

Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas

Un modelo basado en evidencia
para el Distrito Capital

2013



BOGOTÁ
HUMANANA



UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO
Alcalde Mayor de Bogotá

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Secretario Distrital de Salud

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Director de Salud Pública

ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO
Profesional Especializada
Área de Acciones en Salud

PATRICIA ARCE GUZMÁN
Profesional Especializada
Área de Vigilancia en Salud Pública

HENRY ALEJO ALEJO
Profesional Especializado
Área vigilancia en Salud Pública



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA

BO MATHIASSEN
Representante para Colombia

MARÍA MERCEDES DUEÑAS
Jefe Área Reducción del Consumo de Drogas

ELÍZABETH DAZA CIFUENTES
Asesora en Prevención Área Reducción del
Consumo de Drogas

MIGUEL COTE MENÉNDEZ
Consultor especializado para el diseño de la
estrategia de asesoría y orientación a jóvenes
con consumos iniciales de drogas



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas

Un modelo basado en evidencia
para el Distrito Capital

Bogotá, D. C., 2013

CONVENIO ESPECÍFICO ESPECIAL DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL NO. 1588/11 ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO UNODC/ PROYECTO C-81

[TABLA DE CONTENIDO]

AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS	15

1 Unidad

Situación mundial, nacional y local del consumo de drogas 17

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

1.1. CONCEPTOS GENERALES	18
1.2. CONCEPTOS GENERALES DE PREVENCIÓN ESPECÍFICA	21
1.2.1. Reducción de riesgos	23
1.2.2. Reducción de daños	24
1.3. MARCO JURÍDICO Y LEGAL	24
1.4. MARCO GEOGRÁFICO	27
1.5. PRESENTACIÓN DEL MODELO "PABLITO TE DA LA MANO"	28
1.6. PRESENTACIÓN DEL MODELO DE ASESORÍA PARA JÓVENES (SOJU)	31
1.6.1. Servicio de Orientación Juvenil (SOJU)	32
1.6.2. Estructura del Servicio de Orientación Juvenil (SOJU)	33
1.6.3. Acogida en el Centro de Orientación Juvenil	34
1.6.3.1. Ingreso al SOJU	34
1.6.3.2. Permanencia en el servicio	35
1.6.3.3. Egreso y seguimiento	36

2 Unidad

Conceptos generales sobre consumo de drogas y abuso de sustancias psicoactivas39

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

2.1. CONCEPTOS GENERALES	40
2.2. CONCEPTOS GENERALES DE ENFERMEDAD ADICTIVA	41
2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ADICCIONES	44
2.4. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES	46
2.5. DECÁLOGO DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO E DROGAS DEL IRREFEA	47

3 Unidad

Instrumentos de tamizaje en el uso de sustancias psicoactivas51

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

3.1. CONCEPTOS GENERALES	52
3.2. ESCALA CARLOS-CRAFFT	52
3.3. TEST DAST (<i>DRUG ABUSE SCREENING TEST</i>)	53
3.4. TEST AUDIT (TEST DE DETECCIÓN DE USO RIESGOSO DEL ALCOHOL)	53
3.5. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)	54
3.6. ÍNDICE DE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN (ISA-6)	55
3.7. APGAR FAMILIAR	55
3.8. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (VESPA)	56

4

Unidad

Conceptos básicos de Intervención Breve59

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

4.1. CONCEPTOS GENERALES	60
4.2. LA INTERVENCIÓN BREVE	61
4.2.1. Evaluación a profundidad del uso de SPA	61
4.2.2. Negociación y determinación de los objetivos	61
4.2.3. Técnica específica de modificación de conducta	61
4.2.4. Dar lecturas autodirigidas sobre cada SPA	61
4.2.5. Seguimiento y refuerzo positivo	61
4.2.6. Direccionamiento	62
4.3. MOTIVAR A LAS PERSONAS A VER LA NECESIDAD DE CAMBIO	62
4.4. ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	64
4.4.1. La escucha reflexiva	64

5

Unidad

Ruta de atención, canalización y seguimiento de los casos detectados65

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

5.1. CONCEPTOS GENERALES	66
5.2. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	66
5.3. PROGRAMA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO TEMPRANO	67
5.4. ETAPAS E INTERVENCIONES	67
5.4.1 Detección y evaluación diagnóstica	67
5.4.2. Intervención preventiva	69
5.4.3. Alta y seguimiento	70
5.4.3.1. Alta	70
5.4.3.2. Abandono	71
5.4.3.3. Seguimiento	71

6

Unidad

Intervenciones específicas para las principales sustancias de abuso (alcohol, tabaco)73

Objetivo general de la unidad

Objetivos específicos de la unidad

6.1. USO DEL TABACO	74
6.1.1. La estrategia de las 5 "A"	74
6.1.2. La estrategia de las 5 "R"	74
6.2. USO DEL ALCOHOL	76
6.2.1. "Saber beber, saber vivir"	77
SIGLAS Y ABERVIATURAS	79
BIBLIOGRAFÍA	80
Anexo No. 1 Carlos-Crafft	83
Anexo No. 2 Cuestionario DAST	84
Anexo No. 3 Cuestionario DAST - Resultados	84
Anexo No. 4a Cuestionario AUDIT	85
Anexo No. 4b Interpretación AUDIT	86
Anexo No. 5 APGAR familiar	87
Anexo No. 6 VESPA – Cuestionario	88

[AGRADECIMIENTOS]

Al equipo técnico del Hospital Pablo VI Bosa de Bogotá, que participó activamente durante el proceso de construcción y validación de la *Estrategia de asesoría y orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas*; al equipo técnico de Acciones en Salud de la Secretaría Distrital de Salud, a la Agencia de Salud Pública de Barcelona y a la Asociación Bienestar y Desarrollo ABD de Barcelona, por compartir sus conocimientos y experiencias en programas de reducción del consumo de drogas; y, muy especialmente, al doctor Miguel Cote Menéndez, director y profesor asociado del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, por su dirección técnica y científica en el proceso de diseño, implementación y validación del presente documento.

[PRESENTACIÓN]

En Colombia el consumo de drogas es uno de los principales diez problemas de salud pública¹. Los costos que acarrea, tanto a nivel económico como personal, familiar y social, son enormes. En particular, el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos merece atención. Según el *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar* (2011), el Distrito Capital se encuentra por encima de la media nacional en la prevalencia de todas las sustancias a excepción del tabaco.

Los adolescentes, los jóvenes y las familias de los sectores más vulnerables de Bogotá no cuentan con un lugar adecuado en donde se les brinde información oportuna y orientación profesional frente al consumo inicial de drogas y sus problemas conexos. Por ello, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), vienen implementando estrategias novedosas y concretas tendientes a mejorar las oportunidades, las capacidades y la calidad de vida de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de drogas; todo lo anterior desde una perspectiva de protección social y de salud pública.

La *Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas* presenta un modelo enfocado a los adolescentes y jóvenes con indicios de problemas por consumos tempranos de sustancias psicoactivas. El proceso del consumo en muchos casos conlleva riesgos, que van desde el riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso ni nocivo), pasando por el riesgo moderado (consumo más regular), hasta el riesgo alto (consumo frecuente o peligroso). Las personas en riesgo bajo son más difíciles de identificar por el personal de salud y educación que aquellas que están en riesgo alto o con dependencia. En los casos iniciales, el personal debe preguntar directamente por el consumo, pues éste no es evidente.

En este sentido, la *Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas* busca disminuir los riesgos asociados al consumo, reducir la frecuencia del uso y evitar la progresión a la dependencia a las drogas, lo cual contribuye al fortalecimiento de

¹ Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes, UNODC. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*, Bogotá D. C.: junio de 2009, Editora Guadalupe S.A.

los servicios de orientación juvenil existentes. Está diseñada para ser aplicada en los primeros niveles de atención en salud y en los programas de intervenciones sociales y comunitarias, con el propósito de ir generando procesos y procedimientos en la Atención Primaria en Salud (APS). De esta manera el personal de salud y educación puede intervenir de manera oportuna en casos iniciales. Así, se evita que el consumo experimental se vuelva permanente, reduciendo la deserción escolar, la pérdida de un proyecto de vida y la estigmatización y rechazo de los pares.

Esta estrategia, basada en la evidencia científica, sigue la tendencia mundial de contar con programas separados para adolescentes y adultos. De esta forma se ubica al usuario en el programa más adecuado teniendo en cuenta su situación particular, necesidad y contexto. Se propone iniciar con tamizajes de detección temprana y remisión desde la institución educativa y la comunidad a los Programas de Intervención Colectiva (PIC). Los casos se clasifican y se remiten a la correspondiente Unidad Primaria de Atención (UPA) con el fin de iniciar el proceso de asesoría y orientación enmarcado en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS). Se busca realizar una intervención colectiva bajo la modalidad ambulatorio-comunitaria, con abordaje psicoeducativo orientado a la prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas.

Los objetivos de esta intervención son:

- Brindar apoyo y asesoría a los adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad social.
- Ofrecer orientación a jóvenes que presentan consumo inicial de drogas, así como a sus padres y cuidadores.
- Vincular y articular a los adolescentes y jóvenes con las redes sociales existentes en su territorio y a nivel distrital.
- Fortalecer los equipos psicosociales y/o especializados que trabajan con niños, niñas y adolescentes, en relación con los diferentes niveles de intervención en consumo de drogas.
- Desarrollar, en conjunto con equipos intersectoriales, estrategias de motivación al cambio para el ingreso a tratamiento de adolescentes y jóvenes.

Finalmente, es importante señalar que estos objetivos están en línea con los modelos internacionales, que hablan de tratamientos ambulatorios e intervenciones precoces en los casos que lo requieran. La Atención Primaria en Salud (APS) toma especial importancia en el caso del uso de sustancias psicoactivas como una forma universal y oportuna de intervenir. Esta estrategia fortalece la oferta de servicios de atención integral y diferencial, promoviendo la protección y el ejercicio del derecho a la salud.

[INTRODUCCIÓN]

La prevención, en el contexto del consumo de sustancias psicoactivas y desde el marco de la protección social, significa gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que éstos se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Estas estrategias de salud pública, enfocadas en reducir factores de riesgo y evitar los efectos negativos del consumo, requieren acciones centradas en la promoción de hábitos saludables y de auto-cuidado, en el desarrollo de habilidades y capacidades para la vida, así como en el fortalecimiento de las redes sociales, la integración y la inclusión social.

La *Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas* propone, desde la promoción de la salud, intervenir los factores de riesgo para transformarlos en factores protectores. Todo esto realizado desde la movilización de redes sociales, como lo propone la actual Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá. D. C., en concordancia con la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* (2007)².

Esta estrategia es una herramienta para el desarrollo de acciones de Atención Primaria en Salud, para detectar tempranamente y brindar apoyo y asesoría a adolescentes y jóvenes en asuntos relacionados con el consumo de drogas. La estructura general de la estrategia responde a seis unidades que ilustran el proceso de asesoría, de manera que sirva de referencia al personal de salud y educativo en contacto con los adolescentes y jóvenes.

La primera unidad, "Situación mundial, nacional y local en consumo de drogas. Definición del contexto de la localidad en donde se hace la experiencia demostrativa de la estrategia para Bogotá, D. C.", introduce el contexto general de la situación de consumo de drogas en los jóvenes a nivel mundial, nacional y distrital. Define conceptos de prevención desde los modelos internacionales, explica el marco jurídico y da a conocer el trabajo de campo

² Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto* Bogotá D. C.: abril de 2007.

para la aplicación de la estrategia como experiencia demostrativa, desarrollada desde la ESE Pablo VI Bosa bajo el programa bandera 'Pablito te da la mano'.

La segunda unidad, "**Conceptos generales sobre consumo de drogas y abuso de sustancias psicoactivas**", presenta elementos teóricos sobre la enfermedad adictiva, explica la clasificación de los tipos de adicción, y describe las modalidades de intervención en el tratamiento de adicciones.

La tercera unidad, "**Instrumentos de tamizaje en el uso de sustancias psicoactivas**", da a conocer las principales herramientas que facilitan el trabajo de la detección temprana e instruye sobre su aplicación y resultados. Además, explica el sistema de vigilancia epidemiológica del Distrito Capital.

La cuarta unidad, "**Conceptos básicos de intervención (consejería)**", describe los componentes básicos de intervención breve frente a las principales sustancias psicoactivas usadas por los jóvenes, e informa acerca de estrategias de consejería para transformación de la situación problemática.

La quinta unidad, "**Ruta de atención, canalización y seguimiento de los casos detectados**", da a conocer el marco conceptual de los procesos de Atención Primaria en Salud y cómo funcionan los procesos de canalización y seguimiento dentro del sistema general de salud articulados al modelo en salud por territorios propuesto por el Distrito Capital.

La sexta unidad, "**Intervenciones específicas para las principales sustancias de abuso (alcohol y tabaco)**", describe guías de detección, diagnóstico e intervención temprana en relación con las sustancias de mayor consumo, favoreciendo con ello la motivación a la reducción de daño y la minimización de riesgos en los jóvenes.

Por último, es importante destacar que esta estrategia es resultado de un proceso de construcción colectiva entre profesionales y actores institucionales de la Secretaría Distrital de Salud, UNODC y la Universidad Nacional de Colombia. Se nutre de los programas de reducción del consumo de drogas de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y de la experiencia desarrollada por el Servicio de Orientación Juvenil del Hospital Pablo VI Bosa de Bogotá. Así mismo, recoge las propuestas y recomendaciones de la validación científica de esta estrategia realizada con expertos en el tema de consumo de sustancias psicoactivas.

[OBJETIVOS]

Objetivo general de la estrategia

Brindar elementos para el desarrollo de un modelo de asesoría a jóvenes con primeros consumos dentro de la modalidad ambulatorio-comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas.

Objetivos específicos de la estrategia

- Describir cómo se aplican y qué se entiende por los conceptos de APS, en el área de las adicciones.
- Identificar los instrumentos y las diferentes formas de intervención, de acuerdo con cada sustancia psicoactiva, y desde el modelo biopsicosocial.
- Hacer prevención y ofrecer asesoría de acuerdo con las sustancias psicoactivas más frecuentes en nuestro medio.
- Proponer un proceso de intervención y diseñar una ruta dentro del sistema de salud y un proceso de seguimiento en los casos intervenidos en prevención del consumo de drogas.

1 Unidad

Situación mundial, nacional y local del consumo de drogas

Definición del contexto de la localidad en donde se hace la experiencia demostrativa de la estrategia para Bogotá, D. C.

Objetivo general de la unidad

Evidenciar el contexto del consumo de sustancias psicoactivas en relación con la localidad de Bosa y la experiencia demostrativa desarrollada en el hospital Pablo VI con su programa '*Pablito te da la mano*'.

Objetivos específicos de la unidad

- Revisar las estadísticas mundiales, nacionales y distritales sobre el uso de las principales sustancias psicoactivas.
- Definir el concepto de prevención específica desde los modelos internacionales propuestos por Naciones Unidas y la Política Nacional de Reducción de la Demanda.
- Mostrar el marco jurídico que sustenta el modelo de orientación y asesoría a jóvenes con problemas iniciales de consumo de drogas.
- Dar a conocer el Modelo de Intervención que se tiene en la ESE Pablo VI Bosa, '*Pablito te da la mano*' (donde se desarrolló la experiencia demostrativa del modelo).

1.1. CONCEPTOS GENERALES

En el *Reporte mundial de drogas* de 2012³ se estima que entre 155 y 250 millones de personas en el mundo, es decir, entre el 3,5% y 5,7% de la población con edades entre 15 y 64 años, utilizaron sustancias ilícitas al menos una vez en el año 2008. La OMS (2010) considera como "usuarios problema" a aquellas personas que utilizan drogas inyectadas y a quienes cumplen los criterios de dependencia a sustancias ilícitas. Se considera que habría entre 16 y 38 millones de estos individuos en el mundo, lo que representa un aproximado de 10% a 15% de los usuarios de drogas.

Los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas son un problema de salud pública que afecta a todos los grupos poblacionales, pero de manera especial a los más jóvenes. La droga ilícita más utilizada es la marihuana, seguida por las anfetaminas, la cocaína y los opiáceos. La primera se utiliza con una prevalencia anual de 2,9% a 4,3% en la población entre 15 y 64 años, las anfetaminas se usaron con una prevalencia anual de 0,3% a 1,2%; los opioides entre 0,3% y 0,5%, y la cocaína presenta cifras de 0,3% a 0,4%. Pérez (2007)⁴ reporta que en el sur del continente americano el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes de secundaria. Entre los alumnos evaluados de nueve países suramericanos en el año 2006, se encontró que Colombia era el de mayor consumo de alcohol en este tipo de población, llegando a considerarse que el 50,6% de estos individuos habían consumido bebidas alcohólicas alguna vez en sus vidas. Este inicio es más precoz en Colombia y Brasil, y más tardío en Bolivia.

En cuanto al uso de tabaco, el mayor índice se registró en Chile con 38,3% en adolescentes, principalmente mujeres. De la misma forma que en los hallazgos mundiales, en Suramérica el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo, excepto en Brasil, donde priman los inhalantes. Las mayores tasas de consumo de marihuana se observan en Chile (12,7%) y Uruguay (8,5%). Las anfetaminas se utilizan principalmente en Chile (3,5%), seguido por Colombia (2,8%). Por otra parte, la cocaína se utiliza principalmente en Argentina (2,5%) y Chile (2,4%). Los inhalantes son de uso predominante en Brasil (15,3%), seguido de lejos por Colombia con 3,5%.

El Ministerio de la Protección Social, la Dirección Nacional de Estupeficientes, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CIDAD) y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) realizaron el *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia* (2008) con individuos en edades comprendidas entre los 12 y 65 años, y entrevistaron a 29.164 personas. De esta población, el 45% manifestó haber consumido tabaco alguna vez en la vida, el 17% se declaró como consumidor al momento del estudio, y el 86% había probado alguna vez el alcohol, presentando el 12,2% un consumo riesgoso, con mayor frecuencia en la franja de 18 a 24 años.

3 OMS. *World Drug Repor.* 2012. Disponible en www.unodc.org/worlddrugreport2012

4 Pérez, A. *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia.* Bogotá D. C.: 2007, Corporación Nuevos Rumbos.

En cuanto a las sustancias ilícitas, en primer lugar se menciona a la marihuana, con un 8% de la población que alguna vez la probó; de estos, el 50% contaba con un patrón de abuso o dependencia. En segundo lugar se presenta la cocaína, con un 2,5% de uso, de los cuales el 60% tenía un patrón de abuso o dependencia. El bazuco aparece con un 1,1 % de haber sido probado alguna vez; en el 78% de los casos existía patrón problemático de consumo. Tras estas sustancias, se ubican las anfetaminas, los inhalantes y la heroína con confirmación de haber sido usada alguna vez en el 0,9%, 0,8% y 0,2% respectivamente.

El *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D. C., 2009*⁵ se realizó mediante una encuesta a hogares con población general de 12 a 65 años. Se seleccionó una muestra de 14.645 hogares y se logró entrevistar a un total de 6.617 personas. Al igual que en el *Estudio nacional*, se utilizó la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), que ha sido aplicada y validada en otros países del continente.

Las mayores prevalencias de consumo de cigarrillo se registraron en las localidades de Suba y Usaquén (42,3% y 41%, respectivamente), mientras que las más bajas se reportaron en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar (29% y 31%). En cuanto al consumo de alcohol, el 88% de los encuestados declaró haberlo ingerido alguna vez en la vida, y el 36% dijo haberlo consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 1,9 millones de personas). Se observan claras diferencias por sexo: mientras el 49% de los hombres manifestó haber consumido alcohol en el último mes (es decir, uno de cada dos hombres), entre las mujeres la cifra fue del 24%, (o sea, una de cada cuatro mujeres). El número más alto de consumidores de sustancias ilícitas se registró en las localidades de Kennedy, Bosa y Puente Aranda, con 30.500 personas (es decir, un poco más de la quinta parte de los 145.000 consumidores de la ciudad).

El bazuco es la sustancia cuyo consumo fue percibido como de gran riesgo por una mayor proporción de personas. En segundo lugar se ubican los inhalables y, en orden descendiente, la cocaína, el éxtasis y la marihuana. En relación con esta última sustancia, cerca del 25% de las personas encuestadas consideró que "probar marihuana una o dos veces" solo conlleva un riesgo leve o moderado. La marihuana fue la sustancia ilícita más consumida en Bogotá.

En el *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar (2011)*,⁶ se encontró que el Distrito Capital se encuentra por encima de la media nacional en la prevalencias de todas las sustancias, con excepción del cigarrillo (ver Tabla No. 1). Además, estudios locales muestran que existen sectores de la ciudad y territorios donde el uso de sustancias psicoactivas en jóvenes y adolescentes es la prioridad de intervención en salud pública.

5 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes, UNODC, Organización de los Estados Americanos, Embajada de los Estados Unidos y El Hospital Engativá ESE II nivel. *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D. C. 2009*. Bogotá D.C.: octubre de 2010, Editorial Scripto LTDA.

6 Ministerio de Justicia y del Derecho Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, Embajada de los Estados Unidos, Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. *Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2011 - Informe final*. Bogotá D. C.: 2012.

Tabla No. 1
Comparación de prevalencia nacional con Bogotá D. C.

Sustancia psicoactiva	Prevalencia vida nacional	Prevalencia Bogotá (2011)
Tabaco/cigarrillo	24.3%	17.2%
Bebidas alcohólicas	40%	45%
Sustancias ilícitas	12,1%	17,8%
Marihuana	7%	7,36%
Cocaína	2,8%	3%
Pegante	1,8%	3%
Éxtasis	0,8%	0,9%
Bazuco	0,5%	0,9%
Tranquilizantes	0,78%	1,2%

Tabla elaborada por el autor, comparando los datos de los estudios distrital y nacional de uso de sustancias psicoactivas.

El uso de tabaco/cigarrillo en Bogotá para el 2009 (22,85%) fue mayor que el promedio nacional (17,06%), y superó considerablemente las tasas de consumo de la mayoría de los departamentos, excepto los de Caldas, Cundinamarca, Nariño y Quindío, los cuales presentaron niveles de consumo similares a la capital del país. Como se observa en la Tabla No. 1, dicha tendencia sigue en aumento. Una conclusión que se deriva de lo anterior, es que se requiere la inversión de recursos y de esfuerzos adicionales en estudios que den cuenta de la situación de consumo de sustancias en los grupos poblacionales mencionados, para identificar la problemática particular que afecta a dichos grupos y las demandas que representan en materia de política pública.

El consumo de tabaco/cigarrillo en la capital del país es un fenómeno de grandes dimensiones. En términos globales, cerca de la quinta parte de la población mayor de 12 años consume esta sustancia. Más aún, entre los hombres la proporción de fumadores es de casi la tercera parte, así como en los grupos etarios de población general entre 18 y 34 años. El consumo de tabaco/cigarrillo en Bogotá sobrepasa notoriamente la media nacional.

Cerca de la mitad de los hombres y la cuarta parte de las mujeres consumen con alguna frecuencia bebidas alcohólicas, particularmente en los grupos de 18 a 34 años. Entre los consumidores, uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres presentan un consumo de alcohol que se puede considerar riesgoso o perjudicial. Aunque las prevalencias de consumo de alcohol en Bogotá son un poco mayores que los promedios nacionales, las tasas de consumo riesgoso o perjudicial y dependencia son ligeramente menores que en el nivel nacional.

En Bogotá como en el resto del país y en el mundo, la marihuana es la sustancia ilícita más consumida. Este fenómeno se extiende a todos los grupos poblacionales, con proporciones notablemente mayores entre los hombres y en el grupo etario de 18 a 25 años, seguido del grupo de 25 a 34 años. Aunque la prevalencia de vida de consumo de marihuana en la

capital bogotana supera ligeramente el promedio nacional, las prevalencias de último año y último mes, así como las tasas de abuso y dependencia son similares a las del resto del país. Tanto en Bogotá como a nivel nacional, cerca de la mitad de los consumidores de esta sustancia presentan signos de abuso o dependencia.

La cocaína es la segunda sustancia ilícita más consumida tanto en Bogotá como en el resto del país. Las prevalencias y la incidencia de consumo de cocaína en la capital son menores que las tasas a nivel nacional, siendo muy pequeñas las diferencias en las prevalencias de vida y último año, y mayores en la prevalencia de último mes y en la incidencia. Los resultados del estudio sugieren que las tasas más altas de consumo de sustancias ilícitas se registran en las localidades de Santa Fe, Mártires, Candelaria, Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo, Kennedy, Bosa, Puente Aranda y Usaquén.

1.2. CONCEPTOS GENERALES DE PREVENCIÓN ESPECÍFICA

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

La prevención desde este modelo debe estar basada en desalentar el uso inicial de cualquier droga. De igual forma, la CICAD de la Organización de los Estados Americanos (OEA) se refiere a la reducción de la demanda enfocada desde una perspectiva global, multidisciplinaria e integral, fortaleciendo fundamentalmente los sistemas de educación formales y no formales, y los contenidos informativos y formativos, en materia de prevención indirecta y directa. Por tanto, desarrolla el concepto de prevención desde un paradigma proactivo, dado que ha ido modificándose la detección de las causas de la problemática que llevan a generar transformaciones en las propuestas y acciones en este sentido por parte de los países miembros de ambas organizaciones.

En Colombia, desde el 2008 con la nueva *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*, cambió en forma drástica la visión y la filosofía de las intervenciones relacionadas con el consumo de SPA. La inclusión del concepto de mitigación plantea un cambio radical. Se trata de una política sin sesgos ideológicos, plantea la integración entre diferentes modelos y se basa en la restitución de los derechos humanos. Esta política plantea cuatro ejes operativos: **prevención, mitigación, superación y aumento de la capacidad de respuesta**. La presente propuesta, se encuentra direccionada hacia estos objetivos (ver Tabla No. 2).

La *prevención*, como primer eje de la política, se define así:

En el marco de la protección social, la prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el

riesgo se manifieste y buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los "choques" hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macro sociales, micro-sociales y personales [...]

El riesgo social, en esta política es entendido como la vulnerabilidad a la que todos estamos expuestos, de manera individual o colectiva. La exposición a estas fuentes de riesgo varía según el contexto, según los factores familiares y personales. Frente al tema de la vulnerabilidad, se ha comenzado a hablar del Manejo Social de Riesgo (MSR), entendido como una estrategia o un medio para reducirla. Desde este enfoque del MSR, las estrategias de prevención buscan controlar los riesgos asociados al consumo de SPA a través de la inclusión social y el fortalecimiento de las redes sociales tanto naturales (comunidad, barrio, círculo de amigos, escuela, familia) como institucionales, donde se ubicaría el presente proyecto del Servicio de Orientación Juvenil (SOJU).

Tabla No. 2

Ejes operativos de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto (2008)

Objetivo	Eje operativo	Meta
1	Prevención	Evitar y prevenir el inicio y el uso indebido de SPA en cualquier momento del ciclo vital.
2	Mitigación y superación	Evitar y prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problemático o de dependencia. Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados. Evitar que quienes hayan superado su condición de consumidores activos por voluntad y hayan mantenido un estilo de vida libre de "drogas" retornen al consumo.
3	Superación	Mobilizar esfuerzos para el logro de todos los objetivos estratégicos.
4	Aumento de la capacidad de respuesta	Crear y abrir nuevos centro de atención de acuerdo con las necesidades específicas.

El eje de *mitigación* busca reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo de SPA. Es decir, parte del consumo de SPA como una realidad de algo que ya está ocurriendo y por lo tanto las acciones de mitigación deben reducir la vulnerabilidad a correr riesgos continuos que son prevenibles y evitables. Los riesgos y daños suelen ser acumulativos y darse en escalada, por lo que, a mayores fuentes de riesgo, mayores daños y nuevos riesgos. La estrategia de la mitigación propende por romper esta cadena y por contribuir a construir un entorno más favorable al cambio, minimizando los riesgos y daños asociados a patrones de consumo 'problemáticos'. Su acción se resume en la detección oportuna, búsqueda de redes y oportunidades de inclusión social para consumidores activos (*Política nacional para la reducción del consumo y su impacto*, 2008).

Se definen como prioridades, la necesidad de hacer mayor énfasis en la prevención dirigida a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad, así como en el uso ilegal y abuso de los medicamentos y los inhalantes, y en el tratamiento integral de las dependencias a drogas lícitas e ilícitas.

Como estrategia, la mitigación puede considerarse una intervención en redes sociales, la cual busca contener la materialización de los riesgos en daños a través de la inclusión de consumidores y no consumidores a partir de redes formales (instituciones de salud, instituciones educativas) e informales ("parches", barrio, círculo de amigos, organizaciones juveniles), para fortalecer no solo al individuo sino a los grupos y comunidades de manera que tengan la capacidad de enfrentar y minimizar las situaciones de riesgo que se presentan en la vida cotidiana. Para ello, se trabaja desde la propuesta 'Hablemos de drogas' sobre aspectos específicos como:

- Conocer la realidad del consumo de drogas.
- Involucrar a los interesados y afectados por la problemática (consumidores, familias, comunidades, instituciones).
- Promover la creación y el fortalecimiento de redes en aras de la integración social.
- Diversificar los modelos de intervención para llegar a los grupos más vulnerables.
- Desarrollar estrategias de sostenibilidad y continuidad.

La mitigación parte de reconocer el consumo de SPA como una realidad en la que existe un grupo de personas que ha decidido consumirlas. Por ello, busca una mejor manera de "convivir" con esta situación por medio de la disminución de riesgos y de evitar la historia natural de la progresión de la adicción, es decir, evitar que los consumidores desarrollen dependencia y pasen a vías de administración más tóxicas y de mayor riesgo. En este sentido, la mitigación se hace cargo de acciones más prácticas, concretas e intermedias que pueden implementarse en diferentes ámbitos para reducir los daños e impactos negativos del consumo de SPA. Las estrategias más conocidas son la reducción de riesgos y la reducción de daños que se exponen a continuación.

1.2.1. Reducción de riesgos

Este concepto plantea minimizar las condiciones de riesgo asociadas al consumo de drogas, estableciendo un contacto directo y permanente con los consumidores en las mismas comunidades locales en donde se da el fenómeno.

Los programas de reducción del daño se han centrado en el trabajo con personas que ya se encuentran afectadas (personas en exclusión social, consumidores problemáticos, etc.). Sin embargo, pronto se vio la necesidad de trabajar con la población que aún no estaba afectada pero que estaba en riesgo, razón por la que se generaron los programas de reducción de riesgo, que integran el objetivo de disminuir la posibilidad que estos daños ocurran. Este enfoque busca modificar los comportamientos o circunstancias que puedan suponer un incremento en el riesgo de sufrir problemas con las drogas.

En ellos se informa a consumidores y no consumidores sobre la situación de riesgo que conlleva el uso de SPA. Por lo tanto, se puede decir que estos programas buscan:

- Aceptar la posibilidad de reducir gran parte de los riesgos y daños sin abandonar el consumo.
- Promover en los propios consumidores de drogas la competencia y la responsabilidad.
- Adaptar los programas a las necesidades de los usuarios.
- Promover modelos de búsqueda y acercamiento.
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo menos riesgoso.

1.2.2. Reducción de daños

Esta estrategia busca, más que erradicar el consumo de drogas, limitar sus efectos negativos y situaciones conexas a nivel social, económico y sanitario. Su objetivo es minimizar al máximo los daños producidos por las SPA. Dentro de estos programas se contemplan el intercambio de jeringuillas y la sustitución con metadona. La estrategia parte de la aceptación de la existencia de personas con consumos problemáticos de SPA, y han pasado a formar parte fundamental de las políticas en este ámbito.

Desde este punto de vista, la mitigación busca disminuir los posibles efectos negativos de los riesgos antes de que se materialicen (deterioro físico, aislamiento social), disminuir la vulnerabilidad a consumos de mayor riesgo, reducir la probabilidad y riesgo de cronicidad de los consumidores y de los estilos de vida que se acompañan del alto riesgo y posible daño, y reducir las consecuencias negativas propias del consumo de SPA, en particular todas aquellas que son prevenibles y evitables.

1.3. MARCO JURÍDICO Y LEGAL

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, acogiéndose a la política nacional para reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en el país, y con miras a que nuestros adolescentes y jóvenes tengan una atención especial, se ha propuesto que tanto la prevención como la intervención se aborden desde los aspectos más prácticos y concretos.

El *Código de la infancia y la adolescencia*⁷, en su artículo 20°, hace referencia a los Derechos de Protección, señalando que los NNA serán protegidos, entre otros, contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes y bebidas alcohólicas; reiterándolo en su artículo 38°, que hace referencia a las obligaciones de la Familia, la Sociedad y el Estado. Además establece la vinculación a programas de atención especializada para el restablecimiento de derechos vulnerados.

7 Ministerio de la Salud y Protección Social. Ley 1098 de 2006, *Código de la infancia y adolescencia*. Bogotá D. C.: noviembre 8 de 2006.

El restablecimiento de derechos es señalado en la Constitución de 1991 y fortalecido por la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia. El desafío radica en poder generar alternativas desde los mismos contextos socio-comunitarios para que los adolescentes y sus familias logren trascender este momento crítico en mutua compañía, aprendiendo de los aciertos y los fracasos, fortaleciendo paralelamente nuevas redes afectivas con otros en similares condiciones y en las que la solidaridad, el apoyo y el acompañamiento sean la fuerza que dinamice el cambio.

En el Distrito Capital, la Política de Gestión Social Integral (GSI)⁸ plantea:

[...] mejorar las condiciones de vida de la población en los territorios, a partir del diseño, implementación, gestión y seguimiento de las políticas públicas sociales que garanticen, promuevan y restablezcan los derechos de los ciudadanos y ciudadanas, sobre la base del desarrollo de planes de acción transectorial por territorio, un sistema de protección social de base territorial y una mayor efectividad de los recursos tanto distritales como locales, privados y del tercer sector.

- De igual manera se concretan sus componentes:
- Abordaje de población en territorio.
- Trabajo transectorial.
- Participación decisoría en las políticas públicas.
- Desarrollo de capacidades.
- Presupuesto adecuado a las necesidades.

El fortalecimiento de los procesos de participación a nivel distrital asociados a acciones adelantadas e impulsadas por las instituciones para estimular el ejercicio de derechos ha conseguido la materialización de alianzas estratégicas con universidades, medios de comunicación comunitarios y organizaciones sociales que han permitido el desarrollo de procesos como cartografía social, piezas comunicativas, procesos de divulgación y formación. Es importante señalar cómo estos ejercicios permiten la integralidad en la visión de la realidad y estructura de la respuesta, unificando modelos, metodologías y herramientas para la gestión.

Como resultado de este proceso, se dividió la ciudad en 87 territorios identificados, los cuales, a diferencia de las localidades, comparten necesidades económicas, sociales y ambientales. En los estudios realizados en los diferentes territorios se encuentra que las situaciones relacionadas con la familia, la infancia y las drogas se ubican dentro de las cinco primeras prioridades para todos ellos.

La política pública de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D. C. propone iniciar con tamizajes de detección temprana y remisión desde el colegio y la comunidad a los Programas de Intervención Colectiva (PIC). En estos se clasifica y se remite a la Unidad Primaria de Atención (UPA)

⁸ Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Integración Social. Gestión Social Integral. *Estrategia de gestión pública para implementar políticas*. Bogotá, D. C.: 2011.

correspondiente con el fin de iniciar el proceso de asesoría en atención primaria en salud (APS). El programa de desarrollo de autonomía (PDA) de salud mental y el equipo de respuesta inicial aplican la herramienta de diagnóstico rápido individual y colectivo, identificando signos de alarma, realizando canalización efectiva y gestión transectorial, cuya meta es la disminución de prevalencias de uso reciente (últimos tres meses) de alcohol tabaco y sustancias psicoactivas (SPA) en la población menor de 25 años, en coordinación con las instituciones que forman parte del Consejo Distrital de Estupefacientes, al 2016⁹.

Este PDA busca movilizar redes comunitarias e institucionales que promuevan la prevención del consumo de drogas y la reducción de daños asociados. Además, fortalecen la oferta de servicios de atención integral y diferencial, garantizando la protección y el ejercicio del derecho a la salud. Como eje estructural de esta política se planteó la definición de principios y orientaciones concretas para el desarrollo de programas, proyectos y acciones de prevención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y de la prevención de la vinculación a la oferta, en el ámbito educativo. Dentro del cual se integra el presente proyecto.

El Hospital de Bosa primer nivel se encuentra acreditado y actualmente en esta localidad es pionero en los Centros de Excelencia de Servicios Amigables para adolescentes y jóvenes. Por otro lado en, la UPA Palestina, en la localidad de Bosa¹⁰, se está realizando el programa 'Pablito te da la mano' desde hace 7 años, que se encuentra dentro del marco general de atención primaria en salud mental, y está centrado en la Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes. Para el mes agosto de 2013, se encuentra funcionando con una psicóloga de base, encargada de realizar el ingreso de los jóvenes que llegan al programa remitidos de los diferentes colegios de la zona. El trabajo en red en este territorio es muy activo y dinámico; los principales referentes de red son ICBF, los colegios de la Zona, la Defensoría del Pueblo, la Unidad Primaria de Atención (UPA) y el mismo proyecto PIC.

Debido a los anterior, la SDS y la UNODC destinaron al Hospital de Bosa primer nivel para la experiencia demostrativa, por los adelantos con su modelo de APS, por ser una localidad con alta población juvenil y tener contexto de consumo.

La implantación de la APS tiene efectos en la trayectoria de mediano y largo plazo del gasto en salud, porque transforma la demanda de servicios sanitarios en el Distrito, por lo menos en dos sentidos. Primero, incrementa la demanda de servicios sanitarios básicos debido a que elimina gran parte de las actuales barreras de acceso que tiene el sistema (barreras geográficas, baja resolutivez del sistema, falta de tiempo para acudir al médico, desconfianza en los médicos, falta de dinero, etc.), tanto para los afiliados como no afiliados. En segundo lugar, disminuye la demanda de la atención más especializada, como consecuencia de las acciones preventivas. En efecto, la APS ha mostrado resultados en la reducción de costos en el mediano y largo plazo, ya que con la estrategia se resuelven a tiempo complicaciones innecesarias y onerosas, a la vez que se previene la aparición de patologías evita-

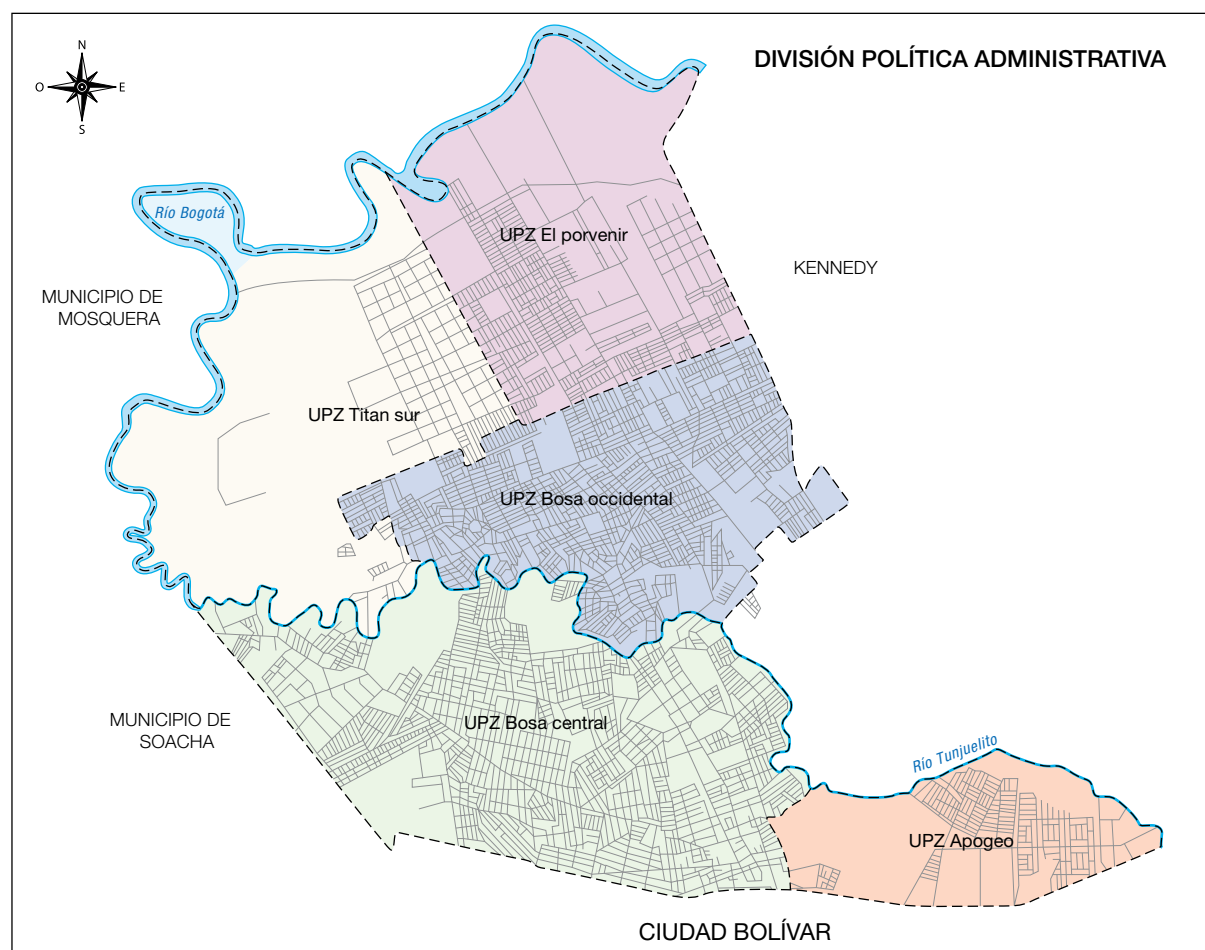
⁹ Decreto 691 del 30 de diciembre de 2011. *Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la vinculación a la Oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.*

¹⁰ Secretaría Distrital de Salud, Hospital Pablo VI BOSA ESE I Nivel. Contacto en: comunicaciones@hospitalpablovibosa.gov.co

bles. En este campo, la corta trayectoria de APS en Bogotá ya ha mostrado resultados con la experiencia de las salas para la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), que equivale a la atención primaria en el tratamiento de infecciones respiratorias y ha evitado que muchos niños en época invernal sean remitidos a hospitales de segundo y tercer nivel, lo que ha impedido sobrecargar la red pública (ver Tabla No. 3).

1.4. MARCO GEOGRÁFICO

La localidad de Bosa se encuentra atravesada por el río Tunjuelito y el río Bogotá, y cuenta con los humedales Isla y Tibanica, caracterizados como áreas de protección ambiental. Presenta una zona de riesgo alto y medio por inundación. Su temperatura promedio es de 13 grados centígrados. La localidad ocupa el quinto lugar en crecimiento poblacional y el primer lugar en densidad de población, reportando 232 personas por hectárea. Así mismo, ocupa el cuarto lugar en población más joven dentro del Distrito Capital.



1.5. PRESENTACIÓN DEL MODELO "PABLITO TE DA LA MANO" DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C.

La política pública de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. propone iniciar con tamizajes de detección temprana y remisión desde el colegio la comunidad a los Programas de Intervención Colectiva (PIC), donde se clasifica y se remite a la Unidad Primaria de Atención (UPA) correspondiente con el fin de iniciar el proceso de asesoría en atención primaria en salud (APS). En el área de psicología, se diligencia la historia clínica del joven y, dependiendo del resultado, se decide el nivel de intervención. Para tal fin se cuenta con:

- Ficha de vigilancia comunitaria.
- Ficha de referencia y contra referencia.
- Caso que asume el programa para seguimiento e intervención primaria.

La cita de "primera vez" es realizada por el área de Psicología, en presencia de un adulto responsable. Sólo en la parte individual más personal se le pide al adulto que se retire para guardar la privacidad y abordar los temas confidenciales. Posterior a esta parte, se presenta el proceso de prevención existente en el Centro y la ruta de canalización, para realizar la remisión en caso de ser necesario (Ver Diagrama anexo). En el caso de requerir mayor nivel de intervención y tener la necesidad de ingresar al Plan Obligatorio de Salud (POS), el joven y su acompañante son remitidos a una cita prioritaria con Medicina General para realizar la valoración médica. Allí se solicitan las pruebas toxicológicas y se deriva dentro del POS.

En el caso de la UPA Palestina y el programa "Pablito te da la mano", el proceso se facilita porque los dos se encuentran ubicados en el mismo espacio físico. Sin embargo, ésta no es la regla sino la excepción con respecto a otros programas. En Bogotá D. C., las familias residentes en otros lugares, deben desplazarse a diferentes sitios de la ciudad, inclusive fuera de su propia localidad, para recibir la atención correspondiente.

Con la mayoría de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), después de la puesta en marcha del acuerdo a la Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES 029 de 2011)¹¹, que reglamentó el Sistema de Clasificación Única de Procedimientos, los tratamientos especializados en salud mental y en consumo de drogas en el Distrito Capital entraron en crisis ya que, al ser las EPS las garantes del servicio, estas decidieron referenciar al paciente a sus lugares especializados de tratamiento sin tener en cuenta su procedencia. Lo anterior aumenta los costos de desplazamiento, pone al paciente en la necesidad de pedir citas previas y genera represamiento en dichas citas, pues la capacidad instalada no corresponde con las necesidades reales de la población en el tema de sustancias psicoactivas e intervenciones en salud mental. Esto ha llevado a que el desenlace de dicha intervención prioritaria quede en papeleo, consultas represadas y, en muchos casos, se pierda la posibilidad de intervenir rápida, oportunamente y de forma aguda. La propuesta actual busca mejorar la oportunidad y la universalidad de la intervención en primer nivel.

¹¹ Ministerio de la Protección Social. *Acuerdo Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES) 029 de 2011*. "Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado". Bogotá D. C.: 2011

Otras barreras de acceso (entiéndase como dificultades para recibir un tratamiento pronto, oportuno y eficaz) que se encuentran en este momento, a pesar de ser una prioridad en salud pública, son:

- Se requiere que los padres se encuentren afiliados y activos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De no ser así, es necesario afiliarlos y se hace indispensable conseguir una autorización previa de la respectiva EPS. Existen casos de niños, niñas y adolescentes (NNA) que al ser valorados no tienen documento de identidad ni están inscritos en el SGSSS, por lo que deben realizar todos los procedimientos antes de tener acceso a la atención en salud.
- Solo en casos de vida o muerte se pueden llevar a un paciente por el servicio de urgencias. Se suma el hecho de que cuando se trata de población trabajadora es difícil pedir permiso para realizar los trámites. En los casos en que no se cuenta con el recurso económico para pagar la afiliación, lo único que queda incluido en la atención es la urgencia vital, es decir, se atiende el riesgo vital, pero una vez estabilizado el proceso de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación corresponde a la EPS (Empresa Promotora de Salud).

Cuando el caso detectado no corresponde con la EPS que trabaja el sector, es necesario buscar la autorización previa del servicio, para que este sea pagado. Este papeleo va en contra de la prontitud y universalidad del mismo, como lo plantea la nueva Ley de Salud; pero en la práctica se ha constituido en otra barrera que requiere de la intervención de otro profesional del área de la salud, que para este caso es un trabajador social, quien tiene que buscar en las bases de datos si los padres están activos o, por el contrario, perdieron sus derechos en salud porque dejaron de pagar su aporte mensual (debido esto en muchos casos al desempleo y otras condiciones socio-económicas).

Los casos crónicos, relacionados con el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, deben ser manejados en forma integral por la EPS, como indica el Artículo 54 de la Ley 1438¹². Esto aumenta el trámite para la obtención del servicio, pues cada EPS restringe el acceso de acuerdo con las características de su oferta. En Colombia no existe la capacidad instalada para hacer frente a la demanda, y los Centros de Atención a la Drogadicción (CAD) no ofrecen todas las modalidades existentes para poder realizar una intervención integral y oportuna. En resumen, el sector de la atención al consumo de drogas se encuentra en crisis.

Los casos adoptados por el programa 'Pablito te da la mano' tienen una intervención de cinco sesiones en promedio, en las que se realiza asesoría a la familia y trabajo individual centrado en la toma de decisiones, el proyecto de vida y las estrategias de afrontamiento. Los casos que requieren un segundo nivel de atención son derivados al Hospital Día Bosa, en el cual se realiza la consulta especializada en psiquiatría, salud mental, y terapia ocupacional. Esto corresponde a la atención del segundo nivel, que se hace necesaria para solucionar situaciones específicas detectadas en el programa. Aquí los casos son remitidos a la EPS del paciente, la cual realiza un proceso de seguimiento y tiene la responsabilidad de informar el desenlace, de acuerdo con el enfoque de garantía de derechos en salud.

12 Ministerio de la Protección social. *Ley 1438 de 2011*. "Por medio de la cual se unifican los POS en la República de Colombia". Bogotá D. C.: 2011.

Tabla No. 3

Barreras de acceso para acudir al médico en caso de enfermedad no leve e impacto de la APS sobre cada una de ellas – Bogotá D. C.

Barrera de Acceso		Efectos directos de APS
Económicas (55,5%)		El modelo de APS -Salud a su Hogar- llega a los hogares, lo que elimina los costos asociados al desplazamiento de los pacientes. Elimina los costos de consulta particular que deben asumir los no afiliados que no están clasificados como potenciales beneficiarios de subsidios por el Sisbcn.
Barreras del sistema (31,5%)	Falta de oportunidad o calidad (11,8%)	Oportunidad y calidad aumentarán porque las familias serán atendidas por grupos básicos de APS con los que establecerán relaciones de largo plazo, que harán seguimiento y monitorco del estado de salud de las personas, los hogares y las comunidades.
	Baja resolutiveidad (9,8%)	Una de las principales ventajas de la APS es la alta resolutiveidad de los problemas básicos (entre un 80 y 90%), en virtud del principio de integralidad. Adicional a esto, la estrategia promueve la participación transsectorial y social y la fluidez en la operación de la red pública adscrita, mediante un intenso control de la referencia y con transferencia. Una de las funciones principales de los equipos básicos de salud es ubicar a los pacientes en el nivel de especialización donde reciban la atención adecuada para los problemas individuales.
	Exceso de trámites (8,2%)	APS aminorará las barreras relacionadas con la existencia de muchos trámites para acceder a los servicios que manifiestan en especial los afiliados al SGSSS, en virtud del principio de acción de coordinación que guía el modelo y según el cual se regularán las relaciones entre los agentes. Por otra parte, la implementación de los planes de atención integral para cada hogar significa enfocarse en acciones longitudinales de constante intervención, que no requieren de ejecutar algún trámite, ya que estos se programan desde el primer contacto.
	Lejanía de los centros de atención (1,7%)	Para los vinculados, el programa resuelve el problema. Para los afiliados a las EPS y ARS está condicionado a la voluntad de estas administradoras de hacer convenios para contratar la prestación con instituciones (IPS o ESES) geográficamente próximas a la residencia de sus afiliados.
Barreras externas al sistema	No tiene tiempo (9,6%)	La cercanía, inmediatez y facilidad de acceso propias de la APS aminora esta barrera. Por otra parte, la promoción de la participación social tiene un impacto directo en la concepción cultural de la salud.
	No confía en los médicos (3,4%)	Las mejoras en calidad y el seguimiento a los pacientes contribuirán a reducir la desconfianza que algunos pueden tener en los servicios o personal de salud. Las relaciones de largo plazo entre los Equipos Básicos y los pacientes, y en especial la labor de los promotores de salud (que en muchos casos pueden ser miembros activos de la comunidad), serán claves en la generación de los lazos de confianza.

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

1.6. PRESENTACIÓN: MODELO DE ASESORÍA PARA JÓVENES (SOJU)

El consenso de los expertos internacionales ve la necesidad de realizar cada vez intervenciones más tempranas e integrales para lograr mejores resultados en el área de las adicciones. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) propone el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)¹³ en aras de articular y completar las acciones, para la detección temprana y la atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de Clubes Pre-juveniles y Juveniles, y en proceso administrativo de restablecimiento de derechos.

Un adolescente no presenta un consumo problemático de manera súbita, se trata de un proceso lento y predecible. Por ello en la historia natural de la enfermedad adictiva se proponen las siguientes etapas en el uso de drogas:

- Fase previa o de predisposición.
- Fase de experimentación e inicio del consumo.
- Fase de consolidación y transición del uso al abuso.
- Fase de dependencia y uso compulsivo.
- Fase de deshabitación y desintoxicación.

Como se ha venido explicando en toda la unidad, los y las adolescentes, por condiciones inherentes a su desarrollo y la cultura de la recreación, entre otras, tienen una predisposición alta al consumo. La fase de conocimiento de la sustancia (experimentación) se da cuando la persona tiene conciencia real de la existencia de una sustancia concreta, de la que le dicen que produce unos determinados efectos. Actualmente, las SPA están presentes dentro de las dinámicas sociales con mucha más frecuencia, especialmente las drogas legales, como el alcohol y el tabaco. El hecho de que las SPA estén en la sociedad no implica que las personas vayan a relacionarse con ellas. Esto depende de la disponibilidad, sea en la casa o en otros lugares de socialización. Así, la familia o los amigos pueden inducir o facilitar el consumo en un momento dado.

Según Jessor¹⁴, los distintos factores asociados desempeñan un papel determinante en el devenir del consumo. Hoy se sabe que un factor de gran relevancia es la disponibilidad de la sustancia y la posibilidad de comprarla. En países donde la disponibilidad de las SPA es alta (como el nuestro), el riesgo se incrementa. Muchas personas refieren haberse iniciado porque le regalaron un cigarrillo de tabaco o de marihuana. La fase de consolidación del consumo de una sustancia es aquella en la que se da el paso del uso al abuso, y de allí a la dependencia.

La percepción del riesgo de la sustancia que tengan la persona y su familia le llevará a seguir o no consumiendo. La familia, su conocimiento y posición frente al uso de SPA desempeña un papel importante en este aspecto. Así, entre los consumidores de las distintas drogas,

¹³ ICBF/OIM. *Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en Clubes pre juveniles y juveniles*. Bogotá, D. C.: 2008.

¹⁴ Jessor. "La teoría de la conducta problema" en Becoña: *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: 2002.

unos las dejarán después de utilizarlas puntualmente una o varias veces, otros luego de un período corto o largo de consumo regular, y otros consumirán ininterrumpidamente durante toda la vida. Se considera que estos últimos se encuentran en la fase de mantenimiento del consumo.

1.6.1. Servicio de Orientación Juvenil (SOJU)

El SOJU es una modalidad ambulatorio-comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas, en adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad social. Dentro del grupo de las intervenciones colectivas en salud mental busca:

- Brindar atención, asesoría y orientación a los adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad social.
- Apoyar y asesorar a los equipos psicosociales y especializados que trabajan con estos niños, niñas y adolescentes, en relación con los diferentes niveles de intervención en consumo de drogas.
- Desarrollar en conjunto con el equipo intersectorial, estrategias de motivación al cambio para el ingreso a tratamiento de estos adolescentes y jóvenes.
- Brindar asesoría, orientación a padres y cuidadores de adolescentes y jóvenes con consumo inicial de sustancias psicoactivas.
- Vincular a los adolescentes y jóvenes con las redes sociales existentes en su territorio y a nivel distrital.
- Consolidar un sistema de notificación y remisión para garantizar el acceso a los Programas Obligatorios de Salud, según la necesidad de cada caso.

El rol del equipo ambulatorio-comunitario se centrará en la orientación psicoeducativa en el Servicio de Orientación Juvenil. Asimismo, tendrá también la función de articular y coordinar al equipo psicosocial con otros agentes intersectoriales, para lograr una rápida y efectiva psicoeducación, asesoría o su adecuada canalización dentro de una política de garantía de derechos y disminución del riesgos.

El proceso dentro del SOJU se encuentra centrado en las siguientes actividades: desarrollo socio-emocional y tareas evolutivas, integración social; reparación del daño psicosocial, abordaje de prevención específica del consumo de drogas, intervención sobre la familia, y programa de información y orientación para adolescentes, jóvenes y sus familias, basados en Intervención Breve (los casos más complicados serán derivados a los servicios de Salud Mental para su intervención específica).

Para este proceso, el SOJU cuenta con el siguiente equipo de base: psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, psicopedagogo y trabajador social. Una vez el joven llegue al SOJU con su familia, se iniciará un proceso de ingreso y valoración psicosocial integral, en el cual se realizará una valoración inicial por cada uno de los componentes del equipo para decidir el nivel de intervención.

Tabla No. 4
Equipo profesional de Centro de Orientación Juvenil (SOJU)

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

1.6.2. Estructura del Servicio de Orientación Juvenil (SOJU)

Teniendo en cuenta el impacto que muchos de estos nuevos patrones tienen sobre la salud pública y la dinámica social, se requiere diseñar diversas opciones que permitan responder integralmente al problema del uso riesgoso y a sus diversas expresiones en adolescentes y jóvenes. Para ello, se comienza desde los casos que son tempranamente identificados en el territorio, en la escuela y en el barrio. El SOJU se encuentra como primer espacio de la ruta (Ver anexo: Ruta de atención), en el que, sin retirar de la escuela a los adolescentes, se les hará un primer nivel de asesoría y prevención específica en compañía de su familia.

Se evitará al máximo el retiro de la escuela porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándolas en aquellos casos en los que sea preciso, porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia y, adicionalmente, porque el acceso a la educación es considerado como un derecho fundamental.

Un objetivo general del SOJU es la Educación para la Salud. Este es uno de los temas transversales sobre los que un Servicio de Orientación ha de trabajar proporcionando el marco apropiado para incorporar la prevención del abuso de drogas, ya que las conductas de consumo de drogas forman parte de una serie de posibles estilos de vida no saludables. Educar para la salud supone informar y responsabilizar al individuo y a su familia para que adquieran los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.

1.6.3. Acogida en el Servicio de Orientación

Este componente está concebido desde un abordaje integral por medio de un equipo ambulatorio-comunitario que se centrará en la intervención psicoeducativa en terreno y tendrá la función de articular y coordinar al equipo psicosocial con otros agentes intersectoriales. El primer contacto con el SOJU es rápido, amable, y centrado desde los modelos de atención primaria en salud. Está a cargo de profesionales con entrenamiento específico en trabajo en red social, intervención en red y trabajo con familias, entre otros. Esta fase inicial está a cargo de una profesional en trabajo social quien. Se proponen "nuevas posibilidades de intervención psicosocial" (trabajo social).

Continuando con el proceso, se realiza una valoración específica en la cual se valorará el uso de SPA con un tamizaje rápido, aplicando en terreno el cuestionario de Carlos-Crafft. Los casos positivos serán remitidos al SOJU para realizar su abordaje de prevención específica. Todo esto, dentro de un enfoque de derecho a la salud, enmarcado en un seguimiento a los casos, donde se apoyará la exigibilidad del mismo.

Tabla No. 5

Listado de actividades a realizar en el SOJU

Las actividades propuestas en esa etapa del SOJU son:

- Entrevista motivacional
- Atención a la salud física
- Entrevista a padres con adolescente en riesgo ausente
- Manejo de 'Intervención en Crisis'
- Línea amiga (24 horas – Atención a padres)
- Entrevista de adolescente traído por amigo
- Atención a familias (programas grupales)

1.6.3.1. Ingreso al SOJU

- **Recepción del caso/historia clínica.** Tiene como finalidad acoger, vincular, motivar, asesorar y psicoeducar integralmente a los usuarios con consumo inicial de drogas para establecer los objetivos a seguir en el programa de intervención precoz. Esta fase, con sus respectivas prestaciones, tendrá una variación de acuerdo con los distintos perfiles de complejidad psicosocial y uso de sustancias psicoactivas.
- **Aplicación del ASSIST.** (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias). Ver la Unidad 3 para ampliar la información.
- **Ingreso al SOJU e intervención.** Conjunto de prestaciones realizadas por un equipo psicosocial, destinadas a la intervención del sujeto y su familia, con miras a la mitigación y

la superación de los mismos factores de riesgo psicosociales encontrados. Esta fase con sus respectivas prestaciones tendrá una variación de acuerdo con los distintos perfiles de complejidad psicosocial y en drogas.

1.6.3.2. Permanencia en el servicio

El objetivo de estas actividades colectivas es desarrollar y afianzar habilidades y competencias emocionales, cognitivas y conductuales a modo de potenciar factores protectores personales, familiares y sociales del usuario que faciliten o fomenten su integración social. Para ello se realizan las siguientes atenciones:

- Las intervenciones breves son útiles para los adolescentes y jóvenes que quizá necesitan ayuda pero aún no son conscientes de tener un problema y, por lo mismo, no acudirían a una institución especializada, como puede ser el caso de jóvenes con consumos iniciales de drogas o que comienzan a presentar conductas de alto riesgo relacionadas con la obtención de las sustancias.
- La intervención familiar se centra sobre la influencia de este grupo que es determinante tanto en la construcción de la identidad personal como en el desarrollo de pautas de relación con los otros. Existen ciertos modos de relacionarse con los hijos que pueden favorecer el desarrollo de conductas problemáticas de uso de drogas. Para esto se aplica el APGAR, un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia (ver la Unidad 3 para ampliar la información).
- Talleres de crecimiento personal y familiar. Se integran las propuestas del modelo de habilidades para la vida¹⁵ que busca fortalecer habilidades y destrezas psicosociales en adolescentes, y jóvenes que les permitan desarrollarse en distintos contextos y situaciones a lo largo de la vida.
- Talleres de prevención indicada. El fomento de compromiso de estilo de vida saludable que promueva actitudes, hábitos y valores acorde a un estilo de vida saludable, que incluye desarrollo físico, emocional y de sentido trascendente, entre otros.
- Talleres de Necesidades Educativas Transitorias (NET) o problemas de aprendizajes, realizados por un terapeuta ocupacional, el cual busca solucionar aquellas pequeñas dificultades del aprendizaje que de no ser intervenidas adecuadamente van a terminar con el abandono de la escolaridad.
- Talleres multifamiliares. Estas intervenciones grupales están orientadas a desarrollar procesos preventivos acordes a las características de la población cubierta.

De este contexto de vulnerabilidad dependerá la derivación a los diferentes servicios en la Modalidad Familiar, Modalidad Familiar Especializada o en los casos de uso problemático y abuso de sustancias, a la Modalidad Ambulatoria Intensiva, Residencial o Institucional. Siempre se debe ofrecer la propuesta de atención inicialmente desde la Modalidad

¹⁵ Ministerio de Educación Nacional. *Guía No 26. Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas. (Formar para la ciudadanía ¡sí es posible!)*. República de Colombia: 2004.

Ambulatoria, pero, de ser el caso y ante el incumplimiento de metas específicas a nivel individual, familiar, escolar o comunitario, es necesario pasar a la Modalidad Institucional o, en los casos de reincidencias continuas o baja adherencia al tratamiento, derivar a la Red de Servicios de Salud de la Región para que el joven sea atendido en los Centros de atención a Drogadicción (CAD).

1.6.3.3. Egreso y seguimiento

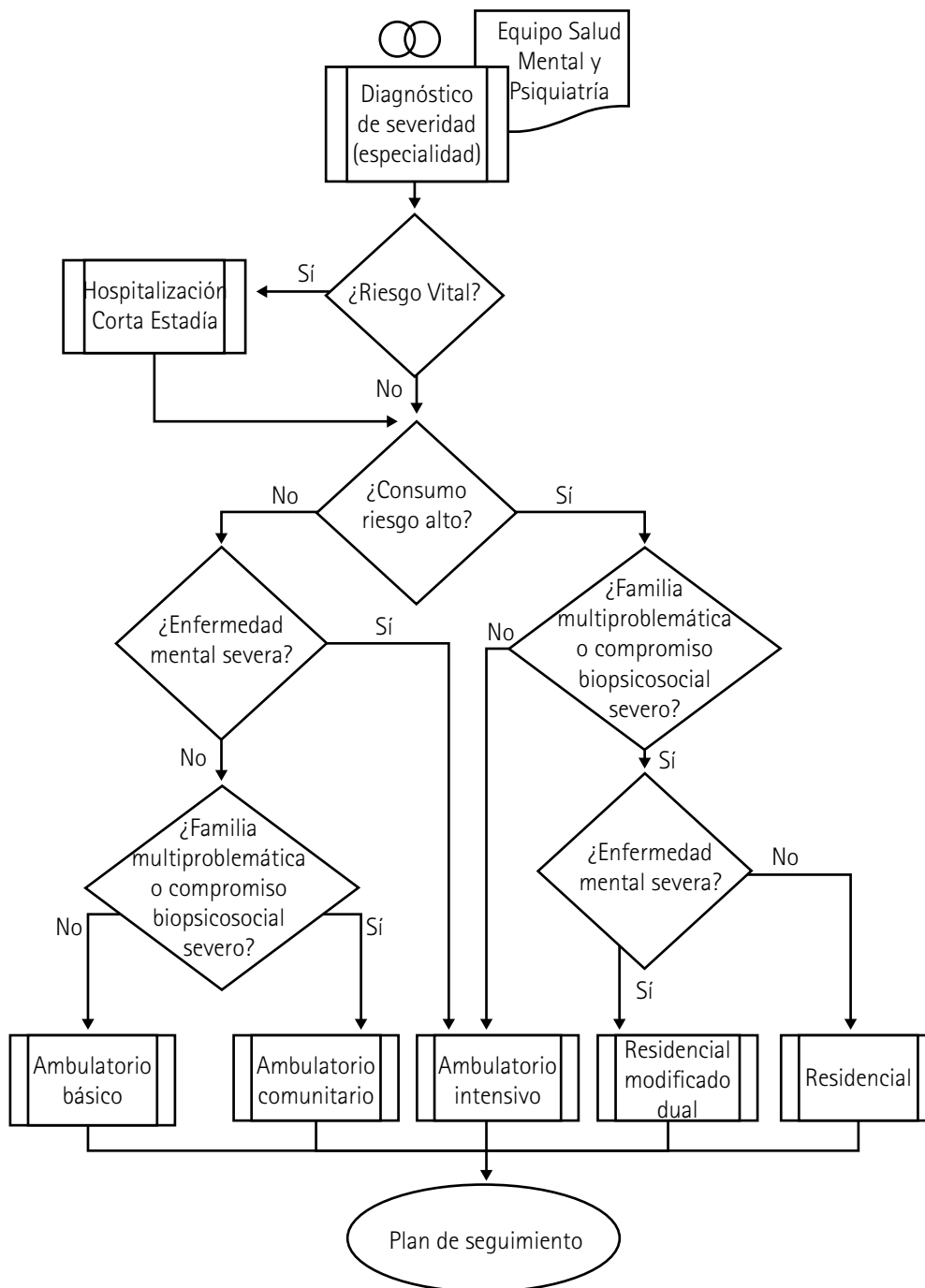
Esta etapa propone el desarrollo de acciones encaminadas a hacer seguimiento a los casos referidos, con miras a retomar el contacto y a ampliar la atención de los jóvenes. Este mecanismo busca generar y estimular los procesos de contra-referencia, con el fin de redefinir la atención y configurar un modelo integral, en el que se dé respuesta a otras situaciones de salud o se haga extensivo el servicio a otras situaciones de la vida del joven. De igual manera, desde esta etapa, se propone crear un mecanismo que permita hacer seguimiento a los casos referidos a otro tipo de servicios o niveles de atención, lo cual puede facilitar el acercamiento a las diversas redes de apoyo y el conocimiento sobre la situación del adolescente y joven.

- Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan el reporte de seguimiento mínimo cada 15 días.
- Establecer con las instituciones aliadas, el proceso a desarrollar para la contra referencia de los casos.

En caso de no obtener respuesta pronta y oportuna por parte del área de la salud, se debe informar a la Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES), como parte del proceso de seguimiento.

Gráfico No. 1

Algoritmo de decisiones para tratamiento de personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia a alcohol y drogas



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

2

Unidad

Conceptos generales sobre consumo de drogas y abuso de sustancias psicoactivas

Objetivo general de la unidad

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

Objetivos específicos de la unidad

- Conocer la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud, referente a las adicciones y la salud mental en general.
- Definir el concepto general de enfermedad adictiva y la terminología más usada.
- Describir los tipos de intervención más frecuentemente empleados.

2.1. CONCEPTOS GENERALES

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

- Priorizar en la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, haciendo énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar la prestación de los servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud, con énfasis en las principales necesidades de cada país y de la región.
- Fortalecer el recurso humano en salud por medio de la educación continuada, con el fin de lograr mayor impacto en el trabajo en prevención específica con la comunidad.
- Aumentar la capacidad regional para producir, evaluar y utilizar información en salud mental, basándose en la ejecución del Decálogo de la Salud Mental para la América Latina (Ver Tabla No. 5).

Bajo estos parámetros y dentro de la nueva Ley de Salud de Colombia (Ley 1438 del 19 enero de 2011), se propone la necesidad de revisar las prevalencias de las enfermedades cada cuatro años, para actualizar en forma permanente los modelos de intervención. En su Artículo No. 13, dicha ley hace énfasis en la atención primaria y en la promoción de la salud para desarrollar una cultura del autocuidado, centrada en la comunidad, la familia y el individuo, y plantea el fortalecimiento de los equipos básicos de salud, subrayando la atención preferente y diferencial para infancia y adolescencia; propone, además, el restablecimiento de la salud de NNA con derechos vulnerados, donde se trabajan modelos de psicoeducación, educación en estilo de vida saludable y procesos de trabajo con la comunidad. Todo esto tiene como objetivo facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados.

Tabla No. 5

Decálogo de la Salud Mental para la América Latina

1. Formular, revisar y ejecutar el Plan Nacional de Salud Mental.
2. Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
3. Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
4. Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.

5. Definir y ejecutar actividades concretas —en el marco del Plan Nacional de Salud Mental— para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
6. Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
7. Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.
8. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
9. Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
10. Fortalecer el Sistema Nacional de Información Sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.

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

2.2. CONCEPTOS GENERALES DE ENFERMEDAD ADICTIVA

En este modelo es fundamental la psicoeducación para romper con los mitos y el estigma social que no permiten ver a la adicción como una enfermedad, sino como un comportamiento autodestructivo, como una perversión, o en el peor de los casos como un pecado. El uso de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública y una enfermedad crónica, progresiva que requiere de tratamiento integral, para ello nos acogemos a las recomendaciones del National Institute of Drug Abuse (NIDA) que plantea los doce postulados básicos del tratamiento de la enfermedad adictiva (ver Tabla No. 6).

Además de detener el abuso de drogas, la meta del tratamiento es lograr que el paciente vuelva a ser productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. De acuerdo con estudios de seguimiento de pacientes que han estado en tratamiento durante periodos prolongados, la mayoría de los que entran y permanecen en tratamiento, dejan de usar drogas, reducen su actividad delictiva y mejoran su desempeño ocupacional, social y psicológico. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción puede ser manejada con éxito. El tratamiento permite contrarrestar los efectos sumamente disruptivos que tiene la adicción sobre el cerebro y el comportamiento, para que el paciente recupere el control de su vida. La naturaleza crónica de la enfermedad significa que la reincidencia en el abuso de drogas no sólo es posible sino también probable, con índices de recaída similares a los de otras enfermedades crónicas bien caracterizadas, tales como la diabetes, la hipertensión y el asma¹⁶.

¹⁶ NIDA. Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. *Principio de Tratamiento para la Drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.* 2010.

Tabla No. 6
Principios básicos del tratamiento de las adicciones

-NIDA-

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

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

Durante el tratamiento de la drogadicción, cada persona avanza a ritmo diferente, por lo que no existe una duración predeterminada para el tratamiento. Sin embargo, las investigaciones han demostrado sin lugar a dudas que la obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento. Generalmente, para los tratamientos residenciales o para pacientes externos, tiene poco efecto la participación en un programa por menos de 90 días y, por eso, a menudo se aconsejan tratamientos que duren periodos mucho más largos. Es entonces que las intervenciones precoces, entendidas como el trabajo sobre factores de riesgo identificados y otros determinantes de la salud, tienen mayor impacto y permiten realizar intervenciones mucho más breves, potentes y eficaces.

La Asociación Americana de Medicina Adictiva habla de cuatro estadios, los cuales son usados por Hogan (2000) para programar los tratamientos. De esta forma, se evita la creciente tendencia de hospitalizar a casi todos los jóvenes en comunidades terapéuticas, centros de tratamientos intensivos y prolongados para casos severos. Estos estadios son:

Estadio 1 – Uso Experimental. Cuando los factores de riesgo son mínimos, la persona tiene intoxicación sin complicaciones, no hay resistencia y la persona acepta el tratamiento, éste se inicia en forma ambulatoria, la intervención consiste en realizar tres cosas fundamentales: una entrevista motivacional, sesiones de psicoeducación donde básicamente se habla de los riesgos reales, estadísticas y efectos por uso agudo y crónico de la sustancias que el individuo esté usando, y proponer al paciente el no uso de SPA por un tiempo mínimo de seis meses a un año.

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

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

En este nivel de intervención se debe hacer una valoración médica completa (laboratorios, radiografías, descartar ITS), se debe descartar riesgo de tener síndrome de abstinencia; una valoración psicológica completa, así como realizar una valoración psicosocial académica y familiar. En casos severos puede ir a una Clínica durante un día o realizar un tratamiento ambulatorio, que puede variar de intensidad. Aquí puede tomar medicamentos formulados. Se deben identificar factores de riesgo psicosocial como abandono del colegio, conductas antisociales, pertenencia a pandillas, cambio de actividades lúdicas, pérdida de valores y rutinas. La presencia de estos factores y su severidad indicarían cambio de medida, a una de internado y de mayor duración.

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

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

académico, las dificultades de aprendizaje y reforzar sus habilidades sociales, ya que estos factores pueden ser perpetuadores y la gran mayoría de las veces no son tenidas en cuenta o no se evalúan.

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

0 - No requiere tratamiento.

I- Requiere medicamentos (pueden ser tomados en forma ambulatoria).

II - Medicamentos bajo supervisión médica.

III - Medicamentos parenterales. Medio Hospitalario.

IV- Medio Hospitalario: (a) Manejo médico especializado, (b) Unidad de cuidado Intensivo. Esto implicaría trabajo en red interinstitucional.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE ADICCIONES

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

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)*¹⁷ de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo (es la recomendada por El Ministerio de Salud de Colombia en los Reportes de Intervenciones y Procedimientos en Salud (RIPS).

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

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

¹⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Centre for Addiction and Mental Health, Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002.

- En ausencia de interferencia o deterioro de los niveles habituales de rendimiento escolar o laboral y de problemas manifiestos (de salud, familiares, legales, etc.),
- Permanencia de la plena capacidad para prescindir del consumo de drogas.
- Cuando el consumo no se hace principal o regularmente para vencer dificultades en la socialización, aliviar síntomas o emociones molestas (ansiedad, depresión, somatizaciones), facilitar el desempeño sexual, etc.

Si cualquiera de las condiciones anteriores muestra un mayor grado de compromiso, se deberá concluir la presencia de consumo problemático. De esta manera, el consumo en riesgo incluye el llamado *consumo experimental y recreacional*.

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

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

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

Los criterios diagnósticos de ambos sistemas para la dependencia son muy parecidos pero no idénticos. La CIE-10 contiene los siete puntos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (en sus siglas en inglés DSM-IV-TR), pero los condensa en cinco criterios y añade un sexto punto que hace referencia al comportamiento de anhelo por la sustancia ("craving"). Por otro lado, el método para establecer la significación clínica es diferente en ambos sistemas: el DSM-IV-TR especifica que ha de existir "un patrón mal adaptativo del consumo de la sustancia que genere malestar clínico importante o deterioro de la actividad del individuo"; la CIE 10 requiere una duración mínima de un mes o una repetición de los episodios durante un periodo de 12 meses para el diagnóstico.

Para la CIE-10 el síndrome de dependencia consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación caracte-

rística de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de consumir la sustancia de la que se depende (WHO, 1992). La recaída tras un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del síndrome en comparación con sujetos no dependientes.

Tabla No. 7
Sustancias incluidas

CIE -10	DSM-IV R
Alcohol	Alcohol
Opioides	Opioides
Cannabinoides	Cannabinoides
Sedantes o hipnóticos	Sedantes hipnóticos ansiolíticos
Cocaína	Cocaína
Otros estimulantes (incluye cafeína)	Anfetaminas
Alucinógenos	Cafeína
Tabaco	Fenilciclidina
Disolventes volátiles.	Alucinógenos
	Nicotina.
	Inhalantes
	Varias sustancias.
	Otras (desconocidas)

Tabla elaborada por el autor, con base en su lectura de los dos manuales diagnósticos.

Los criterios de la intoxicación son prácticamente iguales en ambas clasificaciones, aunque existen diferencias entre ambas clasificaciones tanto en el listado de sustancias como en los diagnósticos y criterios. En general, podemos decir que para un adolescente cualquier contacto con una sustancia psicoactiva, ya es un factor de riesgo y amerita una intervención específica para la sustancia (ver más adelante) y un seguimiento.

2.4. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN EN ADICIONES

En su *lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o amenazados*¹⁸, el ICBF plantea lo siguiente como niveles de tratamiento para las conductas adictivas en el Modelo propuesto:

- **Consejería Individual (*counseling*):** Un proceso colaborativo que facilita el progreso de la persona en tratamiento hacia metas y objetivos del proceso terapéutico determinados

¹⁸ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o amenazados. Noviembre de 2010.

por ambas partes. La consejería incluye métodos que son sensibles a las características individuales del usuario/a, y reconoce la influencia de otras personas significativas, así como el contexto social y cultural del mismo.

- **Terapia Familiar Multidimensional:** Es un tratamiento para el abuso de drogas dirigido a adolescentes, el cual toma lugar fuera del hospital y está centrado en la familia. *La Multidimensional Family Therapy* (MDFT, por sus siglas en inglés) examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción de múltiples comportamientos no deseados y el aumento de comportamientos deseados ocurren de múltiples maneras en ambientes diferentes. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia.
- **Terapia cognitiva – conductual:** Se basa en la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas (pensamiento negativos de sí mismo, del futuro o de sus experiencias previas), tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, pueden mejorar el estado del consultante.
- **Terapia de grupo:** Es un espacio de consejería grupal, donde la persona pone en palabras las situaciones, problemáticas o conflictos que lo afectan y que están directamente relacionados con su historia personal. Tiene una finalidad terapéutica en tanto busca una moderación del sufrimiento y un cambio en el comportamiento del sujeto. La persona en este grupo recibe alternativas de sus compañeros, las cuales deberán apuntar a producir un efecto de cuestionamiento y reflexión que le hagan pensar en las posibilidades de solución y lo lleven a asumir una posición responsable frente aquello que lo hace sufrir.

2.5. DECÁLOGO DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DE INSTITUTO EUROPEO DE ESTUDIOS SOBRE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES (IREFREA)¹⁹

Es importante recordar que siempre ‘es mejor prevenir que tratar’, y como en cualquier situación de riesgo para la salud, debemos intervenir en forma temprana y prevenir. Tobler (1997) presenta un meta-análisis sobre los programas más efectivos de prevención en los colegios y de allí, el *European Institute of Studies on Drug Prevention* (IREFREA en sus siglas en inglés) genera el decálogo que se expone a continuación, que contiene aspectos a tener en cuenta en el panorama de la prevención aplicada a ambientes recreativos donde participan los jóvenes y muy en relación con el consumo de drogas.

19 irefrea@irefrea.org. European Institute of Studies on Drug Prevention.

1. Retrasar la edad de inicio en las actividades recreativas que más se asocian al consumo de drogas. Uno de los factores de riesgo con mayor valor predictivo sobre el abuso de drogas es iniciarse tempranamente en su uso. La edad en que los jóvenes se inician en la actividad de salir de marcha es crucial pues, en la situación actual, está muy ligada a una determinada cultura que promueve el uso de drogas. Retrasar su ingreso en estos ambientes tendrá repercusiones sobre su consumo.
2. Las estrategias preventivas deben no sólo adecuarse sino también influir sobre las sub-culturas juveniles y su entorno. Si somos conscientes de la gran fuerza que tiene sobre los jóvenes la cultura recreativa actual, las estrategias no deben crearse pensando únicamente en el impacto individual sino en el ambiente, deberían influir en los medios de comunicación, la música, la publicidad, los elementos simbólicos que llegan a los jóvenes.
3. Se debe prestar atención al género como un factor de riesgo del consumo. En los países europeos estamos asistiendo al progresivo aumento del consumo entre la población femenina. Las diferencias de género definidas en términos de desigualdades han permitido que en las últimas décadas se elaboren políticas de igualdad unidireccionales. Es decir, orientadas a que las mujeres accedan a espacios masculinos que han sido, a través de la historia, valorados muy en positivo como es el consumo de drogas y, en especial, el tabaco y el alcohol. La actividad preventiva puede contribuir a elaborar un discurso de género más íntegro, menos androcéntrico, otorgando valores positivos al mundo femenino e invitando a los varones a que aprendan un poco más, por lo menos en cuestiones de drogas, de sus compañeras, y que éstas imiten un poco menos a los varones.
4. La socialización y la búsqueda del éxito social debería estar menos ligada al consumo de drogas. En la actualidad el consumo, la posesión, el uso y el abuso de drogas actúan como elementos de la carrera hacia el éxito social. Tener éxtasis o cocaína en el bolsillo para invitar a los amigos actúa como un elemento de prestigio, al igual que tener un coche caro o vestir con indumentaria de marca. Las drogas son sustancias muy coherentes con el estilo consumista de nuestra sociedad y se adaptan a ella. Consumir drogas ayuda a incrementar la actividad para ser más sociable, más expansivo, más innovador y atrevido, o sea, prosperar según los baremos (índices) actuales que se vinculan al éxito social. Todo ello es también parte del nuevo etiquetaje incorporado a las sustancias y que debe ser deconstruido o por lo menos cuestionado en los programas de prevención.
5. Revisar las formas de relación entre adultos y jóvenes para que se adecuen al nuevo formato en que los jóvenes se divierten. Para muchos adultos la posibilidad de tener tiempo libre, de acceder a los placeres de la diversión recreativa, de vivir la juventud despreocupadamente, de tener un cierto grado de libertad individual, etc., fue algo de lo que carecieron en su juventud o fue el resultado de una ardua conquista personal y social. Sin embargo, para los jóvenes actuales esos logros son parte de su normalidad, de su estilo de vida. Algunos adultos proyectan en los jóvenes sus deseos, sus ganas de divertirse, sus frustraciones no resueltas... de tal manera que se crea una superposición de dos lógicas generacionales. Es decir, en el intento de algunos adultos de crear un

mundo más idóneo para los jóvenes tienen dificultades para adaptarse a la situación actual donde el reto que tienen los jóvenes tiene que ver más con gestionar una abundancia de estímulos y posibilidades.

6. Necesidad de establecer un consenso en el ámbito científico y profesional sobre el significado y la prevención de los consumos recreativos. La actuación preventiva ante las drogas en ámbitos recreativos se ha incrementado, pero también se constata que existe escasa investigación sobre las bases científicas para construir dichos programas y una falta de evaluación de las acciones. La mayoría de los proyectos preventivos son puntuales y consisten en proveer información a los jóvenes. Es frecuente que estos proyectos no se apoyen en modelos teóricos explicativos y conocidos y que no se tengan en cuenta otras experiencias anteriores evaluadas en el campo de la prevención. Debe existir un mayor debate científico -y no tan sólo ideológico- que debe apoyarse en la construcción de un modelo teórico, en el conocimiento de los factores de riesgo y la evaluación de los programas preventivos. Es necesario que en Europa se centren energías en evaluar programas y construir modelos de acuerdo a nuestra realidad cultural.
7. Elaboración de información específica sobre los efectos de las drogas legales e ilegales. En la investigación aparece como dato sorprendente la desinformación sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas en los jóvenes —en especial sobre los efectos negativos—. Bien se sabe que disponer de información no supone automáticamente la adopción de cambios comportamentales. Pero desde luego más difícil es que alguien se plantee algún cambio en su vida si no tiene la más mínima información sobre la necesidad de hacerlo. Proponemos que haya más información disponible para los jóvenes, que tengan en cuenta las diversas sustancias, en especial las más consumidas como el tabaco, el alcohol y el cannabis. Obviamente esta información debe acompañarse de otras medidas preventivas.
8. Elaboración de estrategias que aumenten la percepción del riesgo. Esta estrategia no debe verse como incompatible con la reducción de riesgos en los consumidores recreativos. Actualmente son mayoría aquellos programas preventivos centrados en la «reducción del daño». Presuponen que es difícil cambiar los hábitos de consumo y, en consecuencia, sólo se plantean actuar para disminuir los problemas ligados a estos consumos. Esta estrategia puede ser correcta si nos referimos exclusivamente a grupos de muy alto riesgo, pero precisamente porque son un grupo difícilmente alcanzable y poco permeable al cambio, sería un error centrar todas las energías preventivas en ellos. Es muy importante actuar sobre la mayoría de jóvenes que no se encuentran todavía en situación de alto riesgo aumentando su conocimiento sobre los problemas derivados del uso de drogas, dotándolos de capacidades críticas y de habilidades para manejarse en situaciones recreativas.
9. Intentar que el no consumo o el consumo moderado sea una opción culturalmente aceptada en los ambientes recreativos. Estamos ante una situación en que parece que lo «culturalmente correcto» es el que más se divierte, el que más consume, llega más tarde a su casa, tiene más amigos, más relaciones sexuales, etc. Ello responde a una

lógica cultural de una sociedad consumista, pero también a intereses económicos de la industria de la diversión que alimenta esta visión. Existe no obstante una importante mayoría que no sigue estas pautas, pero que lo vive muchas veces como una frustración. Es importante apoyar una "cultura de la moderación" o de la contención, para que los jóvenes puedan realmente elegir, y de esta forma ser más libres.

10. Crear contextos recreativos en que las condiciones medioambientales sean más saludables, implicando para ello a la industria recreativa. Una parte importante de los problemas derivan de las condiciones físicas u organizativas de los ambientes en que tiene lugar la diversión. Nos referimos a salidas de emergencia adecuadas, temperatura de los locales, exceso de personas, entrenamiento del personal de las discotecas en evitar problemas y atender urgencias, disponibilidad de bebidas no alcohólicas a bajo precio, existencia de dispensadores de preservativos, transporte público adecuado, etc. Es importante crear una dinámica de colaboración entre la administración y la industria de la diversión.

3

Unidad

Instrumentos de tamizaje en el uso de sustancias psicoactivas

Objetivo general de la unidad

Dar a conocer, y entrenar en la implementación de los siguientes instrumentos de tamizaje: CARLOS-CRAFFT, DAST, AUDIT, ASSIST, ISA, APGAR familiar Y VESPA.

Objetivos específicos de la unidad

- Conocer la escala CARLOS-CRAFFT usada en menores de edad (versión Universidad Nacional de Colombia).
- Aprender a usar la escala DAST (*Drug Abuse Screening Test*), para buscar en población general uso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Estudiar el Test de Detección de Uso Riesgoso de Alcohol (AUDIT), encuesta de tamizaje para evaluar los problemas relacionados con la forma de usar alcohol.
- Conocer la Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (ASSIST).
- Aprender sobre el Índice de Severidad de la Adicción (ISA), instrumento de valoración integral de las adicciones, el cual permite hacer seguimiento.
- Conocer el Sistema de vigilancia epidemiológica en sustancias psicoactivas (VESPA), desarrollado por la SDS

3.1. CONCEPTOS GENERALES

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

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

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

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

Estos instrumentos deben ser breves (pocas preguntas), flexibles, fáciles de administrar e interpretar y deben incluir al alcohol y otras drogas. A continuación se describen brevemente los principales instrumentos de tamizaje empleados en lengua castellana.

3.2. ESCALA CARLOS-CRAFFT (VERSIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA)²⁰

Este es un instrumento de tamizaje desarrollado especialmente para adolescentes, el cual se lleva a cabo de forma verbal, es fácil de recordar y de puntualizar. Abarca tanto el uso de alcohol como de otras sustancias. Su población objeto está entre los 14 a 18 años. La escala solo identifica dos categorías dentro del consumo y no identifica patrones de consumo. Con un puntaje positivo se debe hacer entrevista a profundidad y hablar con la familia (núcleo primario) por tratarse de un menor de edad. Debido a lo fácil de la aplicación no requiere de entrenamiento previo para aplicarla. El punto de cohorte para Colombia es de

²⁰ Cote, M; Uribe, M; Prieto, E. *Validación para Colombia de la escala CRAFFT, para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes*. Revista. salud pública. Universidad Nacional de Colombia 15 (2): 220-232, 2013

dos preguntas positivas (Ver: *Estudio de Validación para Colombia*. Cote, M: Uribe, M 2013). Se sugiere preguntar a todos los menores de edad que sean valorados con esta escala, sobre la presencia del uso de SPA. (Ver Anexo No. 1)

3.3. TEST DAST (*DRUG ABUSE SCREENING TEST*)

Cuestionario de tamizaje de diez preguntas utilizado para preguntar por el abuso de sustancias psicoactivas. Las preguntas buscan identificar trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de sustancias y reconoce cuatro niveles de riesgo (Ver Anexo No. 2). Así mismo, permite detectar problemas graves relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

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

3.4. TEST AUDIT (*TEST DE DETECCIÓN DE USO RIESGOSO DE ALCOHOL*)

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

La aplicación del AUDIT consiste en un cuestionario auto-aplicado, que permite la detección inicial o la sospecha de consumo riesgoso, consumo problemático o dependencia de alcohol.

El cuestionario es entregado a los consultantes mayores de 15 años, mientras esperan atención, sea de morbilidad, controles u otra variable, para que lo llenen en ese período y luego lo muestren al profesional que le corresponda. Posteriormente, el profesional de APS revisa el cuestionario y lo califica en presencia del NNA y realizará la retroalimentación del caso.

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

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

Si estos cuestionarios de tamizaje salen positivos, se hace necesario una entrevista a profundidad y la aplicación de un instrumento más sensible y específico para valorar la adicción. El proyecto TREATNET de Naciones Unidas recomienda en estos casos aplicar la Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas (ASSIST) y realizar una Intervención Breve.

3.5. LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)²¹

Fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS, en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias, que debe ser administrado por un profesional de la salud.

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

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

En 1997 la OMS desarrolló el ASSIST con el fin de administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes, de hacer pruebas de detección de todas las SPA (no solo de alcohol y tabaco), también de poder utilizarlo en servicios de atención primaria de salud, de tener relevancia transcultural y poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o quienes cuyo consumo puede ubicarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la

²¹ *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria.* Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible en internet.

salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección.

3.6. ÍNDICE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN (ISA-6)²²

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

Consta de 257 ítems agrupados en una sección de información general y alojamiento, y seis áreas problema: salud física, empleo y recursos, uso de alcohol y drogas, situación legal, red familiar y social, y salud mental. Proporciona 15 puntuaciones objetivas estandarizadas, y correspondientes a las escalas primarias, y seis a las secundarias, que constituyen el perfil de gravedad de la adicción del sujeto. Su obtención se realiza mediante un algoritmo matemático.

En todas las escalas, a mayor puntuación mayor necesidad de tratamiento.

Las nueve escalas primarias son: salud física, empleo, alcohol, drogas, legal, familia/hijos, familia/red social/apoyo, familia/red social/problemas, y salud mental.

Las seis escalas secundarias son: pareja/apoyo, pareja/problemas, amistades/apoyo, amistades/problemas, familiares adultos/apoyo, y familiares adultos/problemas.

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

- A lo largo de la vida: proporciona información sobre la situación vital del paciente desde la infancia y sobre problemas que hayan podido existir en el pasado.
- Últimos seis meses: este período temporal de evaluación no existía en las versiones previas. Se ha decidido incorporarlo en algunos ítems de interés en los análisis de eficiencia y costes-beneficios.
- Últimos 30 días: proporciona información sobre la frecuencia y gravedad de los problemas recientes que resulta de gran interés para la monitorización y valoración de los cambios obtenidos con las intervenciones.

3.7. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)²³

Conocer la familia es fundamental en las entrevistas de todos los niños, niñas y adolescentes porque permite identificar situaciones conflictivas y de riesgo. Permite a través de

²² Bobes, J.; Bascaran, M.; Carballo, J. *Valoración de la gravedad de la adicción (ISA-6) Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid, 2007.

²³ Arias, Lilitiana; Herrera, Julian. *El APGAR familiar en el cuidado primario de Salud*. Colombia Médica 25: 26-28. (Revista Médica Universidad del Valle). 1994.

su evaluación implementar en los miembros de la familia la capacidad de establecer las dificultades y fortalezas, con el fin de construir mecanismos efectivos de autoprotección y afrontamiento de las crisis. Inicialmente puede ser la aplicación del APGAR Familiar²⁴.

Este cuestionario fue diseñado por Gabriel Smilkestein (1978)²⁵ en la Universidad de Washington.

Explora la percepción de la satisfacción que tiene la persona con el funcionamiento familiar en cuanto a adaptación y resolución de problemas, expresiones de afecto, conductas de cooperación, acompañamiento y desarrollo personal. Es de fácil aplicación por ser corto y sencillo. Hace referencia a los siguientes aspectos familiares (Ver Anexo No. 4):

- Adaptabilidad: satisfacción con la capacidad de usar los recursos propios y externos para afrontar y resolver los problemas que se presentan y de adaptarse a los cambios que generan.
- Cooperación: satisfacción con el grado de comunicación y participación en los planes, labores, responsabilidades y decisiones de la familia.
- Desarrollo: satisfacción con la forma como la familia acepta y apoya acciones que permiten y fortalecen el crecimiento personal.
- Afectividad: satisfacción por la forma como se dan y aceptan emociones como el afecto, la pena y la ira.
- Capacidad resolutive: satisfacción con la forma como cada miembro se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás.

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

3.8. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (VESPA)

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá mantiene desde 1998 la vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas VESPA, componente del sistema de vigilancia en salud pública cuyo propósito se orienta hacia la unificación y consolidación de la información epidemiológica sobre el uso problemático y adictivo de psicotrópicos, sus efectos socioculturales, los cambios en los patrones de abuso de sustancias legales e ilegales y el impacto generado en los sectores de salud, la educación y la justicia.

El mantenimiento del VESPA sobre "abuso de drogas" ha permitido que los Centros de Tratamiento especializados en el tratamiento de las adicciones a psicotrópicos provean de

²⁴ De Francisco, Viviana; Ceron, Yolanda. *Salud familiar como alternativa de atención integral en las Unidades de Atención Integral y en las Unidades de Atención Primaria*. Ver: Colombia Médica, 1995.

²⁵ Smilkestein G. *The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians*. J Fam Pract 1978.

manera periódica, los datos a partir de los cuales el Área de Vigilancia en salud pública genera información oportuna, válida y confiable.

El objetivo fundamental de este sistema es tener información para:

- Establecer lineamientos técnicos para planificar, organizar y administrar programas dirigidos hacia la prevención y el control del consumo de sustancias psicoactivas
- Generar hipótesis y desarrollo de proyectos de investigación
- Contribuir a la evaluación de las políticas y programas
- Promover el trabajo intersectorial e interinstitucional para la vigilancia y prevención integral del uso indebido de sustancias psicoactivas en el Distrito Capital

Los datos recepcionados, sistematizados y analizados permiten tener conocimiento respecto a:

- Características del consumidor
- Características de las sustancias que se consumen
- Características de las formas de consumo
- Tendencias de uso y abuso
- Cambios en los patrones de uso y abuso
- Cambio en las tendencias y el tipo de drogas usadas y sus formas de poli consumo.

Los análisis básicos están dirigidos a conocer:

- El patrón de consumo de sustancias psicoactivas.
- Las sustancias psicoactivas de mayor impacto.
- Las prevalencias de consumo de sustancias de síntesis, bebidas alcohólicas, cigarrillo y sustancias ilegales.
- La Prevalencia de vida y de último año según variables socio demográficas por sustancia
- El consumo global de sustancias psicoactivas ilegales.

El registro continuo de casos de uso indebido de sustancias psicoactivas a través de la ventana de centros de tratamiento del sistema de vigilancia VESPA ha permitido mantener información permanente acerca del ingreso o aparición de nuevas sustancias de abuso, conocer los patrones de consumo del abusado, las principales "drogas de inicio" y el perfil demográfico de la población atendida en centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia.

4

Unidad

Conceptos básicos de Intervención Breve (consejería)

Objetivo general de la unidad

Dar a conocer un modelo de Intervención Breve en atención primaria en el uso riesgoso de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos de la unidad

- Mejorar las habilidades para el uso de estrategias y recursos de motivación en las personas que laboran en primer nivel de atención.
- Aumentar la aplicación de estrategias motivacionales en modelos de prevención específica.
- Describir los componentes básicos de Intervención Breve en las principales sustancias psicoactivas usadas por los jóvenes (tabaco, alcohol, cocaína, marihuana).
- Comprender la importancia del proceso de la motivación como condicionante del cambio comportamental en la intervención de asesoría a jóvenes con primeros consumos.

4.1. CONCEPTOS GENERALES

Las intervenciones breves han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas llenando de este modo los huecos entre los esfuerzos de prevención primaria y un tratamiento más intensivo para las personas con trastornos debidos al consumo graves.

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

Los profesionales que trabajan en los procesos de Atención Primaria están en una posición privilegiada para identificar e intervenir aquellos pacientes jóvenes cuyo consumo es de riesgo o perjudicial para su salud. También pueden jugar un papel esencial para lograr que pacientes con dependencia de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, inicien tratamiento.

Los pacientes tienen confianza en la experiencia de los profesionales sanitarios y esperan que ellos estén interesados en los efectos de la bebida sobre la salud, del cigarrillo sobre la salud y de las demás sustancias psicoactivas.

La información dada por los profesionales sanitarios es a menudo crucial no sólo en el abordaje de la enfermedad, sino también en su prevención. La Atención Primaria es la principal fuente de recursos sanitarios en muchas partes del mundo, teniendo en cuenta que la mayoría de la población mundial consulta un médico u otro profesional sanitario al menos una vez al año. Debido a que los pacientes confían en la información que reciben de los profesionales sanitarios, el consejo sobre el consumo de sustancias psicoactivas incluido alcohol y tabaco suele tomarse en serio cuando se da en el contexto de una consulta médica o preventiva. De hecho, la atención primaria es ideal para la monitorización continua y la intervención repetida.

Tabla No. 8
Componentes básicos de una Intervención Breve (IB):

- Plantear el tema específico de acuerdo con cada una de las drogas usadas en el marco de la salud del consultante.
- Examinar y evaluar específicamente.
- Brindar retroalimentación.
- Hablar sobre el cambio y definir metas.
- Síntesis y conclusión.

Tomado de: Fleming, M; Baier, M. Brief Intervention in Primary Care. Alcohol, *research and health*. Vol. 23 No. 2 p.p.128-137. 1999.

4.2. LA INTERVENCIÓN BREVE

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

4.2.1. Paso 1: evaluación a profundidad del uso de la sustancia psicoactiva y retroalimentación

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

4.2.2. Paso 2: negociación y determinación de los objetivos de la Intervención Breve

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

4.2.3. Paso 3: técnica específica de modificación de conducta

Se puede usar aquí una lista de chequeo de aspectos positivos y negativos del comportamiento que se está modificando. Se puede fijar un día "0" para dejar de hacer uso de la sustancia. Dejando anotado en forma clara cuál es el comportamiento esperado, no se trata simplemente de decir "no" a las drogas.

4.2.4. Paso 4: dar lecturas auto dirigidas sobre cada sustancia

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

4.2.5. Paso 5: seguimiento y refuerzo positivo

Fundamental hacer unos encuentros de seguimiento para ver cómo va el caso, se recomienda por los expertos seis semanas después de la intervención, realizar una cita de control; donde se ve si la persona ha logrado mantener el cambio de comportamiento. De no haberse logrado, se debe remitir a su sistema de salud, para realizar la intervención dentro de su EPS. Como se verá más adelante, es fundamental hacer este seguimiento y de no lograrse la remisión con oportunidad, es preciso informar a la Comisión Reguladora de Eventos en Salud, (CRES), autoridad competente en el tema.

4.2.6. Paso 6: direccionamiento (remisión a segundo o tercer nivel) de complejidad

Una vez realizado el proceso de intervención breve, el cual debe ser realizado en todos los casos. De acuerdo con el resultado de severidad mostrado en el ASSIST, el paciente debe ser remitido a su EPS, para recibir la atención especializada según el caso: Atención con el grupo de Salud Mental, atención con toxicología, remisión a centro especializada de Farmacodependencia. En otro caso se debe usar el sistema de integración social de cada territorio y se envían a clubes juveniles, comedores comunitarios, centro de trabajo con jóvenes, etc. La idea es poder incluir a los jóvenes dentro de diferentes actividades y redes juveniles.

4.3. MOTIVAR A LAS PERSONAS A VER LA NECESIDAD DE CAMBIO

La entrevista motivacional es un estilo de entrevista directiva, la cual se centran en el paciente, y está encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver sus ambivalencias frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos.

Como se vio previamente, muchas personas que se involucran en el uso nocivo de sustancias no reconocen plenamente que tienen un problema o que otros problemas de su vida están relacionados con el uso de alcohol y drogas. Por el contrario, pueden estar orgullosas de su estilo de vida y de sus hábitos, simplemente por desconocimiento. Por ello, se debe comenzar por definir en qué área de la rueda del cambio se encuentra la persona (Ver Grafica No. 1).

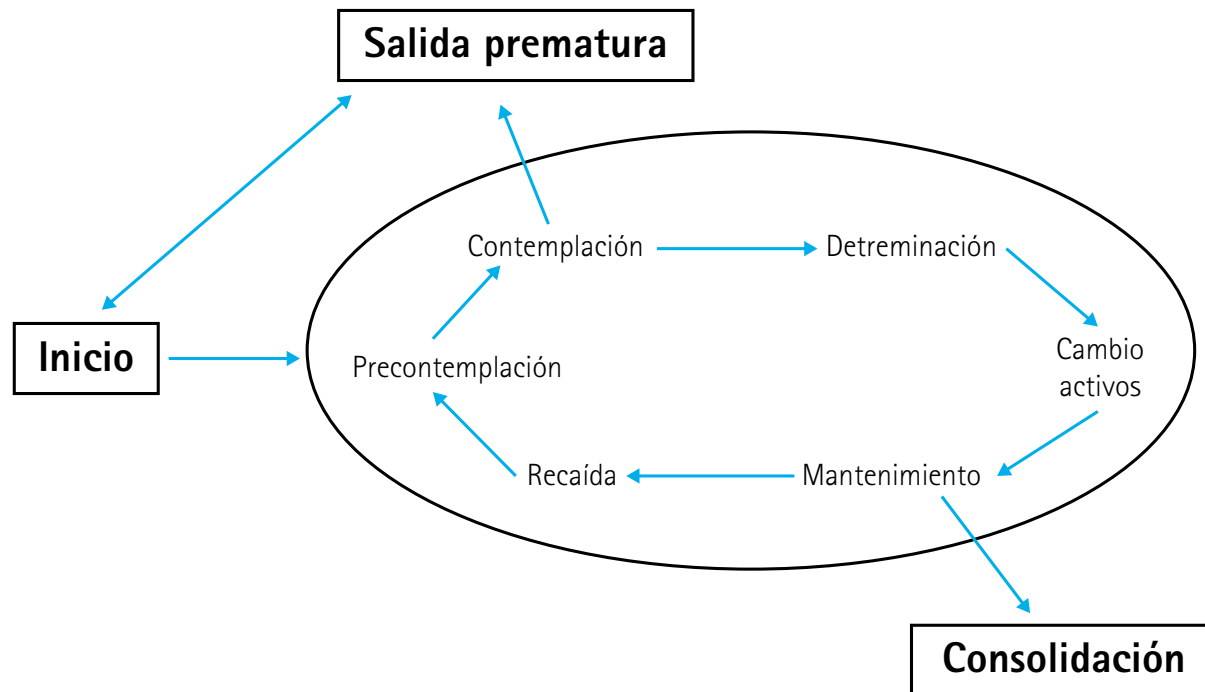
Este proceso se denomina estadiar. Debemos saber si el individuo se encuentra o no motivado para cambiar. La primera tarea es saber en qué estadio de la rueda del cambio está situado. El objetivo de la entrevista motivacional es desarrollar discrepancia en el o la consultante para amplificar sus posibilidades y lograr un acercamiento a motivarse para cambiar comportamientos. Para ello es muy importante tener claridad de las metas, los logros y para dónde va la persona. Con base en el modelo teórico, al final de la primera entrevista se debe tener claridad en qué estadio del cambio se encuentra el consultante, para poder asignar la tarea motivacional correspondiente.

Pre contemplación: en este punto el o la consultante no ha pensado en cambiar; es más, en muchas ocasiones ni siquiera considera que está haciendo algo que podría poner en riesgo su vida. Aquí niega cualquier problema con el alcohol, conflictos con su pareja, dificultades con el vecino y muchas veces se muestra orgulloso de su conducta; no ve una necesidad de cambiar.

Contemplación: es el siguiente estadio. Aquí, la ambivalencia aparece porque se empiezan a ver los riesgos y los beneficios de un comportamiento o de una situación específica. El o la consultante empieza a comparar cosas positivas con cosas negativas. Este es el punto donde se puede trabajar en mostrarle al consultante los aspectos negativos de su comportamiento, correlacionar comportamientos de riesgos con complicaciones laborales,

complicaciones con los vecinos y situaciones de violencia intrafamiliar, dificultades para relacionarse con sus pares o en el rendimiento académico entre otros.

GRÁFICO No. 2
La rueda del cambio



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

- **Determinación:** el o la consultante se encuentra motivado y ve la necesidad para cambiar un comportamiento o patrón de comportamiento. Aquí se trata de escoger de manera concertada con el o la consultante cuál sería la estrategia más adecuada para lograr estos cambios y la solución del conflicto. En general, deben ser modificaciones pequeñas, en donde se mantenga su estilo de vida básico. La estrategia debe ser aceptable, accesible, apropiada y efectiva.
- **Acción:** es el siguiente estadio que ocurre cuando el o la consultante se encarga de trabajar, hacer los cambios de comportamiento y acciones específicas para lograr esa meta que se ha propuesto. Es importante anotar que no quiere decir necesariamente que lo logre.
- **Mantenimiento:** durante esta etapa la persona ya se ha rutinizado y ha logrado tener nuevos hábitos de comportamiento y de estilo de vida en el cual va a continuar su proceso. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

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

4.4. ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

4.4.1. La escucha reflexiva

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

Se entiende por reflejar repetirle con las mismas palabras lo que el consultante dijo. Esto se hace en la parte final de cada entrevista. Un error muy frecuente del principiante es pensar que a todo lo que dice el consultante, se le debe responder con una explicación. Este estilo se vuelve agotador, y parece más un partido de tenis que una entrevista en un contexto de consultoría.

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

Repetir: un elemento que ha dicho el o la consultante.

Refrasear: sustituye algunas palabras por sinónimos o altera ligeramente lo que se ha dicho clarificándolo.

Parafrasear: Infiere el significado de lo que se ha dicho y lo refleja con nuevas palabras.

Señalar un sentimiento: Hacer énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.

5

Unidad

Ruta de atención, canalización y seguimiento de los casos detectados

Objetivo general de la unidad

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

Objetivos específicos de la unidad

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

5.1. CONCEPTOS GENERALES

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

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

El público en general, e incluso los profesionales de salud, comparten ideas erróneas en relación con las intervenciones en atención primaria en salud mental y en adicciones en particular. Algunas de ellas son: "toda persona que consume drogas es un dependiente o adicto", "no hay tratamientos efectivos para este problema", "las personas que tienen problemas con drogas, tienen que tocar fondo para poder ser ayudadas", "no necesito ayuda, puedo controlarlo solo", "si no hay abstinencia total, hay fracaso de la persona y del tratamiento" y varias otras. Por lo que las personas no están consultando por sí mismas.

Es aquí donde la APS puede jugar un rol determinante en:

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

5.2. LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

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

La influencia de los programas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas que se llevan a cabo en las escuelas buscan generar también iniciativas de mutua protección entre los alumnos. Algo similar puede encontrarse en algunos lugares de trabajo. Además de conocerlas y animarlas, de la mejor manera que puede la atención primaria prestar apoyo a esas actividades de prevención primaria de la propia comunidad

es proveyendo acceso expedito y atención efectiva a la demanda que más pronto o más tarde se originan con ellas. Por otra parte, la atención efectiva del consultante con consumo problema y la dependencia al alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, al igual que todo problema de salud, requiere de:

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

Los consultantes participan activa y propositivamente en el funcionamiento de esa red, cuyos indicadores de buen funcionamiento son, entre otros:

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

5.3. PROGRAMA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO TEMPRANO

El Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia al Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas está dirigido a los consultantes de la atención primaria que son probables portadores de riesgos o de problemas asociados al consumo de sustancias, de acuerdo con un cuestionario de detección. Solicitan espontáneamente atención por problemas con el consumo de alcohol o de drogas. Son derivados o ingresados desde otros programas del propio servicio de salud, previa información y motivación inicial por el profesional que deriva. Son familiares alarmados porque uno o más de los miembros de la familia consumen sustancias psicoactivas y pueden no tener disposición para consultar directamente o que esa disposición sea frágil y fluctuante.

5.4. ETAPAS E INTERVENCIONES

El Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia al Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas diferencia cuatro etapas: 1. detección y evaluación diagnóstica, 2. intervenciones resolutivas en la APS, 3. derivación o referencia asistida, y 4. alta y seguimiento.

5.4.1. Detección y evaluación diagnóstica

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

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

A su vez, la evaluación diagnóstica incluye diferentes tipos de entrevistas. como:

- Entrevista con familiares. La manera más habitual y más productiva para la detección temprana de consumo riesgoso o problemático de sustancias, especialmente de drogas ilícitas, es la inquietud o alarma de la familia. Esta debe ser tomada como un indicador confiable. A la inversa, no es infrecuente que la conducta de consumo problemático de sustancias no sea advertida por la familia durante tiempos largos.

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

En cada una de estas situaciones se tratará de involucrar a uno o más miembros de la familia de la persona afectada para iniciar una intervención con familiares. Esta tarea es responsabilidad de los equipos PIC que trabajan en los territorios saludables del distrito.

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

Ayuda a lograr ese fin el que la entrevista permita al consultante tiempos para la reflexión sobre las preguntas o propuestas que hace el profesional, tolere cierto grado de contradicciones o inconsistencias, en ocasiones postergue la obtención de información no indispensable si genera resistencias, y, en general, deje a la libre pero informada toma de decisión del consultante, sin cerrar la puerta para un nuevo contacto en otra oportunidad.

Para el examen físico y toma de laboratorios, el NNA es remitido en forma directa a la Unidad Primaria de Atención (UPA), y de esta manera entra al servicio de salud. El equipo de atención primaria refiere al consultante, en primer término al equipo de salud mental comunitaria (o el equipo ambulatorio de salud mental cuando el anterior aún no está implementado). Una vez en la UPA, el menor puede ingresar en el "carrusel de la salud y la APS" en donde participa y tiene interacción con todos los programas que se en desarrollado en la política de "Bogotá humana".

La consultoría de salud mental, realizada en conjunto por ambos equipos (o miembros de ellos), es la instancia donde se decide la pertinencia, oportunidad y finalidad de una derivación a otras dependencias o programas del nivel secundario o de especialidad. Entre otros posibles:

- Atención de especialidad, ambulatoria o con internación, cuando se presentan patologías más complejas, médico-quirúrgicas, neurológicas, psiquiátricas u otras.
- Planes de tratamiento de drogas, ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial, cuando la dependencia se presenta con niveles severos de compromiso biopsicosocial.

5.4.2. Intervención preventiva

Su objetivo está en el marco de la prevención específica: impedir o retardar el desarrollo de una enfermedad o de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficientes para ello; por ello, su título al público será Programa de Prevención de Riesgos "Ud. decide", dirigido primordialmente a consultantes que presentan consumo en riesgo, de alcohol o de drogas, o de ambos tipos de sustancias. El nivel de compromiso psicosocial y físico es inexistente o leve. Sin embargo, consultantes como los bebedores problema se pueden beneficiar de este tipo de Intervención Breve, si cuentan con niveles altos de motivación, autonomía y autocontrol de impulsos, un buen nivel intelectual y apoyo familiar. Consiste en un conjunto ordenado de actividades, centradas en facilitar una decisión informada y autónoma del consultante, en orden a moderar o suprimir el consumo.

Objetivos de la intervención preventiva:

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

El instrumento fundamental de la intervención preventiva es la consejería, realizada por un profesional del equipo de salud primaria, con experiencia en consejerías y capacitado en el programa. En el caso de que el factor de riesgo sea el consumo de alcohol, es aconsejable que las consejerías estén a cargo de una enfermera, dado que los resultados de los exámenes de laboratorio, son el sustento predominante de la actividad educativa y motivacional.

La intervención preventiva cuenta además con las cartillas informativas para alcohol y para drogas, un instrumento de carácter educativo, orientado a la modificación de conductas, a brindar estrategias a seguir para moderar o suprimir el consumo, resistir las presiones y desarrollar conductas alternativas que proporcionen satisfacción y mejoren la auto-eficacia.

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

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

La intervención preventiva tiene una duración de cuatro o cinco sesiones. Luego del año de intervención, si los resultados son positivos, el consultante recibe el alta. Si el resultado, en cambio, no es favorable, sea porque el consumo se mantiene en un nivel de riesgo o empeora, porque se configura un consumo problemático o una dependencia incipiente o porque el compromiso biopsicosocial aumenta, se reevalúa el caso con la ayuda de una consultoría de salud mental o una interconsulta al nivel secundario. Luego de ello, las opciones serán la referencia a una intervención terapéutica en la Atención Primaria o al nivel secundario de especialidad. La aceptación informada del consultante será clave para que la referencia sea efectiva. No está contemplada la participación de grupos de autoayuda en la intervención preventiva, básicamente porque ellos están centrados en el apoyo a las personas con dependencia o con problemas severos.

5.4.3. Alta y seguimiento

5.4.3.1. Alta. Constituye el paso final de una intervención preventiva o de una intervención terapéutica. En ambos casos, se prepara al menos uno o dos sesiones antes. Se acuerda con el consultante una forma expedita de consultar de nuevo si así lo requiere. Se entrega material informativo, se informa y acuerda un control telefónico o directo tres meses después del alta efectiva (seguimiento post-alta). Por la naturaleza del cuadro clínico y de la significación social del consumo de sustancia psicoactivas, los abandonos de los tratamientos serán corrientes, así como las altas prematuras o forzadas por el consultante.

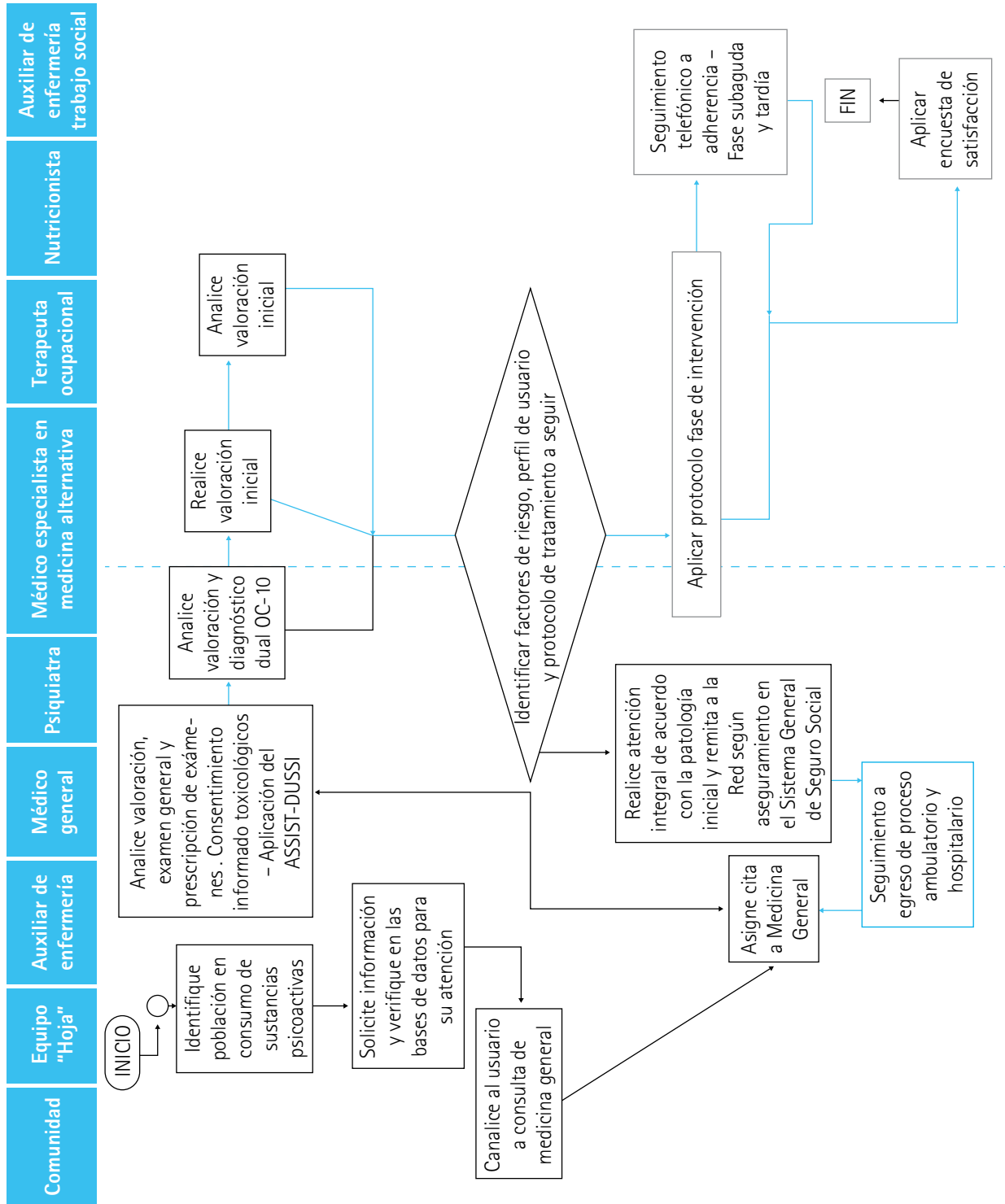
Cuando el consultante, a pesar de los esfuerzos del equipo tratante, no desea continuar en el programa y, a fin de mantener el vínculo y la posibilidad de una reanudación del tratamiento, puede ser útil acordar con el consultante un egreso transitorio o pactado. En tales casos, se enfatizará al consultante que la recomendación del equipo o del profesional tratante, es la continuidad del tratamiento, pero que se acuerda la suspensión del proceso de acuerdo a solicitud. Así mismo, se sugiere programar en un lapso de tiempo concreto uno o más contactos o controles (1 a 6 meses según parezca aconsejable), con el objeto de hacer un seguimiento de la evolución y, según ello, considerar el alta definitiva o la reanudación del tratamiento, si no se cumplen las expectativas del consultante o las metas pactadas.

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

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

5.4.3.3. Seguimiento. Pueden diferenciarse dos categorías: "seguimiento y rescate", y "seguimiento post alta". El "seguimiento y rescate" opera cuando se producen ausencias a dos o más controles o actividades acordadas o indicadas, o antes, si se trata de una situación de riesgo mayor (violencia en la familia, autoagresión, recaídas luego de un grado de recuperación significativo). El equipo de salud busca activamente el reingreso del consultante a la intervención precoz, a través de contactos telefónicos, visitas al domicilio, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de "puerta abierta" y "acogida dispuesta".

ruta de la atención²⁶



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

6

Unidad

Intervenciones específicas para las principales sustancias de abuso (alcohol, tabaco)

Objetivo general de la unidad

Describir guías específicas de intervención en relación con el tabaco y el alcohol.

Objetivos específicos de la unidad

- Mostrar una guía breve de intervención en el uso y abuso de tabaco.
- Describir un protocolo de intervención específico en alcohol: "Saber vivir, saber beber".

6.1. USO DE TABACO

El uso de cigarrillo es considerado por la OMS, como la principal causa de cáncer pulmonar, que puede ser prevenible. La Organización Mundial de la Salud organiza el Día Mundial sin Tabaco, una iniciativa destinada a recordar los grandes perjuicios que acarrea el tabaco para la sociedad (no sólo para los fumadores), uno de los problemas más graves de salud pública. Por lo anterior siempre que llegue un consultante que usa cigarrillos debemos preferiblemente intervenir con la estrategia de las cinco "A", para aconsejarle dejar de fumar.

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

6.1.1. La estrategia de las cinco "A"

Se trata de una Intervención Breve que sigue una ruta definida para poder intervenir de forma estructurada el uso de tabaco. Se deben seguir en orden estas preguntas (ver Tabla No. 5).

6.1.2. La estrategia de las cinco "R"

Esta estrategia es útil para trabajar con aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar "ahora", o sea, quienes están en las etapas de pre-contemplación y contemplación. Las "5 R" es una intervención motivacional que se puede implementar después de haber constatado que el paciente es fumador y que no está motivado a dejar de fumar (al menos no antes de un mes), y se emplea al aconsejar. Permite personalizar el consejo, y ayuda a aumentar el nivel de motivación hacia la cesación del consumo.

Tabla No. 9
La estrategia de la 5 "A"

1. AVERIGUAR sobre el consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted fuma? • ¿Cuánto fuma? • ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo? • ¿Quiere dejar de fumar? • ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó?
2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar o sigan sin hacerlo	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar claramente. La evidencia científica sobre la importancia de no fumar es inexcusable y el mensaje debe transmitirse claramente y sin ambigüedades. • Personalizar el mensaje. Tenga en cuenta la condición clínica, la historia de consumo de tabaco, los intereses personales o los roles sociales.

3. ACORDAR con el paciente, el plan de intervención y las actividades para lograr dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente está en etapa de preparación (quiere dejar de fumar dentro de un mes), fijar el día D dentro de las 2 semanas siguientes. • Si no está listo para dejar de fumar, acordar acciones y tareas. Determinar modalidad de intervención de acuerdo a sus características personales y las disponibilidades locales.
4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar plan de acción según la etapa de cambio en que se encuentra el paciente y lo acordado con él. Firmar contrato de Día D, analizar situaciones de riesgo, temores y obstáculos. • Practicar estrategias de enfrentamiento de situaciones problemas • Estimular el diálogo interno, planificar ejercicios, tareas. • Estimular la constitución redes de apoyo.
5. ACOMPAÑAR al paciente en todo el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir la intervención en todas las oportunidades posibles. • Evaluar las posibilidades y formas de comunicación: llamadas telefónicas, reuniones de grupo, consultas individuales, controles de rutina, etc. • Controles después del día D: <ul style="list-style-type: none"> - 3 días - 15 días - 1 mes - 2 meses

Tomado de: Becoña, E. *Manual para dejar de fumar*. 2004, Universidad Santiago de Compostela.

Tabla No. 10
La estrategia de las 5 "R"

1. Relevancia	Incentivar al paciente a que defina por qué es tan relevante para él dejar de fumar. "La información motivacional tiene mayor impacto si es relevante para el estado o riesgo de salud específico del paciente, de su familia o de su situación social".
2. Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos agudos: falta de aire, exacerbación del asma, daños en el embarazo, impotencia, infertilidad. • Riesgos a largo plazo: infarto, accidente vascular encefálico, cáncer de pulmón y muchos otros, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), discapacidad. • Riesgos ambientales: mayor riesgo de cáncer de pulmón de su pareja, mayores probabilidades que sus hijos fumen, asma, otitis, infecciones respiratorias en niños. <p>"Sugerir y remarcar aquellas que parecen ser más relevantes para el paciente."</p>

3. Recompensas	El clínico debería ayudar al paciente a identificar beneficios potenciales del abandono del fumar, sugiriendo y remarcando los beneficios más relevantes para el paciente.
4. Resistencias	<ul style="list-style-type: none"> • "Es el único placer que me queda" • "Voy a engordar al dejar de fumar" • "No voy a poder estudiar/trabajar" • "Me haré un mar de nervios"
5. Repetición	<p>Esta intervención motivacional debería ser repetida cada vez que un paciente no motivado concurre a algún servicio de salud.</p> <p>Los fumadores que han fallado en los intentos anteriores de abandono deben saber que la mayoría de las personas tienen que hacer repetidos intentos antes de lograr éxito.</p>

Tomado de: Becoña, E. *Manual para dejar de fumar*. 2004, Universidad Santiago de Compostela.

6. 2. USO DE ALCOHOL

El inicio temprano de consumo de alcohol se considera un factor de riesgo, ya que el 75% de los bebedores problema iniciaron consumo antes de los 19 años. La propuesta de la OMS consiste en el consumo controlado, el autocontrol, y al respecto hace las siguientes recomendaciones:

- La exploración sistemática del consumo de alcohol en toda persona de más de 14 años, al menos cada dos años.
- La exploración y registro del consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, se debe hacer de forma sistemática en todos los adolescentes.
- Es necesario prevenir el consumo de alcohol en todas las mujeres gestantes, especialmente durante las primeras semanas de gestación.
- En los historiales clínicos (tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario) deben estar registrados los datos relativos a los hábitos de consumo de tóxicos (incluido el alcohol).
- Los profesionales sanitarios con prioridad en atención primaria, deberían disponer de los Test AUDIT (ver Anexo No. 3).
- El personal sanitario, tanto de atención primaria como de atención especializada, que atiende a pacientes con problemas de alcoholismo debería ser formado en el manejo de la entrevista motivacional.

¿Cuándo se puede considerar el consumo de alcohol como riesgosos? Los hombres que consumen más de 4 bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de 3 al día (o más de 7 a la semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol. En general se considera que un menor de edad no debería usar alcohol.

6.2.1. “Saber beber, saber vivir”²⁷

Se conceptualiza como una actividad de prevención indicada, cuya principal finalidad es favorecer la motivación hacia la reducción de daño y la minimización de riesgos en bebedores de alcohol que se encuentran próximos a una situación de abuso. El mismo proceso motivacional se aplica al conjunto de fases por las que transcurre una acción como la de “Beber responsablemente”. En este caso, la meta no es tanto de reducción del consumo o de control de la adicción, sino de puesta en práctica de un consumo en condiciones que minimicen el riesgo o que reduzcan el daño.

Los principios del saber beber buscan orientar a los consumidores para asegurar asociaciones virtuosas para cada ocasión en que se decida consumir alcohol. Siempre hay un antes (qué tomar, con quién, dónde, cómo), un durante (cuánto, cómo, de qué manera) y un después (garantizar una terminación segura) que posibilita el disfrute entre los individuos, atendiendo sus riesgos.

Sin pretender disciplinar las motivaciones y las razones, las emociones y los sentimientos que hacen del consumo una alternativa recurrente para la mayor parte de la población, el desafío del saber beber en el vivir, es la creación de una conducta protectora en quien consume alcohol, orientada a estar siempre bajo el dominio de sí mismo, y conservar el manejo de las variables de momento, lugar y ocasión. De esta manera, es importante considerar las cinco “C”:

- *Calidad (de la bebida)*. La legalidad de su producción, distribución y comercialización es una garantía que da el Estado para mitigar los efectos del alcohol entre la población consumidora. Aconseje usar licores legales, nada de fabricación casera.
- *Cantidad (en el tiempo)*. El saber beber indica que debe haber un tiempo prudente entre el consumo de un trago y otro. En ambientes donde se consume alcohol, moderar el ritmo del consumo garantiza más tiempo para disfrutar el momento, la ocasión y la compañía.
- *Consistencia (permanencia en el tipo de licor)*. Como autorregulación, se sugiere que durante el consumo de alcohol se procure permanecer ingiriendo un mismo tipo de licor y no realizar mezclas con otras bebidas alcohólicas, ya que se alteran los componentes y se afectan los comportamientos.
- *Comida (antes y durante)*. El acompañamiento de comida antes y durante el consumo de licor es importante, ya que los alimentos retrasan la absorción del alcohol observándose un ascenso más lento y un pico menos elevado de alcohol en la sangre en los sujetos que han consumido alimentos.
- *Compañía (personas de confianza)*. La vulnerabilidad a la que se expone la persona en estado de embriaguez conduce a que la vigilancia de este factor sea siempre un eje de la autorregulación en el beber. No cualquiera puede ser acompañante; con él, debe asegurarse de tomar las mejores decisiones en los escenarios en que se consume alcohol. ¿Con

²⁷ Flórez, L. Saber beber, saber vivir. Grupo de estilo de vida y desarrollo humano. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en internet. 2008.

quién estoy?, ¿cuál es la naturaleza de las relaciones con los que comparto el consumo de alcohol?

- *Conflicto (situación personal y del entorno)*. La capacidad de identificar la naturaleza de su propio conflicto personal y del entorno en que deposite ha de ser una competencia que el consumidor desarrolle para el cuidado de su vida.

El experto interviene aplicando el test de AUDIT y dando posteriormente la retroalimentación sobre el mismo, explicando la técnica de las cinco "C". Si la puntuación es alta en el test, entonces se debe hablar con la familia y enviar por medio de su EPS a un tratamiento dentro del SGSS. De acuerdo con la zona en que queda el puntaje después de aplicar el cuestionario (ver Anexo No. 3, parte 2).

[SIGLAS Y ABREVIATURAS]

1. Atención Primaria en Salud (APS)
2. Centros de Atención a la Drogadicción (CAD)
3. Centros de Atención Juvenil (CAJ)
4. Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES)
5. Entidades Promotoras de Salud (EPS)
6. Índice de Severidad de la Adicción (ISA)
7. Manejo Social de Riesgo (MSR)
8. *National Institute of Drug Abuse* (NIDA)
9. Niños, niñas y adolescentes (NNA)
10. Organización Mundial de la Salud (OMS)
11. Plan Obligatorio de Salud (POS)
12. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés)
13. Servicio de Orientación Juvenil (SOJU)
14. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
15. Sustancias psicoactivas (SPA)
16. Test Dast (*Drug Abuse Screening Test*)
17. Test de Detección de Uso Riesgoso del Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés)
18. Unidad Primaria de Atención (UPA)

[BIBLIOGRAFÍA]

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia en Bogotá D.C.* Bogotá: 2009.
2. Arias, Liliana; Herrera, Julian. "El APGAR familiar en el cuidado primario de Salud". *Colombia Médica* 25: 26-28. (Revista Médica Universidad del Valle). 1994.
3. Becoña, E. *Manual para dejar de fumar*. Universidad Santiago de Compostela, 2004. www.socidrogalcohol.org
4. Becoña, Elisardo. *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: 2002.
5. Bobes ,J; Bascaran, M; Carballo, J. *Valoración de la gravedad de la adicción (ISA-6) Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: 2007.
6. Cote M, Leal-Rojas E; Prieto E y Vargas D. "Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en farmacodependientes en rehabilitación en Comunidades Terapéuticas (FECCOT)". Bogotá: *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional*, 2008 (56) 4 pp. 338-352.
7. Cote, M; Uribe, M; Prieto, E. "Validación para Colombia de la escala CRAFFT. para tami-zación de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes". *Revista salud pública*. 15 (2): 220-232, 2013
8. De Francisco, Viviana; Ceron, Yolanda. "Salud familiar como alternativa de atención in-tegral en las Unidades de Atención Integral y en las Unidades de Atención Primaria". *Colombia Médica*, 1995.
9. Decreto 691 del 30 de diciembre de 2011. "Por medio del cual se adopta la política públi-ca de prevención y atención del Consumo y la Prevención de la vinculación a la Oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C."
10. European Institute of Studies on Drug Prevention: irefrea@irefrea.org.
11. Fleming, M; Baier, M. "Brief Intervention in Primary Care". *Alcohol, research and health*. Vol. 23 No. 2 p.p.128-137. 1999.

12. Flórez, L. *Saber vivir, saber beber*. Grupo de estilo de vida y desarrollo humano. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en internet. 2008.
13. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía clínica "Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años". *Serie Min Salud* No 53: 2007.
14. Hospital Centro Oriente. Secretaria Distrital de Salud. Unidad de Análisis territorial Poblacional. Territorio Social. Santafé – La Candelaria. Barreras de Acceso. www.esecentroorientegov.co.
15. ICBF/OIM. *Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en Clubes pre juveniles y juveniles*. Bogotá: 2008.
16. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a niños, niñas y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas con sus derechos amenazados, inobservados o amenazados*. Bogotá: Noviembre de 2010.
17. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, 2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones*.
18. Jessor. *La teoría de la conducta problema; En Becoña: Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: 2002.
19. LEY 1566 de 2012. República de Colombia. "Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen SPA". *Diario oficial* No 48.508 de 31 de julio de 2013.
20. Miller, W; Rollnick. *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Editorial Paidós, 1999.
21. Ministerio de Educación Nacional. Guía No 26. *Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas. (Formar para la ciudadanía... ¡sí es posible!)*. Bogotá: 2009.
22. Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia y Dirección Nacional de Estupefacientes. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2008*. Bogotá D. C.: Editora Guadalupe, junio de 2009.
23. Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Población Escolar*. Bogotá: 2011.
24. Ministerio de la Protección Social. *Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá: 2007.
25. Ministerio de la Protección Social. *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas (2009-2010)*. Bogotá: Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008.
26. Ministerio de la Protección Social. *Acuerdo Comisión Reguladora de Eventos de Salud (CRES) 029 de 2011*. "Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado".

27. Ministerio de la Protección social. Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se unifican los POS en la república de Colombia". 2011.
28. Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá: 2007.
29. Ministerio de la Salud y Protección Social. *Código de la infancia y adolescencia* (Ley 1098 de 2006).
30. NIDA. Principio de Tratamiento para la Drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. 2010
31. OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49 Consejo Directivo. 61 sesiones del comité regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.
32. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. 2010.
33. Organización Mundial de la Salud. World Drug Report. Washington: 2012. Disponible en www.unodc.org/worlddrugreport2012
34. Pérez, A. Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá: 2007.
35. Secretaría Distrital de Integración Social. Gestión Social Integral – Estrategia de gestión pública para implementar políticas. Bogotá: 2011.
36. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract:1978.

ANEXOS

ANEXO No. 1 - ESCALA CARLOS CRAFFT

Las preguntas CARLOS (CRAFFT)

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

Parte A			
Durante los últimos doce meses	NO	SÍ	
1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si respondió con un "NO" las tres primeras preguntas (A1, A2 y A3), pase ahora a la pregunta B1</p>
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<p>Si respondió con un "SÍ" a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2 y A3), pase ahora a las preguntas B1 a B6</p>
Parte B (CARLOS)			
	NO	SÍ	
1. ¿Ha viajado alguna vez en un carro o vehículo conducido por una persona (o usted mismo) que hay consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
2. ¿Le han sugerido alguna vez sus amigos o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
3. ¿Ha usado alguna vez bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
4. ¿Se ha metido alguna vez en líos o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
5. ¿Se le ha olvidado alguna vez lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←
6. ¿Alguna vez ha consumido alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba solo , sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

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

© Children's Hospital Boston, 2009

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.

La reproducción CRAFFT fue posible gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership

ANEXO No. 2 - CUESTIONARIO DAST

Test DAST-10

Nombre _____ C.C. _____ Fecha de aplicación _____

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

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

ANEXO No. 3 - CUESTIONARIO DAST- RESULTADOS

Interpretación

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

ANEXO No. 4a - CUESTIONARIO AUDIT (ALCOHOL USE DISORDER IN DETIFICATION TEST)

Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol: AUDIT

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

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

ANEXO No. 4b - INTERPRETACION AUDIT

Nivel de Riesgo Intervención - Puntuación del AUDIT*

Zona 1	Educación sobre alcohol	0 – 7
Zona 2	Consejo simple	8 – 15
Zona 3	Consejo simple Terapia Breve	16 – 19
Zona 4	Derivación al especialista para diagnóstico y tratamiento	20 – 40

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

ANEXO No. 5 - APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR (1)

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

Nombre: _____

Fecha: _____

Función	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
Estoy satisfech@ con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Estoy satisfech@ con la forma como mi familia me involucra y me permite participar en los planes y decisiones que se toman.					
Estoy satisfech@ con la manera como mi familia respeta, apoya y estimula mis planes y proyectos personales.					
Estoy satisfech@ con la manera como en mi familia expresamos las emociones, como afecto, rabia, dolor o tristeza.					
0-9 Disfunción familiar severa. 10-13 Disfunción familiar moderada. 14-17 Disfunción familiar leve. 18-20 Funcionamiento familiar adecuado.				Puntuación:	

ANEXO No. 6 - VESPA- CUESTIONARIO

(Primera Parte)

Esta es la primera parte del VESPA. La siguiente parte se encuentra en la próxima página; En las restantes se explica cómo diligenciarlo. Este documento es de obligatorio reporte y es la base de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica en el Distrito Capital.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SISTEMA DE VIGILANCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS "VESPA" CENTROS DE TRATAMIENTO

1. COD. INSTITUCIÓN <input type="text"/>		16. NIVEL EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
2. TIPO DE POBLACIÓN		1. No fue a la escuela 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Técnico post-secundaria incompleto 7. Técnico post-secundaria completo 8. Universidad incompleta 9. Universidad completa 10. Posgrado incompleto 11. Posgrado completo 12. Sin datos	
3. ETNIA		17. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/>	
1. Responsabilidad penal <input type="checkbox"/>	1. Indígenas <input type="checkbox"/>	1. Soltero	
2. Menor con medida de protección <input type="checkbox"/>	2. Rom <input type="checkbox"/>	2. Casado	
3. Habitante de calle <input type="checkbox"/>	3. Raizal <input type="checkbox"/>	3. Divorciado	
4. Desplazado <input type="checkbox"/>	4. Palenquero <input type="checkbox"/>	4. Separado	
5. En condición de desplazamiento <input type="checkbox"/>	5. Mulato <input type="checkbox"/>	5. Viudo	
6. Gestante <input type="checkbox"/>	6. Afrodescendiente <input type="checkbox"/>	6. Unión libre	
	7. Otro <input type="checkbox"/>	7. Sin datos	
	8. Sin datos <input type="checkbox"/>		
4. SGRSS	5. CIUDAD O MUNICIPIO		
1. Contributivo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
2. Subsidiado <input type="checkbox"/>			
3. Vinculado <input type="checkbox"/>	6. LOCALIDAD DE RESIDENCIA		
4. Particular <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
5. Otro <input type="checkbox"/>			
6. Medicina prepagada <input type="checkbox"/>	7. BARRIO		
7. Régimen especial <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
8. NOMBRE	9. APELLIDO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10. DOCUMENTO			
11. TIPO DE DOC.	CC CE PA TI RC MS AS		
12. FECHA DE CONSULTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	DD MM AAAA	13. SEXO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
			M F
14. FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	15. EDAD	<input type="text"/> <input type="text"/>
	DD MM AAAA		
		18. OCUPACIÓN U OFICIO <input type="checkbox"/>	
		1. Estudiante	
		2. Desempleado	
		3. Desocupado	
		4. Trabajo fijo	
		5. Trabajo ocasional	
		6. Hogar	
		7. Jubilado	
		8. Sin datos	

VESPA- CUESTIONARIO

(Segunda Parte)

19. TRATAMIENTOS PREVIOS POR CONSUMO DE DROGA

1. Sí 2. No 3. Sin dato

20. CÓMO ACUDIÓ A LA INSTITUCIÓN

1. Voluntariamente 2. Lo llevaron amigos o voluntarios
3. Indicación legal 4. Indicación médica
5. Indicación laboral 6. Indicación académica
7. Sin datos

21. TIPO DE DROGA

Patrón de consumo de drogas	Droga de inicio	D2	D3	D4	D5	D6	Droga de mayor impacto
Tipo de droga							
Frecuencia de uso							
La ha consumido durante el último año							
Vía de administración más frecuente							
Edad en la cual la usó por primera vez							
Edad en la que dejó de consumirla							

22. ¿Alguna vez ha usado drogas inyectadas?

¿Cuál? _____

INSTRUCTIVO

PATRÓN DE DROGAS

- 00- No hay droga
01- Alcohol
02- Tabaco
03- Sacol (Boxer)
04- Escopolamina (cacao sabanero)
05- Popper (amilo, butilo)
06- Marihuana (cannabis)
07- Cocaína
08- Basuco
09- Heroína

- 10- Éxtasis (metilodioximetanfetamina)
11- Polvo de ángel (pop o fenciclidina)
12- Sinogán (levomepromecina)
13- Ketamina
14- Metanfetaminas
15- Ativan (lorazepan)
16- Rohypnol (flunitrazepan)
17- Lexotan, Ansioel (bromazepan)
18- Valium (diazepan)
19- Fenobarbital
20- Akineton
21- LSD (ácido lisérgico)
22- Metadona
23- Hongos
24- Ansilan, Flutin (fluoxetina)
25- Codeína
26- Morfina, sales y preparados
27- Opio y sus derivados
28- Mezclas
29- Cloruro de metileno (Dick)
30- Yagé
31- Rivotril
32- Opiáceos
33- Crack (patraseado)
34- Amitriptilina
35- Otras

FRECUENCIA DE USO

- 01- Una vez al día
02- Dos o tres veces por día
03- Más de tres veces por día
04- Menos de una vez por semana
05- Una vez por semana
06- Varias veces por semana
07- No la ha usado en el último mes
09- Sin datos

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

- 01- Oral 02- Fumada
03- Inhalada 04- Inyectada
05- Dérmica 09- Sin datos

PROTOCOLO SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sistema Interamericano de Datos Uniformes

- Código del centro: NIT de la institución. En caso de no tenerlo el número del DANE y 3 dígitos más.
- Historia ICBF: Código interno determinado por el ICBF
- Población ICBF: Clasificada en cuatro grupos de atención: habitante de calle, explotado sexualmente, infractor, contraventor.
- Ciudad o Municipio: Código del DANE
- Lugar de Residencia: El nombre del municipio o ciudad donde habitualmente vive el paciente.
- Fecha de consulta: 6 dígitos: 2 para el día; 2 para el mes; 2 para el año.
- Sexo: 1 para masculino; 2 para femenino.
- Edad: La edad en años cumplidos
- Nivel Educativo:
 1. No fue a la escuela
 2. Primaria incompleta (inició la primaria pero no la terminó)
 3. Primaria completa (realizó hasta el 5° grado)
 4. Secundaria incompleta (realizó algunos cursos pero no terminó)
 5. Secundaria completa (se graduó de bachiller)
 6. Técnico post-secundaria incompleto (realizó algunos semestres, pero no se graduó)
 7. Técnico post-secundaria completo (se graduó de técnico)
 8. Universidad incompleta (realizó algunos semestres, pero no se graduó)
 9. Universidad completa (se graduó de universitario)
 10. Posgrado incompleto (realizó algunos semestres, pero no se graduó)
 11. Posgrado completo (recibió el título de especialización, maestría o doctorado)
- Estado Civil:
 1. Soltero
 2. Casado
 3. Divorciado
 4. Separado
 5. Viudo
 6. Unión Libre
 9. Sin dato.

- Ocupación u oficio
 1. Estudiante. se encuentra vinculado formalmente a la educación o está haciendo estudios a distancia en la actualidad.
 2. Desempleado. está sin trabajo, pero está buscando.
 3. Desocupado= está sin trabajo, pero no está buscando.
 4. Trabajo fijo = tiene un trabajo permanente.
 5. Trabajo ocasional= no tiene un trabajo permanente, pero realiza trabajo ocasionalmente.
 6. hogar= su ocupación permanente es el hogar.
 7. Jubilado= está gozando de su pensión.
- Tratamientos previos por consumo de drogas:
 - SI. persona que ha recibido tratamientos previamente con la intención de rehabilitarse del consumo de drogas; se incluyen los tratamientos en A.A y N.A.
 - NO. persona que NO ha recibido tratamientos previamente con la intención de rehabilitarse del consumo de drogas; se incluyen los tratamientos en A.A y N.A.
- Tipo de institución donde ha recibido tratamiento (en caso de que la persona haya contestado SI a la pregunta anterior):
 1. Modelo Médico. institución que cuenta con equipo terapéutico interdisciplinario e inicia su proceso con la desintoxicación del paciente; en algunos casos se utiliza terapia farmacológica para el proceso de cura.
 2. Modelo Clínico Psicológico. institución que cuenta con equipo terapéutico interdisciplinario, pero a diferencia del anterior el tratamiento central está en el conocimiento de la personalidad y su relación con la familia y la sociedad.
 3. Modelo Grupos de Apoyo. no existe un tratamiento institucional y basan su programa en los "doce pasos". Los principales representantes de esta modalidad son Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.
 4. Modelo Comunidades Terapéuticas. proceso de tratamiento que ocurre en una institución, donde el mayor tiempo del trabajo de recuperación ocurre en grupos de auto ayuda con la presencia de adictos recuperados, en tres fases: Acogida, Comunidad Terapéutica y Reinserción.
 5. Modelo Teoterapéutico aborda el problema de la drogadicción, mediante la "fe en Dios", la oración y la lectura de la Biblia. El área espiritual es fundamental en este modelo.
 6. Otros. que no estén contemplados en los ítems anteriores.
- Cómo acudió a tratamiento:
 1. Voluntariamente: la decisión de asistir a tratamiento no ha sido bajo presión y es absolutamente personal y libre.
 2. Indicación de amigos o voluntarios: la decisión de asistir a tratamiento es motivada o presionada por la familia o los amigos.
 3. Indicación legal: la decisión de asistir a tratamiento es obligada por una orden judicial o de un defensor de menores).

4. Indicación Médica: un especialista de la salud.
 5. Indicación laboral: la decisión de asistir a tratamiento es obligada por orden de la entidad donde el paciente labora.
 6. Indicación académica: la decisión de asistir a tratamiento es obligada por orden de la entidad donde el paciente estudia.
 9. Sin dato.
- Tipo de Droga: Hace referencia a la droga o sustancia que la persona reporta usar o haber usado durante un período de tiempo. Utilizar el instructivo de patrón de consumo que aparece abajo. La Droga de Inicio (DI) es aquella primera sustancia que reporta haber consumido, siempre facilitar la memoria del paciente con el fin de que recuerde su primer uso de legales o ilegales. Luego de la sustancia de Inicio, cual fue la siguiente sustancia de uso y así hasta completar todas las drogas utilizadas hasta el momento de llegar a consulta. Finalmente se consulta por la Droga de impacto, o aquella que reporta le está causando mayor daño o aquella por la cual se decidió a pedir ayuda, porque se le salió de las manos.

INSTRUCTIVO PATRON DE CONSUMO DE DROGAS

- 0 No hay droga (en caso que la respuesta sea el no consumo de drogas legales o ilegales, parar la entrevista)

LEGALES

1. Alcohol (se refiere a cerveza, aguardiente, chicha, whisky, bodka; hay que preguntar con detenimiento, ya que algunas personas toman bebidas alcohólicas sin saber que lo son).
2. Tabaco (se refiere a cigarrillo, pipa, tabaco)
3. Inhalantes o disolventes (boxer, pegantes y sustancias volátiles)
4. Escopolamina (cacao sabanero).

ILEGALES

5. Marihuana (cannabis)
6. Cocaína
7. Basuco
8. Heroína
9. Éxtasis (metildioximetanfetamina)
10. Polvo de Angel (pcp o fenciclidina)

PSICOFÁRMACOS

ANTIPSIÓTICOS o TRANQUILIZANTES MAYORES

11. Sinogán (levomepromacina)
12. Meleríl (tioridazina)
13. Halopidol (haloperidol)
14. Leponex (clozapina)

SEDANTES HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS

15. Ativan (lorazepan)
16. Rohypnol (flunitrazepan)
17. Lexotan, ansiozel (bromazepan)
18. Valium (diazepan)

BARBITÚRICOS

19. Fenobarbital
20. Buspar, Nodeprex, Tutran, Normaton (buspirona)

ANTIDEPRESIVOS

21. Totranil (imipramina)
22. Cuait - D (amipriptilina)
23. Motival (nortriptilina)
24. Ansilan, Flutin (fluoxetina)

ANALGESICOS - NARCÓTICOS

25. Codeína
26. Morfina, sales y preparados
27. Opio y sus preparados
28. Mezclas (Se considera mezcla dos o mas sustancias utilizadas de manera simultánea. Ejemplo: banano= marihuana + basuco).

- Actualmente la consume: En caso que la persona reporte con un SI, colocar 01 y pasar a la pregunta 16. En caso de responder NO, pasar a la pregunta 16.
- Edad en la cual la uso por primera vez: es la edad en la cual la persona reporta que probó por primera vez esa droga. Allí se escribe la edad y si la persona no recuerda se coloca el número 99.
- Frecuencia de uso
 1. No la ha usado en el mes anterior: (desde el día que inició tratamiento o inició su proceso de ingreso o dejó de consumir, treinta (30) días hacia atrás.
 2. Menos de una vez por semana (en promedio un uso cada 10 ó 15 días)
 3. Una vez por semana
 4. Varias veces por semana
 5. Una vez al día
 6. 2 a 3 veces del día
 7. Mas de 3 veces al día
 9. Sin dato

- Vía de administración más frecuente:
 1. Oral: Tomada o ingerida por la boca
 2. Fumada:
 3. Inhalada: aspiración por boca o por nariz
 4. Inyectada: utilización de jeringa aplicada intramuscular o intravenosa
 5. Dérmica, mucosa: aplicada sobre la piel o mucosas
 9. Sin dato
- Edad en la que dejó de consumirla: se coloca la edad que reporta la persona dejó de usar esa droga. En caso de no acordarse colocar 99.
- Alguna vez ha usado drogas inyectadas? SI NO Cuál? _____

Observaciones para tener en cuenta cuando un paciente o consultante llega por abuso de sustancias:

A continuación se exponen los síntomas del consumo problemático de sustancias, según el DSM-IV Atención Primaria, 1998:

Pérdida de control sobre el consumo de la sustancias (por ejemplo, un consumo continuado a pesar de que se conocen los problemas que ello comporta).

Culpa o arrepentimiento en relación con el consumo, intentos de abandonarlo, quejas o preocupación por parte de las personas de alrededor.

Consumo reciente de sustancias (incluyendo medicación) con el resultado de síntomas neurológicos (temblores, crisis), síntomas cardiovasculares (presión sanguínea o pulso elevado), confusión, ansiedad, alteraciones de sueño, estado de ánimo depresivo o disfunciones sexuales.

Problemas psicosociales como conflictos familiares, personales con la ley, etc.

Tolerancia, es decir, la necesidad de aumentar la cantidad consumida para conseguir el mismo efecto.

Es importante que al llegar el paciente o consultante se realice un diagnóstico, para determinar:

Enfermedades médicas y otros trastornos mentales que pueden aparecer junto con un trastorno por consumo de sustancias, lo cual lo debe realizar un médico o especialista en salud.

Dependencia de Sustancias, definido como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro significativo, expresado por tres o más de los siguientes ítemes, en algún período continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por una necesidad marcadamente creciente de la sustancia para conseguir el efecto deseado.

Abstinencia, presencia de síndrome de abstinencia característico para cada sustancia y se toma de nuevo la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período mas prolongado al inicial.

Hay un deseo infructuoso por controlar o interrumpir el consumo.

Se emplea mucho tiempo en tratar de dejar de consumir.

Abuso de Sustancias, definido como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro significativo, expresado por uno o más de los siguientes ítemes, en algún período continuado de 12 meses:

Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones laborales, escuela, casa.

Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo físicamente es peligroso.

Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos.

Intoxicación por sustancias, se refiere a un síndrome (conjunto de síntomas) reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente y cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos observables debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

