y económico. De mi parte solo le sugeriría plantear una de las ventajas de forma tal que se interprete como ganancia. Es decir, estamos acostumbrados a plantear ventajas como una reducción de riesgos, pero usted ha hecho muy bien en plantear la mayoría correctamente en términos de verdaderas ganancias. Solo hay un argumento que puede mejorar. Es decir ¿en lugar de decir que la ventaja es no poner en riesgo su matrimonio, como podría plantearse en términos positivos o de ganancia?*

P. *mmh... ¿podría decir mejor que la ventaja sería que mi matrimonio se estabilizará?*
PS. *Efectivamente muy bien, tenemos ya siete importantes ventajas.*

Es muy importante observar que el profesional verifica que existan siempre más ventajas por cambiar el consumo, y desventajas por consumir y mucho menos ventajas por consumir y desventajas por cambiar el consumo. Del mismo modo, observe que el orden de exploración en el diálogo es el siguiente: 1) ventajas de consumir, 2) desventajas de consumir, 3) desventajas de cambiar el consumo y 4) ventajas de cambiar el consumo.



Una vez establecido el diálogo y el nivel de cambio de la persona (en este caso: contemplación), el profesional promueve que sea la persona por sí misma quien establezca su meta:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *En este momento debemos definir qué es lo que le gustaría lograr como resultado de este análisis. A pesar de que el consumo parece ser su única diversión, yo observo que está dispuesto por muchas razones a cambiar su forma de consumir alcohol, pues con ello lograría dar a sus hijos la oportunidad de convivir con usted de forma positiva, mejorar su relación de pareja, promover la estabilidad en su matrimonio, recuperar el control en sus decisiones, así como en su desempeño laboral y económico. Pero necesito saber si entendí correctamente, ¿qué es lo que le gustaría hacer ahora?*

P. *Creo que estoy dispuesto a cambiar mi forma de beber, pero ¿en qué consistiría?*

PS. *En el caso del consumo de alcohol podemos elegir una de dos metas: la reducción o la suspensión del consumo. La reducción en el consumo se refiere, en su caso, a considerar consumir un máximo de cuatro copas por ocasión de consumo y no más de dos veces por semana. Recuerde que una copa estándar se refiere a un trago de entre ocho y 12 onzas, que es similar por ejemplo, a una porción de destilado (vaso pequeño estándar), una cerveza de 350 ml o una copa de vino. Por supuesto que esto es algo más que un número, se refiere en realidad a la cantidad de alcohol que su cuerpo puede procesar sin llegar a la intoxicación aguda. De tal forma que, con este máximo de alcohol ingerido, se esperaría tener impacto en las consecuencias que se ha planteado conseguir. De tal forma, que usted valorará si ese cambio es suficiente para alcanzar las ventajas planteadas por cambiar su forma de beber. Algunas personas, después de probar el consumo reducido, deciden suspender definitivamente el consumo porque ha sido la única forma de alcanzar sus motivadores al cambio. ¿qué opina?*

P. *Estoy dispuesto a bajar mi consumo a los límites máximos planteados, y pensar que eso es lo más que puedo beber. Es decir, no necesito consumir eso semanalmente, sino que incluso puedo intentar reducirlo aún más.*

PS. *Muy bien. Podemos intentarlo. Existen algunos consejos que permiten lograr y mantener esa meta, que por cierto tendríamos que monitorear en un periodo de seguimiento, más o menos dentro de un mes. Si está de acuerdo ¿puedo compartir los consejos con usted?*

P. *Claro serían de gran utilidad.*

PS. *Muy bien, preste atención. Primero, es muy importante que verifique en que momento es realmente probable que consuma. Evite consumir alcohol en situaciones de riesgo que no haya planeado. Si va a beber alcohol, procure siempre haber comido alimentos un poco antes, para que el efecto del alcohol no sea inmediato e intenso. Es importante que verifique no exceder el tamaño de la copa estándar. Es decir, evite que llenen su copa al máximo tope posible. Es muy útil que ingiera máximo una copa estándar durante 60 minutos y que al menos hayan pasado 20 minutos antes de servirse la siguiente. Si usted va a una reunión, y permanece así por un tiempo de aproximadamente cinco horas, tiempo suficiente para cualquier reunión, puede ser extremadamente útil consumir agua u otras bebidas no alcohólicas entre copas y realizar otras actividades, como por ejemplo bailar ¿qué opina?*

P. *Me parecen consejos muy útiles y creo que los pondré en práctica.*

PS. *Perfecto. Ahora pasemos a analizar la situación de riesgo al consumo explosivo más importante que usted identificó y que, entiendo, pudiera llevarlo a romper su meta: la hora de salir de su trabajo el viernes. Usted señalo que, en ese momento, aunque se acompaña de su esposa, es común asistir a reuniones donde existe el riesgo de que los compañeros lo presionen a beber y que, como se siente relajado, por no tener que trabajar el sábado, fácilmente cede y pierde la cuenta en su consumo. ¿Es correcto?*

P. *Así es, es la más común, pero creo que los consejos que me ha dado pueden funcionar muy bien.*

PS. *Efectivamente, puede usarlos. Ahora, será fundamental que preste total atención a la efectividad que usted vea que cada consejo tiene para ayudarlo a lograr su meta. No obstante, me parece que todavía podemos considerar planear acciones adicionales. Dígame ¿qué tanto ese pensamiento que refiere sobre el derecho que tiene a divertirse, por ser viernes, contribuye a que tome en exceso?*

P. Definitivamente, en ocasiones anteriores fue como darme permiso de beber hasta perderme. Pero ahora me doy cuenta que puedo divertirme de manera diferente, sobre todo si mi esposa entiende y acepta que estaré consumiendo con un límite establecido.

PS. Excelente, usted ha identificado que para lograr su meta uno de los pasos más importantes es compartir su decisión con su esposa y plantearle lo útil que será su apoyo para usted. Pero también es muy importante que considere ¿qué tan posible es que ella lo apoye? ¿Ha intentado antes controlar su consumo? ¿Le fue posible? ¿Podría eso ser una barrera para que su esposa se resista y no acepte apoyarlo?

P. Nunca antes lo había intentado, de hecho, creo que si se lo planteo llegando a casa, o si usted me ayuda a compartirlo con ella, entenderá y me apoyará. Ella ha aceptado que no tomo demasiado, pero si tiene miedo a que pierda el control. Ella misma me ha dicho que no es que quiera que no tome, sino que le baje a mi consumo. Creo que me apoyaría y estaría dispuesta a hacer lo que usted nos sugiera.

PS. Muy bien, ha identificado la oportunidad de éxito de esta alternativa, y por supuesto yo puedo colaborar. Puedo ayudarle a que ensayemos/modelemos la forma en la que usted podría plantearle su meta a su esposa.

El profesional realiza un ensayo o modelamiento conductual guiado, que sea de utilidad para preparar a la persona para plantear su meta.

Ahora, dígame ¿cómo podemos responder si de pronto recibe presión social de sus compañeros para beber? Por ejemplo, si se dieran cuenta que está tomando agua o alguna otra bebida no alcohólica, entre copa y copa ¿qué puede hacer si lo presionan?

P. ¡Ah claro! buena pregunta, pues déjeme pensar. Creo que me sentiría muy presionado, incluso, no me gustaría que me sucediera, ¿qué puedo hacer?

PS. Efectivamente, es una situación difícil pero lo primero es mantener la calma y sobre todo procurar que sus emociones no sean las que determinen su elección. Existen varias alternativas, por ejemplo, es muy común que podamos responder, sin tener que dar más explicaciones, que no desea tomar y que además cambie el tema, hablando de otras cosas. Si esa persona presiona, usted también puede dar alternativas, es decir, usted puede insistir en que no desea tomar y que prefiere beber agua mineral porque tiene sed. ¿Qué opina? ¿Eso será suficiente?

P. Me parece muy bien y suficiente. Tiene razón, no tengo por qué estar dando explicaciones a nadie.

PS. Pero no solo eso. En su defecto puede serle extremadamente útil recordar los motivadores del cambio que me planteó anteriormente. Dígame ¿qué tipo de pensamientos podrían ser útiles en su cabeza, para no ceder ante las presiones?

P. Claro, pues que es más importante la relación con mis hijos o mi capacidad de autocontrol que lo que nadie me pueda decir.

PS. Excelente, muy bien, ha estructurado un pensamiento muy claro y determinante, totalmente definitivo y que puede funcionar en el caso de la presión social que reciba. Excelente. Bueno hemos establecido los planes de acción necesarios para enfrentar esa situación de riesgo, pero dígame ¿existe alguna situación posible que pudiera impedir el éxito de estos planes?

P. Me parece que no.

PS. *Yo también creo que estamos listos para poner en marcha su meta de consumo reducido y verificar su alcance dentro de un mes, en una sesión de seguimiento. Por supuesto, estoy a su disposición para cualquier duda y por si requiere apoyo adicional.*

Referencia y Contra-referencia (Derivación/Canalización)



Los procesos de referencia y contra-referencia (conocidos también como derivación/canalización y seguimiento) se consideran como un sistema de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los niveles de atención que conforman la red de servicios de salud. Son procedimientos administrativo-asistenciales, que vinculan a todos los niveles de atención, cuyo propósito principal es facilitar la derivación de los usuarios de una unidad operativa de menor capacidad resolutoria a otra de mayor complejidad, con el propósito de brindar una atención integral y oportuna en las unidades que, conforme a las necesidades de la persona que consume drogas, resulten más convenientes¹⁵⁵.

Se requiere de integración y coordinación entre las unidades, propiciando que el personal involucrado conozca y ejecute con responsabilidad y eficiencia las funciones que le competen.

¹⁵⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Recuperado de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

De acuerdo con algunas guías sobre estos procedimientos, existen algunos lineamientos que deben ser tomados en cuenta para esta labor. Es necesario considerar las características clínicas y el grado de complejidad de cada caso en particular, la capacidad resolutive de la unidad efectora, la disponibilidad del personal y los insumos apropiados para la atención de las personas en la unidad receptora, y la región en la que se encuentre el domicilio de la persona que recibirá la atención, entre otros.

Los profesionales de la salud deben considerar que las personas deben recibir un trato digno, respetuoso y oportuno. En toda acción de derivación/canalización es requisito indispensable documentar el proceso, integrando la información al expediente clínico, lo que también sirve como soporte documental administrativo. El personal de salud debe verificar si las personas son aceptadas en los establecimientos correspondientes, de acuerdo con el tipo y la complejidad de su padecimiento, así como el nivel resolutive de la unidad que brindará la atención.

Es muy importante realizar una evaluación básica que determine la necesidad y alcances, de acuerdo con la condición clínica al momento de solicitar la atención y las características del patrón de consumo (tipo de sustancia, dosis y vías de administración, frecuencia y evolución del consumo y repercusiones y consecuencias asociadas). Se debe brindar a la persona interesada, así como a su familia, información detallada sobre los motivos por los que no puede recibir la atención en el establecimiento o servicio inicial, y la importancia de la referencia en otra unidad con mayor capacidad resolutive. También es necesario explicar la importancia del procedimiento de contra-referencia (seguimiento a la derivación/canalización) y de seguimiento como un apoyo indispensable para mantener los resultados obtenidos a partir del tratamiento inicial.

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

Los profesionales de la salud pueden verificar que una persona que consume heroína vía inyectable reciba atención oportuna y expedita, con el control médico necesario.

PS: *Señor R, he revisado con detalle los datos de su evaluación inicial. Usted nos ha compartido que consume alcohol, tabaco y heroína. En este centro de apoyo psicológico atendemos problemas por consumo de sustancias como esas. No obstante, el consumo de heroína lo realiza por vía inyectable. Como usted sabe, se trata de una droga tóxica, con alto potencial adictivo. Como todas las sustancias, está caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro que se muestran en un profundo grado de tolerancia y dependencia física. En ese sentido, observo que usted ya está padeciendo un fuerte dolor muscular y en huesos, que ya padece insomnio, diarrea y vómito en ausencia de la sustancia en su organismo. Aunque los síntomas de la abstinencia a la heroína no necesariamente son fatales, si producen un malestar muy importante que, preferentemente debe ser superado de manera más eficiente y efectiva a través del tratamiento médico integral. Generalmente, los síntomas de la abstinencia, como usted sabe, aparecen aproximadamente entre 48 y 72 horas después de su última dosis y pueden mantenerse presentes por varios días. Es por ello que, en este momento, puedo sugerirle que lo enviemos a un lugar donde puedan otorgarle*

tratamiento médico integral. De esta manera podrá desintoxicar su organismo, de manera más segura y menos complicada, y entonces podrá regresar a recibir apoyo psicológico con mayores probabilidades de éxito. A través del tratamiento psicológico podríamos programar el mantenimiento de su periodo de abstinencia, pero particularmente reestructurar un plan de vida donde establecerá su meta de trabajo, preferentemente libre del uso de sustancias y con posibilidades de estructurar actividades placenteras que le satisfagan y le permitan recuperar aquellas áreas de su vida que han sido alteradas por el uso de sustancias ¿Qué opina?

P: *Así es, he intentado dejar de inyectarme, pero necesito hacerlo porque si no me siento muy mal. Entonces, con ese tratamiento ¿podré dejarlo? ¿De verdad es tan fácil?*

PS: *Entiendo, generalmente el dolor y malestar que usted presenta ante la falta de la heroína, es una de las situaciones que lo llevan a consumir sin lograr suspenderlo a pesar de su necesidad de parar. Más que fácil, es un tratamiento efectivo, que ha sido probado y que ha demostrado que ayuda mucho a los usuarios a lograr mantenerse sin consumir y que no se presenten esos malestares tan intensos. Si usted está de acuerdo, le pediré que juntos programemos su ingreso al programa y regrese conmigo una vez que hayamos logrado desintoxicar su organismo. A su regreso, tendremos la oportunidad de planear su meta de tratamiento y desarrollar su plan de intervención. Es muy importante que, de alguna manera, me comunique que ya ha iniciado el tratamiento médico. ¿Está de acuerdo?*

P: *Totalmente.*

P: *Aquí en la carta de derivación al tratamiento médico, he colocado todos los datos de la institución, la información que requieren sobre su expediente en dicha institución y una copia para que usted pueda conservarla.*

Intervención breve vinculada a la prueba ASSIST

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

INTERVENCIÓN BREVE



En las personas que están en contacto con los servicios de atención de salud y que se les ha administrado el cuestionario ASSIST, el personal de salud puede aplicar una metodología de intervención breve que consta de una sesión, toma aproximadamente 15 a 30 minutos y está dirigida principalmente (aunque no exclusivamente) a quienes se encuentran en las etapas de cambio de pre-contemplación y contemplación. Esta intervención se basa en la técnica conocida como **FRAMES** y también en la entrevista motivacional.

Las siglas FRAMES se refieren a los elementos clave que componen la intervención: **Feedback** (Retroalimentación), **Responsibility** (Responsabilidad), **Advice** (Consejo), **Menu of options** (Opciones de cambio), **Empathy** (Empatía) y **Self-efficacy** (Autoeficacia)^{156,157,158}.

En general se pueden considerar un conjunto de sesiones en la intervención breve. La admisión. El objetivo es principal es identificar la etapa de cambio de la persona y determinar si es candidato para una intervención breve. Al ser la primera sesión, el profesional de la salud deberá hacer uso de la entrevista motivacional manteniendo una interacción positiva y cordial con la persona. Se recolecta información sobre los antecedentes de consumo (cuándo y cómo inició su consumo, sustancia(s), si ha observado un aumento en la cantidad y frecuencia de consumo y consecuencias principales).

¹⁵⁶ Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315 – 336.

¹⁵⁷ Miller, W. & Sánchez, V. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En: G., Howard. (ed). *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.

¹⁵⁸ Miller, W., Zweben, A., Di Clemente, C., & Rychtarik, R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

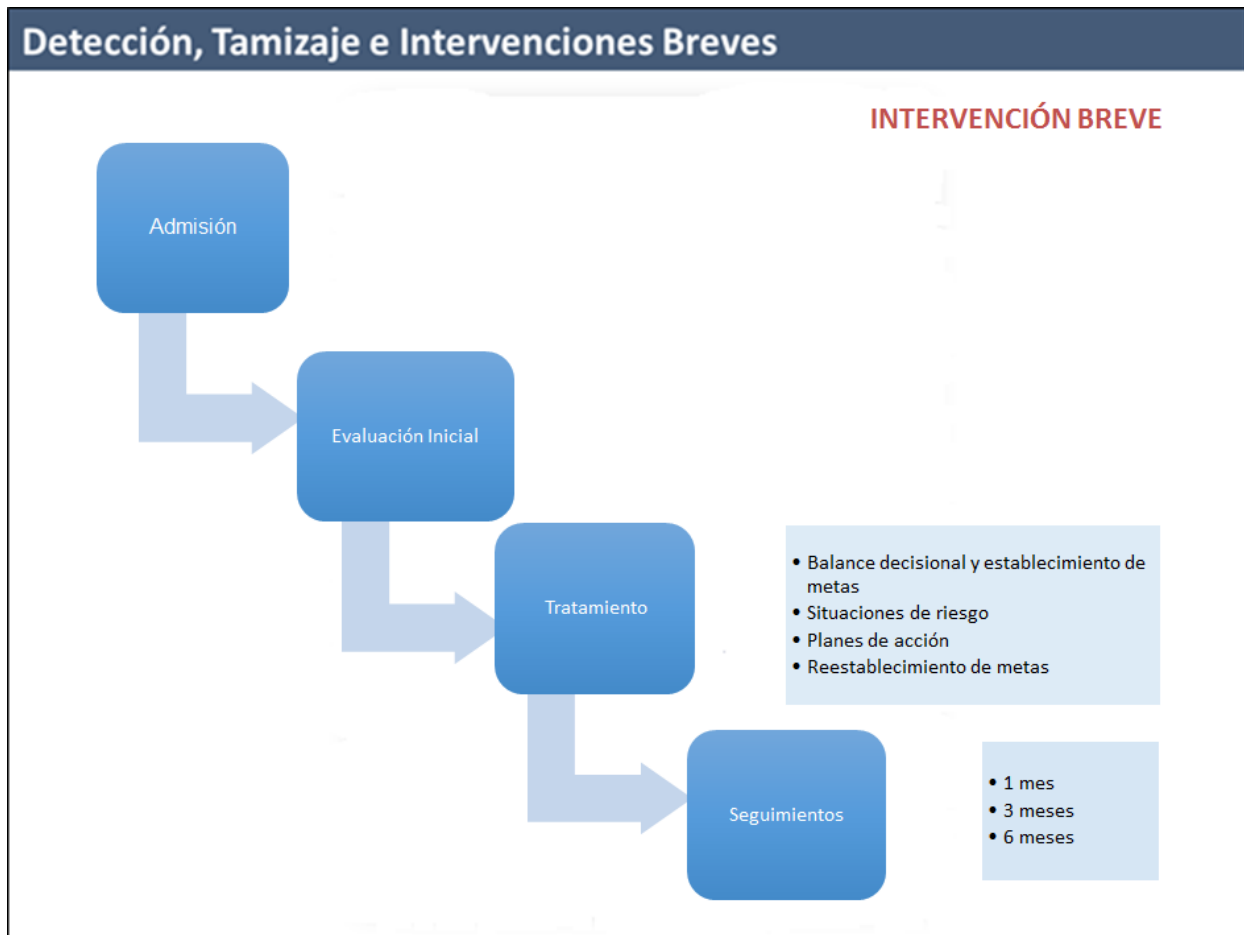
En la sesión de evaluación el objetivo es obtener información relacionada a la historia de consumo, patrón de consumo, principales situaciones de riesgo y autoeficacia. La recolección de estos datos puede realizarse a partir de diversas técnicas como reportes (de la persona, de familiares, amigos y/o colaboradores y registros oficiales) o por instrumentos que permiten obtener información pertinente al consumo. En esta fase la elaboración de la Línea Base Retrospectiva, permite evaluar la frecuencia y cantidad de consumo durante los meses previos a la intervención, recolectando la información de manera retrospectiva. Una manera para poder recolectar la información con la persona es preguntar “¿Se ha fijado si hay días en que consume más?, ¿Recuerda alguna fecha importante donde haya consumido más o menos que otros días?, ¿Identifica algún día o periodo en que no haya consumido?, ¿Ha identificado cuanto consume generalmente?, ¿Siempre consume la misma cantidad?” El Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA) o Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD) identifican ocho categorías asociadas a las recaídas. Y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) es un Instrumento paralelo al ISCA e ISCD que evalúa la confianza del usuario para enfrentar las situaciones de riesgo.

En las sesiones de Tratamiento se realiza el balance decisional y establecimiento de metas, cuyo objetivo es analizar las ventajas y desventajas de continuar con el consumo y de realizar un cambio en el mismo; se determina la meta de la intervención (reducción/abstinencia); se evalúan las situaciones de riesgo para el consumo a partir del análisis funcional de la conducta; se establecen los planes de acción para generar conductas alternativas al consumo que faciliten el cumplimiento de la meta; y se re-establecen las metas para evaluar el tratamiento y plantear metas a largo plazo.

Finalmente, en las sesiones de seguimiento se lleva a cabo contacto con la persona por intervalos designados, sistemáticos y estructurados que se realiza después de haber concluido el tratamiento. Se recomienda realizar seguimientos de manera presencial, aunque una alternativa son las entrevistas vía telefónica. Se recomienda realizarlos al mes, 3, 6 y 12 meses después de concluida la intervención.

Actualmente, existen programas de intervención breve específicos para diversas sustancias; mismos que se encuentran constituidos por alrededor de seis sesiones estructuradas en tercios (regla 20/20/20) donde inicialmente se evalúa la conducta de consumo y el funcionamiento general, se lleva a cabo un entrenamiento y práctica de habilidades y finalmente se realiza el plan semanal para mantener la conducta meta y tres seguimientos (uno, tres y seis meses después de concluida la intervención).

La intervención breve puede ayudar a que las personas tomen conciencia de la conexión entre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas con diferentes problemas de salud; que se identifique el consumo problemático o de riesgo de sustancias; que se logre la reducción del uso de sustancias; y que se motive la incorporación a tratamiento en caso necesario.



Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

Dichas herramientas son muy detalladas, y pueden requerir un tiempo considerable para aplicarse, por lo que pueden resultar poco prácticas para usarse en el ámbito de los Servicios de Atención Primaria de la Salud^{159,160,161}. También existen otros instrumentos que son breves, pero se enfocan solamente en la dependencia, por ejemplo el CAGE y su adaptación para incluir drogas (CAGE-AID)¹⁶² y dejan fuera el consumo de riesgo y nocivo en personas no dependientes. Esto representa una limitación importante ya que aunque el consumo de drogas en las personas con dependencia tiene gran impacto, la carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente^{163,164,165}.

En respuesta a los aspectos comentados, en 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés), que se ha validado en diferentes poblaciones, incluyendo países latinoamericanos¹⁶⁶.

¹⁵⁹ McPherson, T. L. & Hersh, R. K. (2000). Brief substance use screening instruments for primary care settings: *A review. J Subst Abuse Treat, 18*: 193 – 202.

¹⁶⁰ Babor, T. F. & Kadden, R. K. (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *J Trauma, 59* (Suppl): 80 – 87.

¹⁶¹ McLellan, A., Luborsky, L., Cacciola, J., & Griffith, J. E. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and Validity in Three Centres. *J Nerv Ment Dis, 173*, 412 – 423.

¹⁶² Brown, R. L. & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *WMJ, 94*, 135 – 140.

¹⁶³ OMS. (2011). *ASSIST, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

¹⁶⁴ Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. National Academic Press: Washington, DC

¹⁶⁵ Skinner, H. A. (1987). Early detection of alcohol & drug problems - why? *Australian Drug & Alcohol Review, 6*, 293 – 301.

¹⁶⁶ OMS. (2011). *ASSIST, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

ASSIST

prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

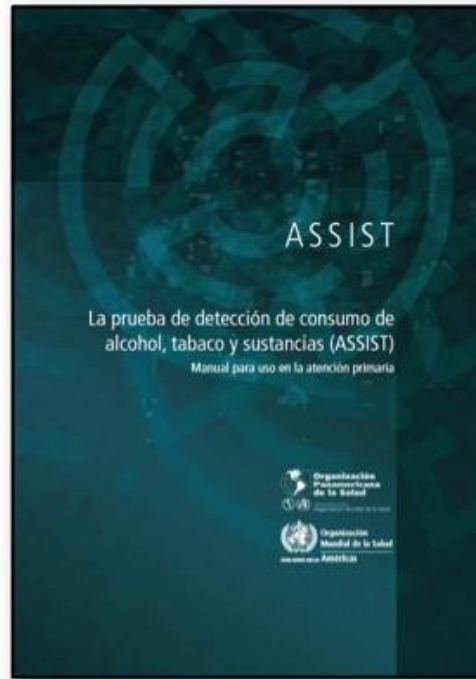
Los cuestionarios de tamizaje, así como las intervenciones breves son de bajo costo y eficaces para disminuir el uso de drogas antes de que las personas desarrollen dependencia o de que ésta se agrave^{167,168}.

Como se verá posteriormente, dependiendo del instrumento (cuestionario) utilizado, por ejemplo el ASSIST, el tamizaje puede ayudar a diferenciar a las personas que consumen drogas en distintos niveles de riesgo (bajo, moderado, severo). De acuerdo a los resultados que se obtengan de la aplicación de los cuestionarios, existen múltiples intervenciones que se pueden aplicar para ayudar a las personas con problemas por consumo de drogas.

¹⁶⁷ Bernstein, E., Bernstein, J., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*, 77, 49 – 59.

¹⁶⁸ Baker, A., Lee, N. K, Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., & Pohlman, S. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction*, 100, 367 – 378.

ASSIST



Dado que el consumo de drogas se encuentra entre los primeros veinte factores de riesgo para sufrir muerte y discapacidad, se requiere un procedimiento donde las personas con consumo de alto riesgo y las personas con dependencia se identifiquen con más facilidad por el personal de salud. El ASSIST considera la valoración de personas con riesgo bajo o moderado. La carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente. La detección, tamizaje e intervención temprana tendrán mejores resultados que su tratamiento posterior. La aplicación del ASSIST resulta de bajo costo.

Justificación

- Consumo de drogas se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad (importante carga para la salud pública)
- Las personas con consumo de alto riesgo y las personas con dependencia son identificadas con más facilidad por el personal de salud, no hay que dejar de lado a personas con riesgo bajo o moderado
- La carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente
- La detección, tamizaje e intervención temprana tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior
- La aplicación del cuestionario es de bajo costo

El ASSIST fue desarrollado por la OMS para utilizarse en el nivel de atención primaria a la salud por profesionales del campo que atienden personas que consumen drogas. Está constituido por ocho reactivos, cuya aplicación puede realizarse en 15 minutos. El resultado indica la puntuación de riesgo por cualquier droga y de acuerdo al nivel de riesgo se determina el nivel de intervención más adecuada ya sea solo información, intervención breve, referencia a evaluación o tratamiento especializado.

Características

- Desarrollado por Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Diseñado para usarse en Atención Primaria de Salud (APS)
- Debe aplicarse por profesionales de la salud
- Cuestionario dirigido a personas que consumen drogas
- Ocho preguntas, toma aproximadamente 15 minutos llenarlo
- Indica puntuación de riesgo para consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas
- De acuerdo al resultado (nivel de riesgo), se determina intervención más adecuada: información; intervención breve; derivación/referencia a evaluación y tratamiento especializados

El cuestionario contiene instrucciones para tomar decisiones de aplicación. Es decir tomar decisiones de que reactivos omitir y que preguntas requieren de mayor profundización por parte del profesional. Sin embargo, aunque existe flexibilidad es necesario que se realicen todas las preguntas relevantes y se registren todas las respuestas. Las preguntas uno y dos son de filtro y determinan por cuales sustancias se debe preguntar.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

TARJETA DE RESPUESTAS Sustancias	
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d	Cocaína (coca, crack, etc.)
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f	Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
J	Otras, especifique: _____

TARJETA DE RESPUESTAS Frecuencia	
Respuestas, últimos tres meses (preguntas 2 a 5) Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses Una o dos veces en los últimos tres meses Mensualmente: promedio de una tres veces al mes Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana	Frecuencia, A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8) <ul style="list-style-type: none">• No, nunca• Si, pero no en los últimos tres meses• Si, en los últimos tres meses

La pregunta uno se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida, es decir las sustancias que las personas han consumido aunque sea solo una vez. Constituye una forma no intrusiva de empezar a hablar sobre el consumo de sustancias. Permite indagar sobre el historial del consumo de sustancias del usuario.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

Antes de hacer las preguntas, entregue a la persona la tarjeta de respuestas 

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No Si
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No Si
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No Si
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	No Si
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No Si
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No Si
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No Si
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No Si
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No Si
J	Otras, especifique: _____	No Si
Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"		Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

La pregunta dos se refiere al consumo de sustancias en los últimos tres meses y debe realizarse solo para cada una de las sustancias que se han reportado y se registraron en la primera pregunta. Esta también es una pregunta filtro, es decir que determinan que sucederá en las preguntas sobre las drogas específicas en las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a esta pregunta es nunca en todos los elementos que la constituyen, esto significa que no se han consumido sustancias en los últimos tres meses por lo que se debe avanzar a la pregunta 6.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e	Estimulantes de tipo amfetamina (speed, amfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f	Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j	Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.
 Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

La pregunta tres indica consumo de alto riesgo o dependencia de una sustancia. Cuando una persona empieza a consumir una sustancia con más frecuencia o ha tenido problemas anteriores con la sustancia, experimentará un deseo fuerte o ansias de consumir.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
J	Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

La pregunta cuatro está dirigida a determinar si el consumo de sustancias le está causando problemas a la persona y con qué frecuencia en los últimos tres meses. Es probable que muchas personas no estén conscientes de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, en particular de los problemas de salud y corresponde al trabajador de la salud ayudar al usuario a vincularlos. Vale la pena guiar a las personas con ejemplos sobre lo que significan los problemas de salud, sociales, legales y económicos.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
J	Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

La pregunta cinco se hace a la persona solo para las sustancias que han consumido en los últimos tres meses según se indicó en la pregunta dos. Esta pregunta está diseñada para averiguar si el usuario tiene problemas para cumplir sus obligaciones habituales debido al consumo de sustancias, lo que lleva a repercusiones o consecuencias. Se puede deber a la intoxicación, la recuperación por el consumo o pasar todo el tiempo buscando la sustancia.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	--	--	--	--	--
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j	Otras, especifique: _____	0	5	6	7	8

La pregunta seis tiene el propósito de averiguar si otra persona ha expresado preocupación sobre el consumo de sustancias del usuario. Se hace para las sustancias registradas en la pregunta uno sobre el consumo a lo largo de la vida, y no debe limitarse solo a las de los últimos tres meses.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?		No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
J	Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las que la persona mencionó como respuesta a la pregunta 1).				

La pregunta siete indica la dependencia o el consumo de sustancias de alto riesgo y está diseñada para conocer la pérdida de control sobre el consumo a lo largo de la vida. La dependencia a sustancias es un trastorno crónico recurrente y muchas personas deben hacer varios intentos para reducir o dejar el consumo. La pregunta investiga los intentos serios para reducir o dejar el consumo en lugar de solo los pensamientos pasajeros para reducirlo o los esfuerzos a medias.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?		No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d	Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
J	Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las que la persona mencionó como respuesta a la pregunta 1).

La pregunta ocho tiene por objeto indicar la dependencia o el consumo de alto riesgo y está diseñada para averiguar la experiencia reciente del consumo de sustancias por vía inyectada en la vida del usuario. Es más probable que las personas que avanzan hacia el consumo por vía inyectada, se hagan dependientes de la sustancia, según la frecuencia de consumo. Inyectarse se asocia con daños como la sobredosis y también el riesgo de psicosis. Las infecciones y enfermedades de la sangre también son factores de riesgo relacionados con inyectarse.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cada respuesta de las preguntas dos a la siete tiene una puntuación numérica. Al final de la entrevista se suman las puntuaciones de las preguntas dos a la siete para cada sustancia específica para obtener una puntuación de riesgo del ASSIST para cada sustancia. En los informes técnicos y de investigación se hace referencia a esta puntuación como la participación de sustancias específicas para cada tipo de droga. No se incluyen los resultados de la pregunta uno ni de la ocho. Para el caso del tabaco, la pregunta cinco no tiene calificaciones asignadas, por lo que no se toma en cuenta.

¿Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica?

- La puntuación se debe obtener para cada una de las sustancias que la persona reporta
- Para cada sustancia, sume las puntuaciones obtenidas para las preguntas 2 a la 7
- No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la pregunta 8
- Para el caso de tabaco, la pregunta 5 no tiene calificaciones asignadas, por lo que no se toma en cuenta

En el cuestionario se asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con las personas sobre su consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo *bajo, moderado o alto*, que determina la intervención más adecuada para cada nivel (*no tratamiento, intervención breve, o referenciación a servicio especializado para evaluación y tratamiento*, respectivamente).

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas					
		Registrar puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a	Tabaco		0 – 3	4 – 26	27 o más
b	Alcohol		0 – 10	11 – 26	27 o más
c	Cannabis		0 – 3	4 – 26	27 o más
d	Cocaína		0 – 3	4 – 26	27 o más
e	Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27 o más
f	Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27 o más
g	Sedantes		0 – 3	4 – 26	27 o más
h	Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27 o más
i	Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27 o más
j	Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27 o más

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

La retroalimentación de los resultados es esencial mantener el compromiso con el programa. Es importante ya que da información y permite sensibilizar a las personas sobre el tipo intervención con mayores posibilidades de éxito.

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

ASSIST versión 3.1

Tarjeta de reporte de retroalimentación

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas					
Sustancia		Registrar puntuación para cada sustancia	Nivel de riesgo		
			Bajo	Moderado	Alto
a	Tabaco		0 – 3	4 – 26	27 o más
b	Alcohol		0 – 10	11 – 26	27 o más
c	Cannabis		0 – 3	4 – 26	27 o más
d	Cocaína		0 – 3	4 – 26	27 o más
e	Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27 o más
f	Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27 o más
g	Sedantes		0 – 3	4 – 26	27 o más
h	Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27 o más
i	Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27 o más
j	Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27 o más

Bajo: usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Moderado: usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

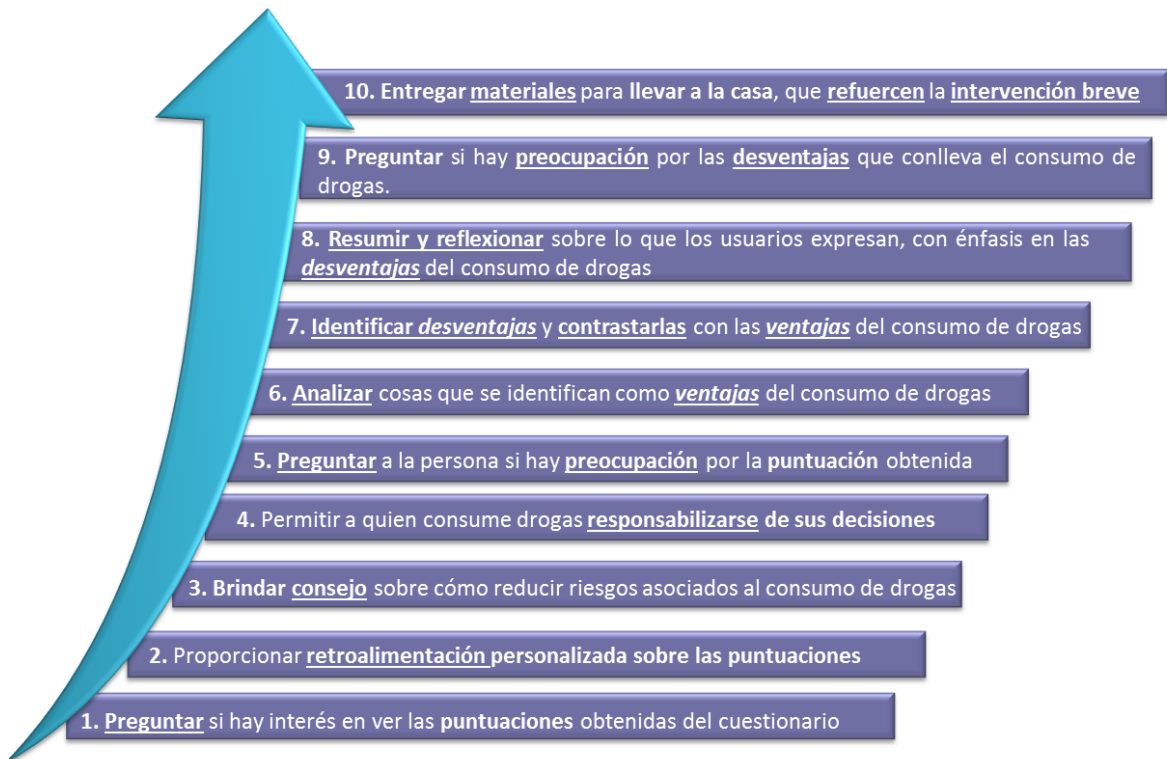
Alto: usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

En la sección correspondiente a Intervención Breve (IB), se presentarán sugerencias para el abordaje y seguimiento de las personas en contacto con los Servicios de Atención Primaria de Salud.

La intervención breve vinculada al ASSIST fue diseñada especialmente para personas que según las puntuaciones de la prueba se ubican en *riesgo moderado* por el consumo de drogas. Esto corresponde a quienes no han desarrollado dependencia, pero consumen drogas de manera riesgosa o dañina, y por lo tanto pueden tener problemas de salud, así como también en otros ámbitos (social, legal, laboral, económico, etc.).

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

La intervención breve vinculada a ASSIST consta de 10 pasos secuenciales, que se analizarán con detalle.



Paso 1. Pregunte a la persona si está interesada en ver sus puntuaciones del cuestionario.

Una manera efectiva de comenzar la sesión de intervención breve es preguntarle a la persona si desea conocer sus resultados. Esta pregunta ayuda al trabajador de la salud a iniciar la intervención breve. Al formularla de esta manera, se dan opciones sobre lo que va a suceder a continuación y también se reduce cualquier resistencia. Si la persona responde que sí le interesa ver su puntuación, el personal de salud puede proporcionar retroalimentación con información personal relevante y discutir sobre los riesgos asociados al consumo, así como la mejor manera para reducirlos. En general, a la mayoría de los usuarios les interesa ver y entender las puntuaciones obtenidas.

Ejemplo

Se puede preguntar a la persona: *¿Le interesa ver su puntuación en el cuestionario que acaba de responder?*

Las puntuaciones obtenidas con el ASSIST para cada sustancia deben registrarse en los recuadros de la tarjeta de reporte de retroalimentación, y se debe indicar el nivel de riesgo para todas las sustancias (*bajo, moderado o alto*).

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

1. Preguntar si hay interés en ver las puntuaciones obtenidas del cuestionario

¿Le interesa ver su puntuación en el cuestionario que acaba de responder?

Apéndice C

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Nombre del trabajador clínico		Fecha de la prueba	
Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco	0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto	
b Bebidas alcohólicas	0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto	
c Cannabis	0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto	
d Cocaína	0 – 3 4 – 26	Bajo Moderado	

La tarjeta de reporte de retroalimentación se utiliza durante la interacción con la persona para proporcionar retroalimentación y se entrega al final de la sesión para que se la lleven a casa, como recordatorio de lo que se habló.

Paso 2. Proporcione retroalimentación personalizada sobre las puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación

Utilice la tarjeta de reporte de retroalimentación como algo tangible para guiar la conversación durante la intervención. Es recomendable sostener la tarjeta de manera que sea fácil de ver tanto para la persona que recibe la intervención, como para que usted pueda leerla.

Este paso es uno de los componentes clave de la intervención. Su principal objetivo es conversar con quien consume drogas acerca de aspectos que le parezcan relevantes a nivel personal. Para esto es muy útil analizar los resultados de la aplicación de la prueba ASSIST, así como el nivel de riesgo asociado con la puntuación obtenida. En este proceso es fundamental utilizar la tarjeta de reporte de retroalimentación ASSIST. Léala, revísela y coméntela junto con la persona que consume drogas. Las diferentes secciones de la tarjeta muestran información sobre los daños y problemas que se asocian con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalables, sedantes, alucinógenos y opiáceos. Ponga especial énfasis en los aspectos que las personas expresan preocupación. La retroalimentación se proporciona en dos partes:

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

1. Hable sobre las puntuaciones y el nivel de riesgo asociado (bajo, moderado o alto) con cada sustancia según aparece en la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación. La explicación sobre el riesgo asociado puede hacerse leyendo las definiciones de los recuadros que están en la tarjeta de retroalimentación.

Ejemplo

El profesional puede decir: Estas son todas las sustancias por las que le pregunté y estas son sus puntuaciones para cada una de las sustancias (señale las puntuaciones). Como puede ver, su puntuación para tabaco fue de 16, que lo pone en el nivel de riesgo moderado; su puntuación para alcohol fue de 15, que lo pone en el nivel de riesgo moderado, y su puntuación para marihuana fue de 18, que también lo pone en el nivel de riesgo moderado. Todas las demás sustancias están en el nivel de riesgo bajo. El riesgo moderado significa que está en riesgo de tener problemas de salud y de otra índole debido a sus hábitos actuales de consumo de sustancias, no solo ahora sino también en el futuro si sigue consumiendo de la misma manera.

2. Indique y discuta los riesgos asociados con cada droga consumida, principalmente la de mayor puntuación. La tarjeta de reporte de retroalimentación incluye una serie de nueve recuadros sobre diferentes drogas: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo amfetamina, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos. Estos daños deben informarse a las personas tal como aparecen en la tarjeta y explicarlos más ampliamente si es necesario.

Ejemplo

Se puede decir a la persona: Como su puntuación para marihuana lo pone en el nivel de riesgo moderado, los problemas asociados con sus hábitos actuales de consumo de marihuana pueden ser los siguientes: problemas con la atención y motivación, preocupación, pánico o depresión, dificultad para resolver problemas o recordar cosas, presión sanguínea alta, asma, bronquitis y en el extremo grave de las cosas, psicosis, enfermedades del corazón y las vías respiratorias y cáncer.

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

2. Proporcionar retroalimentación personalizada sobre las puntuaciones

a) Hable sobre las puntuaciones y el nivel de riesgo asociado (bajo, moderado o alto) con cada sustancia según (tarjeta de reporte de retroalimentación)

b) Indique y discuta los riesgos asociados con cada droga consumida, principalmente la de mayor puntuación

Currículum Universal de Tratamiento (UTC)

Riesgos y daños asociados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas Tarjeta de Retroalimentación ASSIST

El consumo regular de:

A) tabaco	B) alcohol	C) cannabis	D) cocaína	E) estimulantes tipo anfetamina	F) inhalables	G) sedantes y pastillas para dormir	H) alucinógenos	I) opiáceos
se asocia con:								
Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel	Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito	Problemas de atención y motivación	Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso	Dificultad para dormir, pérdida de apetito y deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones	Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz	Aletargamiento, mareo y confusión	Cambios visuales, auditivos, táctiles y conducta impredecible	Comerzón, náusea y vómito
Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe	Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión	Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel	Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular	Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	Dificultad para dormir	Aletargamiento, constipación, caries, periodos menstruales irregulares
Infecciones respiratorias y asma	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea	Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas	Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida	Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico	Mareos y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa	Náusea, dolores de cabeza, paso inestable	Náusea y vómito	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
Alta presión sanguínea, diabetes mellitus	Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales	Presión sanguínea alta	Accidentes y lesiones, problemas económicos	Temblores; latido irregular del corazón, falta de aliento	Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa	Problemas para dormir	Taquicardia y alta presión sanguínea	Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia
Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer	Dificultad para recordar cosas y resolver problemas	Asma y bronquitis	Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo	Ansiedad y depresión	Cambios del estado de ánimo	Dificultades económicas, comisión de delitos
Enfermedades renales	Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas	Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia	Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas	Paranoia, conducta agresiva y violenta	Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo	Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo	Ansiedad, pánico, paranoia	Estrés en las relaciones personales
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema	Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación	Enfermedades cardíacas y pulmonar obstructiva crónica	Conducta agresiva y violenta	Psicosis después del consumo repetido de altas dosis	Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)	Síntomas de abstinencia severos	Visiones retrospectivas	Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar
Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares	Apoplejía, daño muscular y en los nervios	Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta	Psicosis después del consumo repetido de altas dosis	Daño cerebral permanente	Muerte por insuficiencia cardíaca	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas	Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia	Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia
Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago	Enfermedad del hígado y el páncreas		Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas	Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas				Sobredosis y muerte por paro cardíaco
	Cáncer de boca, garganta y mama							
	Suicidio							

SEVERIDAD

Paso 3. Brinde consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias.

Brindar consejo a las personas que consumen drogas consiste en crear el vínculo entre la reducción del consumo de drogas y la reducción de los daños. Las intervenciones breves que son eficaces tienen como característica común que dan consejo de manera clara, objetiva e imparcial, con respecto a cómo reducir los daños asociados con el consumo de drogas. Es posible que las personas no tengan claro que el consumo les produce problemas, por lo que brindar con claridad el consejo de reducir o eliminar el consumo de drogas disminuirá el riesgo de futuros problemas, concientizará acerca de los riesgos y motivará el cambio de conducta.

La clave del consejo efectivo está en lograr que sea lo más individualizado posible y que involucre emociones. Esto puede favorecerse con la información obtenida en la Tarjeta de Reporte de Retroalimentación del ASSIST.

Ejemplos

Los profesionales pueden decir: *La mejor manera de reducir su riesgo de depresión, es que usted reduzca o elimine el consumo de alcohol.*

También se pueden estructurar frases como: *La mejor manera de reducir su riesgo de cáncer, es que usted reduzca o elimine el consumo de tabaco o La mejor manera de reducir su riesgo de problemas familiares, es que usted reduzca o elimine el consumo de alcohol y otras drogas.*

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

3. Brindar consejo sobre cómo reducir riesgos asociados al consumo de drogas

Ejemplos

La mejor manera de reducir su riesgo de depresión, es que usted reduzca o elimine el consumo de alcohol.

La mejor manera de reducir su riesgo de cáncer, es que usted reduzca o elimine el consumo de tabaco

Existen personas que han logrado cambiar su consumo de marihuana, ¿le gustaría saber cómo lo han logrado?

En este paso de la intervención FRAMES, el lenguaje también es muy importante. Los comentarios como *Yo creo que usted debería dejar de consumir (sustancias)* o *A mí me preocupa que usted consuma (sustancias)* **NO** representan un consejo claro ni objetivo.

Expresar un consejo de manera objetiva le da al usuario la información exacta para ayudarlo a tomar su propia decisión en un ambiente neutral y a la vez alentador. Del mismo modo, el consejo será más útil y la persona lo seguirá más fácilmente si los profesionales de la salud promueven que sea la persona quien solicita esto por sí misma. La principal estrategia para provocar la persona solicite el consejo de los profesionales de la salud, consiste en dar ejemplos de otras personas que han logrado cambiar su forma de consumo, y promover el interés de la persona por conocer los medios a través de los cuales otros más lo han logrado.

Ejemplo

El profesional podría decir: *Existen personas que han logrado cambiar su consumo de marihuana, ¿le gustaría saber cómo lo han logrado?*

A partir de generar la intensión de conocer los mecanismos de cambio, los profesionales de la salud pueden empezar a compartir los consejos individualizados y útiles para cada participante.

Paso 4. Permita a la persona que consume drogas responsabilizarse de sus decisiones.

Este componente también es clave en la intervención. Al favorecer que la persona tome control y responsabilidad de sus decisiones, se incrementa la motivación hacia el cambio y también se disminuye la resistencia¹⁶⁹. Se debe tener presente que quien consume drogas es responsable de sus propias decisiones, y esto debe reiterarse durante la intervención breve, después de la retroalimentación (paso 2) y el consejo (paso 3). Para este paso 4, utilice frases como:

Ejemplo

Profesional: *La utilidad de esta información sobre el consumo de drogas depende de cada persona y, en este caso, depende solamente de usted. Al compartirle cuáles son los daños asociados a sus hábitos actuales de consumo, sólo usted puede considerar las acciones necesarias que pueden llevarlo a mejorar su condición actual.*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

4. Permitir a quien consume drogas responsabilizarse de sus decisiones

Ejemplo

La utilidad de esta información sobre el consumo de drogas depende de cada persona y, en este caso, depende solamente de usted. Al compartirle cuáles son los daños asociados a sus hábitos actuales de consumo, sólo usted puede considerar las acciones necesarias que pueden llevarlo a mejorar su condición actual.

De esta manera se alienta a las personas a responsabilizarse y además se refuerza la relación entre el consumo de drogas con los daños y riesgos asociados. Si utiliza frases demasiado directivas como *Creo que debería...*, o *Me preocupan sus hábitos de consumo (de sustancias)* se puede provocar resistencia al cambio y favorecer una actitud defensiva o de justificación del consumo de drogas de las personas.

¹⁶⁹ Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315 – 336.

Paso 5. Pregunte a la persona si le preocupan las puntuaciones que obtuvo.

La intención es hacer que la persona reflexione sobre la manera en la que consume drogas. Es útil hacer preguntas abiertas que permitan expresar cualquier inquietud que pueda haber respecto al consumo de drogas. Esta técnica de preguntas abiertas es muy efectiva. Tome en cuenta que puede ser la primera vez que la persona que usa drogas hable de sus inquietudes. El lugar y ambiente donde se lleva a cabo la intervención pueden ayudar mucho, especialmente porque la investigación demuestra que un contexto alentador favorece al cambio en las creencias y conductas^{170,171}.

Ejemplo

Para este paso 5, los profesionales de la salud pueden preguntar: *¿Cuánto le preocupa la puntuación que obtuvo en este cuestionario para (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?, ¿por qué?*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

5. Preguntar a la persona si hay **preocupación** por la puntuación obtenida

¿Cuánto le preocupa la puntuación que obtuvo en este cuestionario para (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?, ¿por qué?

Paso 6. Analice con la persona que consume drogas lo que identifica como *ventajas* del consumo.

En este contexto motivacional, se recomienda hablar con quién consume drogas acerca de las cosas que identifica como *ventajas*, así como también de las *desventajas* de consumir

¹⁷⁰ Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 141 – 172.

¹⁷¹ Miller, W, & Rollnick (2002). *Motivational Interviewing*. New York and London: Guilford Press.

drogas. La intención es que el contraste de ambos aspectos genere discrepancia o conflicto cognitivo. Tome en cuenta que puede ser que las personas no hayan comparado nunca antes las *ventajas y desventajas* de consumir drogas.

Ejemplo

Para el paso 6, los profesionales de la salud pueden preguntar: *¿Cuáles son las ventajas asociadas a su consumo de (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?)*

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

6. Analizar cosas que se identifican como *ventajas* del consumo de drogas

¿Cuáles son las ventajas asociadas a su consumo de (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?)

Hablar acerca de las cosas que se identifican como ventajas, así como también de las desventajas de consumir drogas. La intención es que el contraste genere discrepancia o conflicto cognitivo.

Paso 7. Contrastar ventajas contra *desventajas* del consumo.

Ejemplo

Los profesionales pueden ayudar a la persona a comparar *ventajas y desventajas* del consumo de drogas: *es fundamental identificar que el consumo de sustancias tiene ventajas, las cuales explica por qué se continúa consumiendo, aun cuando se desea dejar de hacerlo y que, por lo tanto, es mejor identificarlas para cambiarlas, que pasar por alto que existen.*

Después de que la persona haya hablado sobre las cosas que identifica como *ventajas* de su consumo de drogas, pregúntele directamente sobre las *desventajas* que pueden suceder por consumir. Es muy importante preguntar sobre los aspectos *positivos/ventajas* y *negativos/desventajas* del consumo de drogas, ya que así el personal de salud demuestra que está consciente de las razones que las personas tienen para consumir.

Ejemplo

Puede utilizar preguntas como: *¿Cuáles son algunas de las desventajas de su consumo de (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?)*

Es común que sea necesario ayudar a que las personas identifiquen las *desventajas* que conlleva el consumo de drogas. Si se tienen dificultades, se pueden utilizar las respuestas que la persona dio a las preguntas del cuestionario ASSIST. En particular, hay que concentrarse en las respuestas a la pregunta 4, o también se pueden utilizar preguntas abiertas que inviten a hablar sobre algunos ámbitos que se pueden ver afectados por el consumo de drogas:

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

7. Identificar *desventajas* y *contrastarlas* con las *ventajas* del consumo de drogas

¿Cuáles son algunas de las desventajas asociadas a su consumo de (alcohol/tabaco/cannabis/etc....?)



Paso 8. Resumir y reflexionar sobre lo que las personas han expresado acerca del consumo de sustancias, haciendo hincapié en las *desventajas*.

Una manera sencilla y efectiva de darle reconocimiento a las experiencias de la persona que usa drogas y preparar el camino para continuar avanzando es *resumir y reflexionar* sobre lo que se analizó y comentó acerca de las *ventajas*, así como también de las *desventajas* de consumir drogas. Si las personas se sienten *escuchadas* es más probable que reciban, consideren y acepten la información y consejos dados por el personal de salud. Resumir y reflexionar también permitirá resaltar activamente los conflictos cognitivos de la persona que usa drogas y hacer hincapié en las *desventajas* del consumo.

Ejemplo

Puede decir: *Entonces, de acuerdo a lo que usted me dijo, entiendo que beber lo relaja y el primer par de bebidas lo hace sentirse bien, siente que puede conversar con mayor facilidad y seguridad. Sin embargo, también identifica que para usted es muy difícil dejar de beber una vez que ha empezado, que eso le disgusta, además de que normalmente discute cuando toma y a menudo dice y hace cosas de las que se arrepiente al día siguiente, como por ejemplo cuando terminó en el hospital la semana pasada porque se lesionó en una pelea.*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

8. Resumir y reflexionar sobre lo que los usuarios expresan, con énfasis en las *desventajas* del consumo de drogas

Ejemplo

Entonces, de acuerdo a lo que usted me dijo, entiendo que beber lo relaja y el primer par de bebidas lo hace sentirse bien, siente que puede conversar con mayor facilidad y seguridad. Sin embargo, también identifica que para usted es muy difícil dejar de beber una vez que ha empezado, que eso le disgusta, además de que normalmente discute cuando toma y a menudo dice y hace cosas de las que se arrepiente al día siguiente, como por ejemplo cuando terminó en el hospital la semana pasada porque se lesionó en una pelea.

Paso 9. Pregunte a la persona qué tan preocupada está por las *desventajas* que conlleva el consumo de drogas.

Al igual que el paso 5, aquí también se utilizan preguntas sobre la preocupación por la puntuación obtenida con la prueba ASSIST. Aunque parecería una posible repetición, en realidad sirve para reforzar el pensamiento de cambio en las personas que consumen drogas y proporciona una oportunidad para que, si el tiempo y las condiciones lo permiten, la intervención tenga mayores alcances. Pregunte directamente sobre la preocupación de la persona que consume drogas.

Ejemplo

Puede formular la pregunta: *¿Le preocupan las desventajas que conlleva el consumo de drogas? ¿Por qué?*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

9. Preguntar si hay preocupación por las desventajas que conlleva el consumo de

¿Le preocupan las desventajas que conlleva el consumo de drogas? ¿Por qué?

Este también es el momento ideal para ofrecer alternativas de ayuda y servicios adicionales, si es que están disponibles como parte de las opciones que se ofrecen en el Centro de Atención a la Salud donde labora el profesional de la salud, o también si pueden ser otorgados por otras instituciones o profesionales que trabajen en red.

Paso 10. Entregar materiales a la persona para que se los lleve a casa, con el fin de reforzar la intervención breve.

La persona que recibió la intervención breve debe recibir una copia de su tarjeta de reporte de retroalimentación y material informativo escrito para llevar a la casa cuando la sesión termine. La información escrita puede fortalecer y consolidar los efectos de la intervención breve si la persona la lee. También puede servir de ayuda secundaria si la leen amigos y familiares, quienes también puede que consuman alcohol, tabaco y otras drogas.

Al terminar la sesión, la persona a quien se le aplicó la Intervención Breve vinculada al ASSIST debe recibir:

- La tarjeta de reporte de retroalimentación con su información personal con iniciales del participante por cuestiones de confidencialidad.
- Idealmente, folletos de información general sobre la(s) sustancia(s) consumidas
- El manual *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*
- La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (si es relevante). Tome en cuenta que los usuarios que se inyectan drogas requieren una intervención más amplia.

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

Intervención Breve vinculada a la prueba ASSIST

10. Entregar materiales para llevar a la casa, que refuercen la intervención breve

Al terminar, la persona a quien se le aplicó la Intervención debe recibir:

- La tarjeta de reporte de retroalimentación con su información personal con iniciales del participante por cuestiones de confidencialidad.
- Idealmente, folletos de información general sobre la(s) sustancia(s) consumidas
- El manual *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*
- La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (si es relevante). Tome en cuenta que los usuarios que se inyectan drogas requieren una intervención más amplia.

Recomendaciones para el personal de salud que aplica la intervención breve

Al proporcionar la intervención breve vinculada al ASSIST, es recomendable que el personal de salud:

- Sea objetivo
- Sea la vía para proporcionar la información pertinente a las personas que consumen drogas
- Sea empático e imparcial
- Respete las decisiones de las personas sobre el consumo de drogas y las opciones que elige durante el curso de la intervención breve
- Muestra al usuario que está escuchando y que no menosprecia sus respuestas
- No discute con el usuario
- Utiliza un lenguaje respetuoso con el usuario y lo trata como igual
- Hace preguntas abiertas para dirigir la conversación con el usuario hacia su autodescubrimiento y finalmente hacia el cambio

Recuerde que en muchas ocasiones las intervenciones breves no constituyen el único tratamiento que deben recibir las personas con dependencia o que están en alto riesgo por consumir sustancias. Sin embargo, esta intervención breve podría utilizarse para alentar a las personas con ese tipo de problemas a que acepten ser derivados para evaluación y tratamiento.

Las intervenciones breves están diseñadas para brindar atención a quienes presentan un consumo problemático y riesgoso y motivar a aceptar tratamientos más intensivos a quienes presentan problemas severos. Los principales componentes de las intervenciones breves en el tratamiento de adicciones son: 1) el **Análisis funcional de la conducta**, donde se puede evaluar sus determinantes; 2) **Control de estímulos** donde es posible identificar disparadores internos y externos de consumo con el fin de poder modificarlos y generar conductas alternativas; 3) **Manejo de craving**, donde se generan estrategias para su control; 4) **Solución de problemas**, en los usuarios relacionados con su meta de consumo; 5) **Planeación de actividades**, donde se puede incrementar el repertorio de conductas alternativas (no asociadas a la conducta de consumo).

DETECCIÓN Y TAMIZAJE EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud (APS) se define como la asistencia sanitaria básica indispensable que debe estar disponible para la población en general en función de sus necesidades, con plena participación de los individuos y a un costo accesible. La atención primaria es el núcleo del sistema de salud de un país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad¹⁷².

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud¹⁷³, los sistemas de salud basados en la APS deben estar integrados por una serie de elementos que pueden ser aplicables a todos los países, mismos que se describen a continuación.

Acceso y cobertura universal. Eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Atención integral e integrada. El rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc.). La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención universal, selectiva e indicada. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

Promoción y prevención. Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y consecuencias.

Atención apropiada. Se refiere a la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud.

Orientación familiar y comunitaria. Un Sistema de Salud basado en la APS no se enfoca exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Mecanismos activos de participación. La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.

¹⁷² Organización Mundial de la Salud (2017). *Atención primaria de salud*. Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

¹⁷³ Organización Panamericana de la Salud (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf.

Marco legal e institucional. Se encuentra relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo.

Organización y gestión óptimas. Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requiere de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones.

Políticas y programas pro-equidad. Se refiere a promover el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.

Primer contacto. Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. El objetivo es que exista un punto de entrada cada vez que las personas tienen un problema de salud y que dicho punto de entrada debe ser útil y accesible. La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud.

Recursos humanos apropiados. En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios, los cuales deben poseer una combinación adecuada de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del personal de los servicios de salud con los que ya se cuenta.

Recursos adecuados y sostenibles. Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar atención integral de alta calidad.

Acciones intersectoriales. Se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan impacto sobre la salud y sus determinantes.

De manera particular, los servicios de atención primaria en el campo de las adicciones, se enmarcan de acuerdo al modelo de Mrazek y Haggerty¹⁷⁴, en los programas de prevención universal, selectiva e indicada, los cuales tienen el objetivo principal de reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad de inicio para consumir drogas, prevenir la

¹⁷⁴ Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Recuperado de <https://www.nap.edu/read/2139/chapter/1>

progresión de un consumo experimental a un trastorno de abuso o dependencia, así como evitar cualquier afectación en el ámbito de la salud física, familiar o social.

La mayor parte de las personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas, asisten a los servicios de atención primaria a consecuencia de algún problema relacionado con su consumo; sin embargo, rara vez acuden en busca de un tratamiento formal, razón por la que la atención primaria constituye el principal eslabón para identificar de manera oportuna las necesidades de atención y los servicios de atención requeridos.

Se ha planteado que, la atención de las adicciones en el primer nivel de atención, se puede llevar a cabo a través de las siguientes actividades, que serán detalladas y ejemplificadas más adelante, en la sección de Intervenciones Breves¹⁷⁵:

1. *Aplicación de instrumentos de tamizaje* para realizar la detección temprana e identificar el nivel de problemática asociada con el consumo de sustancias;
2. *Aplicación de metodología de consejo breve*, que retroalimente sobre los resultados de la evaluación a la persona que consume, motive y oriente hacia el cambio en el consumo de sustancias; y
3. *Referencia o canalización de personas* con problemas por consumo de drogas a centros/servicios especializados en prevención y tratamiento de las adicciones.

Los profesionales que trabajan en los Servicios de Atención Primaria de Salud conocen a las personas que atienden en diferentes momentos y etapas de su vida, lo que se denomina continuidad y longitudinalidad de la atención¹⁷⁶. Idealmente, esto se lleva a cabo bajo un enfoque integral bio – psico – social (globalidad de la atención) y de manera integrada, tanto en las diferentes fases de salud/enfermedad (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), como también en coordinación con otros niveles de atención (centros de especialidades, hospitales, etc.).

La investigación muestra que aunque algunos profesionales de la salud afirman que la identificación de problemas por consumo de drogas (como el caso de alcohol específicamente)

¹⁷⁵ García, Q. L., Oviedo, G. M., & Castrejón, V. J. (2012). Consideraciones sobre la atención de las adicciones en México desde el primer nivel de atención. En Secretaría de Salud. *Actualidades en adicciones. Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud* (pp. 15 – 48). México, D.F.: Secretaría de Salud.

¹⁷⁶ SEMFYC. (2007). *Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona, España: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria:.

es algo que realizan con frecuencia^{177,178,179,180,181} en realidad los índices de identificación de este tipo de problemas son bajos^{182,183,184,185,186}, e incluso los pacientes informan que pocas veces se les pregunta sobre el consumo¹⁸⁷.

En el ámbito de los Servicios de Atención Primaria de Salud se pueden presentar diferentes dificultades para llevar a cabo el cribado o tamizaje, tales como tiempo limitado en las consultas, déficit en formación específica en salud mental, falta de entrenamiento en el uso de los cuestionarios e instrumentos, así como insuficiente coordinación con servicios especializados. Estas circunstancias pueden llegar a generar respuestas deficientes para los trastornos de salud mental, como los que se asocian al consumo de drogas.

Sin embargo, de acuerdo con algunos modelos teóricos^{188,189}, el personal de salud de los servicios de atención primaria tiene un papel determinante en la detección de casos, con lo que se favorece el posterior establecimiento de un diagnóstico definitivo y aplicación de tratamiento oportuno.

Idealmente, en el ámbito de los servicios de salud el cribado o tamizaje debe ser un proceso breve que sirva para identificar a las personas con posibles trastornos de consumo de sustancias, proporcionar una oportunidad para iniciar la conversación sobre el uso de drogas y ayudar a canalizar a evaluación y tratamiento especializado, en caso necesario.

¹⁷⁷ Kaner, E., Heather, N., McAvoy, B., Lock, C., & Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and alcoholism*, 34, 559 – 566.

¹⁷⁸ McAvoy, B., Kaner, E., Lock, C., Heather, N., & Gilvarry, E. (1999). Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle advice giving. *The British Journal of General Practice*, 49, 187 – 90.

¹⁷⁹ Haley, N., Maheux, B., Rivard, M., & Gervais, A. (2000). Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Canadian family physician*, 46, 1609 – 1616.

¹⁸⁰ McAvoy, B., Donovan, R., Jalleh, G., Saunders, J., Wutzke, S., Lee, N., Kaner, E., Heather, N., McCormick, R., Barford, S., & Gache, P. (a nombre del grupo de estudios de intervenciones breves de la OMS). (2001). General practitioners, prevention and alcohol - A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a twelve nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8, 103 – 117.

¹⁸¹ Lopez-de-Munain, J., Torcal, J., Lopez, V., & Garay, J. (2001). Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Preventive medicine*, 32, 13 – 22.

¹⁸² Brotons, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, M., & Gene, J. (1996). Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. *Family practice*, 13, 144 – 151.

¹⁸³ Spandorfer, J., Israel, Y., & Turner, B. (1999). Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice*, 48, 899 – 902.

¹⁸⁴ Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive behaviours*, 21, 857 – 868.

¹⁸⁵ Gomel, M., Wutzke, S., Hardcastle, D., Lapsley, H., & Reznik, R. (1998). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social science & medicine*, 47, 203 – 211.

¹⁸⁶ Rumpf, H-J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U., & John, U. (2001). Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23, 133 – 137.

¹⁸⁷ Aalto, M., Pekuri, P., & Seppa, K. (2001). Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, 305 – 311.

¹⁸⁸ Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330, 839 – 842.

¹⁸⁹ Gask, L., Sibbald, B., & Creed, F. (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*, 170, 6 – 11.

El personal de salud puede llevar a cabo el tamizaje en personas cuyo consumo de sustancias los coloca en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Por lo tanto, las diferentes personas consideradas como *trabajadores de la salud*, entre los que se encuentran: profesionales de la salud de la comunidad, de la salud mental, de enfermería, trabajo social, medicina general, psicología, psiquiatría, obstetricia, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y quienes trabajan en la prevención del uso de alcohol y otras drogas, pueden capacitarse para aplicar e interpretar diferentes herramientas/cuestionarios de detección y tamizaje.

Muchas personas tienen problemas de salud relacionados con el uso de drogas, los cuales pueden empeorarse por el uso de las mismas. Con la aplicación de los instrumentos o cuestionarios de tamizaje se pretende realizar la detección de problemas y factores de riesgo de forma oportuna, en las etapas iniciales. El tamizaje puede ser un paso importante para lograr que se llegue al tratamiento efectivo de los trastornos de consumo de drogas, en particular por las siguientes razones:

- En muchas ocasiones, el personal de salud es el primer punto de contacto con el sistema
- Entre más temprano se lleven a cabo la identificación e intervención tempranas, hay mayores probabilidades de obtener mejores resultados
- El personal de salud atiende los problemas físicos relacionados al consumo de drogas, por lo que son los más indicados para identificar cuando se requiere una referencia o derivación a tratamiento o manejo especializado

El tamizaje es un proceso útil para determinar la posible presencia de un problema particular, pero no describe a profundidad las características, orígenes y posibles consecuencias de la problemática relacionada con el consumo de drogas en los diferentes aspectos de la vida de las personas.

INTERVENCIÓN BREVE

Características Generales La interpretación de los resultados obtenidos a través de los instrumentos de detección y tamizaje permite identificar a las personas que pueden llegar a requerir ayuda por su consumo de drogas. Tomando en cuenta el nivel de riesgo encontrado en cada caso, y a través del juicio clínico, el personal de salud deberá personalizar las intervenciones que puede aplicar para favorecer mejores condiciones de salud y bienestar en quienes consumen drogas.

La Organización Mundial de la Salud¹⁹⁰ recomienda la aplicación de intervenciones breves para prevenir problemas de salud y reducir el daño ocasionado por los mismos. En estas intervenciones el terapeuta diseña un enfoque particular para cada problema a partir de identificar la situación a solucionar, del establecimiento de metas, del diseño de intervenciones para lograr esas metas, de la examinación de las respuestas para corregir su enfoque y finalmente, evaluar el resultado de la intervención respecto a su eficacia¹⁹¹.

Para esta modalidad de intervención, la formulación diagnóstica corresponde a la versión más simple de la evolución y el mantenimiento de una problemática específica, por lo cual se busca intervenir de una manera rápida y económica a partir de una exploración y elaboración sostenida de sus propias conductas o actitudes que tienden a facilitar al máximo la resolución rápida de los problemas.

De manera concreta, la intervención breve es pragmática y se centran en el análisis de las ideas (constructos) y de las secuencias conductuales repetitivas que rodean al trastorno; siendo entonces sus principales objetivos modificar creencias o constructos relacionados con la problemática y modificar secuencias repetitivas relacionadas con la problemática.

Dentro de las opciones disponibles se encuentran las acciones de intervención breve, que tienen los siguientes elementos en común¹⁹²:

- se aplican durante un tiempo determinado (habitualmente no más de 10 sesiones)
- incluyen evaluación global de la persona y asesoramiento o consejo breve
- se extiende el acompañamiento durante un periodo de seguimiento
- su principal objetivo es promover en las personas que no necesariamente buscan tratamiento, el cambio en la conducta considerada problemática

¹⁹⁰ Organización Mundial de la Salud, (2004). Recuperado de <http://www.who.int/topics/es/>

¹⁹¹ Cade, B. & Hudson, W. (1995). Guía breve de terapia breve. Barcelona-Buenos Aires-México: Ediciones PAIDOS

¹⁹² Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14 S1, 337 – 351.

Intervención Breve

Características Generales

- se aplican durante un tiempo determinado (habitualmente algunas sesiones)
- incluyen evaluación global de la persona y asesoramiento o consejo breve
- se extiende el acompañamiento durante un periodo de seguimiento
- su principal objetivo es promover en las personas que no necesariamente buscan tratamiento, el cambio en la conducta considerada problemática

Fuente: Rodríguez-Martos A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*; 14 51: 337 – 351.

Las diferentes metodologías de intervención breve pueden agruparse de acuerdo a dos características principales: *contexto y estructura*. En cuanto al *contexto*, hay dos grupos principales¹⁹³: 1) intervenciones basadas en un servicio específico y 2) intervenciones de base comunitaria, que comúnmente se realizan de forma *oportunist*a ya que se identifican los usuarios que acuden a consulta por otro motivo distinto del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. No obstante, existe intervenciones breves de mayor duración con actividades adicionales en beneficio del logro de la meta del usuario. La Intervención o tratamiento breve (4 a 24 sesiones) que de forma adicional contempla actividades y programas a desarrollar a partir de la severidad del trastorno del comportamiento derivado del uso de sustancias.

La intervención breve puede ayudar a que las personas tomen conciencia de la conexión entre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas con diferentes problemas de salud; que se identifique el consumo problemático o de riesgo de sustancias; que se logre la reducción del uso de sustancias; y que se motive la incorporación a tratamiento en caso necesario.^{194,195}

¹⁹³ Heather N. (1995). *Brief Intervention Strategies*. En: R. K., Hester & W. R., Miller (eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives* (pp.: 105 –122). Boston, London: Allyn & Bacon.

¹⁹⁴ Treatnet. (2008). *Screening, assessment and treatment planning*. <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>

¹⁹⁵ Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b).



El profesional de la salud estructura una serie de frases, oraciones y preguntas específicas que le permitan **analizar** la función de la conducta de consumo del usuario en el contexto en el que ocurre:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *El día de hoy vamos a realizar una actividad muy importante que nos ayudará a alcanzar nuestra meta de tratamiento: suspender el consumo de cocaína. El ejercicio consiste en entender y explicar un momento de consumo. Al final, usted, no sólo será capaz de entender, sino que me podrá explicar a mí, por ejemplo, en qué condiciones ocurrió su último consumo. Podrá comprender que eventos dispararon su antojo y provocaron que usara la sustancia en ese momento. Entenderá como la cantidad de sustancia consumida, la manera en que la consume y la condición de cada consumo explica lo ocurrido. Finalmente podrá comprender como su consumo de sustancias tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo que llamamos funcionales; es decir, que a partir del consumo hemos tenido pérdidas importantes pero que también hemos tenido ganancias que explican porque hemos repetido esa conducta con tanta frecuencia y por tanto tiempo, a pesar del daño que le ha provocado. ¿Me explico?*

P. *Bueno, yo inhalo porque al principio solo me hacía sentir bien y no tenía consecuencias por ello; pero, es cierto, poco a poco y conforme mi esposa se fue dando cuenta, empecé a tener problemas. Yo sabía, pero, realmente no intente dejarlo. Me di cuenta que no podía dejarlo por mí mismo, solo hasta que realmente lo intenté.*

PS. Entiendo y efectivamente, usted ya me había compartido, de forma general, esas consecuencias y razones para consumir. No obstante, justo lo que haremos ahora será analizar una sola situación, no su condición de consumo en lo global. Es decir, vamos a retomar, como ejemplo, su último consumo, y vamos a analizar las condiciones bajo las cuales consumió en esa ocasión y con eso aprenderá a explicar su consumo con la finalidad de prevenirlo en el futuro ante una situación similar a esa. ¿Está listo?

DetECCIÓN, Tamizaje e Intervenciones Breves

INTERVENCIÓN BREVE



Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P. Claro

PS. Muy bien, vamos a iniciar analizando el día que consumió en su casa, la tarde que su esposa salió a visitar a la abuela y se llevó a los niños. Dígame, ¿recuerda usted qué día era, qué hora era y en qué lugar de la casa se encontraba usted justo antes de pensar en consumir?

P. Sí, era sábado, estaba sentado en la acera frente a mi casa, y eran las cinco de la tarde. Yo me había quedado ese día porque había discutido con mi esposa y no quise acompañarla con mi suegra, preferí quedarme en la casa. Ella se había ido a las 2 pm.

El profesional retoma el discurso del usuario y devuelve la información relevante para el análisis funcional de esa conducta de consumo:

PS. Entiendo entonces que justo antes de consumir, usted se encontraba en la calle, sentado en la acera, eran las 5 pm. Dígame ¿se encontraba solo?, ¿Cómo se sentía?, ¿qué estaba pensando?

P. Si, en realidad siempre estuve solo, algunos vecinos pasaron y me saludaron, pero en realidad no platique con ninguno. A las dos seguía enojado, pero poco a poco me calme y en realidad para las 5 ya

me sentía tranquilo. Sabía que podía alcanzarlos en casa de mi suegra, pero también pensé que podía aprovechar que no había nadie en casa, que hacía mucho que no tenía un tiempo libre como en ese momento y que había dejado un poco de coca escondida en uno de mis zapatos en el closet. Pensé que podía despedirme del consumo con esa dosis y que después de eso no volvería a comprar. También pensé que mi familia, seguro llegaría hasta la noche, porque siempre nos quedamos muchas horas con mis suegros.

El profesional podría continuar devolviendo y subrayando la información otorgada por el usuario:

PS. *Entonces, si comprendí bien, usted se sentía ya tranquilo, tres horas después de la discusión con su esposa, estaba solo fuera de casa y tuvo un conjunto de pensamientos que trataré de resumir diciendo que recordó que tenía una dosis, decidió usar el tiempo libre que tenía en ese momento y que sabía que su familia podía llegar más tarde dándole el tiempo necesario para despedirse de su consumo y que ya no compraría más, ¿es correcto?, dígame también, ¿entró a la casa? Describa que hizo a partir de ese momento y si ya no estaba enojado ¿Cómo definiría su estado de ánimo? ¿Notó algún síntoma físico particular en su cuerpo que percibiera antes de consumir?"*

P. *Así es, pues entre a la casa, directamente a la habitación, sin pensarlo más busque en mis zapatos, encontré el papel y me fui al comedor"*

En ese momento el profesional interrumpe y le pregunta de nuevo:

PS. *¿Cómo definiría su emoción, en ese momento?, ¿Notó cambios en su organismo? ¿Síntomas específicos, por ejemplo, cambios en los latidos de su corazón, en su respiración, sudoración, resequedad nasal?*

P. *Si, me sentía emocionado, como feliz, estaba ansioso por inhalar esa última línea. No recuerdo, pero me imagino que sí me latía el corazón más rápido y que empecé a respirar como agitado. Me acuerdo que empecé a escuchar ruidos en mi estómago, que raro, pero, no me acuerdo si sudaba o si tenía algún otro síntoma.*

El profesional devuelve la información y explica:

PS. *Muchas gracias, observe que me ha proporcionado los datos de todas aquellas situaciones que llamamos disparadores del consumo, tres de ellos son externos. El primero, estar sentado en la acera, al aire libre, una vez que se tranquilizó por una discusión con su esposa: 2) estar solo, con aparente tiempo libre para recrearse y disfrutar del consumo; y 3) el día sábado a las 5 pm. También observe que me ha expuesto tres disparadores que llamamos internos y que también constituyen un riesgo de consumo y recaída: 1) estar tranquilo pero con cierta ansiedad por disfrutar del momento de tranquilidad que vivía por sí solo; 2) pensar que podía aprovechar el momento,, y que no llegaría su familia y que deseaba despedirse, con ello del consumo, definitivamente; y 3) una serie de respuestas fisiológicas como incremento en su tasa cardiaca, en su respiración y en los movimientos peristálticos del estómago y del intestino. Estos seis grupos de condiciones ambientales e internas son precipitadores y disparadores de antojo, que vamos a aprender a enfrentar de una manera distinta, si llega a presentarse una condición similar en el futuro, ¿me explico?*

P. *No creo que vuelva a suceder, mi esposa llego temprano y desde entonces no me da oportunidad, por más que le prometo que no volverá a ocurrir.*

PS. *Claro, y recuerdo que usted estaba, en parte, muy tranquilo porque ya ella estaba a cargo de ese riesgo, sin embargo, observe que a pesar de que es muy probable que su esposa mantenga control de esa situación, el ejercicio nos enseña que esos disparadoras o situaciones de riesgo, específicas, pueden presentarse en otras condiciones y que lo que podemos planear es que sea usted personalmente el responsable de ese control, pero antes de ello continuemos con el análisis, continúe explicándome como*

ocurrió el consumo ¿Cuánto consumió en total?, ¿Cuánto tiempo tardo en consumir?, ¿cómo podría describir el consumo?

P. *Claro, bueno me senté en la silla del comedor, si era solo una línea, la preparé con mi navaja y lo inhalé, primero la mitad, me fui hacia el sillón de la sala y prendí el televisor. Deje el resto en el comedor. Encontré una serie de acción que me gusta mucho y mientras la veía pensé, en inhalar el resto, para recoger y no dejar rastro. Regrese al comedor.*

PS. *¿Cuánto tiempo paso entre que termino de inhalar la media línea y la segunda mitad?*

P. *Ni cinco minutos, la verdad fue casi de inmediato.*

PS. *¿Y después?*

P. *Bueno pues me termine el resto, recogí el papel, lo tire al baño y regresé a ver mi serie.*

PS. *¿Cuánto tiempo paso de que concluyo de consumir a tener los primeros efectos? ¿Cuánto tiempo estuvo sentado frente al televisor, esperando el efecto, con esos síntomas previos que identificamos?.*

P. *Prácticamente de inmediato, bueno yo creo que dos segmentos de la serie, la serie dura una hora, tal vez 5 minutos y empecé a sentir los efectos.*

PS. *Entonces el consumo de la sustancia fue por vía inhalada y tuvo una duración aproximada de 5 minutos tal vez 10 contando la espera de los efectos, observe que el tiempo invertido para ingerir la droga implicó realmente un esfuerzo menor y no requirió de mayor dificultad, ahora dígame, ¿Cuáles fueron los efectos inmediatos del consumo?, en términos específicos explíqueme ¿cómo se sintió físicamente?, ¿Cómo describiría su emoción? y ¿qué pensamientos se le presentaron en ese momento?''*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

INTERVENCIÓN BREVE



Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P. Ese día, como llevaba tiempo sin consumir, tuve un efecto muy fuerte, sentí cómo me aceleré y empecé a sentirme muy emocionado, mientras veía la serie, estaba muy concentrado en el descanso y me sentía feliz, pero en eso llegó mi esposa, y de inmediato se dio cuenta, se enojó, me empezó a reclamar y entonces, me aceleré y me enojé de nuevo. Bien raro, al mismo tiempo me di cuenta como me enojaba con mayor intensidad porque había consumido, pero no podía calmarme, solo me salí de la casa y me puse a caminar en la calle, me sentí molesto, muy acelerado, y esperé a que se me pasara el efecto. Pensé en tomar alcohol para que se me bajara, pero afortunadamente solo me seguí caminado y espera a que pasara el efecto.

PS. Entonces, pudo sentir el ritmo cardíaco elevado, la respiración acelerada, euforia y por supuesto unos minutos de felicidad y que su pensamiento se centró en la serie que estaba viendo. Observe que, estas consecuencias inmediatas al consumo son aquellos eventos que denominamos ganancias del consumo. Su presencia utiliza el mismo mecanismo que alimento en nuestro cuerpo, pero multiplicado. Cuando comemos sentimos un placer natural por nutrir nuestro organismo, pero la cocaína sobre estimula el circuito de recompensa en el cerebro de manera potencial. El consumo de cocaína estimula las mismas zonas cerebrales del placer, pero con una estimulación muchas veces mayor a la que recibimos por el alimento. Escuche la siguiente analogía. Enviar 100 watts a un foco diseñado para eso es análogo a la producción de dopamina en el cerebro como efecto del consumo de alimento, mientras que consumir cocaína sería análogo a enviar más de 100 watts al mismo foco. Observe que hacer esto genera que se funda el foco porque excede las capacidades de su diseño. Aunque, nuestro cerebro tarda un poco más, también muestra un efecto similar al del foco y si puede llegar a alterarse el funcionamiento del circuito de recompensas. Bueno, continuemos, usted ya empezó a describirme los efectos a mediano plazo del consumo que en general tienen que ver con las diversas áreas de su vida cotidiana. Dígame, además del enojo de su esposa y del reclamo que comenzó a expresarle, ¿qué más sucedió con relación al resto de los miembros de la familia o en otras áreas de su vida?

P. Ah pues, cuando regrese, ya tranquilo, mi esposa, también ya más tranquila, me pidió que buscara ayuda. Trato, con mucho esfuerzo, de hacerme entender que no estaba dispuesta a que nuestros hijos, cuando tuvieran consciencia, aprendieran a consumir como yo. Que si no pedía ayuda prefería que nos separáramos y que, aunque había visto que ya no había consumido, no estaba dispuesta a ver que volviera a consumir. Mis hijos estaban como inquietos, asustados, mi hijo mayor orinó la cama esa noche, supongo que por la tensión del día y mi esposa se llevó a la pequeña a dormir a la habitación para que no arriesgarse a seguir discutiendo y a que yo intentara dormir con ella.

PS. Observo que repite las palabras de su esposa de manera tal que me hace pensar que le afectaron, además reconoce que ella se esforzó por hablar con usted lo más tranquila posible. Entiendo que debió ser realmente difícil, por lo que me cuenta, enfrentar la situación con su esposa y su hijo mayor, pero sobre todo estar en riesgo de separarse de ellos y terminar su relación. Estas consecuencias, aunque son eventos difíciles de afrontar para cualquier persona, a veces pierden su importancia en nuestra toma de decisiones cuando enfrentamos la posibilidad de consumir. Es decir, observe como cuando hay consumo, de inmediato hay ganancias muy poderosas, como la sensación placentera del uso de la cocaína, y que, aquellas consecuencias desagradables difíciles de enfrentar, aunque importantes, llegan después de las placenteras y eso provoca que pierdan su fuerza y su poder en nuestro plan de vida. Cualquier persona se pregunta ¿por qué si se pierde tanto por el consumo, ante una situación de riesgo, solo se piensa en las ganancias, en lo placentero que es consumirlas? Observe que es un fenómeno que le ocurre a todos los individuos, donde el valor recompensante de la droga tiende a ser más poderoso, no solo por tener efectos directos sobre la liberación de sustancias placenteras en el cerebro, sino porque las ganancias del consumo, el placer, la satisfacción, la euforia, la alegría, al ocurrir de manera inmediata, son altamente reforzantes y los individuos las perciben como más valiosas que las pérdidas. Las pérdidas que ese consumo provoca en la vida del usuario de sustancias, debido a ocurren después y a veces tardan en llegar a nuestra vida, son percibidas siempre como menos valiosas aunque en la realidad sean, objetivamente muy importantes. Ahora, ¿qué otras áreas de su vida se afectaron, con el consumo de esa tarde?, ¿su vida laboral?, ¿social?, ¿económica?

P. No, pues no, ninguno.

PS. Observe entonces como, en este ejercicio, hemos tenido la oportunidad de identificar aquellas situaciones previas que disparan la ocasión para su consumo, así como los eventos posteriores a él, que también explican que se repita con fuerza y se mantenga como parte de su estilo de vida. Particularmente, previo al consumo, la posibilidad de tener un tiempo libre, solo, posterior a un evento de estrés, con una dosis disponible, dispara, de manera automática y, en la actualidad, de forma involuntaria, una serie de sensaciones físicas como incremento en su tasa cardiaca, en su respiración, en sus movimientos peristálticos del estómago y del intestino, de pensamientos de necesidad y deseo por disfrutar de un momento de placer y una previa felicidad. Todas estas condiciones previas al consumo constituyen una ocasión fuerte y de alto riesgo para que usted decida usar contra no usar la droga, a pesar de haber decidido previamente no hacerlo. Observe como el consumo, en esta condición requirió, relativamente, poco esfuerzo y se llevó a cabo de manera rápida. Su consumo de cocaína ha tenido la función de conseguir una serie de ganancias y consecuencias inmediatas placenteras tales como el incremento en la tasa cardiaca, en la respiración, euforia, felicidad y placer. Existen eventos desagradables en su vida que no han impactado en la reducción del consumo por que aún no poseen un valor de impacto efectivo en su vida.

DetECCIÓN, Tamizaje e Intervenciones Breves

INTERVENCIÓN BREVE



El profesional de la salud, estructura frases, oraciones y preguntas con la finalidad de controlar los estímulos que disparan de manera automática tanto los disparadores internos como la ocasión de elegir consumir sustancias:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Con la finalidad de enfrentar, eficientemente las situaciones previas al consumo que, como vimos, disparan de forma automática disparadores internos y la ocasión para consumir, diseñaremos planes de acción que los modifiquen y reduzcan dicho riesgo. Veamos, ¿cuál sería la primera acción que podemos realizar para modificar los disparadores externos?, ¿qué piensa que puede hacer en las ocasiones en las que se tranquiliza después de una discusión, o cuando se siente tranquilo y tiene la necesidad de disfrutar, divertirse o continuar relajándose?

P. Bueno definitivamente puedo planear mis actividades de diversión desde antes y tratar de que no sean el consumo de cocaína.

PS. Muy bien, en esta propuesta usted identifica que debe planear actividades placenteras y recreativas distintas al consumo y que debe hacerlo previamente. Ahora, considero que podría ser muy útil pensar, también, en actividades que no necesariamente estén planeadas, sino que puedan realizarse de inmediato en cuanto usted se da cuenta que tiene la posibilidad de divertirse y no ha planeado ninguna actividad. Veamos, ¿cuáles podrían ser esas actividades recreativas que podría realizar en los momentos en los que puede sentir la necesidad de divertirse?, ya sea de forma planeada o sin planear.

P. Puedo inscribirme en el gimnasio de la esquina, que cobra muy barato y tiene un horario corrido desde las seis de la mañana hasta las 11 de la noche, todos los días de la semana. Se me ocurre, también, que puedo salir con la familia al parque o que puedo ver una película con ellos en la casa.

PS. Muy bien, observe que propone una actividad donde usted previene y planea las posibilidades de éxito, al analizar la disponibilidad de horario del lugar y piensa en más de una opción. Me parece que esa es una de las alternativas que tendrá una excelente viabilidad. Ahora, aunque las dos opciones restantes son posibles, pienso que son viables como actividades recreativas para mejorar la interacción familiar pero no necesariamente serían funcionales para una diversión como la que obtuvo por el consumo de cocaína. Es decir, sugiero que consideremos las dos actividades familiares para mejorar por supuesto la interacción entre ustedes, pero que diseñemos acciones efectivas para una recreación particular a su necesidad de diversión, recreación o relajación individual, ¿qué opina?

P. Me parece muy bien. Bueno, se me ocurre que podría disfrutar de salir a correr o de salir con mi esposa, mientras mi suegra cuida a los niños.

PS. Excelente, me parece que efectivamente, salir a correr implica una actividad individual, además de que ocurre al aire libre y, tanto esta como la actividad del gimnasio, son actividades que implican producción de noradrenalina como efecto del ejercicio que puede representar sensaciones placenteras, en consecuencia. También ambas actividades son posibles inclusive sin planeación previa. En cuanto a la actividad con tu esposa, también considero que es una actividad placentera con posibilidades de éxito. Aunque requiere planeación, además de mejorar la interacción con ella, significa incorporarla a tu plan de control de situaciones de riesgo y, por lo que entiendo, eso es muy viable. Ahora pensemos en cambios y planes ante la disponibilidad de la sustancia. ¿Qué se te ocurre?

P. Bueno, definitivamente no debo tener cocaína disponible. Ni comprarla ni tenerla cerca. Creo que es necesario comprometerme a eso.

PS. Muy bien excelente, la forma más efectiva de reducir el riesgo, por supuesto es no tenerla accesible. Pero como bien considera, su compromiso involucra pensar en acciones para responder a la presión social de aquellos que pueden ofrecérsela. Para ello, pondremos en práctica las habilidades de rehusarse al consumo que ya hemos aprendido. Ahora, para verificar no tenerla disponible en casa, ¿qué propone?

P. Ya no tengo disponible en casa, pero podría hacer una revisión en toda la casa y pedirle a mi esposa que me ayuda a revisar y si encontramos el menor rastro, la tiremos por el baño. Estoy seguro que eso a ella le encantará. Con respecto a rehusarme, pues lo he tenido que hacer un par de veces como usted me enseñó y me he sorprendido de lo bien que funciona. Yo pensé que me iba a costar más trabajo o que me iban a insistir, pero no, no fue así.

PS. Muy bien, observo que no solo incorpora a su esposa en el plan de acción, sino que en aquellos donde todo el control depende de usted, también ha puesto en práctica sus habilidades. Me parece importante también resaltar lo que usted indica, es decir, que cuando se rehúsa a consumir con firmeza, de manera clara y contundente adquirir o consumir la cocaína, es muy probable que no solo sea efectivo su proceder

sino que con ello, usted se siente realmente satisfecho, porque es capaz de reconocer su propio esfuerzo y su capacidad de controlar su vida. Solo me queda una duda, ¿cómo lo hace sentir el que su esposa disfrute mucho de revisar con usted toda la casa para, si encuentran coca, la tiren por el WC?

P. Ah, no se preocupe, la verdad es que sé que lo va a disfrutar y más que molestarme me gusta poderle dar la oportunidad de que sea ella quien lo haga o me apoye a hacerlo.

PS. Excelente, que bueno que lo analizamos, porque de ser una situación molesta para usted, eso representaría un riesgo para que el plan no funcionara. Pero observo que no solo se ha percatado de que puede ser viable sino que le complace darle esa satisfacción a su esposa. Entonces, observe, hemos controlado las situaciones de riesgo que denominamos precipitadores externos, de la situación vivida recientemente. Es decir, usted ya ha diseñado y modificado las situaciones del contexto que lo ponen en riesgo debido a que, con ellas, se producen una serie de reacciones físicas, emocionales y en su forma de pensar, así como de elegir consumir cocaína. En conclusión, usted va a programar sus actividades en el gimnasio y para salir a correr como una forma eficiente de divertirse y disfrutar los momentos que tiene disponibles para ello. También consideró programar la actividad con su esposa, como otra actividad importante para sentirse contento y disfrutar. Finalmente, le solicitará a su esposa que le ayude a revisar la casa para evitar tener cocaína disponible en ella y seguirá utilizando sus habilidades de rehusarse al consumo cada vez que le ofrezcan o se encuentre en riesgo, fuera de casa. Continuemos consolidando los planes y establezcamos horarios para las cuatro actividades: ir al gimnasio, salir a correr, salir con su esposa y revisar la casa.

Detección, Tamizaje e Intervenciones Breves

INTERVENCIÓN BREVE

Control de estímulos



Para programar con el usuario estrategias de enfrentamiento y reducción del deseo intenso por consumir, el profesional estructura frases, oraciones y preguntas, tales como:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. Ahora diseñemos formas de enfrentar aquellos disparadores internos que generalmente ocurren como respuesta, automática e involuntaria, a las situaciones de riesgo o disparadores externos. Observe que cuando usted está solo, con ganas de divertirse, de seguirse relajando, ha identificado que su ritmo cardíaco se eleva, su respiración se acelera y hay movimientos en su estómago que disponen el riesgo a que elija consumir cocaína. También, empieza a pensar que tiene oportunidad, que está solo, que merece divertirse, que necesita un tiempo para usted. Finalmente, usted identifico que se siente como eufórico, claro no igual que cuando consume, pero sí como si su cuerpo entendiera que va a tener un momento placentero. Todas estas reacciones físicas, emocionales y del pensamiento, son respuestas automáticas e involuntarias ante el lugar, la ausencia de personas y la hora en la que tiene esa oportunidad de consumir. Lo que vamos a hacer, ahora, es una lista de situaciones similares a estas y le voy a pedir que las ordene de la que le produce mayor aceleración cardíaca, en su respiración, en sus pensamientos y necesidad por consumir, hasta la que produce en menor grado estos síntomas. Usted puede calificar el grado de necesidad de cero a diez para cada situación elegida y eso nos permitirá jerarquizar el orden de importancia de cada una. ¿Cuáles serían esas situaciones?

P. Bueno, ha sido esa que planteamos, ósea cuando me quedo solo porque mi esposa sale con los niños, generalmente ha sido los fines de semana. También creo que ha ocurrido con frecuencia cuando salgo de trabajar, porque a veces salgo a las 5 p.m. Ahora que lo digo, me doy cuenta que esa hora es peligrosa.

PS. Entonces, la hora, el día sábado y estar solo, son tres eventos de relevancia a modificar. Dígame, ¿también pensar en algún lugar especial de casa sería relevante?

P. Si pero no es tan importante.

PS. De cero a 10, califique los cuatro eventos que ha elegido. Recuerde, cero es nada de ganas por consumir y diez es el deseo de mayor intensidad por consumir. Dígame, ¿qué calificación, le otorga, al horario: cinco de la tarde, al día sábado, a estar sólo y al comedor de casa?

P. Bueno, al sábado le pongo 10, a la hora ocho, al estar sólo 10 y al lugar un tres.

PS. Muy bien, excelente, ahora distingamos, si compara, ¿qué le genera más ansiedad por consumir, estar sólo, o que sea sábado?

P. Definitivamente estar solo.

PS. Entonces el orden de las situaciones para trabajar es, del que produce menor ansiedad hasta el que produce la mayor ansiedad por consumir: 1) la cocina de casa; 2) que sean las cinco de la tarde; 3) el día sábado; y finalmente, 4) estar solo. Utilizaremos ese orden para realizar nuestros ejercicios de relajación. Usted y yo ya hemos practicado la relajación por respiración profunda, tensión distensión, imágenes placenteras y por posturas. También me ha comentado que la estrategia que mejor le funciona es la de tensión distensión. Es la que utilizaremos para que cada una de esas situaciones sea cada vez menos riesgosa para producir una recaída. Debemos aprender a enfrentarlas con una ansiedad cada vez más reducida pero sobre todo logrando, al final que, estando en esa situación, su cuerpo se relaje automáticamente. ¿Alguna duda?

P. ¿Eso es posible? Porque he tenido fuerza de voluntad pero a veces siento que no puedo aguantarme más.

PS. Así es. Lo que usted percibe es ese conjunto de respuestas que de manera automática y sin que usted lo decida, aparecen en su organismo. Esto obedece a todas las ocasiones que consumió previamente en esas condiciones. Es decir, la cocina, la hora, el día y estar solo, son eventos que han adquirido el poder de provocar en su cuerpo un efecto similar al de la cocaína. Nosotros le llamamos deseo por o necesidad de consumir. Pero lo que sucede es que su cuerpo se está preparando para recibir la sustancia y evitar una sobredosis. Su circuito de recompensas en el cerebro se activa automáticamente en esos escenarios y responde para preparar a su cuerpo a recibir la droga. Se activa su ritmo cardíaco, aumenta su respiración, por eso se siente eufórico y con más ganas de consumir. Su pensamiento solo se centra en el consumo y en la búsqueda de la sustancia. Ahora, aunque esas respuestas son automáticas, nosotros podemos reentrenar a nuestro cuerpo para que en su lugar ocurran las respuestas contrarias. Es decir,

podemos practicar la relajación y al mismo tiempo utilizar su capacidad de pensamiento para pensar en la cocina, la hora, el día y en estar solo, mientras se relaja. Combinaremos el pensamiento con sus ejercicios en esos escenarios a lo largo de la semana. Ahora nos relajaremos en los mismos lugares donde antes consumió y con la práctica esos lugares producirán la respuesta de relajación en lugar de la del deseo intenso por consumir. ¿Me explico?

P. *Sí, creo que sí.*

PS. *Hoy realizaremos el primer ejercicio, con la situación de riesgo interna, de menor ansiedad. Lo practicaremos aquí, apoyándonos de su capacidad de pensamiento y durante toda la semana, en casa directamente. Cuando logremos generar nuestra misma respuesta de relajación en ese escenario, pasaremos al siguiente nivel del ejercicio, la hora del día, luego con el día sábado y finalmente con estar sólo. Usted practicara el ejercicio de hoy también en casa, de acuerdo al nivel en el que nos encontramos. El ejercicio de hoy, como siempre, requerirá de que nos sentemos cómodamente en esta silla, que verifiquemos que nuestra cabeza se encuentra cómodamente recargada en la pared, que nuestras piernas descansan sobre el asiento y sobre el piso y que nuestros brazos lo hacen sobre nuestras piernas. Las manos se encuentran en posición de cuna con las palmas hacia arriba, con la forma natural que toman cuando no hay presión en los músculos. Eso es. Recuerde que este ejercicio puede llevarse a cabo acostado, pero lo estamos haciendo sentados, porque al final esperamos poder relajarnos incluso en locomoción, sin necesidad de ropa cómoda o de ninguna posición en particular. Recuerde que utilizaremos nuestra respiración profunda de vez en cuando para apoyarnos en ella para lograr la mayor relajación posible y que no abriremos nuestros ojos en ningún momento; que no nos importa cómo nos vemos sino que solo nos interesa como nos sentimos. ¿Está listo?*

DetECCIÓN, TAMIZAJE E INTERVENCIONES BREVES

INTERVENCIÓN BREVE

Manejo del craving



Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

P. Si, listo.

El profesional inicia con la primera sesión de asociación entre el estímulo de menor valor en la jerarquía de necesidad de consumo y la relajación.

PS. Cerramos los ojos y comenzamos. Inhalamos, retenemos el aire, dos, tres, exhalamos despacio. Iniciamos cerrando los puños de las manos, tensando fuertemente los músculos de las manos, apretamos y sentimos como hay tensión, dolor. En seguida, abrimos, lentamente, nuestras manos, permitiendo que la tensión se convierta en relajación. Respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos, y conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con el toda mi tensión, mis manos se relajan, descansan, sobre mis piernas, se relajan, transforman la tensión en relajación. Respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos. Ahora vamos a tensar nuestros brazos llevando las manos hacia los hombros, doblando nuestros codos. Sentimos como los músculos de nuestros brazos se tensan. Están duros y tensos, hay dolor, tensión. Lentamente, bajamos nuestros brazos y sentimos como los músculos descansan, se relajan, pesan, pesan por la relación. Sentimos como se transforma la tensión en relajación. Mis brazos pesan, pesan, descansan, se relajan y mi respiración me ayuda a relajarlos, esa respiración, lenta, profunda y descansada. Ahora vamos a tensar los hombros, elevándolos hacia nuestras orejas, elevamos los hombros y sentimos como se tensan, están tensos y duros, hay dolor, tensión. Poco a poco, bajamos nuestros hombros, lentamente, permitimos que se transforme la tensión en relajación. Mis hombros caen, caen, pesan, descansan, transforman la tensión en relajación. Respiramos, retenemos, dos tres, exhalamos y mientras el aire sale, sale se va, se va llevándose con él toda mi tensión. Mis hombros pesan, pesan, descansan, se relajan, pesan por la relajación, descansan. Ahora vamos a tensar nuestra frente frunciendo el ceño fuertemente, apretamos y sentimos como nuestra frente está tensa dura, hay dolor tensión. Ahora permitimos que nuestra frente descanse, se relaje, transformamos la tensión en relajación. Puedo sentir como desaparecen mis líneas de expresión, mi frente pesa, pesa, descansa, se relaja, pesa, pesa, por la relajación. Y mi respiración me ayuda a relajarla, esa respiración lenta, profunda y descansada. Mientras el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión. Mi frente descansa, se relaja. Ahora vamos a tensar nuestros párpados, apretamos fuertemente nuestros ojos y presionamos, al cerrar podemos sentir la tensión en nuestros párpados hay tensión y tal vez un ligero temblor. Ahora despacio permitimos que nuestros párpados descansen, se relajan, poco a poco sentimos como los párpados descansan sobre nuestros ojos, pesan, pesan por la relajación. No puedo abrir mis ojos, porque mis párpados, pesan, pesan, descansan, sobre mis ojos, pesan por la relajación, descansan. Y mi respiración me ayuda a relajarlos, esa respiración lenta profunda y descansada. Ahora vamos a tensar nuestra mandíbula, cerrando y apretando fuertemente nuestros labios sentimos como nuestra mandíbula esta tensa, dura, hay dolor, tensión. Ahora transformemos la tensión en relajación, abriendo ligeramente nuestros labios, nuestra mandíbula descansa, se relaja, descansa, sentimos como se transforma la tensión en relajación, pesa, pesa, descansa, se relaja y mi respiración me ayuda a relajarla. Ahora vamos a tensar nuestras piernas, levantamos las piernas sobre el piso y jalamos la punta de los pies hacia el cuerpo, sentimos como nuestras piernas están tensas y duras, hay dolor, tensión. Ahora permitimos que nuestras piernas descansen, poco a poco las bajamos y permitimos que descansen sobre el piso, sobre la silla, sentimos como se transforma la tensión en relajación. Mis piernas pesan, pesan, descansan, se relajan y mi respiración me ayuda a relajarlas. Respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos y conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda mi tensión. El aire se va, se va y deja a mi cuerpo en total relajación. Ahora, vamos a tensar todo el cuerpo, apretamos los puños, levantamos las manos hacia los hombros, elevamos los hombros hasta las orejas, fruncimos el ceño, apretamos los párpados y los labios, levantamos los pies sobre el piso y

jalamos la punta de los pies hacia el cuerpo. Todo nuestro cuerpo está tenso y duro, hay tensión, dolor. Ahora, permitamos que nuestro cuerpo descansa, poco a poco, bajamos los hombros, los brazos, permitimos que las manos descansen sobre las piernas, las piernas caen despacio, bajan, descansan sobre el piso, nuestra frente descansa, se relaja, desaparecen las líneas de expresión, nuestros párpados descansan y con los labios entre abiertos la tensión de la mandíbula se convierte en relajación. Todo mi cuerpo pesa, pesa, descansa, se relaja. Transforma la tensión en relajación y mi respiración me ayuda a relajarme. Todo mi cuerpo pesa descansa, se relaja. Ahora que todo mi cuerpo pesa, pienso que estoy en la cocina de casa, puedo ver, sentir que estoy ahí, respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión, dejando a mi cuerpo en total relajación. Estar en ese lugar me relaja, me tranquiliza, respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos, conforme el aire sale, se va y mi cuerpo descansa, pesa, se relaja. Puedo ver lo que hay en ese lugar, respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos, conforme el aire sale, sale, se va y cuerpo pesa, pesa, descansa, se relaja. Puedo sentir como si estuviera en la cocina, puedo ver, la mesa, las sillas, la estufa, respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos. Conforme el aire sale, sale, se va, se va y se lleva con él toda la tensión, dejando a mi cuerpo en total relajación. Mi cuerpo pesa, pesa, descansa, se relaja. Puedo escuchar los sonidos característicos de la cocina, respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos. Mi cuerpo pesa, pesa, descansa, se relaja, pesa por la relajación. Puedo sentir que estoy ahí en la cocina, sentado a la mesa, respiramos, retenemos, dos tres, exhalamos, conforme el aire sale, sale, se va, se va y mi cuerpo descansa, pesa, pesa por la relajación. Descansa. Respiramos, retenemos, dos, tres, exhalamos. Mi cuerpo pesa, descansa, se relaja. Descansa.

Por diez segundos, el profesional hace una pausa y concluye:

PS. *Ahora sí, en el momento en el que usted lo desea y solo cuando esté listo, abrirá sus ojos, lentamente los abrirá. Ahora con esta escala del cero al 10 donde cero es totalmente relajado y 10 es totalmente tenso o ansioso, indique que numero elige en este momento”.*

P. Cero

PS. *Muy bien excelente, observe que realizará el mismo ejercicio de relajación todas las noches de esta semana en la cocina. Colocará una silla en la cocina, antes de dormir, después de que los niños hayan descansado y realizará el ejercicio. Le he preparado este audio para que sea más sencillo para usted. Al final de cada ejercicio, usted me indicará el número correspondiente a su nivel de relajación, por lo que también le entrego este cuadernillo donde solo debe marcar el número en cada uno de los siete días de la semana y hasta nuestra siguiente sesión. ¿Alguna duda?*



Ante una situación donde se modelará la estrategia de solución de problemas, el profesional estructura frases, oraciones y preguntas tales como:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *Le mostraré como podemos resolver el problema que me plantea, conforme lo que ya revisamos de esta estrategia. En el ejercicio observara todas las acciones que lo constituyen: identificación, descripción y aceptación del problema, búsqueda y análisis de soluciones, elección y consolidación de acuerdos. Usted jugara el papel de su pareja y yo el suyo, con la finalidad de mostrarle las habilidades aprendidas. ¿Está listo?*

P. *Bien, adelante.*

(Modelamiento, profesional de la salud actúa como persona y persona como profesional de la salud)

PS. *Qué bueno que pudimos sentarnos un momento a conversar. Me gustaría mucho comentarte que para mí es importante retomar nuestras actividades de pareja. Sé qué hacemos muchas cosas en familia y que es muy importante seguirlas haciendo, pero también creo que he descuidado la planeación de actividades contigo como pareja. Hace mucho tiempo que no pensamos en cosas que hacer juntos y creo que eso me ayudaría mucho con mi tratamiento para mantener la suspensión del consumo. ¿Qué opinas?*

P. *Bueno tú tienes la culpa, yo siempre te he dicho que ya no me tratas como antes, que ya no te importo*

PS. *Aunque en otros momentos no lo pensé, ahora, no solo creo que me gustaría resolverlo por los dos. Debo admitir que, en mis sesiones, identifiqué que una situación de riesgo para la recaída era mi necesidad de hacer cosas diferentes a la rutina. Me di cuenta que puedo contar con tu ayuda para que pueda realizar cosas divertidas, agradables, placenteras en lugar del consumo de sustancias. De verdad,*

*me gustaría mucho recibir tu apoyo. De hecho, he notado que me has apoyado en esta última recaída. Note que pensaste las palabras correctas para decirme lo que sientes y piensas, pero, sobre todo, lo que más te preocupa. Eso realmente me gusto, pero sobre todo me ayudo a entender que necesito cambiar y lo importante que son ustedes para mí. Me gustaría mucho que siguiéramos hablando de esa manera”
¿Qué piensas?*

P. *Sí es, me preocupé tanto que me detuve a pensar como decirte las cosas. Está bien, creo que tienes razón, no se trata de enojarnos y ponernos a pelear sino de cambiar. Pero, ¿Cómo? ¿Y si no cambias y si sigues igual? No sé.*

PS. *Bueno justo ahora, estoy tratando de hablar contigo practicando lo que aprendí en mi tratamiento. Sé que cambiar es difícil, pero lo estoy intentando. Parte de lo que aprendí fue a explicarte que, para poder tener un plan de vida de pareja, lo necesitamos hacer es: hablar, decir lo que sentimos, pero sobre todo dar opciones de actividades para lograr tener nuestro plan. Veo que a ti también te preocupa, que tú también quieres que nos pongamos de acuerdo para tener una vida de pareja más activa, constante. Yo creo que podemos hacer planes semanales para tratar de divertirnos juntos, que, aunque de vez en cuando podemos gastar un poco en nosotros, en realidad hay cosas que podemos hacer que no nos cuestan mucho. A mí se me ocurre que cada ocho días, los sábados por la tarde, podemos pedirle a mi hermana que cuide a los niños mientras tú y yo vamos a caminar al parque, o vamos al cine ¿Cómo ves?*

P. *Si te veo distinto y si yo puedo ayudar para que sigas así pues adelante. Oye, pero tu hermana no va a querer cuidarlos todos los sábados, podemos irnos turnando con mi hermana también o con mi mamá. A ellas les gusta mucho cuidar a los niños.*

PS. *Claro tienes razón, si solo le pedimos apoyo a una persona podemos correr el riesgo de que no acepten. Si cada persona que nos apoya lo hace, a lo mucho, una vez al mes, es más probable que funcione. También se me ocurre qué si hablamos con ellas, por separado y tal vez les ofrecemos prepararles su comida favorita el domingo, por su ayuda, sea más motivante y nos ayuden con más ganas.*

P. *Yo no creo que necesiten eso, pero es buena idea, creo que lo que más les va a gustar es ayudarnos a recuperar nuestra relación. Pero nos falta una persona, se me ocurre aquella sobrina tuya, que cuidaba a tus primos pequeños ¿te acuerdas?*

PS. *Que buena idea, es cierto, creo que ella puede ser la cuarta persona. Bueno que te parece si hablamos con ellas este mismo fin de semana, para que en ocho días empecemos a planear las actividades. Bueno ya tenemos dos: ir al parque, ir al cine. ¿Tienes otras propuestas?”*

P. *Pues algún museo, o al jardín botánico, se me ocurren muchos lugares.*

PS. *Muy bien excelente trabajo. Observe, lo útil que resultó, que me mostrara las posibles barreras ante la solución de problemas, como el estado de ánimo de la otra persona, o la falta de participación, al inicio. Bueno ahora, realicemos el papel al contrario y hagamos un ensayo para lograrlo ya en el hogar”.*

Solución de problemas



El profesional apoya en la planeación de actividades alternativas al consumo, pero sobre todo le ayuda a identificar los eventos antecedentes y consecuentes que pueden mantener esas conductas a lo largo del tiempo como parte de un estilo de vida placentero y saludable:

Ejemplo de diálogo entre persona (P) y profesional de la salud (PS):

PS. *Ya hemos elegido algunas actividades alternativas al consumo de sustancias que tienen la firme intención de ayudarlo a conseguir, si no el mismo tipo de ganancias, si consecuencias agradables, placenteras que logren hacerlo sentir bien y feliz. Pero como observará es posible que no sean tan satisfactorias como el uso de cocaína, sobre todo ahora que ha cesado su consumo. Es decir, es natural que, por un tiempo, el ir al gimnasio, salir a correr o salir con su esposa, no resulten actividades tan placenteras como espera por que la recuperación del sistema límbico, aunque es posible, puede tardar un tiempo. Este tiempo de recuperación de los circuitos neuronales del sistema de recompensas, nos obliga a concentrar nuestra atención en los eventos disparadores externos e internos que procuren la ocasión para ir al gimnasio, hacer ejercicio, prepararse para correr, correr y salir con su esposa. En esas condiciones de dificultad de motivación por medios distintos al consumo, también nos vemos obligados a concentrarnos también en las consecuencias tanto desagradables inmediatas de esas actividades, pero sobre todo en las placenteras a mediano plazo. ¿Me explico?*

P. *Entiendo entonces que he dañado a mi cerebro, que no voy a disfrutar de estas actividades.*

PS. *No, ni precisa, ni definitivamente. Las alteraciones producidas en su sistema de recompensas pueden ser reversibles. Es decir, actualmente se sabe que las funciones alteradas se recuperan y que, una vez que se ha suspendido el consumo, el cerebro comienza a reestructurar sus conexiones de inmediato. Así, al principio, el nivel de placer y satisfacción será distinto pero posible. Lo que puede llegar a suceder es que no lo perciba tan placentero como antes de que su consumo de cocaína tuviera lugar y que también suela comparar el resultado de estas actividades con aquellos producidos por el consumo de cocaína.*

Por eso será fundamental, concentrarnos en definir y darle el valor que merece a los resultados de las actividades alternativas en su vida cotidiana en lugar del consumo o elegir una variedad más amplia de actividades si es necesario. Empecemos con la actividad del gimnasio, dígame, además de poder asistir sin previa planeación, cuando sea necesario hacerlo, ¿Cuál será el horario cotidiano en el que asistirá al gimnasio y donde queda ese lugar?, y ¿Qué implica trasladarse?

P. *Bueno yo creo que lo ideal es asistir todas las noches, a las siete, pero especialmente los sábados por la tarde, justo a las cinco. El lugar queda muy cerca a dos cuadras de la casa, por lo que puedo llegar a pie.*

PS. *Muy bien, usted ha identificado que debe mostrar constancia. Esa constancia facilitará y promoverá una recuperación más rápida de su sistema de recompensas, además ha recordado lo fundamental que será realizarla en una de las horas de mayor riesgo. Finalmente, considero que le ha dado el valor oportuno a la cercanía del lugar como una estrategia para llevar a cabo la actividad de manera éxitos. Muy bien. Dígame ¿Qué pensamientos, emociones, y sensaciones físicas tiene que mostrar usted para asegurar su traslado al gimnasio?, es decir, ¿Qué debe pensar?, ¿Qué emociones debe programar? ¿Y qué sensaciones físicas pueden ocurrir como disparadores del momento de irse al gimnasio?*

P. *Bueno debo pensar que voy a disfrutar de un buen rato de esparcimiento. Qué, aunque es cansado el ejercicio, es muy placentero realizarlo, que me ayuda a desahogar tensiones y que tengo muchas ganas de ir. Bueno, pondré atención a los latidos de mi corazón y en mi respiración para ver qué sucede en ese momento.*

PS. *Excelente, observe esos pensamientos, usted debe programarlos. En realidad, existe la posibilidad de que piense que no tiene ganas de salir, que prefiere quedarse, que al día siguiente si lo hará. Estos pensamientos son los más comunes justo antes de salir al gimnasio, pero si usted presta atención a ellos y trata de recordar los que hoy acaba de mencionar, aumenta la probabilidad de que salga sin problema hacia el gimnasio y realice su ejercicio. También observo que identifica que debe pensar en los efectos positivos del ejercicio y en que prestará atención a su condición física previa a salir hacia el gimnasio. Ahora, dígame ¿Cuánto tiempo realizará el ejercicio?, ¿Qué tipo de ejercicio realizará, ¿Cuánto es necesario para que usted se sienta conforme con él?*

P. *Me gustaría mucho estar una hora completa, me gusta hacer bicicleta y ese aparato que le llaman remadora. Sé que al inicio debo ser supervisado por el instructor, y que estaré solo minutos, que poco a poco aumentaré el tiempo. Por eso quiero ir diario.*

PS. *Muy bien excelente capacidad de planeación y estoy seguro de que realizando diario ese plan de actividades, efectivamente, obtendrá la condición física esperada. Ahora ¿Cómo se sentirá físicamente, al momento de concluir la actividad física?, ¿Qué emociones podrían generarse en usted?, ¿Qué pensará?*

P. *Bueno seguramente me sentiré muy cansado, pero estoy seguro que me sentiré contento, satisfecho y que puedo reconocer mi capacidad de elegir hacer ejercicio en lugar de consumir.*

PS. *Nuevamente, debo reconocer su capacidad de planeación y como estructura lo que debe sentir y pensar. Justo eso tendremos que planear y no olvidarlo al momento de salir del gimnasio, es muy importante. Esto es porque es muy probable que, además del cansancio, pudiera pensar que no vale la pena, que la actividad elegida no es tan placenta como el consumo, que perciba que no se siente tan contento o tan satisfecho como esperaba y que incluso, olvide reconocer el valor que tiene su decisión de ejercitarse en lugar de consumir. Ante todas formas de sentirse y de pensar, será fundamental y muy importante que usted utilice los pensamientos y emociones que ha mencionado y que trate de pensar en ello al momento de salir del gimnasio. Ahora, no solo puede usar esta herramienta, sino que podrá sostenerse también en las consecuencias a mediano plazo. Las consecuencias a mediano plazo son placenteras, aunque tardan un poco de tiempo en ocurrir y por eso a veces no les damos valor, es fundamental considerarlas. Dígame, ¿Cuáles son las consecuencias placenteras que llegan a su vida familiar, por ser constante y hacer ejercicio en el gimnasio? Y como bien indicaba usted ¿Cómo se sentirá después de varios días de cumplir con su rutina?*

P. *Es bueno saber que al inicio puedo sentir lo que me dice. Pero es mejor saber que si me concentro y pienso lo que realmente está pasando en mi vida por hacer ejercicio, puedo sentirme mejor. Estoy seguro que mejorar mi condición física, además de que me hará sentir muy bien a mí, hará que mi esposa se sienta más contenta y que incluso le guste más por mejorar físicamente.*

PS. *Muy bien excelente reflexión. En ella identifica y le da valor a las ventajas y ganancias del ejercicio, pero dígame ¿será lo suficientemente placentero para mantener su elección: hacer ejercicio diariamente?*

P. *Si, pienso que sí.*

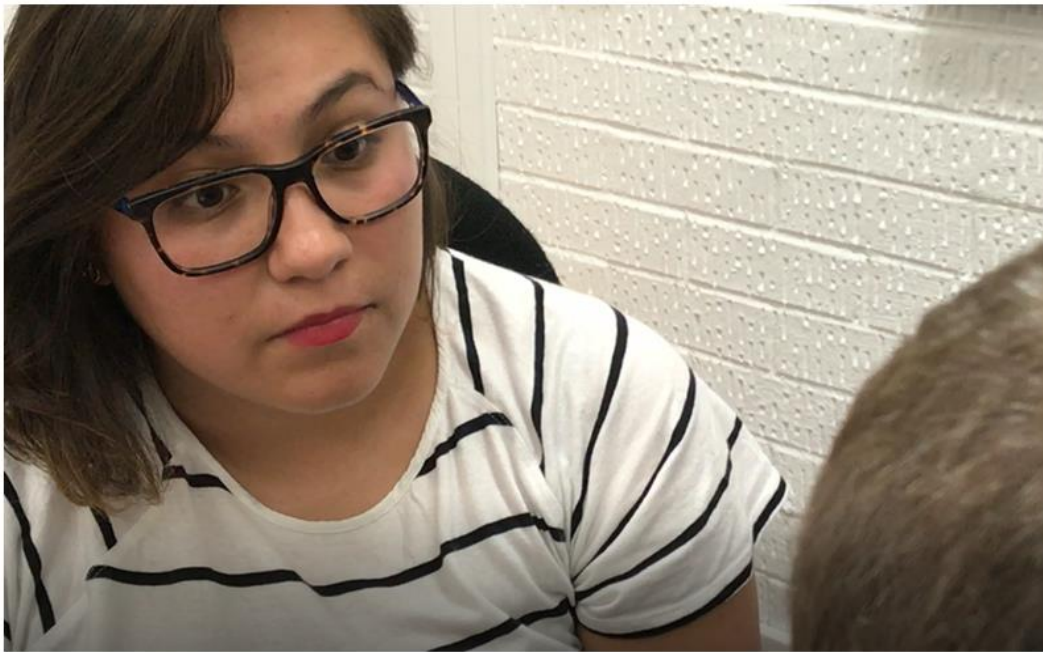
PS. *Eso es muy importante. Si la actividad misma es placentera para usted y si le trae beneficios en su vida, entonces la convertirá en un estilo de vida que realmente sustituirá al consumo de sustancias”.*

El profesional realiza el mismo ejercicio con todas y cada una de las actividades alternativas necesarias para generar un nuevo estilo de vida en la persona.

DetECCIÓN, Tamizaje e Intervenciones Breves

INTERVENCIÓN BREVE

Planeación de actividades



TRATAMIENTO

ASPECTOS GENERALES

TRATAMIENTO



Con el paso del tiempo, el conocimiento sobre el fenómeno de las drogas se ha desarrollado en gran medida. Gracias a la investigación científica, hoy en día contamos con información objetiva sobre varios aspectos, como por ejemplo los detalles de los mecanismos por los cuales las drogas producen sus efectos; los factores que influyen para que una persona experimente con drogas; la magnitud y otras características del consumo de drogas y la población que las consume, así como las consecuencias negativas que se pueden presentar; y la efectividad de los tratamientos para los trastornos por consumo de drogas, entre muchos otros. Toda esta información ha permitido posicionar el concepto de adicción (actualmente trastornos por consumo de sustancias) como una enfermedad¹⁹⁶, lo que de manera paulatina sustituirá las ideas antiguas de vicio y debilidad moral o espiritual¹⁹⁷. Desde esta perspectiva, queda claro que los problemas por consumo de drogas pueden atenderse o tratarse, y actualmente contamos con evidencia que muestra que existen tratamientos exitosos.

Otorgar tratamiento a la población con trastornos por consumo de drogas produce amplios beneficios sociales, que van más allá de las condiciones de salud de esas personas. Se ha documentado el costo – efectividad de algunas intervenciones de tratamiento. Por ejemplo, en

¹⁹⁶ OEA/CICAD. (2010). Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Organización de Estados Americanos: Washington, DC.

¹⁹⁷ Sánchez-Mejorada, J. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Rev Med UV*, 7 (1), 27 – 38.

el Reino Unido el Estudio Nacional de Resultados del Tratamiento (NTORS) reporta que, por cada libra gastada en atención de personas con trastornos por consumo de drogas, hubo una reducción en costos públicos equivalente a tres libras^{198,199}.

Las tasas de recaída para las personas con dependencia a las drogas son comparables con las tasas de recidiva de otras enfermedades como asma, diabetes e hipertensión²⁰⁰.

En el proceso de tratamiento, una buena relación entre las personas que reciben la atención (usuarios) y los profesionales de la salud, se asocia con mejores resultados del tratamiento y mayor adherencia.²⁰¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tratamiento es un proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

¹⁹⁸ Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2001) *NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behavior during the five years after intake*. Londres, Reino Unido: National Addiction Centre.

¹⁹⁹ Godfrey, C., Stewart, D., & Gossop, M. (2004) Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction*, 99, 697-707.

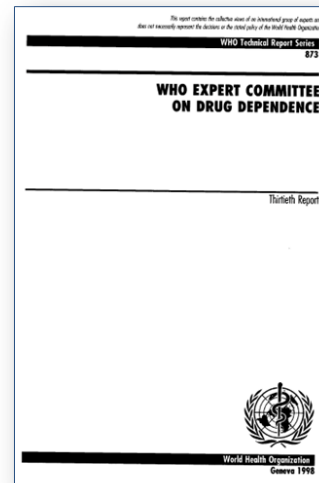
²⁰⁰ McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284 (13), 1689 – 1695

²⁰¹ Luborsky, L., et al. (1985). Therapist success and determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602 – 611.

Tratamiento



Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.



Fuente: Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia - WHO Expert Committee on Drug Dependence. (1998). Thirtieth Report. Geneva: World Health Organization

Se necesitan servicios que tengan en cuenta los trastornos relacionados con el consumo de drogas de forma pragmática, humanitaria y basada en fundamentos científicos, sustituyendo el estigma y la discriminación por el conocimiento, la atención, las oportunidades de recuperación y la reintegración.

Tratamiento

Nada menos de lo que se espera para el tratamiento y la atención de cualquier otra enfermedad

Se necesitan servicios que tengan en cuenta los trastornos relacionados con el consumo de drogas de forma pragmática, humanitaria y basada en fundamentos científicos, sustituyendo el estigma y la discriminación por el conocimiento, la atención, las oportunidades de recuperación y la reintegración



Existe una brecha en el tratamiento. 247 millones de personas consumieron drogas en el año anterior. 29 millones padecen trastornos relacionados con las drogas. Pero solo una de cada seis personas recibe tratamiento.

247 millones de personas consumieron drogas en el año anterior



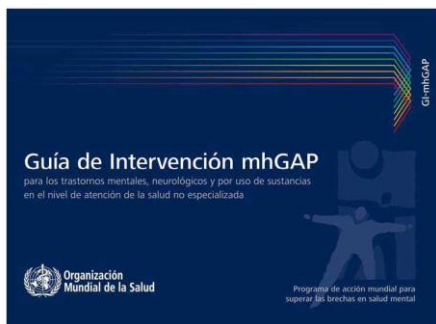
**29 millones padecen trastornos relacionados con las drogas,
pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento**

Fuente: UNODC. Informe Mundial sobre Drogas, 2016 (información 2014)

mhGAP PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la Organización Mundial de Salud tiene la meta de aumentar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, sobre todo en países con recursos limitados. El programa propone que, con una atención efectiva, adecuado apoyo psicosocial y los medicamentos que lleguen a ser necesarios, millones de personas pueden recibir tratamiento para la depresión, los trastornos causados por consumo de alcohol y otras drogas, así como también epilepsia y otros trastornos mentales y neurológicos. Se puede prevenir suicidios. Las personas diagnosticadas con estos trastornos pueden vivir vidas normales, aún donde hay escasos recursos. En el marco del mencionado programa, la Organización Mundial de la Salud publicó la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*.²⁰²

La guía indica las intervenciones con fundamento científico para el tratamiento de los problemas al nivel de los centros de atención primaria. Por el enfoque de este manual, se va a profundizar en las secciones sobre los trastornos por el consumo de alcohol y de otras sustancias.



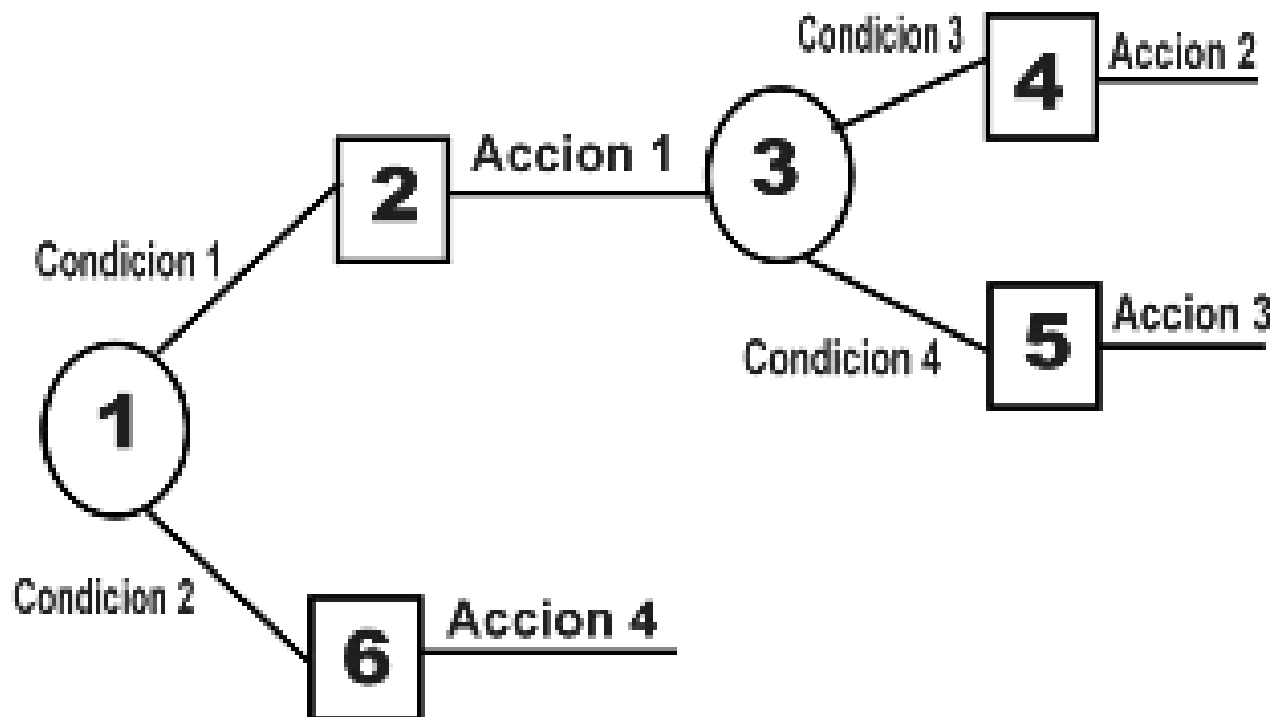
Guía de intervención mhGAP. La Guía de Intervención mhGAP está basada en las directrices obtenidas como parte del mhGAP sobre las intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ha sido elaborada a través de un intenso proceso de revisión de la evidencia científica. Incluye indicaciones sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios. Los trastornos prioritarios incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones auto-infligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos.

La GI-mhGAP ha sido elaborada para ser aplicada en el nivel de atención de salud no especializada. Está dirigida a los profesionales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención. Con la intención de propiciar las intervenciones la guía es breve, describe en detalle qué hacer, pero no entra en detalle en las descripciones sobre cómo hacerlo. Es importante que los profesionales no especializados reciban capacitación y posteriormente sean supervisados y apoyados en la aplicación de la GI-mhGAP.

²⁰² Organización Mundial de Salud. (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Versión 1.0.

Algoritmos basados en mhGAP

Un algoritmo es un proceso para la toma de decisiones acerca de una variedad de temas. Tiene que ver con decisiones relacionadas, una a la otra, para determinar un camino de acción. Para ilustrar un algoritmo, se utilizan diagramas de flujo, los cuales son una forma gráfica y analítica de representar sucesos que pueden surgir a partir de una decisión asumida en cierto momento. Los diagramas de flujo nos ayudan a tomar la decisión *más acertada*, desde un punto de vista probabilístico, ante un abanico de posibles decisiones. Permiten desplegar visualmente un problema y organizar el trabajo de cálculos que deben realizarse. Se puede ver un ejemplo del flujo para la toma de decisiones en la gráfica abajo.



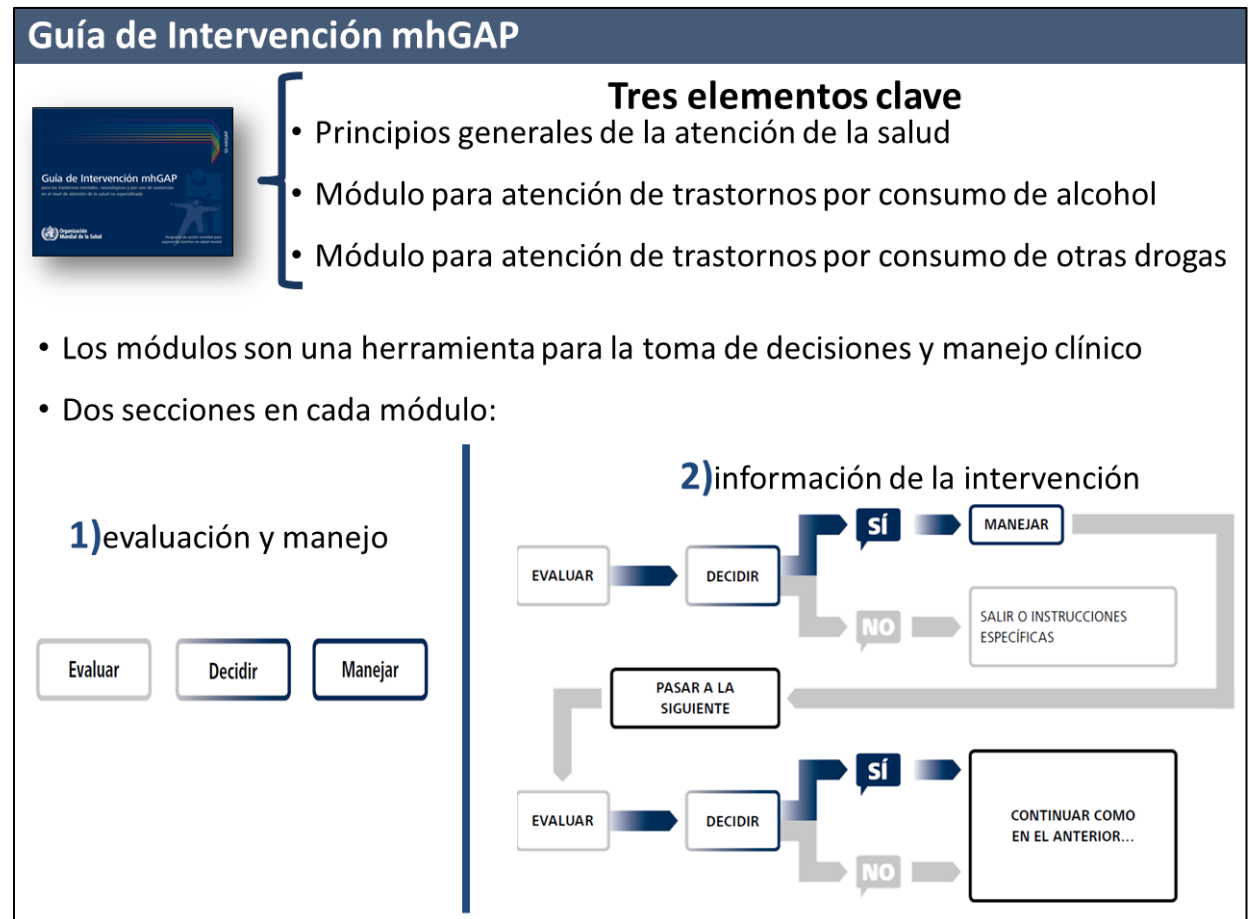
La guía presenta algoritmos, que permiten dirigir la atención clínica. Así, para cada condición que se presenta, hay tres pasos que son requeridos. Lo primero es evaluar la condición, un ejemplo podría ser la evaluación sobre el consumo de alcohol de una persona involucrada en un accidente automovilístico ¿Cuáles signos presentaría esa persona si ha consumido alcohol? Podrían ser el olor al alcohol, lenguaje mal articulado, falta de coordinación muscular, etc.

Al determinar que la persona ha ingerido alcohol, el siguiente paso es la toma de decisión. ¿Cuáles intervenciones se van a hacer? Basándose en la información recogida de la evaluación, se deciden los pasos a seguir. Al decidir se pone en práctica lo indicado.



Se puede hacer más complejo el ejemplo, ya tomando en cuenta que hay varias intervenciones necesarias para una persona que requiere atención por consumir drogas. Al

empezar a manejar las necesidades del usuario, una acción lleva a tomar otras decisiones, un paso impacta directamente en los que siguen.



Para continuar con el ejemplo anterior de la persona con signos de consumo de alcohol, el trabajador de salud comienza con el cuadro *evaluar*, refiriéndose al caso. Decide si la persona ha consumido. Si la respuesta es *Sí*, hay que seguir el algoritmo al cuadro que dice *Pasar a la Siguiente*. Ya está decidido que la persona ha bebido alcohol y el manejo lleva a una segunda evaluación, la cual podría ser acerca del riesgo que existe de que la persona pierda la conciencia por la droga que consumió, en este caso alcohol. Hay que evaluar ese riesgo, y según la evaluación, se toma otra decisión para manejar esa posibilidad. Se sigue los pasos de evaluar, decidir, manejar hasta terminar con el tratamiento/manejo.

Prácticas con mhGAP. La Guía ofrece los pasos considerados como *mejores prácticas* para una intervención adecuada como parte de la atención primaria. Se incluyen casos de emergencia, como una intoxicación, el síndrome de abstinencia y desintoxicación, entre otros. Se nota la progresión desde evaluar, con las preguntas indicadas, a decidir, con las consideraciones relevantes, y al final, manejar, con indicaciones específicas de las intervenciones necesarias.

En la guía, se nota que las indicaciones dentro de los cuadros considerados como el manejo refieren a otra parte de la sección, que se titula *Detalles de la Intervención*.

Los principios generales de la atención de la salud son la comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores, evaluación, tratamiento, monitoreo, movilización, incentivo del apoyo social, protección de los derechos humanos y atención al bienestar general.

Guía de Intervención mhGAP

Principios generales de la atención de la salud

GI-mhGAP

1. Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores
2. Evaluación
3. Tratamiento y monitoreo
4. Movilización e incentivación del apoyo social
5. Protección de los derechos humanos
6. Atención al bienestar general



Es necesario asegurarse de que la comunicación con las personas sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma. Sea amistoso, respetuoso e imparcial en todo momento, emplee un lenguaje sencillo y claro. Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática. Brinde información a la persona sobre su estado de salud de tal manera que sea capaz de entender lo que sucede. Pregúntele si comprendió la condición que padece.

1. Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores

- » Asegúrese que la comunicación sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma
- » Sea amistoso, respetuoso e imparcial en todo momento
- » Emplee lenguaje sencillo y claro
- » Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática (por ejemplo, en relación con violaciones sexuales o actos de autolesión)
- » Brinde información a la persona acerca de su estado de salud en términos que sea capaz de entender
- » Pregúntele cuál es su entendimiento respecto de la condición que padece

Obtenga una historia médica, de los síntomas que presenta la persona, de su historia pasada y familiar. Realice una evaluación física general. Evalúe, atienda o remita cualquier condición médica concomitante. Evalúe problemas psicosociales.

2. Evaluación

- » Obtenga una historia médica, historia de los síntomas que presenta, historia pasada e historia familiar, según corresponda
- » Realice una evaluación física general
- » Según sea apropiado, evalúe, atienda o remita cualquier condición médica concomitante
- » Evalúe para detectar problemas psicosociales, observando los problemas en las relaciones sociales actuales y pasadas, las condiciones de vida y circunstancias financieras, y cualquier otro acontecimiento estresante en curso

Determine la importancia del tratamiento, así como su disposición. Determine las metas para el tratamiento, realice un plan y seguimiento. Informe sobre la duración, posibles efectos, alternativas, adherencia y pronóstico.



3. Tratamiento y monitoreo (lámina 1 de 5)

- » Determine la importancia del tratamiento para la persona así como también su disposición para participar en el tratamiento
- » Determine las metas para el tratamiento de la persona afectada y realice un plan de tratamiento que respete sus preferencias de atención de salud (también las de sus cuidadores, si corresponde)
- » De acuerdo con el paciente, diseñe un plan para la continuación y seguimiento del tratamiento
- » Infórmele sobre la duración esperada del tratamiento, los posibles efectos secundarios de la intervención, cualquier opción de tratamiento alternativo, la importancia de la adherencia al plan de tratamiento y sobre el probable pronóstico

Explique las dudas, evalúe continuamente, facilite las derivaciones y realice esfuerzos para relacionar a la persona con el apoyo comunitario.

3. Tratamiento y monitoreo (lámina 2 de 5)

- » Explíquese las dudas e inquietudes en relación con el tratamiento y comunique de manera realista las expectativas de un mejor funcionamiento y recuperación
- » Evalúe de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, las interacciones de los medicamentos (incluyendo interacciones con el alcohol, medicamentos adquiridos sin receta médica y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda
- » Facilite las derivaciones a especialistas, si están disponibles y según se requiera
- » Realice esfuerzos para relacionar a la persona con el apoyo comunitario

En el seguimiento, evalúe expectativas, estado clínico, comprensión y adherencia. Aliente la autoevaluación, registre en la historia clínica y utilice recursos.

3. Tratamiento y monitoreo (lámina 3 de 5)

- » Durante el seguimiento, evalúe las expectativas de la persona en relación con el tratamiento, el estado clínico, la comprensión y la adherencia al mismo, y corrija cualquier concepto equivocado que se pueda tener al respecto
- » Aliente la autoevaluación de los síntomas y explique cuándo se debe buscar atención inmediata en los servicios de salud
- » Registre en la historia clínica los aspectos claves de la relación de la persona con su familia
- » Utilice recursos de la familia y comunitarios para contactarse con las personas que no han regresado a su sesión de seguimiento periódico

Solicite visitas de seguimiento frecuentes para las mujeres en condiciones de embarazo, y asegúrese de monitorear a los bebés.

3. Tratamiento y monitoreo (lámina 4 de 5)

- » Solicite visitas de seguimiento más frecuentes para las mujeres embarazadas o mujeres que estén planeando quedar embarazadas
- » Cuando trate a mujeres embarazadas o a mujeres que están amamantando, evalúe los riesgos potenciales de los medicamentos sobre el feto o lactante
- » Asegúrese de monitorear a los bebés de mujeres que están bajo medicación y que están amamantando, con el fin de detectar si existen efectos adversos o síntomas de abstinencia y realice exámenes completos, si se requiere

Solicite sesiones frecuentes de seguimiento para adultos mayores, utilice recursos familiares y comunitarios, y asegúrese de que sean tratados de manera integral.



3. Tratamiento y monitoreo (lámina 5 de 5)

- » Solicite sesiones de seguimiento más frecuentes para los adultos mayores con trastornos prioritarios y pérdida de independencia asociada o que están en situación de aislamiento social
- » Utilice recursos de la familia y comunitarios para contactarse con las personas que no han regresado a su sesión de seguimiento periódico
- » Asegúrese que las personas sean tratadas de manera integral, satisfaciendo las necesidades de salud mental de las personas con trastornos físicos, así como también las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales

Sea sensible a los retos sociales, involucre al cuidador, promueva la participación, identifique y active fuentes de apoyo.

4. *Mobilización e incentivación del apoyo social*

- » Sea sensible a los retos sociales a los que puede tener que enfrentarse la persona y observe cómo estos retos pueden influir en la salud física y mental y en el bienestar de la persona
- » Cuando sea apropiado, involucre al cuidador o familiar en el cuidado de la persona
- » Promueva la participación en grupos de auto ayuda y de familia, cuando estén disponibles
- » Identifique y active posibles fuentes de apoyo social y comunitario en el área local, incluyendo el apoyo educativo, de vivienda y vocacional
- » Para los niños y adolescentes, coordine con las escuelas el apoyo educativo y social, cuando sea posible

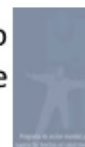
Promueva la vida autónoma e independiente, brinde servicios que respeten la dignidad de la persona, asegúrese de que entienda el tratamiento e involucre a niños y adolescentes en las decisiones.



5. Protección de los derechos humanos (lámina 1 de 2)

- » Promueva la vida autónoma e independiente en la comunidad y no apoye la institucionalización
- » Brinde servicios que respeten la dignidad de la persona, que sean culturalmente sensibles y apropiados y libres de discriminación a causa de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad u otras condiciones
- » Asegúrese que la persona entienda el tratamiento propuesto y que otorgue un consentimiento libre e informado para el tratamiento
- » Involucre a los niños y adolescentes en las decisiones sobre el tratamiento de acuerdo con sus capacidades evolutivas y ofrézcales la oportunidad de discutir sus inquietudes en privado

Preste atención a la confidencialidad, manténgalos informados, evite el estigma y promueva la inclusión social.



5. Protección de los derechos humanos (lámina 2 de 2)

- » Preste atención especial a la confidencialidad, así como al derecho a la privacidad de la persona
- » Con el consentimiento de la persona, mantenga a los cuidadores informados acerca de su estado de salud, incluyendo los asuntos relacionados con la evaluación, tratamiento, seguimiento y cualquier posible efecto secundario
- » Evite el estigma, la marginalización y la discriminación, y promueva la inclusión social de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, fomentando vínculos sólidos con los sectores de empleo, de educación, el sector social (incluyendo vivienda) y otros sectores relevantes

Ofrezca consejos, informe, estimule, realice chequeos, prepare a las personas y analice con las mujeres los planes de embarazo y métodos de anticoncepción.

6. Atención al bienestar general

- » Ofrezca consejos sobre la actividad física y el mantenimiento de un peso corporal saludable
- » Informe a las personas sobre el consumo perjudicial del alcohol
- » Estimule la suspensión del consumo de tabaco y otras sustancias
- » Informe a las personas acerca de otras conductas de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección)
- » Realice chequeos de salud periódicos
- » Prepare a las personas para los cambios evolutivos de la vida, tales como pubertad y menopausia, y ofrezca el apoyo necesario
- » Analice con las mujeres en edad reproductiva los planes de embarazo y métodos de anticoncepción

De manera general y como ayuda para recordar e identificar fácilmente, la Guía MhGAP señala algunas manifestaciones que comúnmente podemos observar en las personas con problemas por consumo de alcohol y otras drogas.

Como pueden ver en la diapositiva se trata de signos y síntomas inespecíficos, pero que son útiles para orientar el juicio clínico. La presencia de estas manifestaciones indica la necesidad de continuar la evaluación integral, considerando el consumo de alcohol u otras drogas como una importante posibilidad.

Guía de Intervención mhGAP

Manifestaciones comunes de trastornos prioritarios

GI-mhGAP

- Parece estar bajo la influencia del alcohol (por ejemplo, olor a alcohol, parece estar ebrio, con resaca)
- Se presenta con una lesión física
- Síntomas asociados con el consumo de alcohol (por ejemplo, insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, indigestión, diarrea, dolores de cabeza)
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales

ALC

Trastornos por
uso de alcohol

- Parece estar afectado por las drogas (por ejemplo, falta de energía, agitación, inquietud, lenguaje mal articulado)
- Señales de consumo de drogas (marcas de inyección, infecciones cutáneas, apariencia descuidada)
- Solicita prescripciones para medicamentos sedantes (pastillas para dormir, opioides)
- Dificultades financieras o problemas legales relacionados con delitos
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales

DRO

Trastornos por
uso de drogas

El cuadro del manejo le indica al trabajador de salud cuáles pasos tiene que seguir, refiriéndose, por ejemplo, a un paso enumerado.

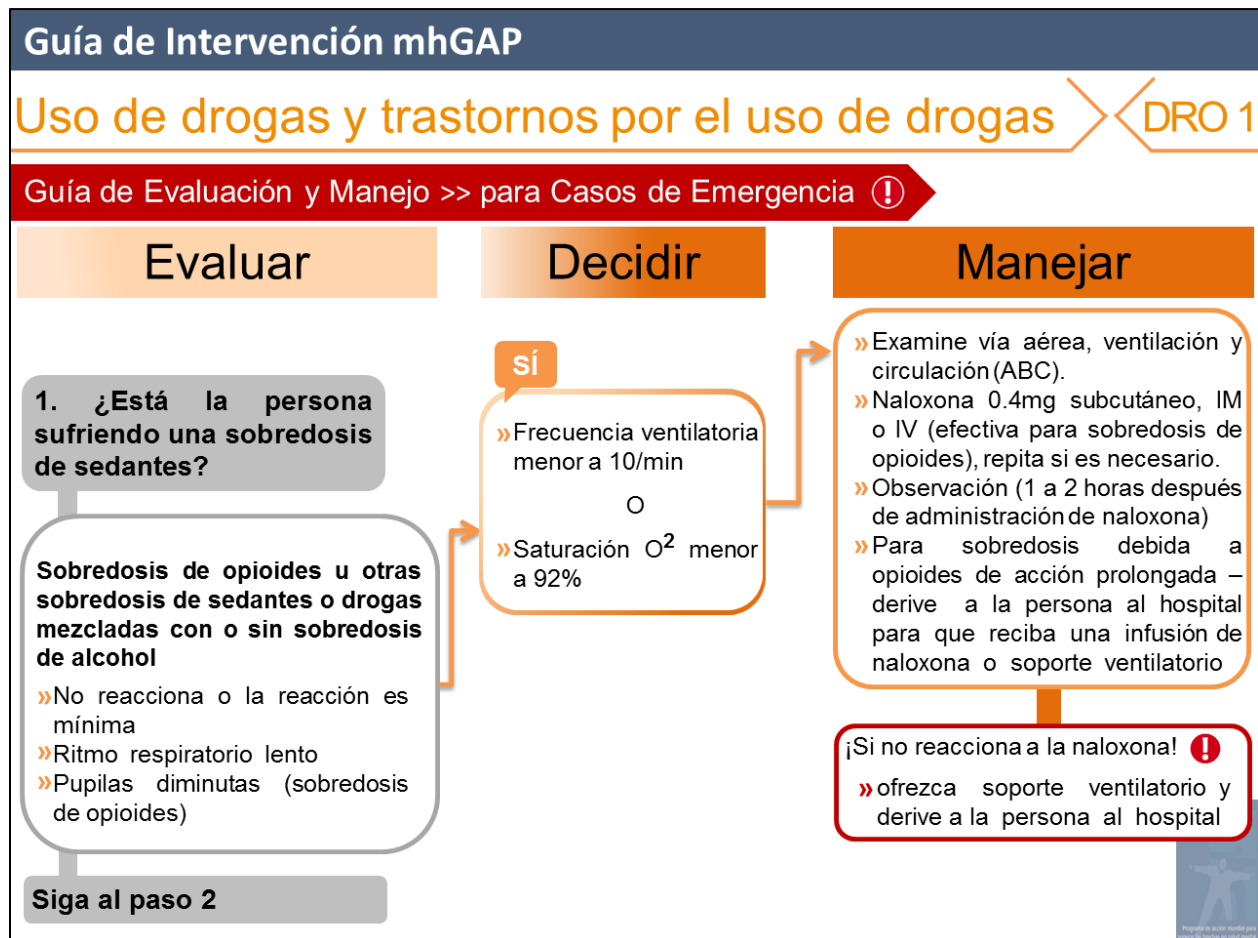
Con la metodología de la Guía de Intervención mhGAP se pueden seguir los pasos básicos para manejar a las personas que se encuentran en una situación de emergencia por consumo de drogas.

En la diapositiva se muestra el primer paso a considerar cuando se sospecha consumo de drogas depresoras. En la primera etapa (de evaluación) hay tres elementos fundamentales a tomar en cuenta: 1. La persona no reacciona o lo hace de manera mínima; 2. La frecuencia ventilatoria es lenta; 3. Miosis característica de sobredosis de opioides (pupilas puntiformes). Con base en lo observado, hay que decidir y manejar. La Guía mhGAP establece algunas pautas de manejo básico:

- Aplicar el ABC clásico que consiste en examinar la permeabilidad de las vías aéreas, la ventilación y la circulación (para esta última use los pulsos y la frecuencia cardiaca)
- Administración de naloxona 0.4mg subcutáneo, vía intramuscular o intravenosa, si se sospecha de opiáceos. Hay que repetir la administración en caso necesario.
- Observación estrecha durante 1 a 2 horas posterior a la administración de naloxona.

- Si la persona consumió opioides de acción prolongada puede ser necesario derivar o referir al hospital para recibir soporte ventilatorio e infusión de naloxona.

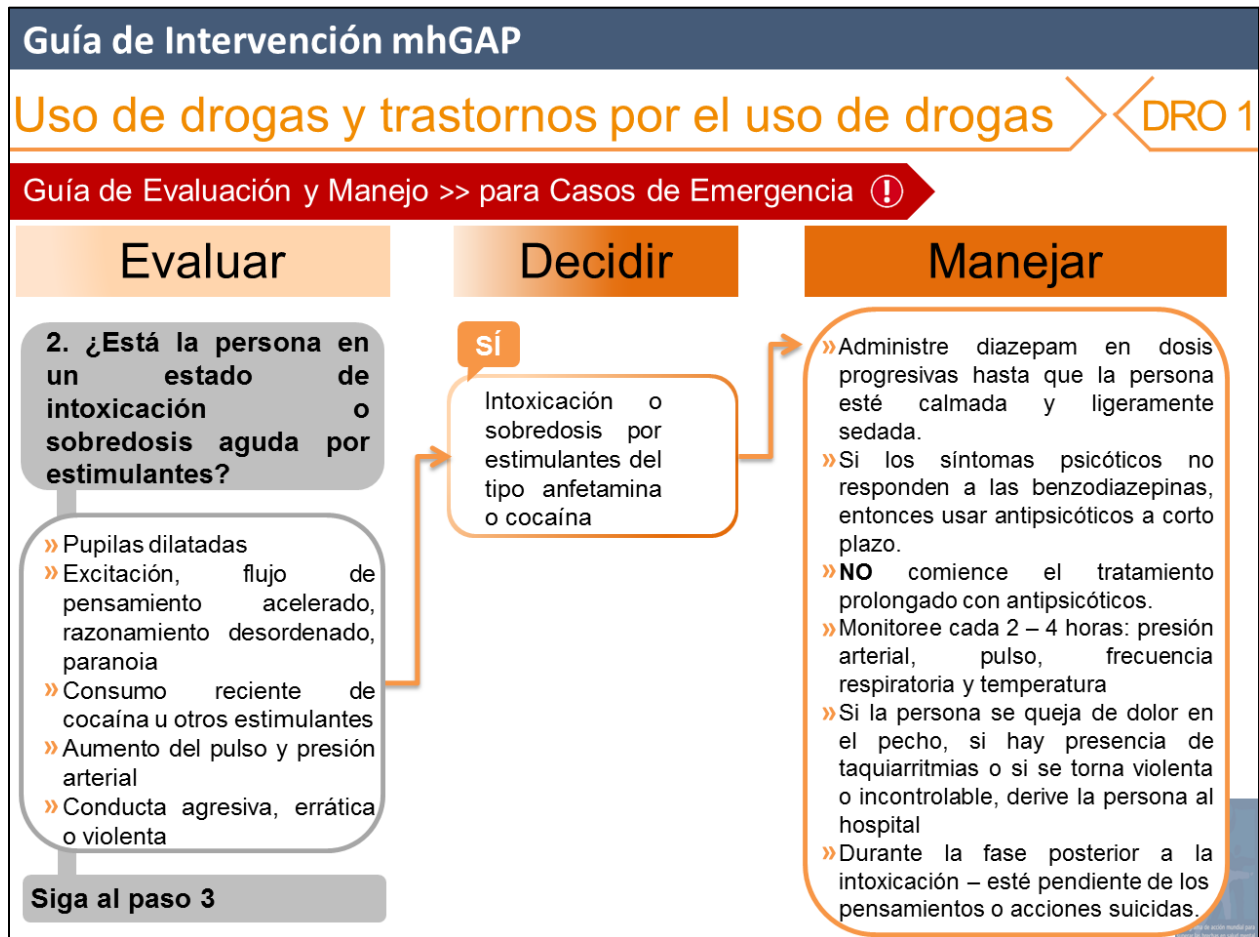
Es muy importante que si la persona no responde a la administración de naloxona, se debe dar soporte ventilatorio y trasladarla al hospital más cercano para que reciba atención.



Continuando con la revisión del paso 2. En el caso de sospecha de intoxicación o sobredosis por estimulantes, los elementos a evaluar son la presencia o ausencia de: midriasis; sobreexcitación del estado de conciencia; taquipsiquia, razonamiento desordenado, paranoia; antecedente de consumo reciente de cocaína u otros estimulantes; taquicardia e hipertensión; conducta agresiva, errática o violenta. Con base en lo observado, hay que decidir y manejar siguiendo las pautas establecidas en la guía:

- Administrar diazepam en dosis progresivas hasta lograr un ligero estado de sedación.
- Si los síntomas psicóticos no responden a las benzodiazepinas, entonces considere el uso de antipsicóticos a corto plazo.
- **NO** comience el tratamiento prolongado con antipsicóticos.
- Monitoree cada dos a cuatro horas la tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria, así como la temperatura corporal.

- Si la persona refiere dolor precordial, se registran taquiarritmias, o hay comportamiento violento o incontrolable, derive o traslade al hospital más cercano.
- Hay que vigilar estrechamente la presencia de pensamientos o acciones suicidas.

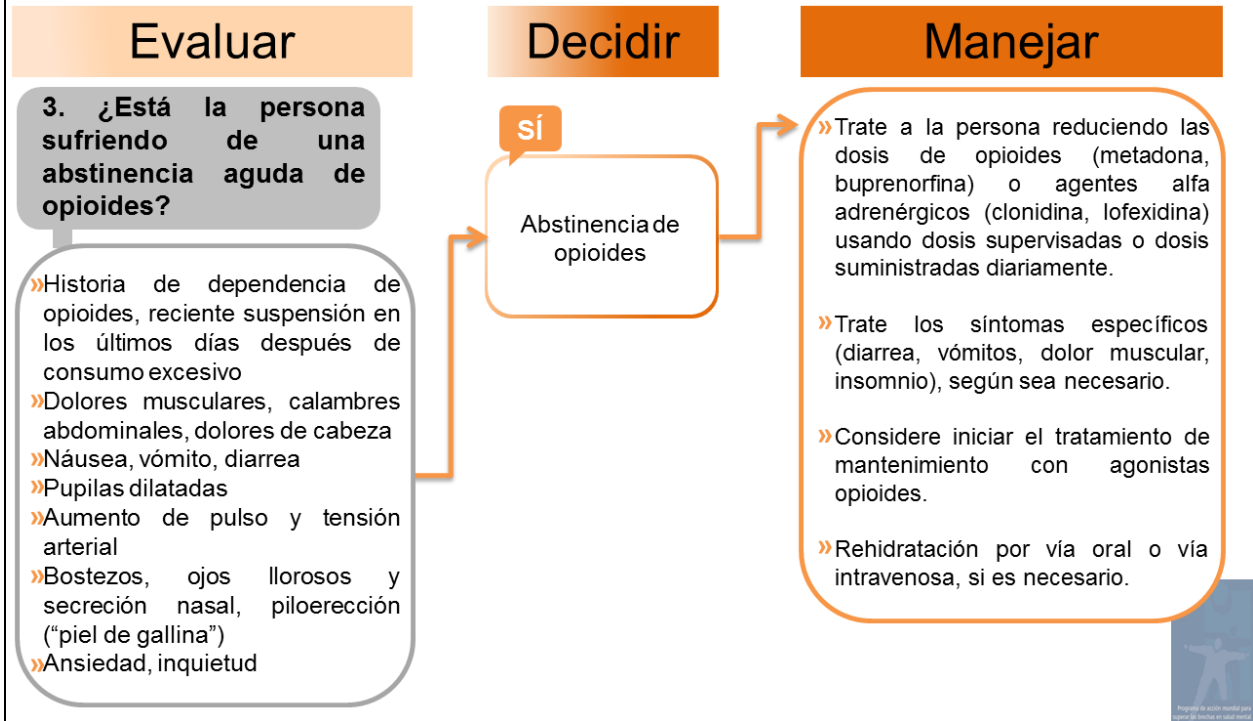


El paso 3 de la sección de emergencias en la Guía mhGAP se orienta a la posibilidad de abstinencia aguda por opioides. La evaluación debe basarse en:

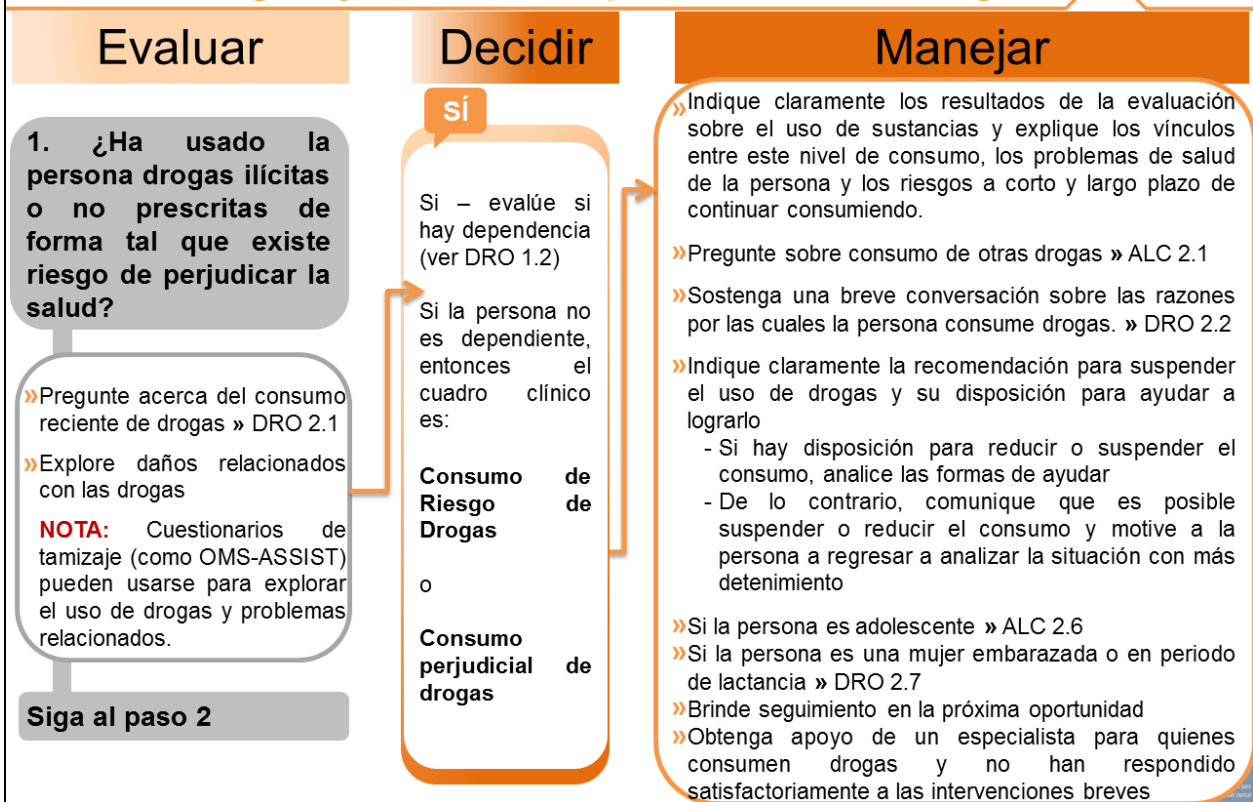
- Suspensión reciente del consumo en personas con antecedentes o historial de dependencia de opioides.
- Sintomatología: mialgia, calambres abdominales, cefalea, náusea, vómito, diarrea, midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, bostezos, lagrimeo, rinorrea, piloerección, ansiedad e inquietud

Con base en la observación, la Guía mhGAP establece aspectos básicos para el manejo:

- Disminuir administración de opioides o agentes alfa-adrenérgicos, con dosis supervisadas o de suministro diario.
- Tratamiento sintomático según sea necesario
- Es posible que sea conveniente iniciar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides.
- Hay que vigilar de manera estrecha el grado de hidratación de la persona



La Guía mhGAP también es útil para abordar el consumo actual. Hay que indagar sobre el consumo reciente de drogas y en la sección DRO 2.1 de la Guía mhGAP se presentan los detalles de cómo hacerlo. También hay que explorar la presencia y la posibilidad de daños producidos por el consumo.

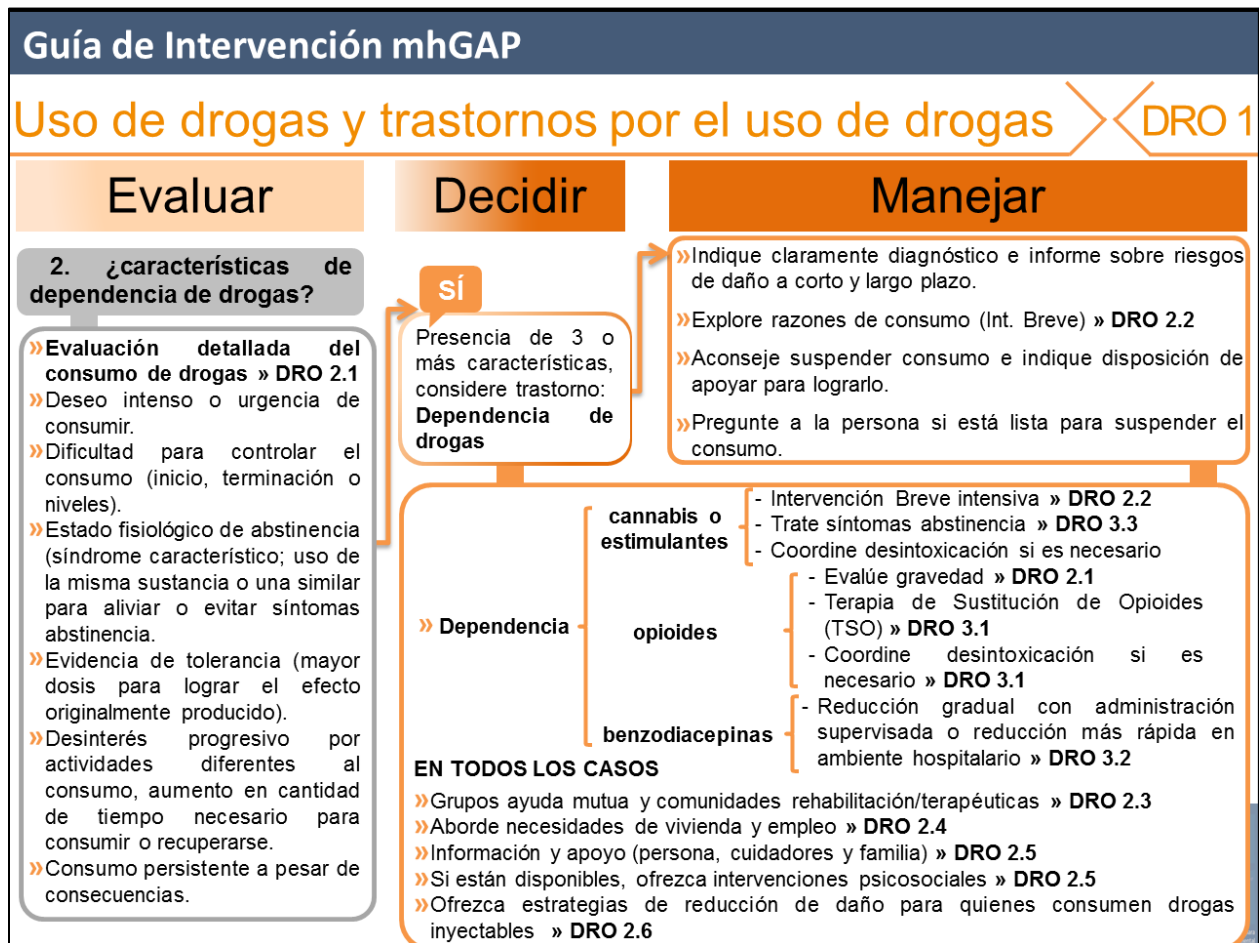


En este punto es muy útil aplicar de cuestionarios de detección y tamizaje, como el ASSIST. Si se detecta consumo reciente de drogas, hay que evaluar y decidir respecto a la posible dependencia de drogas. Para esto sirve el paso siguiente (paso 2), donde se detalla cómo identificar las características de la dependencia. Si la persona no es dependiente entonces puede considerar: consumo de riesgo o perjudicial de drogas.

Para el manejo considere lo siguiente:

- Indique claramente los resultados de la evaluación sobre el consumo de drogas y explique cómo se relaciona esto con los problemas de salud de la persona que consume, así como los riesgos a corto y largo plazo si continúa así. **Aproveche la ficha de los daños asociados al consumo de drogas que aparece en la tarjeta de reporte de retroalimentación de la prueba ASSIST.**
- Pregunte acerca del consumo de varias sustancias, por ejemplo alcohol (ver sección ALC 2.1 de la Guía mhGAP).
- Sostenga una conversación breve acerca de por qué la persona consume drogas. Para conocer los detalles, hay que revisar la sección DRO 2.2, que es sobre Intervenciones Breves.
- Indique claramente la recomendación para suspender el consumo de drogas y señale la disposición de usted para ayudar a la persona a lograrlo.

- Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de drogas, entonces analice las formas de lograr este objetivo.
- De lo contrario, comuníquelo con confianza que es posible suspender o reducir el consumo de riesgo de sustancias nocivas y motive a la persona a regresar si desea analizar el problema más detenidamente.
- Si la persona es adolescente, refiérase a la sección correspondiente: ALC 2.6.
- Si es una mujer que está embarazada o en periodo de lactancia, refiérase a DRO 2.7.
- Brinde seguimiento en la próxima oportunidad.
- Obtenga el consejo de un especialista para las personas que actualmente consumen drogas y que no han respondido a las intervenciones breves.



Si la persona ha usado drogas recientemente, evalúe si existen características de dependencia de drogas. Busque si es están presentes algunas de las siguientes:

- Intenso deseo o urgencia por consumir drogas.
- Dificultades para controlar el consumo de drogas (ya sea por comenzar, suspenderlo o consumir más de lo planeado).
- Síntomas fisiológicos del síndrome de abstinencia o supresión.
- Tolerancia: se requieren cada vez mayores dosis de la droga para lograr los efectos originales.

- Desinterés progresivo por actividades diferentes al consumo y aumento en la cantidad de tiempo usado para conseguir y consumir la droga, así como para recuperarse de sus efectos.
- Consumo persistente a pesar de que existe clara evidencia de consecuencias perjudiciales, por ejemplo para la salud.

Hay que decidir el manejo con base en la presencia de 3 o más de estas características mencionadas. Es importante dirigir el manejo de la dependencia, de acuerdo a la sustancia en cuestión:

- **Cannabis o estimulantes:**

- Brinde una intervención breve más intensiva (es decir, hasta 3 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una). Revise la sección DRO 2.2 para consultar los detalles.
- Trate los síntomas de abstinencia. Revise la sección DRO 3.3 para consultar los detalles.
- Coordine la desintoxicación si es necesario.

- **Opioides:**

- Evalúe la gravedad de la dependencia (para esto puede consultar la sección DRO 2.1)
- Valore la prescripción de tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, también conocido como terapia de sustitución de opioides (TSO). Revise la sección DRO 3.1 para consultar los detalles.
- Coordine la desintoxicación si es necesario.

- **Benzodiacepinas:**

- Indique la reducción gradual con administración supervisada, o reducción más rápida en un ambiente hospitalario. Revise la sección DRO 3.2 para consultar los detalles.

En todos los casos:

- Considere apoyarse en grupos de ayuda mutua y comunidades de rehabilitación/terapéuticas. Revise la sección DRO 2.3 para consultar los detalles.
- Aborde las necesidades de vivienda y empleo. Revise la sección DRO 2.4 para consultar los detalles.
- Ofrezca información y apoyo a la persona, los cuidadores y miembros de la familia. Revise la sección DRO 2.5 para consultar los detalles.
- Si están disponibles, ofrezca intervenciones psicosociales, tales como consejería o terapia familiar, consejería o terapia para la solución de problemas, terapia cognitivo conductual, terapia de refuerzo motivacional o terapia para el manejo de contingencias. Revise la sección INT (Intervenciones Psicosociales Avanzadas) para consultar los detalles.
- Ofrezca estrategias de reducción de daño para personas que se inyectan drogas. Revise la sección DRO 2.6 para consultar los detalles.

Adicionalmente:

- Indique claramente el diagnóstico e informe sobre los riesgos de daño a corto y largo plazo.
- Explore las razones por las cuales la persona consume drogas, usando técnicas de intervención breve. Revise la sección DRO 2.2 para consultar los detalles.

- Aconseje a la persona suspender por completo el consumo de droga(s) e indique su intención de apoyar en el proceso para lograrlo.
- Pregunte a la persona si está lista para suspender el consumo de droga(s).

Pregunte e indague sobre la historia de consumo de drogas, los aspectos a explorar durante el examen y las pruebas a considerar.

Guía de Intervención mhGAP

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas DRO 2

Detalles de la Intervención

2.1 Evaluación

Pruebas a considerar

Historia de consumo de drogas

Pregunte/indague sobre:

- » Uso de drogas, tal vez después de preguntar primero sobre alcohol, tabaco y otras relevantes para el contexto cultural.
- » Patrón de consumo y conductas asociadas al uso de drogas.
- » Inicio y evolución del consumo de drogas.
- » Daños causados por el consumo (lesiones, conducir bajo los efectos, problemas de interrelaciones, inyección y riesgo asociados, problemas legales/financieros, conductas sexuales de riesgo, etc.)
- » Posible dependencia (tolerancia, síndrome de supresión o retirada, dificultad para controlar/suspender el consumo, ansia por consumir, etc.)

Aspectos a explorar durante el examen

- » **Señales de inyección**
- » **Apariencia física y estado mental**
- » **Complicaciones por inyectarse drogas**
- » **Otras condiciones asociadas con el uso**
- » **Presencia de intoxicación y abstinencia:**

- » Detección en orina
- » Serología viral
- » Pruebas ITS
- » Baciloscopia (esputo)

	Intoxicación	Abstinencia
Opioides	so m n o l e n c i a , " a t u r d i m i e n t o " , b r a d i l a l i a , m i o s i s y b r a d i p n e a	ansiedad, midriasis, calambres abdominales, bostezos, rinorrea, piloerección
Benzodicepinas	sedación, bradilalia y lenguaje mal articulado, respiración deprimida	ansiedad y agitación, calambres musculares y abdominales, taquicardia e hipertensión, insomnio y (cuando es grave) convulsiones y delirio
Estimulantes	h i p e r a c t i v i d a d , v e r b o r r e a y m i d r i a s i s	fatiga inicial, aumento del apetito, irritabilidad, depresión emocional y ansiedad
Marihuana	conjuntivas rojas, y reacciones retardadas	alteración en estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares

La guía mhGAP establece las técnicas de la intervención breve. En ellas reconoce las formas de hablarle a la persona sobre el uso de sustancias.

Detalles de la Intervención



Intervenciones Psicosociales

2.2 Técnicas de intervención breve

Formas de hablarle a la persona sobre el uso de sustancias:

- » Involucra a la persona en una discusión sobre su consumo de sustancias de tal manera que pueda hablar sobre los beneficios percibidos y el daño real y/o potencial por el consumo de sustancias, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona.
- » Dirija la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos de la sustancia, cuestionando los beneficios alegados, y traiga a colación algunos de los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados.
- » Evite entrar en conflicto con la persona y, si encuentra resistencia, trate de expresarse en una forma diferente – tratando, en la medida de lo posible, de que ella llegue a entender el impacto real del consumo de la sustancia en su vida en ese momento.
- » Motive a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de uso de sustancias, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del actual patrón de consumo.
- » Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de sustancias, entonces pídale que regrese, tal vez con un familiar o amigo para analizarlo en más detalle.

2.3 Grupos de ayuda mutua

Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de drogas a formar parte de un grupo de ayuda mutua (auto-ayuda), por ejemplo, Narcóticos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.



Es importante involucrar a la persona en el diálogo sobre el consumo de sustancias de tal forma que se hable de los beneficios percibidos y el daño real y potencial generado por el consumo de sustancias, teniendo en consideración las cosas que son más importantes para esa persona.

Se sugiere dirigir la conversación hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos del consumo de la sustancia, cuestionando los beneficios y subrayando los aspectos negativos que están siendo subestimados.

Es importante evitar entrar en conflicto con la persona y expresarse de forma diferente ante la resistencia, tratando de que llegue a entender el impacto real del consumo en su vida en ese momento.

El profesional debe motivar a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de uso de sustancias, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del actual patrón de consumo.

Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de sustancias, el profesional le pide que regrese, tal vez con un familiar o amigo para analizarlo a mayor detalle.

Es recomendado aconsejar a la persona que tiene dependencia a drogas que se integre a un grupo de ayuda mutua (auto-ayuda), considerando facilitar el contacto inicial, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

En los detalles de la intervención se solicita abordar las necesidades de vivienda y empleo. Donde sea posible trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), basado en las necesidades y nivel de habilidades de la persona.

Si existe disponibilidad se pide trabajar con las agencias locales y recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o de apoyo, así como centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el modo óptimo de residencia, es importante considerar detenidamente la capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

En el apoyo a familiares y cuidadores, se recomienda analizar con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo de drogas y los trastornos por el consumo de drogas tienen sobre ellos mismos y otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias, se sugiere:

Ofrecer una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental. Ofrecer información y educación acerca del consumo de drogas y los trastornos por ese consumo. Ayudar a identificar las fuentes de estrés relacionadas con el consumo de drogas, explorar métodos de afrontamiento y promover conductas de afrontamiento efectivas. E informar a la persona y ayudarla a acceder a grupos de apoyo y otros recursos sociales.

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.4 Abordar necesidades de vivienda y empleo

- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), basado en las necesidades y nivel de habilidades de la persona.
- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencias de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el modo óptimo de residencia, considere detenidamente la capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

2.5 Apoyo a familias y cuidadores

Analice con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas tienen sobre ellos mismos y otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias:

- » Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- » Ofrezca información y educación acerca del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.
- » Ayude a identificar las fuentes de estrés relacionadas con el consumo de drogas; explore métodos de afrontamiento y promueva conductas de afrontamiento efectivas.
- » Informe a la persona y ayúdela a acceder a grupos de apoyo (por ejemplo, grupos de auto ayuda para familias y cuidadores) y a otros recursos sociales.

También se recomiendan estrategias para la reducción del daño. Aconseje sobre los riesgos de la inyección e drogas. Ofrezca información sobre las técnicas de inyección de menor riesgo y la importancia de utilizar un equipo e inyección estéril. Ofrezca información sobre como tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringuillas, si existieran, o a otras fuentes de equipos de inyección estéril. Siempre que sea posible, promueva y ofrezca pruebas para enfermedades virales de transmisión sanguínea. Ofrezca apoyo psicosocial y tratamiento para complicaciones por el uso de drogas y para otros problemas médicos y psiquiátricos, aún si en este momento la persona no desea dejar de consumir sustancias. Cuando se haya establecido una relación a lo largo del tiempo, se deben intensificar los esfuerzos para animar a las personas que se inyectan drogas a recibir tratamiento para sus trastornos por consumo de drogas.

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.6 Estrategias de reducción de daño

- » Aconseje sobre los riesgos de la inyección de drogas.
- » Ofrezca información sobre las técnicas de inyección de menor riesgo y la importancia de utilizar un equipo de inyección estéril.
- » Ofrezca información sobre cómo tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringuillas, si existieran, o a otras fuentes de equipos de inyección estéril.
- » Siempre que sea posible, promueva y ofrezca pruebas para enfermedades virales de transmisión sanguínea.
- » Ofrezca apoyo psicosocial y tratamiento para complicaciones por el uso de drogas y para otros problemas médicos y psiquiátricos, aún si en este momento la persona no desea dejar de consumir sustancias.
- » Cuando se haya establecido una relación a lo largo del tiempo, se deben intensificar los esfuerzos para animar a las personas que se inyectan drogas a recibir tratamiento para sus trastornos por consumo de drogas.

2.7 Mujeres – embarazo y lactancia

- » Indague acerca del ciclo menstrual e informe que el consumo de drogas puede interferir en el ciclo menstrual, creando algunas veces la falsa impresión que no es posible quedar embarazada.
- » Aconseje y apoye a las embarazadas a que suspendan por completo el consumo de drogas. Se debe informar a las embarazadas con dependencia a opioides, que deben usar un reemplazo agonista opiode, por ejemplo, metadona.
- » Explore a los bebés de madres con trastornos por consumo de drogas para detectar síntomas de abstinencia, que se debe tratar con dosis bajas de opioides (tal como morfina) o barbitúricos.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están amamantando a no consumir ninguna droga psicoactiva.
- » Aconseje y apoye a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar exclusivamente por lo menos los 6 primeros meses, a menos que un especialista recomiende que no debe amamantar.
- » Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias perjudiciales y a los niños pequeños, los servicios de apoyo que estén disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y el cuidado del niño durante las visitas médicas.

En el caso de mujeres, en embarazo y lactancia indague acerca del ciclo menstrual e informe que el consumo de drogas puede interferir en el ciclo menstrual, creando algunas veces la falsa impresión de que no es posible quedar embarazada. Aconseje y apoye a las embarazadas a que suspendan por completo el consumo de drogas. Se debe informar a las mujeres embarazadas con dependencia a opioides que deben usar un reemplazo agonista opiode como la metadona. Explore a los bebés de madres con trastornos por consumo de drogas para detectar síntomas de abstinencia, que se debe tratar con dosis bajas de opioides o barbitúricos. Aconseje y apoye a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar exclusivamente por lo menos los seis primeros meses, a menos que un especialista recomiende que no debe amamantar. Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias perjudiciales y

a los niños pequeños, los servicios de apoyo que estén disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y el cuidado del niño durante las visitas médicas.

La información se presenta como herramientas para ayudar a lograr que las personas suspendan el consumo de opioides. En la Guía mhGAP el suspender el consumo se refiere como abstinencia.

Guía de Intervención mhGAP

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas > DRO3

Detalles de la Intervención Farmacoterapia

3.1 Tratamiento para la abstinencia de opioides

! Precaución: en personas que reinician el uso de opioides, hay gran riesgo de sobredosis

Suspender el consumo es más fácil cuando existe un plan para ser admitido en un programa residencial de rehabilitación. Alternativamente, se puede considerar a la persona para el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (metadona o buprenorfina).

Cuando se toma la decisión de suspender el consumo, informe acerca de los síntomas esperados, la duración del proceso de abstinencia, y seleccione uno de los siguientes:

- » **Metadona:** oral, dosis inicial: 15-20 mg/día. Si es necesario, aumentar a 30mg/día y posterior disminución gradual en el transcurso de 3 a 10 días. Hay que tener especial cuidado por sedantes que se hayan prescrito a la persona.
- » **Buprenorfina:** sublingual (4-16 mg/día x 3 a 14 días). Antes de iniciar tratamiento hay que esperar a que sean evidentes síntomas de abstinencia (por lo menos 8 horas después de la última dosis de heroína y 24 – 48 horas de la última dosis de metadona. Hay que tener especial cuidado por sedantes que se hayan prescrito a la persona.
- » **Clonidina o lofexidina:** se administra a un rango de dosis de 0.1 – 0.15 mg, 3 veces al día (de acuerdo con el peso corporal). Se pueden presentar síntomas de mareo y sedación. Hay que dar tratamiento sintomático (antieméticos, analgésicos simples, y sedantes ligeros). Es muy importante el monitoreo estrecho de la tensión arterial.

Es necesario actuar con precaución antes de suspender el consumo de opioides, especialmente en los casos en los cuales se inyectan. Suspender el consumo hace que se reduzca la tolerancia a los opioides y si se reinicia su uso, la persona estará en riesgo de sobredosis.

Es más fácil ayudar a la persona a suspender el consumo cuando existe un plan para ingresar en un programa residencial de rehabilitación. Alternativamente, se puede considerar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (metadona o buprenorfina).

Cuando se toma la decisión de suspender el consumo, informe acerca de los síntomas esperados y la duración del proceso de abstinencia, y seleccione uno de los siguientes:

Buprenorfina: se administra por vía sublingual, a dosis de 4 – 16 mg por día durante 3 a 14 días. Antes de iniciar el tratamiento es importante esperar hasta que sean evidentes los síntomas y señales de abstinencia de opioides (por lo menos 8 horas después de la última dosis

de heroína y por lo menos 24 – 48 horas después de la última dosis de metadona) debido al riesgo de precipitar un síndrome de abstinencia o supresión. Se debe tener especial cuidado si se han prescrito otros sedantes a la persona.

Metadona: se administra oralmente en dosis inicial de 15 – 20 mg, aumentando, si fuera necesario, a 30 mg por día, y luego se disminuye gradualmente en el transcurso de 3 a 10 días. También hay que tener especial cuidado si se han prescrito otros sedantes a la persona.

Clonidina o lofexidina: se administra en dosis de 0.1 – 0.15 mg, 3 veces al día (de acuerdo con la masa corporal). Se pueden presentar síntomas de mareo y sedación. Se debe administrar tratamiento sintomático para náusea, dolor e insomnio. Hay que monitorear estrechamente la tensión arterial.


Es importante comprender la diferencia entre abstinencia (lo que en el manual se usa para referirse a suspender el consumo) y el síndrome de abstinencia o supresión, el cual se presenta de manera no planificada, al suspender abruptamente el consumo de opioides cuando se ha desarrollado dependencia. En algunos países la buprenorfina o la metadona no están disponibles. Puede ser que existan algunos fármacos autorizados para el manejo a largo plazo para suspender el consumo de opioides. Recientemente, Cochrane publicó una revisión sistemática de la literatura que concluyó que la clonidina y lofexidina son más efectivas que el placebo, y mostraron eficacia similar a la metadona. Además, ésta última se asoció con menos efectos secundarios que la clonidina, y la lofexidina tiene un mejor perfil de seguridad que la clonidina. (Fuente: Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD002024. DOI: 10.1002/14651858.CD002024.pub5)

Determine los detalles de la intervención para la abstinencia de benzodiazepinas, y abstinencia a otras drogas.

3.2 Tratamiento para la abstinencia de benzodiazepinas

! **Precaución:** *evite prescribir benzodiazepinas a pacientes ambulatorios de quienes no se tenga historial clínico.*

El tratamiento efectivo utiliza una disminución gradual de la dosis durante 8 – 12 semanas y posteriormente mediante benzodiazepinas de acción prolongada, conjuntamente con apoyo psicosocial.

Si se presentan síntomas graves incontrolados debido a la abstinencia de benzodiazepinas (o si se presentan en una forma no planificada después de la suspensión repentina de estas drogas): **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**  o a otro experto disponible para el inicio de un régimen de sedación con altas dosis de benzodiazepinas y hospitalización.

3.3 Abstinencia a otras drogas (anfetaminas, marihuana, cocaína)

- » Trate los síntomas de abstinencia a medida que surgen, por ejemplo trate la náusea con antieméticos, el dolor con analgésicos simples y el insomnio con sedantes ligeros.
- » Mantenga la hidratación.
- » Evite constreñir a la persona.
- » Permita que la persona abandone el centro de tratamiento si así lo desea.
- » Después de la abstinencia o durante el período de abstinencia se pueden presentar síntomas depresivos y la persona puede tener una depresión preexistente. Esté pendiente del riesgo de suicidio.

Verifique el tratamiento continuo y posterior a la desintoxicación y el mantenimiento con agonistas opioides.



3.4 Tratamiento continuo y apoyo posterior a la desintoxicación

Ofrezca a todas las personas tratamiento continuo, apoyo y monitoreo después de una desintoxicación exitosa, sin tomar en cuenta el entorno en que se produjo.

3.5 Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (también conocido como tratamiento de sustitución de opioides)

Mantenimiento con agonistas opioides: requiere la presencia de un esquema de regulación establecido (estos medicamentos no se deben prescribir en ausencia de dicho esquema). Se caracteriza por la prescripción de opioides de acción prolongada, tales como la metadona y la buprenorfina, generalmente con supervisión diaria. Existe sólida evidencia que el tratamiento de mantenimiento con agonistas como la metadona y la buprenorfina reduce efectivamente el uso de drogas ilícitas, la mortalidad, la propagación del VIH y la criminalidad, y mejora la salud física y mental y el funcionamiento social.

Monitoreo: Los medicamentos usados en el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides están sujetos a abuso y uso indebido; por lo tanto, los programas utilizan varios métodos para limitar el riesgo del uso indebido, incluyendo el consumo supervisado.



FARMACOTERAPIA

- 1.1 La decisión de prescribir un tratamiento farmacológico debe tener en cuenta los beneficios y riesgos potenciales para cada paciente. Los profesionales de la salud deben hablar con los pacientes, los miembros de la familia o las personas que se ocupan de ellos acerca de estos beneficios y riesgos potenciales.
- 1.2 Los prestadores de servicios de salud deben tener presente que los medicamentos tienen un papel importante en la relación médico-paciente y deben hacer un esfuerzo para incorporar, involucrar y conseguir la colaboración del paciente en relación con la medicación prescrita. Se deben debatir y tener en cuenta las implicaciones psicológicas de recibir farmacoterapia.
- 1.3 En general, los profesionales de la salud y los pacientes deben tener presente que la mayoría de los trastornos psiquiátricos pueden abordarse eficazmente mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La decisión de prescribir un psicofármaco no descarta que también estén indicadas las intervenciones psicológicas o psicosociales. Los datos probatorios indican sistemáticamente que la combinación del tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales suele estar asociada a mejores resultados. En consecuencia, los profesionales de la salud no deben considerar pasivamente a los medicamentos como la única estrategia terapéutica; ni los pacientes deben recibir un mensaje sugiriendo que se pueden lograr modificaciones del pensamiento, del estado de ánimo y de la conducta solo por medios

²⁰³ Organización Mundial de la Salud. (2009). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

farmacológicos. Los planes de tratamiento articulados, comprensivos e individualizados pueden representar la mejor opción terapéutica.

- 1.4 En general, las prescripciones no deben extenderse antes de haber realizado una evaluación clínica detallada y sin haber estudiado previamente los mecanismos psicológicos subyacentes de los síntomas.
- 1.5 Hay que dejarle claro al paciente que el tratamiento es por un período planificado con antelación, que puede estar relacionado con las propiedades farmacológicas del medicamento empleado y/o con la enfermedad que se está tratando.
- 1.6 El ajuste de la dosis de la mayoría de los tratamientos farmacológicos utilizados en los trastornos mentales debe hacerse gradualmente, especialmente en los adultos mayores y en los pacientes con enfermedades concomitantes. Debe recetarse la dosis eficaz mínima, basándose en una evaluación de la dosis requerida para tratar los síntomas presentes y de la situación social, psicológica y geográfica del paciente; es decir, un paciente de una zona rural que debe hacer un viaje arduo para obtener el tratamiento requerirá un suministro mayor que aquellos que tengan más facilidad para llegar a una farmacia.

Farmacoterapia

Principios básicos para la prescripción

(1 de 3)

- Se deben tener en cuenta beneficios y riesgos potenciales para cada paciente
- Se debe hacer un esfuerzo para incorporar, involucrar y conseguir la colaboración del paciente en relación con la medicación prescrita
- La mayoría de los trastornos psiquiátricos pueden abordarse eficazmente mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas conjuntamente
- La prescripción no debe extenderse antes de haber realizado una evaluación clínica detallada
- Establecer claramente el periodo por el que se tiene planeado aplicar el tratamiento
- Realizar ajustes graduales de dosis, con base en la dosis eficaz mínima y la evaluación de la dosis requerida para tratar la sintomatología

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2009). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington DC

- 1.7 Las pautas posológicas incluidas en esta publicación se basan principalmente en datos procedentes de países occidentales, por consiguiente los profesionales de la salud que receten psicofármacos a sus pacientes en otras partes del mundo deben estar atentos a las diferencias

individuales y étnicas en el metabolismo de los medicamentos. Los prestadores de servicios de salud siempre deben consultar la información referente a la prescripción o las instrucciones nacionales o locales. El término “miligramos” se ha abreviado como mg en todo el texto.

- 1.8 Los pacientes deben tener información acerca de los posibles efectos secundarios, así como de las medidas que deben tomarse para su manejo, es decir, reducir la dosis y tranquilizar al paciente ya que algunos de estos efectos secundarios son pasajeros.
- 1.9 Los profesionales de la salud deben conocer todas las sustancias, tanto médicas como no médicas, que el paciente esté tomando y las interacciones posibles. Por ejemplo, el alcohol y las benzodiazepinas no deben tomarse simultáneamente.
- 1.10 Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que algunos fármacos utilizados para los trastornos mentales están bajo control internacional. El uso de medicamentos bajo control internacional está regulado por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, 1971 (Naciones Unidas). Además del control internacional, el uso de algunos medicamentos puede estar bajo control nacional. Los prestadores de servicios de salud deben tener conciencia de que la reglamentación farmacéutica internacional, nacional, regional y local debe ser estrictamente acatada.
- 1.11 Los profesionales de la salud deben vigilar regularmente el consumo de medicamentos y deben preguntar específicamente qué cantidad se ha tomado. Es normal que el cumplimiento terapéutico de los pacientes varíe de unos a otros.
- 1.12 En la elección de un medicamento concreto, los profesionales de la salud deben considerar la disponibilidad y la continuidad del suministro. En situaciones en las que la continuidad del suministro de un medicamento tiene probabilidades de ser interrumpido, debe evitarse su uso.

- Además de las recomendaciones internacionales estandarizadas, es necesario asegurarse si existen adecuaciones de la posología para cada realidad local
- Se debe comunicar de manera sencilla, información acerca de posibles efectos secundarios y las medidas que podrían tomarse para atenderlos
- Los profesionales de la salud deben conocer los fármacos y sustancias que el paciente consume, así como sus posibles interacciones farmacológicas
- Se debe acatar la reglamentación farmacéutica internacional, nacional, regional y local
- Se debe vigilar el cumplimiento y la adherencia al tratamiento
- Para la selección de un medicamento, se debe tomar en cuenta disponibilidad y continuidad del suministro

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2009). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington DC

- 1.13 Los prestadores de servicios de salud deben tomar conciencia de que los antecedentes de intento de suicidio o el simple pensamiento son indicadores importantes de un posible comportamiento suicida. A estos pacientes se les debe preguntar específicamente acerca del suicidio; si existiera la mínima posibilidad, los prestadores de servicios de salud deben limitar la cantidad de medicamentos prescritos y elaborar un régimen en el que haya vigilancia clínica frecuente y también seguimiento por parte de miembros de la familia y amigos.
- 1.14 En la historia clínica, los prestadores de servicios de salud siempre deben tener en cuenta los antecedentes de abuso de sustancias, incluido el abuso de psicofármacos. Esta información debe tenerse presente a la hora de recetar psicofármacos.
- 1.15 La suspensión de los psicofármacos debe hacerse gradualmente (25% de la dosis por semana).
- 1.16 En general, debe evitarse la politerapia. El término politerapia define el uso concurrente de dos o más medicamentos pertenecientes a la misma clase farmacológica (por ejemplo dos o más antipsicóticos o dos o más antidepresivos).

- Se deben tomar en cuenta los antecedentes de intento e ideación suicida, y en su caso instalar las medidas preventivas correspondientes, involucrando a familiares y cuidadores
- Se deben tener en cuenta los antecedentes de consumo de drogas, incluyendo los psicofármacos
- La suspensión de psicofármacos debe hacerse gradualmente (25% de la dosis por semana)
- Debe evitarse la politerapia (uso concurrente de dos o más medicamentos pertenecientes a la misma clase farmacológica, por ejemplo dos o más antipsicóticos o dos o más antidepresivos)

AGENTES FARMACOLÓGICOS PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

Los agentes farmacológicos son uno de los varios elementos que están disponibles para ayudar a las personas con trastornos por consumo de drogas. Aunque su prescripción corresponde solamente a algunos de los profesionales de la salud, su utilización debe hacerse como parte de un plan integral de tratamiento multidisciplinario y no como la única intervención o prestación que se otorgue a las personas con problemas por consumo de drogas²⁰⁴. Por sus características, varios medicamentos requieren ser manejados con cuidado y tomando en cuenta los potenciales beneficios, así como posibles efectos secundarios e interacciones, tanto con otros medicamentos como con alcohol, tabaco y otras drogas.

Actualmente se cuenta con medicamentos que pueden ser útiles en el manejo de los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Dependiendo de la realidad local de cada país, algunos están disponibles con diferentes nombres comerciales y presentaciones. La información aquí presentada es solamente para referencia y es responsabilidad de los profesionales de la salud la prescripción de los medicamentos específicos, así como mantenerse actualizados al respecto.

Acamprosato. Es un análogo del GABA que tiene efectos moduladores en el sistema glutamatérgico a través del NMDA y se asocia con la reducción de los síntomas de supresión o abstinencia al alcohol como ansiedad, inquietud e insomnio²⁰⁵. Diversos estudios han mostrado la efectividad del acamprosato en comparación con placebo. Un meta-análisis de 20 ensayos clínicos que incluyó a 4,087 pacientes reportó mayores tasas de suspensión del consumo²⁰⁶ en personas tratadas con acamprosato a los tres, seis y doce meses. La posología recomendada²⁰⁷ es de 1998 mg/día, dividida en tres tomas, preferentemente pre-prandial; se alcanzan niveles plasmáticos estables después de impregnación por siete días, y el tratamiento habitualmente dura más de un año. Al combinarse con naltrexona²⁰⁸ o disulfiram²⁰⁹ su efectividad se incrementa. Se llegan a reportar efectos secundarios como diarrea y vómito, limitados a los primeros días de tratamiento, así como también alteraciones del deseo sexual. Estos efectos suelen desaparecer en el curso de las primeras dos semanas.

Bupropion. Para suspender el consumo de tabaco, se recomienda iniciar el tratamiento una a dos semanas antes del día previamente seleccionado para dejar de fumar, con una dosis

²⁰⁴ Power ,E., Nishimi, R., & Kizer, K. (2005). *Evidence-Based Treatment Practices for Substance Use Disorders*. National Quality Forum: Washington, DC

²⁰⁵ Clinical Addiction Research and Education Unit Section of General Internal Medicine. (2006). Pharmacotherapy for Alcohol Dependence. Boston University Schools of Medicine and Public Health disponible en: http://www.bu.edu/act/mdalcoholtraining/related_curricula.html recuperado el 22 de abril de 2016

²⁰⁶ Mann, K., Lehert, P., & Morgan, M. (2004). The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (1), 51 – 63.

²⁰⁷ Arias, F. & Ochoa, E. (2010). Guía Farmacológica Específica en Adicciones. En: C. Pereiro (Ed). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 733 – 774). Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

²⁰⁸ Kiefer, F.& Wiedemann, K. (2004). Combined therapy: what does acamprosate and naltrexone combination tell us? *Alcohol*, 39 (6), 542 – 547.

²⁰⁹ Besson, J., Aeby, F., Kasas, A., Lehert, P., & Potgieter, A. (1998). Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res*, 22 (3), 573 – 579.

inicial²¹⁰ de 150 mg/día, durante seis días y posteriormente 300 mg/día (en dos dosis separadas por un intervalo de ocho horas para prevenir una excesiva concentración plasmática). Habitualmente el tratamiento dura entre 7 y 12 semanas desde el día que se seleccionó para dejar de fumar. Dentro de los beneficios observados, se ha reportado que el tratamiento con bupropion puede ayudar a controlar la posible ganancia de peso por suspender el consumo de tabaco²¹¹. Se desaconseja la toma nocturna por la posibilidad de alteraciones del sueño y se debe tener en cuenta la precaución por las posibles interacciones farmacológicas con otros fármacos que pudieran disminuir el umbral convulsivo: antipsicóticos, antidepresivos, antipalúdicos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos sedantes.

Se ha demostrado la efectividad del bupropion en reducir los síntomas por abstinencia o supresión de tabaco^{212,213}. Un ensayo controlado encontró que el tratamiento con bupropion ayudó a disminuir los síntomas de abstinencia o supresión por cannabis en usuarios crónicos²¹⁴.

Disulfiram. Se considera un fármaco *antidispotrópico* o *interdictor*, ya que inhibe la aldehído deshidrogenasa (ALDH) hepática e impide el metabolismo del etanol. La dosis habitual recomendada²¹⁵ es de 250 mg/día, aunque algunos pacientes pueden requerir 400 – 500 mg/día²¹⁶. El efecto terapéutico comienza 12 horas después de la administración y persiste hasta tres días después de haberse suspendido. La vía de administración habitual es oral y se sugiere mantener el esquema de tratamiento durante 6 a 12 meses. El disulfiram no ha demostrado que produzca mayores índices de suspensión del consumo, pero sí menos días de consumo, dependiendo del apego al tratamiento²¹⁷.

²¹⁰ Arias, F. & Ochoa, E. (2010). Guía Farmacológica Específica en Adicciones. En: C. Pereiro (Ed.). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 733 – 774). Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

²¹¹ For, A. F., et al. (2011). Tolerancia y perfil de efectos secundarios de bupropión. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (Supl. 2), 20 – 26.

²¹² Hurt, R. D., Sachs, D. P., Glover, E. D., et al. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*, 337 (17), 1195 – 1202.

²¹³ Jorenby, D. (2002). Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs*, 62 (2), 25 – 35.

²¹⁴ Penetar, D., Looby, A., Ryan, E., Maywalt, M., & Lukas, S. (2012). Bupropion Reduces Some of the Symptoms of Marijuana Withdrawal in Chronic Marijuana Users: A Pilot Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 63 – 71.

²¹⁵ Rodríguez-Martos, A. (2006). Disulfiram y cianamida cálcica. En: *Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos* (pp. 420 – 421). Madrid.

²¹⁶ Arias, F. & Ochoa, E. (2010). Guía Farmacológica Específica en Adicciones. En: C. Pereiro (Ed.). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 733 – 774). Madrid, España: SOCIDROGALCOHOL.

²¹⁷ Fuller, R. & Gordis, E. (2004). Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction*, 99, 21 – 24.

Agentes farmacológicos específicos

DISULFIRAM

- agente aversivo del alcohol, con un efecto más duradero que el de otros fármacos como la cianamida
- **Mecanismo de acción:** Efecto cognitivo disuasorio por inhibir la aldehído deshidrogenasa de forma irreversible
- **Indicaciones:** Dependencia al alcohol
- **Posología:** 250 mg diarios. Algunos pacientes pueden requerir de 400-500 mg/d. Administrar 1-2 comprimidos diarios. Una dosis menor no suele producir la reacción.

Fuente: Arias F, Ochoa E. Guía Farmacológica Específica en Adicciones (Vademécum), en: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

Metadona. Potente agonista opiáceo con vida media de entre 15 y 48 horas que tiene buena absorción por vía oral. Por sus características farmacológicas suprime en forma prolongada el síndrome de abstinencia o supresión de opiáceos. La dosis debe prescribirse en forma individualizada, tomando en cuenta como referencia que 1 mg de heroína equivale a 1 mg de metadona. Por lo tanto, la prescripción fluctúa habitualmente entre 60 y 100 mg/día, y se recomienda comenzar con 20 – 30 mg/día e ir ajustando la dosificación²¹⁸. Las dosis que inicialmente podrían parecer no efectivas, si no se monitorean y controlan adecuadamente pueden generar intoxicación por acumulación en los tejidos²¹⁹. El tratamiento con metadona debe ser parte de un programa integral de atención psico-social para las personas que consumen. No se debe utilizar la dosificación para reforzar o sancionar conductas de los pacientes²²⁰. Es muy importante brindar información completa sobre los beneficios y posibles riesgos para las personas en tratamiento, especialmente en lo que respecta a la intoxicación en los casos de policonsumo de drogas depresoras del Sistema Nervioso Central.

²¹⁸ Fernández, J. (2006). Metadona; Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). En: *Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos* (pp. 424 – 425). Madrid.

²¹⁹ SAMHSA. (2016). Medication-Assisted Treatment of Opioid Use Disorder; Pocket Guide. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville. Available at: <http://store.samhsa.gov/product/SMA16-4892PG?print=true>

²²⁰ Fernández, J., Gutiérrez, E., & Bobes, J. (2003). Tratamientos de mantenimiento con metadona. En: *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona.

Agentes farmacológicos específicos

METADONA

- agonista opiáceo de larga vida media, usado para suspender el consumo de heroína. Es muy eficaz en disminuir el deseo de la persona dependiente por consumir heroína.
- **Mecanismo de acción:** agonista de los receptores opiáceos
- **Indicaciones:** Tratamiento sustitutivo de la dependencia de opiáceos
- **Posología:** Se comienza con dosis de alrededor de 40 mg, con incrementos de 5-10 mg/d.a hasta alcanzar la dosis adecuada, habitualmente entre 80-120 mg. El tratamiento es a muy largo plazo.

Fuente: Arias F, Ochoa E. Guía Farmacológica Específica en Adicciones (Vademécum), en: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

Nalmefeno. Antagonista opioide con estructura química y actividad parecida a la de la naltrexona. Es un fármaco que lleva poco tiempo disponible y aún continúa en estudio. Ha demostrado eficacia y seguridad. La dosis recomendada se sitúa entre 20 y 80 mg por día para tratamiento de trastornos por consumo de alcohol.

Naloxona. Antagonista opiáceo que se une de manera específica y competitiva a los receptores mu (μ), delta (δ) y kappa (κ), por lo que su acción es bastante rápida después de su administración intramuscular, intravenosa o subcutánea (aproximadamente 2 a 3 minutos). No se administra por vía oral, debido al metabolismo hepático de primer paso. Se administra principalmente para revertir la depresión respiratoria por sobredosis de opiáceos; de forma general se refiere que 1 mg de naloxona sirve para bloquear el efecto de 25 mg de heroína, aunque solo por un corto tiempo, y para otros compuestos como metadona, buprenorfina o pentazocina se requieren dosis mayores. La dosificación recomendada es 0.4-2 mg intravenoso en adultos y 0.01 mg/kg de peso en niños²²¹. La falta de respuesta tras la administración de naloxona se considera diagnóstico excluyente de intoxicación por opiáceos.

²²¹ Moro, M. & Leza, J. (2003). Opiáceos (I). Farmacología. Intoxicación aguda. En: P. Lorenzo, J. M., Ladero, J. C., & Leza, I., Lizasoain. *Drogodependencias* (pp. 83 – 101). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Agentes farmacológicos específicos

NALOXONA

- antagonista opioide de vida media muy corta, usado en casos de intoxicación por opiáceos o para detectar consumo reciente de opiáceos, así como también antes de iniciar tratamiento con un antagonista de vida media más larga que desencadenaría un síndrome de abstinencia más grave
- **Mecanismo de acción:** Antagonista opiáceo por unión a receptores mu, epsilon y kappa
- **Indicaciones:** Intoxicación por opiáceos. Prueba de naloxona previa a la inducción con naltrexona
- **Posología:** Vía intravenosa a dosis sucesivas de 0,4-2,0 mg cada 2-3 minutos hasta obtener respuesta en sobredosis de opiáceos. 0.8 mg subcutáneo (sc) en la “prueba de naloxona”.

Fuente: Arias F, Ochoa E. Guía Farmacológica Específica en Adicciones (Vademécum), en: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

Naltrexona. Antagonista, de vida media larga, que desplaza a los opioides que se hayan unido a los receptores correspondientes. Debe administrarse con precaución, ya que en individuos que no han eliminado completamente las drogas opioides puede precipitar síntomas severos y agudos del síndrome de abstinencia o supresión; adicionalmente es necesario considerar que los pacientes que han recibido este tratamiento tendrán tolerancia reducida a los opiáceos, por lo que la exposición subsecuente a dosis previamente toleradas de esas drogas, o aún más pequeñas, podría resultar en sobredosis²²².

La posología recomendada es de 50 mg diarios vía oral. Debe administrarse junto con medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico, y como parte de un programa de tratamiento integral. Se recomienda monitorear la función hepática, sobre todo en presencia de una hepatopatía de base, aunque en general es bastante seguro y no están descritos efectos adversos hepáticos relevantes con las dosis habituales²²³.

²²² SAMHSA. (2016). Medication-Assisted Treatment of Opioid Use Disorder; Pocket Guide. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville. Available at: <http://store.samhsa.gov/product/SMA16-4892PG?print=true>

²²³ Arias, F. & Ochoa, E. (2010). Guía Farmacológica Específica en Adicciones. En: C. Pereiro (Ed.). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 733 – 774). Madrid: SOCIDROGALCOHOL..

Agentes farmacológicos específicos

NALTREXONA

- antagonista de los receptores opioides de vida media larga, utilizado para suspender el consumo de opiáceos y también de alcohol, ya que inhibe el refuerzo positivo asociado al consumo de alcohol que en parte está mediado por el sistema opioide (efecto anti "**priming**")
- **Mecanismo de acción:** antagonista competitivo de los receptores mu opioides, y menos potente de los receptores kappa y delta opioides
- **Indicaciones:** dependencias de opiáceos, así como de alcohol
- **Posología:** 50 mg diarios via oral. Se recomienda administrar acompañado de medidas para mejorar el cumplimiento terapéutico. Se recomienda monitorear la función hepática, sobre todo en presencia de una hepatopatía de base, aunque en general es bastante seguro y no están descritos efectos adversos hepáticos relevantes con las dosis habituales.

Fuente: Arias F, Ochoa E. Guía Farmacológica Específica en Adicciones (Vademécum), en: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

Nicotina. Se ha reportado que en las personas que fuman, las concentraciones plasmáticas de nicotina oscilan entre 10 y 40 ng/mL, y que con la prescripción de productos que nicotina que logren niveles de entre 5 y 15 ng/mL se pueden evitar los síntomas del síndrome de abstinencia o supresión^{224,225}. Por lo tanto, tomando en cuenta que existen diferentes productos y presentaciones de la terapia sustitutiva con nicotina, el consenso ha generado las siguientes pautas o recomendaciones para prescribir^{226,227}:

Guías recomendadas para la prescripción de terapia sustitutiva con nicotina (TSN)				
Determinaciones		Opciones terapéuticas		
Cigarrillos fumados al día	Puntuación en la escala de Fagerström	Chicle (goma de mascar)	Parche 24 horas	Parche 16 horas
10-19	≤3	2 mg; 8 a 10 piezas/día;	21 mg por 4 semanas	15 mg por 4 semanas

²²⁴ Huhges, J., Stephen, A., & Miller, M. S. (1984). Nicotine gum to help stop smoking. *JAMA*, 252, 2855 – 2858.

²²⁵ Jarvis, M. (1992). The treatment of tobacco dependence. En: Proceedings of the Smoking Cessation Consensus Meeting. Smoking Cessation. *Scientific Meeting*, 6-7.

²²⁶ Jiménez, R. C. A., Solano R. S., González D. J. M., Ruiz, P. M. I., Flórez, M. S., Ramos, P. A., et al. (1999). Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*, 35, 499 – 506.

²²⁷ Jiménez, R. C. A., Ayesta, J., Planchuelo, M. A., Abéngozar, R., Torrecilla, M., Quintas, A. M., et al. (2001). Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab*, 3, 78 – 85.

		durante 8 a 10 semanas	14 mg por 4 semanas	10 mg por 2 a 4 semanas
20 – 30	4 - 6	4 mg cada 90 minutos; durante 12 semanas	21 mg por 6 semanas 14 mg por 4 semanas 7 mg por 2 semanas	15 + 10 mg por 6 semanas 15 mg por 4 semanas 10 mg por 2 semanas
Más de 30	≥ 7	4 mg cada 60 minutos; durante 1 a 2 semanas	21 mg por 6 semanas 14 mg por 4 semanas 7 mg por 2 semanas	15 + 10 mg por 6 semanas 15 mg por 4 semanas 10 mg por 2 semanas

Estos lineamientos deben tomarse como recomendaciones y siempre será necesaria la evaluación individual, así como complementar el tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales integrales. Se debe realizar una valoración integral, especialmente en personas con situaciones especiales como por ejemplo: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, personas con cardiopatías, etc.

Topiramato. Este anticomisial ha sido muy estudiado en su aplicación para tratamiento de trastornos por consumo de drogas. Se requiere cautela en su manejo por el riesgo de efectos adversos cognitivos. Actúa como antagonista del receptor AMPA/Kainato y agonista del receptor GABA_A. Se ha documentado su eficacia en dependencias al alcohol y cocaína, en el control de impulsos y trastorno límite de la personalidad. La posología recomendada²²⁸ es iniciar con 25 mg/día, e incrementar de manera paulatina 25 mg por semana, hasta alcanzar dosis de mantenimiento de 300 mg/día.

En comparación con placebo, se ha documentado la efectividad del topiramato, como tratamiento adjunto, en reducir los días de consumo de alcohol²²⁹. Un meta-análisis²³⁰ encontró que los mayores beneficios se dan para los siguientes parámetros: suspensión del consumo y disminución del consumo en grandes cantidades (heavy drinking).

Vareniclina. Es un agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área ventral del tegmento (ATV)²³¹. Eso significa que, a semejanza de la nicotina, tiene la capacidad de estimular al receptor pero sin producir los mismos efectos. Se ha reportado que, en comparación con placebo, su utilización multiplica por tres las posibilidades de éxito al cabo de un año de seguimiento, y es más eficaz que el bupropion para ayudar a dejar de fumar

²²⁸ Arias, F. & Ochoa, E. (2010). Guía Farmacológica Específica en Adicciones. En: C. Pereiro. (Ed.). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 733 – 774). Madrid: SOCIDROGALCOHOL..

²²⁹ Johnson, B.A., Ait-Daoud, N., Bowden, C. L., DiClemente, C. C., Roache, J. D., Lawson, K., Javors, M. A., & Ma, J. Z. (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 1677 – 1685.

²³⁰ Blodgett, J., Maisel, N., & Finney, J. (2014). A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*; 38 (6), 1481 – 1488.

²³¹ Díaz-Maroto, J. L. & Jiménez, C. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 32, 71 – 82.

tabaco²³². Para usarse²³³, se debe seleccionar una fecha en la que la persona suspenderá el consumo, y una semana antes comenzar con 0.5 mg/ día por los primeros tres días y luego 0.5 mg dos veces al día por los próximos cuatro días. Al comienzo de la segunda semana (cuando se suspenderá el consumo) la dosis aumenta a 1 mg en la mañana y 1 mg en la tarde. Para las personas que presentan problemas con la dosis más alta, se puede usar una dosis más baja durante el esfuerzo para dejar de fumar. Se debe continuar la administración por 12 semanas, y en algunos casos es posible instaurar un tratamiento de refuerzo por 12 semanas más. Se obtienen mayores beneficios si se cuenta con el apoyo de familiares y amigos de la persona que dejará de fumar. Debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de trastornos del ánimo, intentos de suicidio y otros trastornos psiquiátricos.

Agentes farmacológicos específicos

VARENICLINA

- agonista nicotínico utilizado en la dependencia de tabaco
- **Mecanismo de acción:** agonista parcial del receptor nicotínico, con afinidad específica por los receptores de subunidades $\alpha 4\beta 2$
- **Indicaciones:** dependencia de nicotina
- **Posología:** Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar, 0.5mg una vez al día durante los días 1-3, 0.5mg/2 veces al día los días 4-7 y del día 8 hasta el fin de tratamiento, 1mg/2 veces al día. Se recomiendan 12 semanas de tratamiento.

Fuente: Arias F, Ochoa E. Guía Farmacológica Específica en Adicciones (Vademécum), en: Pereiro C (Editor). (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. SOCIDROGALCOHOL: Madrid

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES AVANZADAS²³⁴

Activación conductual. La activación conductual, que también es un componente de la terapia cognitivo conductual para la depresión, es un tratamiento psicológico que se centra en la

²³² Cahill, K., Stead, L. F., & Lancaster, T. (2007). Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 1 Art No CD006103.

²³³ American Cancer Society. (2014). Pasos para dejar de fumar. American Cancer Society. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002970-pdf.pdf>,

²³⁴ Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

programación de actividades para motivar a la persona a que deje de evitar las actividades que son gratificantes. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y para otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica.

Terapia cognitivo conductual (TCC). La terapia cognitivo conductual (TCC) está basada en la idea de que la conducta y el pensamiento afectan las emociones y la autopercepción del usuario. Las personas con trastornos mentales tienden a tener pensamientos irreales o distorsionados que si no se controlan pueden conducir a conductas perjudiciales y estas pueden generar pensamientos y emociones deficientes para una activación conductual saludable. La TCC tiene típicamente un componente conductual donde se planifica el contexto para generar la oportunidad y ocurrencia de ciertos comportamientos y sus consecuencias naturales. Tiene un componente cognitivo (ayudar a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y refutar los pensamientos negativos irreales) que fortalece las conductas saludables. La TCC se ajusta a diferentes problemas de salud mental. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar), trastornos conductuales, trastornos por consumo de alcohol o trastornos por consumo de drogas, y también la recomienda como una opción de tratamiento para la psicosis inmediatamente después de la fase aguda.

Terapia de manejo de contingencias. La terapia para el manejo de contingencias se ha definido como un método estructurado que se enfoca particularmente al diseño de los contextos que disparan la oportunidad de que ocurran ciertas conductas así como en planificar sus recompensas, primero estructuradas en extremo y posteriormente desvanecidas hasta promover la presentación de consecuencias naturales que mantienen su alta probabilidad de ocurrencia. Las conductas que pueden planearse en un programa de manejo de contingencias son acudir al tratamiento, comportarse adecuadamente durante el tratamiento y evitar el uso de sustancias nocivas.. La guía GI-mhGAP la recomienda como una terapia para personas con trastornos por uso de alcohol o trastornos por uso de drogas.

Consejería o terapia familiar. Si fuera factible, la consejería o terapia familiar debe incluir a la persona. Conlleva múltiples sesiones planeadas (usualmente más de seis) durante un período de varios meses. Debe ser ofrecida a familias individuales o a grupos de familias. Tiene funciones de apoyo y funciones educativas o de tratamiento. A menudo incluye estrategias de afrontamiento del familiar con trastornos del comportamiento, la solución de problemas, su participación en el mantenimiento del cambio en el usuario o el trabajo de manejo de crisis. La guía GI-mhGAP la recomienda como una terapia para las personas con psicosis, trastornos por consumo de alcohol o drogas.

Psicoterapia interpersonal (PTI). La psicoterapia interpersonal (PTI) es un tratamiento psicológico diseñado para ayudar a una persona a identificar y abordar los problemas en las relaciones con la familia, amigos, cónyuges y otras personas. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión, incluyendo la depresión bipolar.

Terapia de refuerzo motivacional. La terapia de refuerzo motivacional es una terapia estructurada, que generalmente dura de una a cuatro sesiones, y tiene la finalidad de ayudar a las personas dependientes de sustancias. Abarca un método para motivar el cambio utilizando

técnicas de entrevistas motivacionales que se describen en la sección sobre intervenciones breves. »ALC 2.2 La guía GI-mhGAP la recomienda como una terapia para personas con trastornos por uso de alcohol o drogas.

Formación en habilidades para padres de niños y adolescentes con trastornos de conducta. La formación para padres de niños para tratar los trastornos de conducta se centra en las interacciones positivas y la comunicación emocional entre padres e hijos. Enseña la importancia de la consistencia en la educación de los hijos, la corrección efectiva de la conducta no deseada, desalienta los castigos graves y requiere la aplicación de las nuevas prácticas con sus hijos durante el entrenamiento. Aunque el contenido debe ser culturalmente sensible, no debe permitir la violación de los derechos humanos básicos del niño de conformidad con los principios internacionalmente aceptados. Para brindar formación a los padres se requiere que los profesionales de servicios de salud también reciban entrenamiento.

Formación en habilidades para padres de niños y adolescentes con trastornos del desarrollo. La formación en habilidades para padres de niños con trastornos del desarrollo comprende el uso de material formativo culturalmente apropiado para mejorar el desarrollo, el funcionamiento y la participación del niño dentro de las familias y comunidades. Comprende técnicas específicas para enseñar habilidades sociales, comunicativas y de la conducta usando principios conductuales (por ejemplo, enseñar nuevas conductas recompensándolas o abordar las conductas inadecuadas a través del análisis minucioso de los factores desencadenantes de dicha conducta con el propósito de cambiar los factores ambientales que las propician). Los padres necesitan apoyo para poner en práctica la capacitación. Los padres de niños con diferentes niveles de discapacidad intelectual y que tienen conductas inadecuadas específicas necesitan desarrollar habilidades adicionales que se adapten a las necesidades de sus hijos. Los profesionales de los servicios de salud necesitan capacitación adicional para poder ofrecer la formación a los padres.

Consejería o terapia de resolución de problemas. La consejería o terapia de resolución de problemas es un tratamiento psicológico que ofrece apoyo directo y práctico. El profesional y la persona trabajan juntos para identificar y aislar las áreas problemáticas claves que pudieran estar contribuyendo a los problemas de salud mental de la persona, para desglosarlas en tareas manejables y específicas, y para resolver problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento para problemas específicos. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y como una opción de tratamiento para los trastornos por consumo de alcohol o por uso de drogas. También la recomienda para casos de autolesión, otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica, o para padres de niños y adolescentes con trastornos de la conducta.

Capacitación en relajación. Esta intervención comprende capacitar a la persona en técnicas tales como ejercicios de respiración y relajación progresiva para producir la respuesta de relajación. La relajación progresiva enseña cómo identificar y relajar grupos de músculos específicos. Usualmente el tratamiento consiste en ejercicios de relajación diarios por lo menos durante uno a dos meses. Los distintos tipos y ejercicios de relajación permiten a los usuarios enfrentar situaciones donde han fracasado en implementar conductas saludables por los síntomas de estrés que provocan. Por ejemplo, la relajación por imágenes placenteras permite la

concentración y reducción de alteraciones del pensamiento en situaciones de estrés o de riesgo al consumo. La relajación muscular permite al usuario identificar las reacciones físicas producidas por la tensión y situaciones que provocan el deseo de consumir sustancias. La relajación por tensión distensión muscular facilita la programación automática de respuestas de relajación ante momentos de supresión de la conducta activa o parálisis del movimiento por estrés o situaciones de riesgo al uso de drogas. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y como una opción de tratamiento para otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica.

Terapia de habilidades sociales. La terapia de habilidades sociales reconstruye las habilidades y la capacidad de afrontar situaciones sociales para reducir las aflicciones de la vida diaria. Utiliza la técnica de interpretación de roles, estímulos y refuerzo social positivo para ayudar a mejorar la capacidad de comunicación y las interacciones sociales efectivas. El entrenamiento en habilidades puede realizarse con personas, familias y grupos. El tratamiento consiste usualmente en sesiones de 45 a 90 minutos, una o dos veces por semana, durante un período inicial de 3 meses y luego una vez al mes o hasta que el usuario, de manera automática ante los contextos de oportunidad, ejecuta las habilidades con cierta fluidez. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para las personas con psicosis o trastorno de la conducta.

PRINCIPIOS RECTORES DE LAS RECOMENDACIONES OMS²³⁵ PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL CONSUMO DE DROGAS Y LOS TRASTORNOS ASOCIADOS EN MUJERES EMBARAZADAS

- I. **Priorizar la prevención.** Prevenir, reducir y suspender el consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo y puerperio son componentes esenciales en la optimización de la salud y el bienestar de las mujeres y sus hijas e hijos.
- II. **Asegurar el acceso a servicios de prevención y tratamiento.** Las mujeres embarazadas y sus familiares afectados por el consumo de drogas deben tener acceso a servicios de prevención y tratamiento asequibles, e intervenciones otorgadas con especial atención a la confidencialidad, la legislación nacional vigente y los estándares internacionales de derechos humanos; las mujeres no deben ser excluidas del acceso a servicios de atención a la salud debido al consumo de drogas.
- III. **Respetar la autonomía de la paciente.** La autonomía de mujeres embarazadas y lactantes debe ser respetada siempre, y las mujeres con trastornos por consumo de drogas necesitan estar completamente informadas sobre riesgos y beneficios para ellas mismas así como sus fetos e infantes, y de opciones de tratamiento disponibles, en la toma de decisiones acerca del cuidado de su salud.
- IV. **Proveer atención integral.** Los servicios para mujeres embarazadas y lactando, que tengan trastornos por consumo de drogas deberían ser lo suficientemente integrales para atender la naturaleza compleja y multifacética de los trastornos y los correspondientes antecedentes.
- V. **Proteger de la discriminación y estigmatización.** Las intervenciones de prevención y tratamiento deben ser otorgadas a las mujeres embarazadas y lactando de tal forma que se prevenga la estigmatización, discriminación y marginalización, y se promueva el apoyo familiar, comunitario y social, así como también la inclusión social favoreciendo vínculos fuertes con servicios de cuidado infantil, empleo, educación, vivienda y otros servicios relevantes.

²³⁵ WHO. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: World Health Organization.

SECCIÓN 3: ANEXOS

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Casos clínicos

A continuación, revise el caso planteado, desarrolle y describa el plan de intervención breve recomendado y elabore una propuesta de discurso que ejemplifique cómo sería la interacción con la persona del ejemplo.

*Un cumpleaños especial*²³⁶

Miguel tiene 19 años y es guatemalteco. Está desempleado y vive con sus padres.

Caso. Miguel fue llevado por sus amigos a un centro de urgencias en la ciudad. Estaba en un estado de gran ansiedad y agitación. Había salido con sus amigos por la noche, y después de unas cervezas, decidió consumir cannabis. En ocasiones anteriores había fumado cannabis. Sin embargo, esta vez, y a pesar de las advertencias de sus amigos, había consumido gran cantidad de cannabis. Era su cumpleaños y quería que pasara algo especial. Y realmente ocurrió, un poco más tarde. Media hora después, Miguel estaba tenso y ansioso y se quejaba de que todo cambiaba. Veía las caras de sus amigos tres veces más grandes de lo normal. El local se distorsionaba y las proporciones y el color cambiaban constantemente. Sentía que los otros clientes del bar hablaban de él y de sus amigos en todo amenazador, por lo que salió del lugar precipitadamente creyendo que estaba en peligro. Su agitación crecía y comenzó a correr por mitad de la calle, esquivando el tráfico. Finalmente sus amigos le cogieron. No eran capaces de calmar su ansiedad y le convencieron para que fuera a las urgencias médicas.

Antecedentes. Miguel nació y creció en la capital siendo el pequeño de cinco hermanos. Su padre era vigilante nocturno y trabajaba para una compañía de frutas. Después del colegio tuvo varios empleos de corta duración en los que no necesitaba cualificación. Llevaba cinco meses sin trabajar. Vivía con sus padres y uno de sus hermanos.

Era descrito como una buena persona, de trato fácil, extrovertido y con bastantes amigos. Algunas veces, desde que tenía 17 años, iba a fiestas en las que bebía y fumaba cannabis de vez en cuando.

Tenía buena salud como cualquier otro chico, a excepción de una contusión craneal a consecuencia de una caída. En su familia no había antecedentes de enfermedad mental.

Hallazgos en la exploración. Durante el examen, Miguel se encontraba tenso e inquieto, observando la habitación como si se sintiese incómodo con el ambiente generado a su alrededor, pero no presentaba síntomas de alteración de la percepción y no creía realmente que le persiguieran. Era consciente del entorno, pero prestaba poca atención y no siempre contestaba a las preguntas. Su memoria no se mostraba dañada y estaba completamente orientado.

Los exámenes físicos mostraron congestión de la conjuntiva y pulso rápido (120 pulsaciones por minuto), pero no se encontraron más irregularidades. El examen neurológico era normal. Se tranquilizó con el paso de las horas. Cuando se sintió recuperado, dejó el servicio de urgencias acompañado de sus amigos.

Discusión de “Un cumpleaños especial”

²³⁶ Tomado de la publicación de la OMS sobre casos clínicos de la CIE-10

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Miguel presentaba un caso de intoxicación por cannabis después de consumir oralmente una gran cantidad de esta droga. Después de tomarlo, se mostraba ansioso y agitado, presentaba alteraciones del juicio y de la atención, experimentaba distorsiones visuales y tenía ideas persecutorias. En el examen somático se observó congestión conjuntival y taquicardia. El paciente cumple los criterios de intoxicación por consumo de cannabis. Su problema no se considera una enfermedad o un trastorno mental o del comportamiento, por lo que se diagnosticó una intoxicación aguda por consumo de cannabis (F12.0).

F12.0 Intoxicación aguda debido a consumo de cannabis

Plan de intervención

Componentes: Tamizaje y consejo breve con Assist. Análisis funcional del uso de cannabis. Control de estímulos. Contra condicionamiento para el manejo del deseo, solución de problemas para establecer plan de vida, planeación de actividades y prevención de recaídas.

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Instrumentos de tamizaje

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD)

Fuente: Barragán L, Flores M, Morales S, González J, Martínez MJ. (2012). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta. CONADIC: México, DF

Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO. Entonces, marque la respuesta apropiada que está al lado derecho del reactivo.

Con *abuso de droga* nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de estas sustancias, pero no tan graves que emplee la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

Entre las drogas que se pueden incluir están: cannabis (marihuana, hachís), solventes (pegamento), tranquilizantes (por ejemplo Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que los reactivos no incluyen a las bebidas alcohólicas.

Por favor responda a todos los reactivos. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta más adecuada a su caso.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Nota: estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses

Preguntas		Posibles respuestas	
		SI	NO
1	¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2	¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3	¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4	¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5	¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6	¿Ha tenido <i>lagunas mentales</i> o <i>alucinaciones</i> como resultado del uso de drogas?		
7	¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8	¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?		

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

9	¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10	¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11	¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?		
12	¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?		
13	¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14	¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15	¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16	¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17	¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18	¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19	¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20	¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

Recursos adicionales en internet

Recursos adicionales en internet

Sitios de interés

Salud Mental: Organización Mundial de la Salud (OMS)

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Trastornos Mentales: Organización Mundial de la Salud (OMS)

http://www.who.int/mental_health/management/es/

Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP): Organización Mundial de la Salud (OMS)

http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

Prevención de drogas, tratamiento y cuidado: UNODC

<https://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>

Proyecto TreatNet: UNODC

<https://www.unodc.org/peruandecuador/es/02AREAS/DEMANDA/tratamiento-protreatnet.html>

Programa de Abuso del Alcohol y Sustancias: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

CURRÍCULUM UNIVERSAL DE TRATAMIENTO (UTC)

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1427&Itemid=1400&lang=es%20

Reducción de la Demanda: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/default_spa.asp

International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals (ISSUP)
<http://www.issup.net/en/>

Publicaciones en español: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
<http://store.samhsa.gov/espanol>

Tratamiento y recuperación: Office of National Drug Control Policy (ONDCP), disponible solamente en inglés
<https://www.whitehouse.gov/ondcp/treatment-and-recovery>

Revistas científicas de acceso libre

Revista Salud Mental: Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRFM), México
http://www.inprf-cd.gob.mx/revista_sm/

Revista Trastornos Adictivos: Sociedad Española de Toxicomanías
<http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182#>

Revista Adicciones: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL)
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/index>

Revista Salud y Drogas: Instituto de Investigación en Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández de Elche
<http://www.haaj.org/index.php/haaj/index>

Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy (disponible solamente en inglés)
<http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com>

International Journal of Mental Health Systems (disponible solamente en inglés)
<http://ijmhs.biomedcentral.com>

Clinical Case Reports (disponible solamente en inglés)
[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)2050-0904](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)2050-0904)

PLOS Medicine (disponible solamente en inglés)
<http://journals.plos.org/plosmedicine/>