MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA

Convenio 656 de 2015

Noviembre de 2016

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social
LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social
GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General
ELKIN DE JESÚS OSORIO
Director de Promoción y Prevención

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

BO MATHIASEN
Representante UNODC
ALICE BECCARO
Oficial de Programas
MARÍA MERCEDES DUEÑAS
Jefe del Área de Reducción del Consumo de Drogas

CONFIDENCIAL

REFERENTES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

ANA MARÍA PEÑUELA

Supervisión MSPS

ORLANDO SCOPPETTA

Asesor MSPS

FREDDY BECERRA ROZO

Asesor técnico MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS

Seguimiento MSPS

MARÍA DEL PILAR DUARTE

Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRÍGUEZ

Seguimiento MSPS

DISNEY NIÑO CASTELLANOS

Coordinadora de Tratamiento e Inclusión Social UNODC

KAREN LORENA RODRÍGUEZ

Asesora en Tratamiento - Convenio MSPS - UNODC

CARLOS PARRA GORDILLO

Asistente Senior - UNODC

BEATRIZ GARCÍA

Asistente de proyecto UNODC

CONFIDENCIAL

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 656 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

AUTORES Y COLABORADORES

Equipo formulador del Modelo MSPS – UNODC

Luis Eduardo Correa, Asesor Experto Senior en Farmacodependencia MSPS - UNODC

María Francisca Olarte O., Asesora Experta en Farmacodependencia MSPS - UNODC

Alex Ordóñez, Asesor Experto en Políticas Públicas MSPS - UNODC

Equipo metodológico

María Fernanda Ardila Lizarazo, Epidemióloga MSPS - UNODC

Erika León, Asesora Metodológica MSPS - UNODC

Equipo desarrollador

Freddy Becerra Rozo, Asesor en Tratamiento del Ministerio de Salud y Protección Social

Disney Niño, Coordinadora de Tratamiento e Inclusión Social UNODC

Luz Maritza Acero Forero, Asesora en Programas de Formación UNODC

Karen Rodríguez, Asesora en Tratamiento MSPS - UNODC

Estudiantes de Pasantía para apoyar la revisión sistemática Universidad del Rosario

Hernán Cubillos, Auxiliar de Investigación

David Puentes Leal, Auxiliar de Investigación

María Helena Baquero, Auxiliar de Investigación

Alejandro Gómez, Auxiliar de Investigación

CONFIDENCIAL

Profesionales expertos que participaron en el proceso de validación

Alba Martínez Salazar,	IDIPRON.
Guillermo Alonso Castaño Pérez	Universidad CES.
María del Pilar Balanta Martínez	Universidad del Valle - Sede Pacífico
Juan Pablo Villamarín Orrego	Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.
Maurix Fernando Rojas Martínez	Hospital Universitario del Valle
Olga Lucía Aristizábal Franco	IPS Colsubsidio
Paul Andrés Calvo Pavia	Fundación Fundabela
Luis Alberto Rengifo Quintero	Clínica Infantil Colsubsidio y Universidad Católica de Colombia
Pablo César Monsalve Erazo	Universidad Cooperativa
	Universidad Incca
	Universidad del Área Andina
Yalila Andrea Ordóñez Zarama	Hospital Universitario Departamental de Nariño
Leonardo Briceño Ayala	Universidad del Rosario
Isabel Eugenia Escobar Toledo	Hospital Universitario San Vicente Fundación
Luis Fernando Giraldo Ferrer	ESE Hospital Carisma
Alfredo Becerra Moreno	Secretaría de Integración Social
Paula Andrea Fonnegra Uribe	Clínicos Programas de Atención Integral
John Bohórquez Buitrago	Fundación La Luz
Jaime Augusto López Garzón	Clínica Infantil Colsubsidio - Hospital Santa Clara
María Cristina Barbosa Villada	Universidad del Rosario
Irene del Rosario Polo Martínez	Hospital Universitario CARI ESE
Felipe Atalaya Echavarría	Campo Victoria
Camilo Andrés Rojas Velandia	Clínicos IPS Programas de Atención Integral
Martha Suescún	Fundación Libérate
Ana Milena Álvarez Bautista	Profesional Independiente
Pablo Enrique Rodríguez Páez	Psiquiatra

CONFIDENCIAL

Ángela María López Cano	Gestora territorial SPA UNODC -MSPS
Adriana Sánchez Castiblanco	EPS Famisanar
María Esperanza Niño Álvarez	Secretaría de Salud de Boyacá
Luis Alexander Jojoa	Clínica la Paz Bogotá
Miguel Cote Menéndez	Universidad Nacional
Elizabeth Vanegas Garzón	Clínica Infantil Colsubsidio
Carolina Hernández	Unidad Prestadora de Servicios Santa Clara
Laura Torres	Unidad Prestadora de Servicios Santa Clara
Sergio Daniel Ramos Estupiñán	Famisanar - EPS
Hernando Andrés Olaya Acosta	Hospital Infantil Universitario San José / Clínica del Country Universidad Javeriana
Mamlio Adith Lafomt Mendoza	Fundación Quebrantando Cadenas
Harold Ignacio Colino Arias	Consulta externa hospitalización
Juan Manuel López Peña	Remy IPS
Diana Hernández Jaramillo	Secretaría de Salud de Bogotá
Liliana González Hernández	Sub Red Centro Oriente - Secretaría Distrital de Salud
Evelyn Andrea Otálora Acevedo	Secretaría de Salud de Boyacá
Miguel Antonio Tolosa Rodríguez	FUCS - Hospital Infantil Universitario San José
Hugo Germán Reyes Guerrero	Hospital Santa Clara

CONFIDENCIAL

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla Nº 1: Tamizaje para consumo de alcohol……..23

Tabla Nº 2: Tamizaje para tabaco y otras sustancias ……..24

Tabla Nº 3: Recomendaciones generales en consumo de sustancias psicoactivas……...26

Tabla Nº 4: Tamizaje para consumo de alcohol……..27

Tabla Nº 5: Recomendaciones de profesionales sobre el manejo de sustancias sicoactivas……28

Tabla Nº 6: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA……...30

Tabla Nº 7: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento……31

Tabla Nº 8: Recomendaciones para la utilización de criterios ASAM……...32

Tabla Nº 9: Recomendaciones para desintoxicación en embarazadas……...33

Tabla Nº 10: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento……..35

Tabla Nº 11: Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas……37

Tabla Nº 12: Recomendaciones para prevención de recaídas……39

SECCIÓN VI

Tabla Nº 1: Preguntas priorizadas para el modelo……190

Figura Nº 1: Ruta de atención integral de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas en Colombia. ……192

Tabla Nº 2: Estructura componente PICOT……193

Figura Nº 2: Tomada de Internet: Recursos de información basados en evidencia científica ……194

Figura Nº 3: Diagrama de flujo proceso de selección de Guías de Práctica Clínica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactiva……199

Tabla Nº 3: Guías de Práctica Clínica seleccionadas para el tratamiento del consumo Sustancias Psicoactivas……200

Figura Nº 4: Evaluación calidad Guías usadas para el tratamiento del consumo Sustancias Psicoactivas……..203

Tabla Nº 4: Equivalencia de niveles de evidencia y grado de recomendación de las guías de práctica clínica fuente para estudios de terapia……..204

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VII

Tabla Nº 1: Nivel de competencia……217

Tabla Nº 2: Grupo de panelistas……218

Figura Nº 1: Método de votación electrónica……220

Figura Nº 2: Proyección recomendaciones al panel de expertos para votación……...223

Tabla Nº 3: Ejemplo de presentación recomendaciones para analizar……225

Tabla Nº 4: Resultados de la validación por preguntas ……227 a 232

SECCIÓN VIII

Tabla Nº 1: Tamizaje para consumo de alcohol……247

Tabla Nº 2: Tamizaje para tabaco y otras sustancias……..249

Tabla Nº 3: Instrumentos de tamizaje para el consumo de sustancias psicoactivas……255

Tabla Nº 4: Instrumentos adicionales de tamizaje reportados por la literatura……..258

Tabla Nº 5: Instrumentos de detección de consumo de sustancias en cuidado prenatal o mujeres embarazadas……267

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 1: Recomendaciones generales en consumo de sustancias psicoactivas……...282

Tabla Nº 2: Recomendaciones en consumo de alcohol……284

Tabla Nº 3: Recomendaciones en consumo de tabaco……287

Tabla Nº 4: Recomendaciones en consumo de inhalantes……288

Tabla Nº 5: Recomendaciones para usadores de drogas intravenosas (UDI) ……..289

Tabla Nº 6: Recomendaciones generales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas……330

Tabla Nº 7: Recomendaciones en trastorno por consumo de alcohol……...331

Tabla Nº 8: Recomendación sobre valoración breve……..344

Cuadro Nº 1: Factores de riesgo que generan vulnerabilidad social……362

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 9: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA……..……..……..……..……..……...372

Tabla Nº 10: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de alcohol…376

Tabla Nº 11: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de tabaco…378

Tabla Nº 12: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de inhalantes……..……..……..……..……..……378

Tabla Nº 13: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento……..……..379

Tabla Nº 14: Programas de abandono de sustancias durante el embarazo……..416

Tabla Nº 15: terapias psicosociales y farmacológicas……..……..438

Tabla Nº 16: Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas……..……..……..……478

Tabla Nº 17: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol……..……..……..……..……481

Tabla Nº 18: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de alcohol……..……..……..……..481

Tabla Nº 19: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de tabaco……..……..……..……..……482

Tabla Nº 20: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de tabaco……..……..……..……485

Tabla Nº 21: Recomendaciones de Tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos……..……..……..……..486

Tabla Nº 22: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos……..……..……..……487

Tabla Nº 23: Recomendaciones para tratamiento del trastorno por consumo de cannabis……..……..……..……..……489

Tabla Nº 24: Recomendaciones de tratamiento para del trastorno por uso de estimulantes..490

Tabla Nº 25: Recomendaciones de tratamiento para trastorno por consumo de inhalantes…491

Tabla Nº 26: Recomendaciones para un tratamiento intensivo……..……..550

Tabla Nº 27: Medicamentos recomendados para la prevención de recaídas……..558

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 28: Ventanas de detección entre las diferentes sustancias psicoactivas……..563
Tabla Nº 29: Ventajas y desventajas en muestras usadas para las pruebas de drogas…..564
Tabla Nº 30: Utilización de criterios ASAM…….…….……578
SECCIÓN VIII
Gráfica Nº 1: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud…599
Gráfica Nº 2: Ruta Integral de Atención para Grupos de Riesgo…….…...599
Gráfica Nº 3: Ruta integral de atención específica…….…….……..600

SECCIÓN IX
Tabla Nº 1: Disponibilidad de medicamentos…….…….……..621

CONFIDENCIAL

Presentación

El Convenio 656 del 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) ha aunado esfuerzos para la construcción de herramientas que permitan la implementación y evaluación de las políticas de salud, y en el desarrollo de capacidades de los agentes del Sistema para atender y reducir el riesgo en salud de los consumidores de sustancias psicoactivas, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud.

El MSPS y UNODC vienen cooperando para fortalecer los procesos de desarrollo de capacidades institucionales a nivel nacional y territorial, orientados a la promoción de la salud, la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. En este contexto, el Modelo Nacional de Atención Integral para el Uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia, pretende aportar a este propósito.

El ejercicio de investigación para la construcción del modelo incluyó, entre otras estrategias, una etapa de validación de expertos y un ejercicio de socialización, lo cual constituye un escenario que reconoce la importancia de diseñar y construir un tratamiento adecuado para el consumo de sustancias psicoactivas en el país, acorde a la realidad y necesidades nacionales, en el marco de la garantía de derechos de las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

Teniendo en cuenta que la demanda de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas es mayor a la oferta de servicios (Observatorio de Drogas de colombia, 2015), Colombia requiere contar con un modelo de atención integral actualizado que responda a la problemática del consumo de drogas con el objetivo de garantizar mayores probabilidades de éxito en los procesos de detección e intervención temprana, valoración integral y tratamiento especializado. Para el Convenio 656 de 2015 entre el MSPS y UNODC es grato presentar al país el resultado de una investigación basada en la evidencia científica acorde al contexto colombiano con el objeto de fortalecer los procesos de atención para los eventos en salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

CONFIDENCIAL

Introducción

En el año 2007 se publicó la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas[1] la cual ha venido orientando las acciones del Estado frente al consumo de estas sustancias. Este direccionamiento se ha desarrollado a través de cuatro ejes principales, los cuales abarcan los distintos escenarios en los que un colombiano puede relacionarse con las drogas. Estos cuatro ejes se refieren a la prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta. Colombia, en la últimas décadas ha sido catalogado como un país productor y consumidor[2], esta hipótesis está ampliamente sustentada en los últimos estudios realizados en el país: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2011, Estudio Epidemiológico Andino sobre el Consumo de Drogas en Población Universitaria 2012 y Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Estos estudios permitieron tener una visión más amplia del fenómeno y ayudaron a visibilizar la magnitud del problema.

El Estado colombiano y en particular el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) junto con organismos de cooperación internacional como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), desde hace varios años han adelantado acciones para orientar los servicios de tratamiento a una prestación cada vez más adecuada, con el fin de optimizar los servicios a los consumidores de sustancias psicoactivas. Estos esfuerzos van encaminados a suministrar herramientas para que todas las unidades de salud cuenten con lineamientos, normatividad, ruta de atención y modelos de tratamiento para asegurar que el paciente se le brinde servicios con garantía de derechos y con los requerimientos de calidad.

Así mismo, en el primer semestre del año 2014, se formuló el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, cuyo objetivo es "Reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias

[1] Ver: Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas su Impacto. Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Abril de 2007.

[2] Ver: Ley 1566 del 2012. Consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Guía práctica para entender los derechos en salud y la atención integral de personas que consumen sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC. Septiembre de 2013.

CONFIDENCIAL

adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública". Dicho plan contempla cinco componentes: i) Convivencia social y salud mental, ii) Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, iii) Tratamiento, iv) Reducción de riesgos y daños y v) Fortalecimiento institucional.

Por lo anterior, el MSPS en el marco del Convenio de Cooperación Nº 656 de 2015, celebrado con UNODC, dentro de los resultados propuestos ha incluido el diseño y formulación de un modelo de tratamiento aplicado al contexto colombiano y basado en la evidencia científica para atender los eventos en salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

El presente documento consta de diez secciones, la primera (I) da cuenta de los antecedentes y contextualización del consumo de drogas; la segunda (II) presenta el marco epistemológico y conceptual; la tercera (III) el marco normativo y de política pública, la cuarta (IV) se refiere al marco de gestión; el quinto (V) apartado describe el alcance y los objetivos; las secciones seis y siete (VI y VII) dan cuenta del proceso metodológico de la investigación incluyendo la metodología de validación por consenso de expertos; la octava (VIII) consolida el conjunto de evidencias y recomendaciones científicas, es decir los resultados de las investigaciones sobre las catorce preguntas formuladas; la novena (IX) contiene el análisis de brechas y la décima (X) sección presenta las recomendaciones generales para la implementación del modelo en Colombia.

CONFIDENCIAL

Contenido resumen ejecutivo

Generalidades……15

Justificación... .....……15

Alcances y objetivos del modelo……..17

¿Por qué se hace el modelo? ……...17

¿Para qué se hace el modelo? ……18

¿A quiénes se dirige el modelo? ……..18

Preguntas clínicas que busca responder el modelo……..18

Metodología……..20

Conformación del grupo formulador……21

Revisión e incorporación de la evidencia científica……21

Validación por consenso de expertos……22

Socialización del modelo……..22

Resultados……22

Aspectos de tamizaje, intervención breve y remisión……..22

Aspectos de valoración integral y ubicación de pacientes en niveles de atención……27

Aspectos de tratamiento……33

Análisis de brechas y recomendaciones finales……40

Referencias……43

CONFIDENCIAL

Resumen ejecutivo

Generalidades

El MSPS y UNODC han aunado esfuerzos para la construcción de herramientas que permitan la implementación y evaluación de las políticas de salud, en el marco de la Política de Atención Integral, acorde con las prioridades establecidas en la dimensión de convivencia social y salud mental del Plan Decenal de Salud Pública.

Lo anterior teniendo en cuenta que la demanda de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas es mayor a la oferta de servicios, Colombia requiere contar con un modelo de atención integral actualizado que responda a la problemática del consumo de drogas con el objetivo de garantizar mayores probabilidades de éxito en los procesos de detección e intervención temprana, valoración integral y tratamiento especializado.

Justificación

La relevancia[3] del consumo de drogas como un asunto público en el mundo, ha presentado diversas posturas[4], entre ellas: la prohibición, la reducción de daños, la regulación y la liberalización. Nuestro país no ha sido ajeno a estas posturas y la prevalencia de cada una de ellas en la gestión de políticas públicas ha determinado invariablemente el curso y los alcances de la atención en salud para el problema del consumo de drogas.

Por otra parte, diversos estudios dan cuenta que en los últimos 20 años el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado en el país (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia , 2015), principalmente en sustancias como marihuana, cocaína, heroína, éxtasis y otras drogas. El último estudio nacional sobre consumo de drogas (2013) indica también que

[3] Entiéndase la relevancia del asunto público en el sentido de Subirats (1989 pp. 54-57): Pasar el asunto a la agenda pública implica la intervención del Estado, es decir que necesariamente implica una "definición oficial" del asunto a resolver; "será una versión oficial de un problema que puede tener distintas consideraciones desde las distintas posiciones de los actores implicados" (p. 57).

[4] Al respecto ver: Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia; Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013), Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas; Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015) Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de Drogas en Colombia.

CONFIDENCIAL

el porcentaje de personas que recurrieron por lo menos una vez en la vida al uso de sustancias ilícitas como marihuana, basuco, éxtasis o heroína, pasó de 8,6% en el 2008 a 12,17% en el año 2013. De acuerdo con el Reporte de Drogas de Colombia del 2015, la sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana, seguida de la cocaína, el basuco y el éxtasis. El reporte también señala que:

1. La prevalencia de consumo de alcohol o de drogas ilícitas en algunos departamentos[5] es más del doble del promedio nacional (4).
2. El número de personas con consumo problemático de drogas en el país es fundamental para estimar la demanda potencial de atención y tratamiento en Colombia; para el primer semestre de 2013 se calculó en 484.109 aproximadamente (4).
3. Se presenta un aumento en el consumo de heroína en los últimos años, el cual se hace evidente por el incremento en la demanda de tratamiento por problemas con su uso en siete territorios: Santander de Quilichao, Armenia, Medellín, Pereira, Cúcuta, Cali y Bogotá (4).
4. Estudios realizados en seis ciudades entre el 2012 y el 2014 sobre comportamientos de riesgo asociados en personas que se inyectan drogas - PID, identifican indicadores de VIH y Hepatitis C superiores a los de la población general (4).

A pesar del panorama de la creciente prevalencia e impacto del consumo en nuestro país, no se ha generado un derrotero claro de recomendaciones clínicas para abordar esta problemática. La última actualización de una guía nacional de atención en farmacodependencia data del año 2004 (1). Desde ese momento se ha presentado una heterogeneidad de intervenciones para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, muchas de ellas sin evidencia de efectividad y con una calidad deficiente que es preocupante. Resulta por tanto imperiosa la realización de un modelo de tratamiento dirigido al consumo de

[5] Medellín y área metropolitana, Quindío, Risaralda. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

CONFIDENCIAL

sustancias psicoactivas aplicado al contexto colombiano y basado en la evidencia científica, enmarcado dentro del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS (2), donde se definen derroteros claros para la elaboración e implementación de las nuevas estrategias de intervención en salud.

Alcances y objetivos del modelo

El modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas es una construcción basada en evidencia científica que oficia como un sistema organizado de prácticas para la atención de personas con diversos grados de consumo de SPA, capaz de ser implementado en Colombia y que contará con un importante nivel de consenso social para su adaptación.

¿Por qué se hace el modelo?

Existen por tanto diversas circunstancias que determinan la necesidad de elaborar el modelo y que reseñamos a continuación:

- Existe una prevalencia importante de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que van en aumento.
- Hay una marcada heterogeneidad en los tratamientos actuales.
- Existe evidencia que indica que la práctica común no es la mejor.
- La elaboración e implementación disminuiría prácticas inefectivas generando ahorro de recursos para el sistema.
- Se da una relación clara con políticas y prioridades nacionales.
- Existe la necesidad de actualizar el modelo de tratamiento existente.

¿Para qué se hace el modelo?

Para dotar al país de un sistema organizado de recomendaciones basadas en evidencia científica para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

CONFIDENCIAL

¿Quiénes usarán este modelo?

La gama de personal que utilizará el modelo es variable pero complementaria. Está compuesta por el prestador primario (ámbito comunitario) y el personal clínico asistencial (promotores de salud, trabajadores sociales, médicos generales, médicos familiares, psiquiatras, toxicólogos, enfermeros, psicólogos) que realiza tamizaje a personas con uso de sustancias psicoactivas y que brinda tratamiento a pacientes con trastorno por consumo SPA en los diferentes niveles de atención.

¿A quiénes se dirige el modelo?

El modelo establece recomendaciones para el manejo del problema del consumo drogas dirigidas a la población colombiana con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Los grupos excluidos son los que a partir del proceso metodológico y del protocolo de la investigación desde la discusión del equipo técnico por las características particulares ameritan un proceso de investigación a profundidad que no es la intención o alcance principal de la formulación del modelo de tratamiento y son los siguientes:

- Población carcelaria.
- Pacientes con trastornos concurrentes mayores. (Esquizofrenia, trastorno bipolar).
- Pacientes en fases agudas del trastorno. (Intoxicación, abstinencia).
- Consumidores de drogas de diseño y drogas emergentes.
- Niños menores de 10 años.

Preguntas clínicas que busca responder el modelo

El modelo busca responder las siguientes preguntas clínicas elaborando recomendaciones basadas en evidencia. El algoritmo de formulación de preguntas se basó en la ruta de atención integral RIAS validada para el país.

Pregunta Clínica # 1

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embarazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 2

En población general, ¿cuáles programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas han demostrado efectividad?

Pregunta Clínica # 3

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en atención primaria en salud para reducir el consumo?

Pregunta Clínica # 4

En población general, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 5

¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración profunda del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 6

¿Cuáles son los criterios para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 7

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 8

En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 9

En adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 10

En adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 11

¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales para el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 12

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?

Pregunta Clínica # 13

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?

Pregunta Clínica # 14

De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

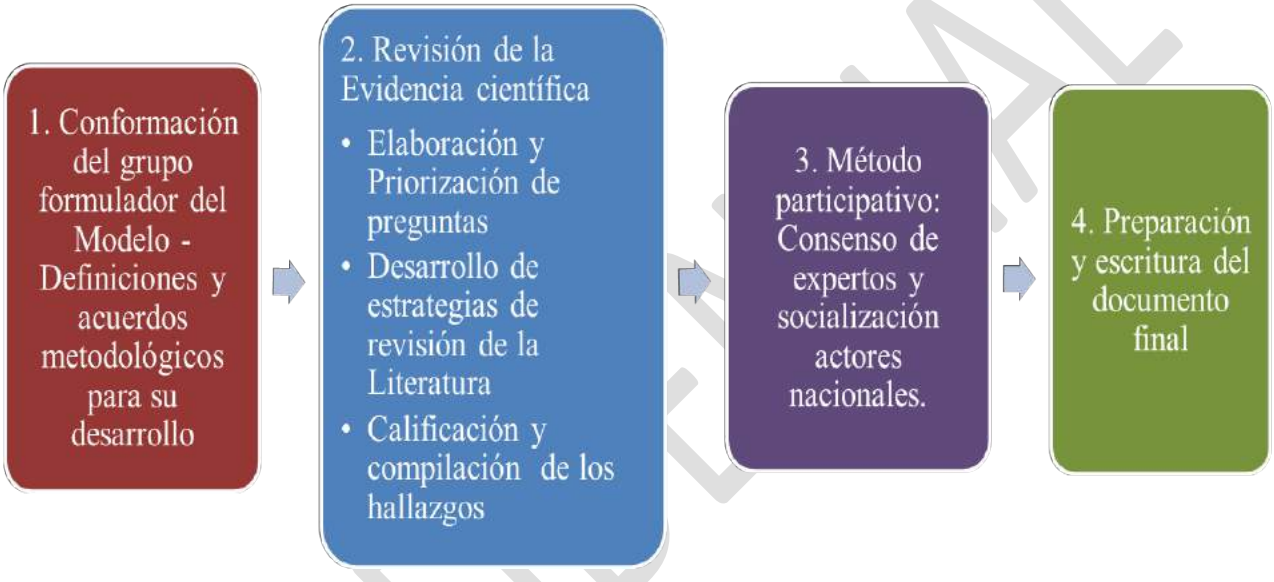
Metodología

En la actualidad los modelos de intervención en salud buscan dar lineamientos sólidos que fundamenten las decisiones del personal sanitario basado en la mejor evidencia científica disponible. Por esta razón, en la elaboración de modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas se han identificado y validado los pasos que van desde la detección temprana hasta el manejo y seguimiento oportuno. Para cada una de las intervenciones propuestas en el modelo, se tendrá en cuenta el desarrollo metodológico propuesto para las Guías de Práctica Clínica (GPC) o el lineamiento técnico vigente, esto con el fin de que sirvan

CONFIDENCIAL

de derrotero metodológico para la incorporación de la evidencia. Las recomendaciones clínicas emanadas de este proceso deben surgir de búsquedas sistemáticas actualizadas que den soporte al modelo.

Se realizó un proceso dividido en cuatro grandes fases, cada una de ellas utilizó técnicas y procedimientos estandarizados y utilizados dentro del desarrollo de guías y protocolos basados en la evidencia.



Fuente: Elaboración de los autores.

Conformación del grupo formulador

En la conformación del grupo gestor se buscó el carácter multidisciplinario para elaborar el modelo, con expertos metodológicos y expertos temáticos. El grupo se estandarizó y recibió capacitación básica en la elaboración de documentos basados en evidencia por parte de los expertos metodológicos vinculados al proyecto. El grupo desarrollador estuvo compuesto por un núcleo de expertos metodológicos y un grupo más amplio de expertos temáticos y sus asistentes. Cada parte llevó a cabo labores específicas.

Revisión e incorporación de la evidencia científica

Una vez conformado el grupo, se refinaron y validaron las preguntas clínicas objeto del modelo. El núcleo de expertos metodológicos hizo revisiones sistemáticas de la evidencia disponible obteniendo inicialmente 885 documentos. Junto con los expertos temáticos se

CONFIDENCIAL

evaluaron y pasaron a valoración a 97 guías y protocolos, de las cuales solo 27 fueron guías basadas en evidencia, y por lo tanto sujetas a evaluación de expertos a través del instrumento AGREE II. Posterior a este proceso fueron 22 las guías identificadas en la literatura científica sujetas a consideración para incorporación de evidencia. Una vez seleccionadas las guías pertinentes, se realizó la incorporación de evidencia para cada pregunta y se determinó cuáles recomendaciones serían sometidas a la validación por consenso formal de expertos.

Validación por consenso de expertos

Se realizó una validación de recomendaciones por consenso formal de expertos, utilizando una modificación del método Delphi (en tiempo real o cara a cara). Partiendo del interés de participar en el grupo validador, se inició la selección de los expertos, de los cincuenta y nueve convocados, se seleccionaron treinta y ocho. Esto a partir de la valoración del grado de experiencia y la aplicación de una encuesta virtual donde se calificó el nivel de competencia del grupo de panelistas considerando su conocimiento y capacidad de argumentación. Para el proceso de validación de la evidencia se manejó una escala ordinal de cinco categorías de calificación. Se sometieron a juicio por panel de expertos las recomendaciones con evidencia débil o indeterminada de cada una de las preguntas que sustentan el modelo.

Socialización del modelo

Posterior a la validación del modelo por parte del panel de expertos, se desarrolló la socialización de la versión final del modelo, el cual fue presentado a la comunidad académica, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, y prestadores de servicios de atención a consumidores de sustancias psicoactivas.

Resultados

Aspectos de tamizaje, intervención breve y remisión

Pregunta Clínica # 1

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embarazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla Nº 1: Tamizaje para consumo de alcohol

Población	Recomendación	Fuente
Adultos	Durante la entrevista clínica, indague específicamente sobre la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol en los últimos 30 días de todos los pacientes adultos que soliciten servicios de salud en atención primaria. En caso de un antecedente positivo de consumo de alcohol, aplique el cuestionario AUDIT-C para identificar el consumo de riesgo.	
	En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado ≥ 4 puntos), aplique el cuestionario AUDIT completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase la siguiente tabla para puntos de corte en puntaje AUDIT). • No hay problemas relacionados con el alcohol Hombres: 0-7 Mujeres: 0-5 • Bebedor de riesgo Hombres: 8-19 Mujeres: 6-19 • Problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica Hombres: 20-40 Mujeres: 20-40	Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol del Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias, 2013 (3). .
	La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el tamizaje de los adultos mayores de 18 años o más para el abuso de alcohol y proporciona a las personas que están en riesgo, o poseen consumo de riesgo, intervenciones breves de orientación de comportamiento para reducir el abuso de alcohol. Numerosos instrumentos de tamizaje pueden detectar el abuso de alcohol en adultos con sensibilidad y especificidad aceptables. La USPSTF recomienda las siguientes herramientas para la detección	Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, 2013 (4).

CONFIDENCIAL

	del abuso de alcohol en el ámbito de la atención primaria: 1. AUDIT. 2. AUDIT-C abreviado. 3. Tamizaje de una sola pregunta: "¿Cuántas veces en el último año ha tenido X, 5 (para los hombres) o 4 (para mujeres y adultos mayores de 65 años y) o más bebidas en un día?".	
Población adolescente entre 12 y 17 años	Usar cuestionario AUDIT para el tamizaje de adolescentes "en riesgo", cuya edad oscile entre 10 y 17 años, con el fin de identificar el consumo de riesgo de alcohol en la atención de primaria de salud.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016. (Cuando se hable de validación de expertos corresponde al escenario de validación llevado a cabo en el proceso de formulación del modelo, a partir de esto se denominará Validación por expertos mediante método Delphi MSPS – UNODC)
Embarazadas	Los proveedores de salud deben preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de **alcohol** y otras sustancias (pasado y presente) lo más temprano posible en el embarazo y en cada visita prenatal.	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014 (5).

Tabla Nº 2: Tamizaje para tabaco y otras sustancias

Población	Recomendación	Fuente
Adultos	Pregunte a todos los pacientes que asisten a un encuentro clínico si fuman y registre su respuesta en la historia clínica. Hay que considerar el estatus de fumador como un signo vital.	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Alba *et al*., 2013 (6).
	Pregunte a todos los pacientes si usan tabaco. Este hábito tabáquico debe estar documentado. El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Asociación Americana del Corazón recomiendan que los cigarrillos electrónicos se incluyan en las preguntas de tamizaje de tabaquismo	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (7).
	Aplicar la versión española del ASSIST para detección del uso, abuso y dependencia del consumo de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
Adolescentes entre 12 a 17	Realice la detección del posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. Esta	Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20

CONFIDENCIAL

años	detección debe hacerse en todas las actividades de salud dirigidas a esta población, incluso en actividades comunitarias y otros contextos vinculados a la vida cotidiana de estas personas.	años. 2013 (8).
	Utilice el instrumento AUDIT para la detección de consumo de alcohol y/o el CRAFFT para la detección de consumo de alcohol y drogas, según el contexto en el que se realice la detección y las características de la población intervenida.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS – UNODC 2016.
	Use ASSIST como herramienta para la identificación temprana de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con sospecha de consumo o en quienes se identifiquen factores de riesgo.	
	Use el instrumento POSIT en adolescentes y estudiantes de secundaria para evaluar el riesgo de uso y/o abuso de su sustancias psicoactivas, de manera que pueda intervenir oportunamente en esta población.	
Embarazadas	Los proveedores de salud deben preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol **y otras sustancias** (pasado y presente) lo más temprano posible en el embarazo y en cada visita prenatal.	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (5)
	La USPSTF recomienda que los profesionales sanitarios pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco y que les aconsejen dejar de consumirlo.	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (7).

Pregunta Clínica # 2

En población general, ¿cuáles programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas han demostrado efectividad?

Las recomendaciones fueron trabajadas por el grupo del componente de prevención y promoción del Convenio 656 de 2015 entre el MSPS y UNODC, este lineamiento está en proceso de revisión y será socializado por este Ministerio a partir de su aprobación, razón por la cual no es parte integral de este documento.

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 3

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en atención primaria en salud para reducir el consumo?

Tabla Nº 3: Recomendaciones generales en consumo de sustancias psicoactivas

Población	Recomendación	Fuente
Adultos	El personal que tiene contacto con personas que abusan de drogas debe rutinariamente proporcionar información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben basarse en principios de 12 pasos.	National Institute for Health Care Excellence. NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines. 2007-Revised 2016.
	Si una persona que abusa de las drogas ha expresado su interés en asistir a un grupo de autoayuda de 12 pasos, el personal debe facilitar el contacto inicial de la persona con el grupo.	
	Las intervenciones breves enfocadas en la motivación deben ser ofrecidas a las personas que tiene un contacto ocasional con los servicios de salud sólo si el usuario expresa preocupaciones acerca del uso indebido de drogas o un miembro del personal las identifica. Estas intervenciones deben constar de hasta dos sesiones, con una duración de 10 a 45 minutos. Se debe explorar a cerca de la ambivalencia frente al consumo de drogas y su posible tratamiento. El objetivo es aumentar la motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información que no se centre en juicios de valor.	
Adolescentes 12 a 17 años	Cuando un adolescente es detectado con consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas, es ideal ofrecerle alguna alternativa de tratamiento acorde al contexto. Aun cuando cierta gama de opciones de tratamiento (Terapia cognitivo conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinado con intervención breve, entrevista emocional o terapia psicoeducativa) que pueden ser eficaces para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes, el personal de salud adicionalmente debe considerar en la elección de la intervención, la accesibilidad del servicio para los usuarios y sus características socioeconómicas.	Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; CENETEC. 2015.
Embarazadas	Los proveedores de salud deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que usan alcohol o drogas.	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.

CONFIDENCIAL

Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se sugiere ofrecer referencia a tratamiento especializado.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.

Aspectos de valoración integral y ubicación de pacientes en niveles de atención

Pregunta Clínica # 4

En población general, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla Nº 4: Recomendaciones generales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas

Población	**Recomendación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se recomienda la utilización del cuestionario ASSIST como instrumento de primera opción.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	Las entrevistas clínicas semiestructuradas, diseñadas para que sean aplicadas por evaluadores entrenados, se consideran el "patrón de oro" para establecer un diagnóstico fiable de los trastornos por consumo de sustancias. Se aprueban el módulo de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), el CIDI-SAM (Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview) y el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) como herramientas diagnósticas durante la valoración.	
	Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se recomienda ofrecer referencia a tratamiento especializado.	
	Las personas con diagnóstico de trastorno moderado o severo por consumo de sustancias deben ser referidas a un profesional especializado en el manejo de trastornos por uso de sustancias (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones).	

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 5

¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración profunda del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla Nº 5: Recomendaciones de profesionales sobre el manejo de sustancias sicoactivas

Población	Recomendación	Fuente
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Para el establecimiento del diagnóstico (valoración breve) la posición profesional es menos importante que la formación específica para realizar evaluaciones precisas. Profesionales en psicología, trabajo social, medicina y enfermería con formación específica o entrenamiento en el manejo de sustancias pueden realizar esta valoración.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	La valoración profunda debe ser realizada por profesionales de la salud especializados. (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones)	
	Se debe asegurar que los profesionales especializados que realizan la valoración profunda tengan conocimientos sobre trastornos psiquiátricos.	
	Se debe asegurar que los profesionales que realizan la valoración profunda, estén familiarizado con los recursos de evaluación y los tratamientos disponibles.	
	Médicos, Enfermeras Jefes, Psicólogos y Trabajadores sociales con experiencia en entrevista motivacional pueden realizar la valoración profunda cuando no haya disponibilidad de un equipo de especialistas, siempre y cuando tengan entrenamiento en problemas relacionados con uso de sustancias, específicamente en los siguientes aspectos: 1. Los signos y síntomas de abuso de sustancias. 2. Los efectos biopsicosociales del uso de alcohol y otras drogas. 3. El conocimiento de las condiciones comórbidas comunes y las consecuencias médicas del abuso. 4. Los términos utilizados en el sistema de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), su interpretación, y su relación con los hallazgos que surgieron durante el historial de evaluación. 5. El uso apropiado, la calificación, y la interpretación de los instrumentos de evaluación estandarizados.	
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	La planeación del tratamiento debe ser producto de una valoración integral realizada por profesionales de la salud. El equipo interdisciplinario para esta valoración integral debe estar conformado por Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones, Terapeuta Ocupacional, Trabajadora social. Si es posible, incluir Nutricionista y	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.

CONFIDENCIAL

	Neuropsicólogo. Los profesionales especializados pueden prestar asesoría remota, o servir como enlace a los equipos básicos, en las zonas apartadas del país donde no se cuente con personal capacitado.	
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Los médicos de atención primaria deben estar alertas frente a la posibilidad de conflicto de intereses cuando remitan un paciente a un asesor que esté vinculado a un programa o práctica en manejo en abuso de sustancias. Pueden existir incentivos económicos o presión ideológica para interpretar los resultados de una valoración para beneficiar el ingreso de paciente a un programa o proveedor de tratamiento en particular (9). No obstante, los trabajadores en atención primaria que entiendan los propósitos de la valoración y que estén familiarizados con sus componentes, están en mejor posición para identificar y evitar asesores parcializados.	National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists; 2011.

Pregunta Clínica # 6

¿Cuáles son los criterios para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

De acuerdo a como lo refiere Blaikie, P., la vulnerabilidad hace referencia a las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural. Implica una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien quedan en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad (1).

Pregunta Clínica # 7

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración y el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 6: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA

Población	Recomendación	Fuente
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Se recomienda como primera elección utilización de criterios ASAM que identifican seis áreas de evaluación (dimensiones) como los más importantes de la valoración integral, la formulación de un plan de tratamiento individualizado y la toma de decisiones sobre la colocación de los pacientes. 1. Intoxicación/Abstinencia. 2. Condiciones biomédicas y sus complicaciones. 3. Condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones. 4. Disposición para el cambio. 5. Problemas potenciales del uso continuado y recaídas. 6. Ambiente de recuperación.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	En la primera sesión de valoración clínica profunda se debe realizar una entrevista que examine: 1. Los patrones de consumo actual, historia de uso de sustancias, consecuencias del abuso de sustancias. 2. Trastornos psiquiátricos coexistentes. 3. Problemas médicos mayores y estado de salud. 4. Situación de empleo y educación. 5. Mecanismos de apoyo social. 6. Fortalezas y ventajas situacionales del paciente, contexto familiar.	
	Al realizar la valoración, se debe tener en cuenta la siguiente información del usuario: 1. Necesidades médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales. 2. Historia sobre el uso de drogas. 3. Experiencia en tratamientos previos, si los ha tenido. 4. Metas en relación a su uso de drogas y preferencias en el tratamiento.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	Las necesidades de todos los usuarios que abusan de sustancias deben ser valoradas a través de los cuatro dominios: 1. Abuso de alcohol y drogas 2. Salud 3. Funcionamiento social, familiar y ocupacional 4. Relaciones en las relaciones socio legales En caso que un adolescente presente problemas en la dimensión 4 se recomienda el ingreso a la ruta de responsabilidad penal.	
	Cerciórese que la valoración sea secuencial y multidimensional.	
	Una evaluación psiquiátrica profunda es esencial para guiar el tratamiento a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias.	
	Los test de laboratorio para la detección de sustancias	

CONFIDENCIAL

	psicoactivas son útiles en el seguimiento y desenlace del tratamiento, más que en la valoración inicial.	
Adultos	El personal tratante debe concertar con el individuo, si involucra o no, a familiares o cuidadores en la valoración y el plan de tratamiento. En todo caso, el personal tratante debe asegurar que la confidencialidad del individuo sea respetada.	Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. National Institute for Health and Care Excellence (10).
Adolescentes 12 a 17 años	Indagar no solo en la presencia/ausencia de trastorno, sino en las características del consumo de la sustancia o patrón de consumo, para obtener una visión comprensiva del uso que hace el adolescente y de la mejor manera de abordarlo: sustancia(s) consumida(s), posible policonsumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia, intensidad del consumo (consumo excesivo episódico de alcohol, binge drinking), contexto de uso, vía de administración, consecuencias del consumo, intentos por realizar cese del consumo.	Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.
	Evaluar riesgos asociados al consumo de la(s) sustancia(s), principalmente los vinculados accidentes, sobredosis, autolesiones, conducta sexual de riesgo y otras relacionadas con las vías de administración específicas (uso de inyectables, métodos de uso no habituales como la inhalación de alcohol).	
	Utilizar las entrevistas de evaluación integral como instancia de intervención motivacional, de modo de favorecer el vínculo (con el profesional que atiende y con la institución), así como la adherencia al tratamiento posterior.	
	Realizar una comprensión contextual de la situación de los adolescentes y jóvenes, especialmente vinculados al uso de drogas y otras conductas, evitando con eso la estigmatización, criminalización y "medicalización" (sobre diagnóstico) de conductas que pueden ser parte de una etapa de vida.	
Embarazadas	Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas o en postparto con uso de alcohol u otros trastornos por uso de sustancias deben ofrecer evaluación una integral y una atención individualizada. Observaciones: • Una evaluación integral de las mujeres que usan alcohol o drogas durante el embarazo y el puerperio incluye una evaluación de los patrones de consumo de sustancias, comorbilidad médica o psiquiátrica, contexto familiar, así como problemas sociales.	WHO. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 7: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento

Población	**Recomendación**	**Fuente**
Adultos, adolescen	El diseño del tratamiento debe ser individualizado, se debe establecer en colaboración con el paciente y debe	Validación por expertos mediante método Delphi

tes 12 - 17 años, embarazadas	enmarcarse de acuerdo con sus objetivos y necesidades. Se deben priorizar los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente. Así mismo se debe registrar la solución de estos de acuerdo con la severidad de los mismos.	del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	Se recomienda la utilización de instrumentos estandarizados como: el Índice de Severidad de Adicciones (ISA), el opiate treatment index (OTI), o el perfil de adicción Maudsley (MAP), pues ofrecen varias ventajas sobre la entrevista clínica convencional, tanto para la adopción como el diseño del plan de tratamiento. Son instrumentos validados que ofrecen una consulta uniforme, una amplia cobertura de las áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la normalización de las interpretaciones de los mismos.	
	Se debe ofrecer la gestión de casos a todos los usuarios crónicos de sustancias psicoactivas.	

Pregunta Clínica # 8

De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

Tabla Nº 8: Recomendaciones para la utilización de criterios ASAM

Población	**Recomendación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Se recomienda la utilización de los criterios ASAM para la colocación de pacientes en el nivel de atención correspondiente de acuerdo con la valoración realizada. Los criterios proporcionan una nomenclatura para describir el continuo de servicios tratamiento para la adicción, como sigue: Nivel 0.5: La intervención temprana Nivel 1: Servicios de consulta externa Nivel 2: Servicios ambulatorios intensivos/ hospitalización parcial Nivel 3: Residencial / Servicios médicos para pacientes hospitalizados Nivel 4: Servicios de hospitalización con tratamiento médico intensivo	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	El continuo de los ámbitos de tratamiento, desde el más intensivo al menos intensivo, debe incluir: 1. Tratamiento hospitalario. 2. Tratamiento residencial. 3. Tratamiento ambulatorio intensivo. 4. Tratamiento ambulatorio.	
	Se recomienda una atención continua prestada ya sea por uno o varios proveedores, que debe contar con las siguientes características:	

CONFIDENCIAL

	(a) la transferencia sin problemas entre los niveles de atención. (b) la congruencia filosófica entre los diversos proveedores de atención. (c) la llegada oportuna de la historia clínica del paciente al siguiente proveedor.	
	Los profesionales que toman las decisiones de colocación deben complementar los criterios ASAM con su propio juicio clínico, su conocimiento del paciente, y su conocimiento de los recursos disponibles.	
	A medida que el paciente avanza en el tratamiento en cualquier nivel de atención, se debe evaluar periódicamente su progreso en las seis dimensiones (ASAM).	
	Los pacientes deben ser reclasificados en función de sus necesidades, nivel progreso y de respuesta al tratamiento.	
	En los casos en los que los pacientes empeoran o no mejoran en un determinado nivel de atención o con un determinado tipo de programa se deben hacer cambios en el nivel de atención y los programas deben basarse en una nueva evaluación del plan de tratamiento, con modificaciones para lograr una mejor respuesta terapéutica.	
	Si se presenta falta de respuesta o recaída, el movimiento no está siempre en la dirección del cuidado de menor intensidad a un ambienta más restrictivo.	

Aspectos de tratamiento

Pregunta Clínica # 9

En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Tabla Nº 9: Recomendaciones para desintoxicación en embarazadas

Población	Recomendación	Fuente
Mujeres en embarazo	Los proveedores sanitarios deben, a la mayor brevedad, aconsejar a las mujeres embarazadas dependientes del alcohol o de las drogas que suspendan el uso de las mismas. De igual manera, ofrecer o referir a los servicios de desintoxicación bajo supervisión médica, cuando sea necesario y aplicable.	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (5).
Mujeres en embarazo dependientes de	La USPSTF recomienda que los clínicos pregunten a las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco y se les aconseje dejar el consumo y asistir a intervenciones conductuales para que apoyen este proceso.	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S.

CONFIDENCIAL

tabaco		Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (7).
Mujeres en embarazo dependientes de opioides	Siempre que esté disponible, se debe utilizar el tratamiento de mantenimiento con opioides en las mujeres embarazadas dependientes, en lugar de intentar la desintoxicación de opioides.	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (5).
Mujeres en embarazo	No se recomienda la farmacoterapia para el tratamiento de rutina de dependencia de estimulantes de tipo anfetamina, cannabis, cocaína, o agentes volátiles en pacientes embarazadas.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016. .
Mujeres en embarazo dependientes de tabaco	La USPSTF refiere que la evidencia actual no es suficiente para evaluar el balance entre beneficios y daños de las intervenciones de farmacoterapia para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	
Mujeres en embarazo dependientes de tabaco	La USPSTF concluye que la evidencia actual no es suficiente para recomendar los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (ENDS) para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	
Mujeres en embarazo con dependencia de alcohol	Se recomienda realizar un análisis individual de riesgo-beneficio para cada mujer embarazada con dependencia de alcohol, dado que la seguridad y eficacia de los medicamentos usados no se ha establecido en este grupo de pacientes.	
Mujeres en embarazo con dependencia de opioides	Debe aconsejarse a las pacientes embarazadas con dependencia de opioides continuar o comenzar la terapia de mantenimiento con opioides, ya sea con metadona o buprenorfina.	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (5).

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 10

En adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Tabla Nº 10: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento

Población	Recomendación	Fuente
En personas menores de 20 años	Se ha demostrado que, tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas, resultan ser más efectivas que el no tratamiento o el placebo.	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años, 2013 (2).
En personas menores de 20 años	La obtención de la abstinencia en los adolescentes es el aspecto ideal a alcanzar. Sin embargo, también se deben incluir tratamientos basados en la reducción del daño y gestión de riesgos. Todo bajo un plan de tratamiento individual.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	En la planeación del tratamiento individual se deben incluir los siguientes aspectos: motivación y compromiso, estrategias de intervención motivacional, participación de la familia, técnicas para mejorar las habilidades sociales, resolución de problemas, prevención de recaídas, abordaje farmacológico y/o psicosocial de las morbilidades psiquiátricas, relaciones entre pares y funcionamiento académico y ocupacional.	
	El tiempo y la intensidad del tratamiento deben ser apropiados para cada adolescente, según las necesidades y características del consumo. En la práctica clínica, se ha demostrado la afectividad de tratamientos cortos, incluso de 3 meses. Además, los adolescentes pueden necesitar el ingreso a varias modalidades de tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos y/o la abstinencia.	
En personas menores de 20 años	Se deben incluir intervenciones individuales (intervención motivacional, manejo de contingencias y otras técnicas utilizadas en la terapia cognitivo comportamental), las cuales han demostrado ser efectivas. Así mismo, en lo posible, se deben hacer intervenciones de carácter familiar e intervenciones en la comunidad circundante del adolescente. Lo anterior con el objetivo de alcanzar una integración social más eficaz, aumento de las redes de pertenencia y apoyo, el fortalecimiento de las relaciones entre pares y una inserción escolar más efectiva.	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años, 2013 (2).
En personas menores de 20 años	Se recomienda que las intervenciones psicosociales siempre hagan parte del tratamiento en los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. A su vez, estas deben ser diseñadas de manera individualizada. En caso de requerir tratamiento farmacológico, la elección del	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.

CONFIDENCIAL

	mismo debe tener en cuenta en cuenta las necesidades individuales del paciente.	
Adolescentes y niños	Algunos de los abordajes que se utilizan para que los adolescentes dejen de fumar incluyen el aumento de la motivación, la influencia social, la aproximación de reducción del consumo, entre otros.	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, 2009 (16).
Adolescentes y niños	Se recomienda que, durante la consulta, los profesionales de la salud indaguen sobre el consumo de cigarrillo en los niños, adolescentes y sus padres. Además, pueden asesorar a los pacientes respecto a la suspensión del consumo y concientizarlos sobre los peligros del tabaquismo pasivo.	
Adolescentes y niños	En los adolescentes fumadores, se recomienda realizar consejería, ya que ha demostrado ser efectiva.	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, 2009 (16).
Adultos, personas jóvenes y embarazadas	Se recomienda ofrecer tratamiento a todas las personas con antecedentes de consumo crónico de inhalantes. A su turno, proporcionar información sobre los daños que causa el consumo a corto y largo plazo, así como los beneficios para la salud y las ventajas de reducción o el cese de consumo.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	Antes de ser admitido en un centro de rehabilitación residencial o ambulatorio, se recomienda realizar una valoración médica y de salud mental exhaustivas para identificar si existen condiciones que requieran tratamientos específicos.	

Pregunta Clínica # 11

En adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 11: Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

Población	Recomendaciones	Fuente
Adolescentes Adultos Embarazadas	No hay evidencia que la educación moral, el ejercicio físico la laborterapia, o los programas asistenciales sean efectivos en el tratamiento de la drogodependencia.	Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings. World Health Organization 2009.
Adultos	La misma calidad de intervenciones psicosociales debe estar disponible tanto en pacientes hospitalizados, como entornos residenciales y entornos comunitarios. Estas normalmente incluyen el manejo de conductual de contingencias, la terapia de pareja y terapia cognitiva conductual. Los servicios deben alentar y facilitar la participación en grupos de autoayuda.	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	El manejo de contingencias debe ser introducido en los servicios de tratamiento de forma escalonada, a través de la formación del personal y el desarrollo de sistemas de prestación de servicios que deben ser evaluados cuidadosamente. El resultado de esta evaluación debería ser utilizada para informar la pertinencia o no de su implementación a gran escala.	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.
Adultos	Servicios de tratamiento deben asegurar que la mayor parte de la gestión del manejo de contingencias, este a cargo de personal capacitado en la entrega incentivos.	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	La terapia comportamental de pareja debe ser considerada para las personas que están en estrecho contacto con un paciente que se presenta para el tratamiento de trastorno por uso de estimulantes u opioides (Incluyendo aquellos que continúan usando drogas ilícitas mientras recibe mantenimiento con metadona o después de completar la desintoxicación de opiáceos). La intervención debe: • Centrarse en el uso indebido de drogas del usuario del servicio • Consistir de por lo menos una sesión semanal durante 12 semanas.	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.

CONFIDENCIAL

Adultos	Puede considerarse el tratamiento residencial para personas que están buscando la abstinencia y que tienen importantes comorbilidades físicas, de salud mental, o problemas sociales (por ejemplo, vivienda). La persona debe haber completado un programa de desintoxicación hospitalaria o residencial y no haber respondido a tratamiento psicosocial basado en la comunidad.	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.
Adultos	En pacientes con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en remisión temprana o posterior a una recaída, se sugiere dar prioridad a otras necesidades a través de la toma de decisiones compartida (por ejemplo, en relación con otra condición de salud mental, la vivienda, el entorno apoyo para la recuperación, el empleo, u otros factores relevantes relacionados con la recuperación) entre problemas biopsicosociales identificados y los servicios organizados que pueden brindar solución dichas necesidades.	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015.
Adultos	Se aconseja evaluar periódica y sistemáticamente la respuesta al tratamiento, utilizando un instrumento/s estandarizado válido cuando sea posible. Los indicadores de la respuesta al tratamiento incluyen el curso del consumo de la sustancia/s, el deseo, los efectos secundarios de la medicación, los síntomas emergentes, etc.	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de sustancias que reciben atención especializada, se recomienda estar en contra de retirar automáticamente de tratamiento a quienes no responden al manejo instaurado o presentan recaídas.	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015.

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 12

¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales para el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

No hay evidencia de que la educación moral, el ejercicio físico, la laborterapia o los programas asistenciales sean efectivos en el tratamiento de la drogodependencia (11). Las intervenciones no convencionales se podrían utilizar como Terapia Complementaria, haciendo referencia a los métodos de apoyo que se utilizan para intensificar los tratamientos comprobados. Ejemplos de esto incluyen entrenamientos de relajación, acupuntura y biorretroalimentación o “biofeedback”. Los métodos complementarios no curan la

enfermedad, sino que ayudan a controlar los síntomas y a mejorar el bienestar del paciente.

Pregunta Clínica # 13

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?

Tabla Nº 12: Recomendaciones para prevención de recaídas

Población	Recomendación	Fuente
Adultos	Para los pacientes que han iniciado un tratamiento intensivo, ya sea de forma ambulatoria o residencial, se recomienda fomentar y ofrecer herramientas para la prevención de recaídas sistemáticas, o bien, soporte de recuperación individualizado.	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Department of Veterans Affairs Department of Defense Version 3.0 – 2015 (12).
	Para los pacientes con trastornos por uso de sustancias en remisión temprana, o posterior a una recaída, se recomienda promover la participación activa en los programas grupales de ayuda mutua mediante uno de los siguientes enfoques sistemáticos, lo anterior debe tener en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación y/o competencia específica de los proveedores: • Vinculación entre pares. • Soporte de red. • Intervenciones de facilitación tipo 'doce pasos'.	
Adultos	Las técnicas de prevención de la recaída en consumo de tabaco no suelen incrementar la eficacia por sí mismas. Sin embargo, combinadas con otras en los programas multicomponentes, pueden resultar altamente eficaces. Por ello, actualmente, el tratamiento psicológico de elección consiste en la motivación del abandono y prevención de las recaídas. Esta metodología se aplica en modalidad individual o grupal.	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. 2009 (13).
Personas menores de 20 años	Las intervenciones de seguimiento efectivas son las técnicas derivadas del manejo de contingencias y la prevención de recaídas, así como la realización de intervenciones presenciales en los espacios regulares de vida de los adolescentes, contactos telefónicos u otras estrategias de vinculación. Se desarrollan, al menos, durante un año.	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013 (14).

CONFIDENCIAL

Adultos, adolescentes y embarazadas	Las intervenciones de seguimiento deben ser realizadas como parte integral del tratamiento. Además, deben estar dirigidas a acompañar y apoyar el mantenimiento de los logros terapéuticos mediante la continuidad de los cuidados.	Validación por expertos mediante método Delphi MSPS - UNODC.
	Se recomienda proporcionar seguimiento a todos los consumidores de cualquier sustancia psicoactiva.	
	Se recomienda que, tanto los centros de rehabilitación residencial como los ambulatorios, incluyan planes de seguimiento una vez el paciente sea dado de alta del centro.	
	Dentro de los cuidados posteriores para los jóvenes que se encuentran en recuperación del consumo de sustancias, se recomienda incluir la remisión a un programa de actividades o desarrollo juvenil.	
Embarazadas	En cuanto a las mujeres embarazadas que se están recuperando del consumo de sustancias, se recomienda que la reinserción social incluya: • Estimulación que garantice la continuidad en los programas de control prenatal. • Remisión a gineco - obstetra para seguimiento de embarazo de alto riesgo y cuidado postnatal.	

Pregunta Clínica # 14

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de y daños?

Las recomendaciones fueron trabajadas por el grupo del componente reducción de daños del convenio 656 de 2015 entre el MSPS y UNODC.

Análisis de brechas y recomendaciones finales

Mientras el concepto de adicción como una enfermedad crónica ha sido atractivo en la investigación, ni el cambio conceptual ni los nuevos hallazgos científicos han conducido aún a algún cambio en la forma como las adicciones han sido tratadas, evaluadas o pagadas por el sistema. Es necesario por tanto que esto cambie con la plena aplicación y reglamentación de la Ley 1566 y la Ley 1751.

En lugar de negar el tratamiento a los más gravemente afectados y segregar el cuidado y su financiación, la nueva legislación requiere de esfuerzos amplios dentro de la corriente de los contextos de atención en salud para prevenir la aparición de trastornos por uso de sustancias,

CONFIDENCIAL

para detectar y reducir el uso nocivo antes de que progrese hasta el punto de la adicción, y para proporcionar un mejor acceso a una gama más amplia de servicios de tratamiento de adicciones atractivos para los más gravemente afectados.

Los casos más severos y crónicos serán manejados en programas especializados. Este cuidado probablemente será pagado como el resto de la asistencia médica general, sin embargo hoy día existen presiones científicas, públicas y legislativas significativas para tratar no solo la dependencia sino todo el contexto de los trastornos por consumo como se tratan otras enfermedades crónicas.

Integrar el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en la corriente principal de cuidado de la salud como una enfermedad crónica es necesario, no solo para mejorar la atención de las personas que padecen de "adicción" sino también porque existe un porcentaje marcado de personas que no son diagnosticadas, y por lo tanto "desatendidas" desde el punto de vista sanitario.

A pesar de la necesidad evidente y las presiones legislativas para una crear mejor integración de la atención de los trastornos por uso de sustancias, este cambio es probable que sea particularmente complicado por dos razones. En primer lugar, fuera de subsidios para investigación, no se destinan recursos del sistema de salud para este tipo de cuidado, debido a muchas razones descritas en la base conceptual e histórica. Por otro lado, existe muy poco personal sanitario capacitado o con formación clínica en trastornos por uso de sustancias.

La segunda razón por la cual la integración de los servicios se puede dificultar es por los cambios en el modelo general para el tratamiento de otras enfermedades crónicas hacia los modelos de "Médico de Casa" que se atienen más a las necesidades económicas del sistema que a los problemas de salud de la población.

Las recomendaciones finales acerca de la implementación del Modelo de Atención Integral para Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas, versan alrededor de la solución efectiva de las dificultades para la ejecución del modelo, en el entendido que se cuenta con toda la

CONFIDENCIAL

voluntad política y administrativa del Ministerio de Salud y Protección Social para gestionar las recomendaciones clínicas emanadas de este documento.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Mejía I. E. Diagnóstico situacional: instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2004.

2. Repositorio Institucional Digital [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=dcsubject:%22Modelo+Integral+de+Atenci%C3%B3n+en+Salud+MIAS%22

3. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía Nº 23 [Internet]. 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf

4. Moyer VA, Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 6 de agosto de 2013;159(3):210-8.

5. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

6. Alba L, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica, v. 33, n. 2, p. 186-204, nov. 2012. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/651>. Fecha de acceso: 20 aug. 2016 doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651.

7. Final Recommendation Statement: Tobacco Use in Adults and Pregnant Women: Counseling and Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions

CONFIDENCIAL

8. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGE «Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años». Santiago: Minsal, 2013.

9. Institute of Medicine. Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

10. National Institute for Health and Care Excellence. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. 2007 jul.

11. WHO | Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings [Internet]. WHO. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/wpro_withdrawl/en/

12. Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders.2015Disponible en: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/.

13. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención.2012.Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA_108_08_EyR1.pdf.

14. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013.

CONFIDENCIAL

Contenido Sección I: Antecedentes y contextualización del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento

Presentación 11

Introducción 12

Sección I 46

Antecedentes y contextualización del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento 46

Antecedentes……46

Contexto mundial del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento……..47

Contexto del consumo de sustancias psicoactivas y el tratamiento en América Latina…..54

Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia……..62

Antecedentes de la política de drogas del Estado colombiano……65

Antecedentes del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia……70

Contexto colombiano actual del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas.....72

Justificación para la formulación de un modelo de atención para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 77

Referencias 78

CONFIDENCIAL

SECCIÓN I

Antecedentes y contextualización del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento

La sección I da cuenta de los antecedentes del consumo de drogas como asunto público, presenta además antecedentes del consumo de sustancias psicoactivas y del tratamiento en Colombia, y algunos antecedentes de política pública del Estado colombiano para intervenir dicho asunto; también se describe el contexto general de política pública mundial y de América al respecto. La contextualización que se hace en esta sección aporta a la justificación, que se especifica en esta misma sección.

Antecedentes

La relevancia[6] del consumo de drogas como un asunto público en el mundo, ha presentado diversas posturas[7] entre ellas: la prohibición; la reducción de daños, la regulación y la liberalización.

Frente a cada postura, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia , 2015) y Uprimny (Uprimny, 2002) señalan que: la prohibición del consumo, está caracterizada por la penalización; con relación a la perspectiva de reducción de daños, describen que penaliza el tráfico de ciertas sustancias pero no necesariamente el consumo, el cual es entendido más bien como un asunto de salud pública en el que se pretende garantizar el menor daño a las personas que consumen sustancias psicoactivas y a la sociedad, así como evitar la marginación, más allá de penalizar o erradicar el consumo. Sobre el enfoque de regulación[8], describe la Comisión que tiene la

CONFIDENCIAL

[6] Entiéndase la relevancia del asunto público en el sentido de Subirats (1989 pp. 54-57): Pasar el asunto a la agenda pública implica la intervención del Estado, es decir que necesariamente implica una "definición oficial" del asunto a resolver; "será una versión oficial de un problema que puede tener distintas consideraciones desde las distintas posiciones de los actores implicados" (p. 57).

[7] Al respecto ver: Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia; Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013), Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas; Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015) Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de Drogas en Colombia.

[8] Como por ejemplo en el caso del consumo de cigarrillo y alcohol.

pretensión de que el mercado de algunas sustancias sea controlado y desestimulado por el Estado, en este caso hay oferta legal, aunque esto no significa la inexistencia de ofertas ilegales. Otra postura es la de liberalización, en el que sustancias como el tabaco o el alcohol son mercancías de libre producción, distribución y consumo, con poco control estatal (Lozano, 2008).

Cada una de estas posturas para abordar el asunto público del consumo de Drogas implica estrategias específicas. Siguiendo a la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015) "diversas estrategias implican un uso diferente de las distintas herramientas que pueden ser empleadas en las políticas antidrogas: represión, prevención, tratamiento e intervención comunitaria". Adicionalmente, vale decir que cada postura o enfoque sobre el consumo de sustancias psicoactivas como asunto público corresponde a contextos nacionales y regionales, pero también globales. Dichos contextos contienen discursos y prácticas que obedecen a un momento histórico y a un requerimiento público[9] específico.

De acuerdo con la Comisión Asesora para la Política de Drogas, actualmente es prioritario para el Estado colombiano formular políticas públicas basadas en la evidencia que permitan prevenir y tratar el consumo de drogas de manera efectiva y reducir posibles daños directos y colaterales (1).

En este apartado se pretende abordar descriptivamente un conjunto de antecedentes del asunto público del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, con el fin de enmarcar el devenir de la política pública de drogas como un marco referencial del Modelo de Atención Integral para el uso de Sustancias Psicoactivas. A continuación se presenta una descripción general sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, del tratamiento del consumo en Colombia y la política de drogas del Estado colombiano.

Contexto mundial del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento

De acuerdo con UNODC (UNODC, 2009), en 1909, la Comisión Internacional del Opio, reunida en Shanghái, elaboró el primer instrumento de derecho internacional sobre sustancias psicoactivas: la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya en 1912; sin embargo

[9] De acuerdo con Lozano (2008) el requerimiento se refiere a la trayectoria de admisibilidad, que se juega en múltiples instancias, que pueden ser estatales o no estatales, lo cual va logrando visibilidad para que se convierta en asunto público.

CONFIDENCIAL

el consumo de drogas como problema relevante en el mundo emergió en el marco de la primera guerra mundial entre 1914 y 1918. En este momento histórico se implementó la fiscalización de drogas como asunto de agenda pública mundial, y se pretendía intervenir la expansión del tráfico y el consumo.

> "Tras la Primera Guerra Mundial, la Sociedad de las Naciones realizó progresos con la aprobación de tres convenciones en el período de entreguerras. Después de la Segunda Guerra Mundial" (UNODC, 2009).

En los años veinte, tanto en Europa como en Estados Unidos, se presentó gran crecimiento económico y transformaciones políticas, sociales y culturales. Durante esta década hay un proceso expansivo de la economía mundial, que genera confianza en el sistema capitalista; las industrias: química, siderúrgica y automotriz se desarrollan ampliamente; el uso de la electricidad y el petróleo como fuentes principales de energía prometen desarrollo y Estados Unidos está en la cúpula de la economía mundial. En este contexto, se hace fama el "estilo de vida americano" el cual conlleva prácticas culturales propias del modelo económico capitalista: las personas en el mundo consumen cine, cabarets, teatro, bienes individuales, música, e incluso drogas que se hicieron famosas desde la primera guerra mundial. En la década de los treinta, el hito más importante fue la depresión económica. En una sola década, el gasto público tendió a aumentar en pensiones, salud, educación y vivienda, pero también se generó desempleo. La crisis del mercado americano se volvió internacional, trasladando los efectos a los países que tenían economías abiertas al exterior, los problemas sociales no estaban solventados (Orejuela, 2014 pp. 153):

> "Los tratamientos de rehabilitación contra el consumo de sustancias psicoactivas, surgen entre 1920 y 1930 en los Estados Unidos como iniciativas de índole religiosa, anti-profesional y anti-institucional para responder al incremento de casos de alcoholismo y heroinomanía" (Orejuela, 2014 pp. 153).

En la década de los treinta en Estados Unidos hubo prohibición de bebidas alcohólicas y al mismo tiempo clandestinidad para la venta y consumo tanto de alcohol como de heroína, con este fenómeno también aumentó la criminalidad en Estados Unidos y en Europa. "En 1945 después de la Segunda Guerra Mundial la heroína pasa a ser una de las drogas más

CONFIDENCIAL

importantes. El mercado negro de la heroína estaba controlado por el ejército norteamericano en Alemania y Japón" (Ginsberg, s.f.).

La década de los 50´s estuvo marcada por la búsqueda de un nuevo orden económico mundial; en esta misma época tuvo lugar la guerra de Vietnam desde 1955, "un informe de la CIA de finales de los 60's según Behr, explica que los ingresos de los gobernantes en Vietnam y Laos provenían del contrabando del opio" (Ginsberg, s.f.). Para este momento el mundo reportaba logros por la lucha en contra del comercio ilegal de drogas y estupefacientes, mientras tanto en el Reino Unido los hospitales psiquiátricos ya usaban el término de comunidad terapéutica; y en la década de los 60 en Estados Unidos, estos grupos empiezan a contar con profesionales para tratamientos residenciales, en esta misma década el interés de los gobiernos estuvo puesto principalmente en la persecución y criminalización de cultivos ilícitos, la producción y comercialización de drogas en el mundo. Aunque en algunos países se hicieron procesos de rehabilitación y tratamiento a través de comunidades terapéuticas, para la agenda pública mundial tuvo más relevancia la criminalidad y el mercado de drogas.

> "La Convención Única de 1961, sobre la que se basa el sistema actual de fiscalización de drogas, abarcaba drogas de origen vegetal como el opio, la heroína (derivada del opio), la cocaína y el cannabis" (UNODC, 2009).

Durante la década del 70 el mundo quiso controlar la oferta arguyendo asuntos de seguridad; entre los años 80 y 90, hubo gran énfasis en la lucha contra el tráfico ilícito, la producción y fabricación de drogas.

> "En 1988, la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas complementó los tratados anteriores imponiendo controles en toda la cadena de mercado, desde los precursores necesarios para la fabricación de drogas hasta el blanqueo del dinero procedente de la droga" (UNODC, 2009).

A partir de las disposiciones de Naciones Unidas, los gobiernos han visibilizado el asunto en otros escenarios internacionales. En la década del 90 particularmente, se ha tratado el tema no solo del tráfico, el mercado y la seguridad, sino que se han planteado aspectos relacionados con el consumo indebido y los problemas relacionados con este, acercándose a la conceptualización del consumo problemático.

CONFIDENCIAL

> "El tema de las drogas también ha tenido fuerte presencia en las Cumbres presidenciales hemisféricas a lo largo de la década de los noventa. Así, en la Cumbre de Miami, en 1994, se planteó la construcción de un sistema integral y consensuado de derechos y responsabilidades para enfrentar el consumo indebido de drogas y los problemas conexos" (CEPAL, 2000).

En 1996 la Organización Mundial de la Salud define tratamiento como una serie de actividades dirigidas a aquellas personas que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el fin de mejorar sus condiciones de salud y su calidad de vida (Pan American Healt Organization, Regional Office of the World Healt Organization, 2007).

Desde finales del 90, los diferentes gobiernos han venido formulando planes para implementar acciones de cara al consumo abusivo de drogas.

> "En la Cumbre de Santiago, en 1998, se adoptaron un Plan de Acción para los próximos años, y un sistema de evaluación imparcial y técnica de los avances del mismo, bajo la dirección de la CICAD, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos (OEA)" (CEPAL, 2000).

La *Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas de 1998* (Organización de Naciones Unidas, 1998), se formulan lineamientos y principios en el mundo con la pretensión de impactar el consumo de sustancias psicoactivas (reducción de la demanda), es decir que hace menos de una década que la agenda pública global planteó la necesidad de ofrecer intervenciones para promover la salud y el bienestar, así como la necesidad de reducir las consecuencias negativas del consumo de sustancias tanto para individuos como para la sociedad. Es en esta declaración que se enuncia la intención de atender tempranamente, de tratar, asesorar, de prevenir recaídas, de hacer seguimiento posterior al tratamiento, de facilitar la reinserción social y de incidir en el acceso a los servicios.

Visto el consumo de drogas como un asunto de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido las diferentes formas en que las personas se relacionan con el consumo de drogas (patrones de consumo): el uso experimental, el uso regular o social, el uso nocivo, el abuso y la dependencia. El uso nocivo, es un patrón que causa daño mental o físico,

CONFIDENCIAL

y el abuso y la dependencia son entendidas como enfermedades asociadas al consumo. Debido a los riesgos para la salud, en el patrón de abuso de drogas también se ha definido el consumo problemático, el cual se refiere no solamente al uso recurrente de drogas que produce efectos perjudiciales para la persona sino que puede tener efectos para su entorno. El consumo de drogas afecta a personas en todo el mundo, y ha sido entendido como un fenómeno multicausal y global.

> "Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. Si bien ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial, en realidad el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable" (UNODC, 2016).

De acuerdo con el informe mundial de drogas del 2015, el asunto de drogas en el mundo, supone un reto a los sistemas de salud pública en materia de prevención, pero también en términos de tratamiento y atención a los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. En este mismo informe se señala que únicamente 1 de cada 6 consumidores problemáticos de drogas a nivel mundial, tiene acceso a tratamiento (UNODC, 2016). En el mundo, muchos países presentan déficit considerable en la prestación de servicios, UNODC señala en el informe mundial de drogas que los consumidores de drogas siguen perdiendo la vida de forma prematura, a menudo como consecuencia de una sobredosis, pese a que la muerte por sobredosis puede evitarse (UNODC, 2016).

Considerando la importancia de atender el consumo de sustancias psicoactivas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en su informe de 2003, señaló que "Los gobiernos deben adoptar medidas que permitan disminuir el intercambio de agujas hipodérmicas entre los toxicómanos que se inyectan a fin de limitar la propagación del VIH/SIDA". Al mismo tiempo, la JIFE subrayó que esas medidas no deben promover o facilitar el uso indebido de drogas. El mismo informe señala también que "muchos gobiernos han optado en favor de programas de sustitución de drogas y tratamiento de mantenimiento" y que "la aplicación de este tratamiento no constituye una violación de las disposiciones del tratado, cualquiera sea la sustancia que se utiliza para este tipo de tratamiento en consonancia con la práctica médica nacional adecuada" (INBC, 2008), así mismo, varias convenciones

CONFIDENCIAL

internacionales consideran que cuando los drogadictos han cometido delitos relacionados con las drogas, los países pueden proporcionar tratamiento, educación, pos tratamiento, rehabilitación y reinserción social, ya sea como alternativa o como una adición a la condena o castigo.

De otro lado, la Oficina de las Naciones contra la Droga y el Delito ha trabajado en todo el mundo en el posicionamiento de tratamiento para la farmacodependencia como un elemento clave de la salud pública y el desarrollo de la intervención, se ha centrado cada vez más en la sensibilización acerca de la adicción como una enfermedad tratable, multifactorial y ha puesto como un elemento fundamental el mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios de tratamiento de drogas en todo el mundo. Uno de los programas con los que ha venido operando es Treatnet, la "Red Internacional de tratamiento de la Drogodependencia y la rehabilitación (Crime, 2006), este programa apunta a mejorar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación en todas las regiones.

Los miembros de la red incluyeron, en su primera etapa, del 2005 al 2007 el tratamiento de la drogodependencia y la rehabilitación de los centros de recursos de formación, un consorcio liderado por la Universidad de California, Los Ángeles integrado por programas de Abuso de Sustancias y otros asociados. En su segunda fase, a partir del 2008, evolucionó en redes regionales e involucró además a los centros de tratamiento de las universidades y las instituciones gubernamentales a cargo del tratamiento y la rehabilitación (Crime, 2006).

En el mundo, el trabajo de la Red Global se ha centrado en el desarrollo de buenas prácticas y elaboración de documentos sobre cuatro temas clave: Tratamiento basado en la Comunidad (UNODC, 2008), el tratamiento en establecimientos penitenciarios (UNODC, Treatment good practice document—drug dependence treatment in prison settings, 2008), el tratamiento y la prevención y atención del VIH/SIDA (UNODC, Treatment good practice document—drug dependence treatment—its role in HIV/AIDS prevention and care., 2008), y la recuperación sostenida de gestión (UNODC, Treatment good practice document—drug dependence treatment—sustained recovery management , 2008).

Según la base de datos *Recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias*, del Observatorio de la Salud Mundial de la OMS, aún existen vacíos

CONFIDENCIAL

en el área del tratamiento de la drogodependencia en el mundo, y muchos países aun no reconocen la drogodependencia como un problema de salud, presentándose estigmatización y discriminación asociadas a esos trastornos, lo cual es un obstáculo para plantear tratamiento. Frente a esta situación, en el 2015 con respecto al tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la comisión de estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas recomienda a los países miembros:

> "Reconocer que la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar, por ejemplo mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación eficaces basados en datos científicos, incluidos programas de base comunitaria, y fortalecer la capacidad de postratamiento, rehabilitación, recuperación y reinserción social para las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otras, según proceda, mediante asistencia para su reincorporación efectiva al mercado laboral y mediante otros servicios de apoyo" (ONU, 2015).

Aun cuando problema del consumo de drogas se ha entendido como un asunto de salud pública desde la década del 90, no ha cobrado la suficiente relevancia en las agendas públicas de los países que presentan mayores dificultades para atender la situación, por lo cual es necesario avanzar en el posicionamiento del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto relevante para el desarrollo de las sociedades y para la garantía de los derechos ciudadanos. En este contexto, se han hecho esfuerzos desde el marco jurídico y direccionamiento de políticas internacionales e implementación de programas que permitan aportar al tratamiento.

Considerando la importancia de atender el consumo de sustancias psicoactivas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en su informe del 2003, señaló que "Los gobiernos deben adoptar medidas que permitan disminuir el intercambio de agujas hipodérmicas entre los toxicómanos que se inyectan a fin de limitar la propagación del VIH/SIDA". Al mismo tiempo, la JIFE subrayó que esas medidas no deben promover o facilitar el uso indebido de drogas. El mismo informe señala también que "muchos gobiernos han optado en favor de programas de sustitución de drogas y tratamiento de mantenimiento" y

CONFIDENCIAL

que "la aplicación de este tratamiento no constituye una violación de las disposiciones del tratado, cualquiera sea la sustancia que se utiliza para este tipo de tratamiento en consonancia con la práctica médica nacional adecuada" (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2013), así mismo varias convenciones internacionales consideran que cuando los drogadictos han cometido delitos relacionados con las drogas, los países pueden proporcionar tratamiento, educación, pos tratamiento, rehabilitación y reinserción social, ya sea como alternativa o como una adición a la condena o castigo.

A pesar de que en todo el mundo se hacen esfuerzos técnicos y científicos para mejorar las condiciones de las personas afectadas por el consumo de drogas, el asunto sigue sin resolverse, se requiere de disponibilidad de recursos, profesionales con mayor cualificación, voluntad política y cambios en la forma en que la sociedad comprende y atiende el fenómeno de drogas.

Contexto del consumo de sustancias psicoactivas y el tratamiento en América Latina

En todo el mundo el uso de sustancias psicoactivas tiene prevalencia alta, y grandes sectores de la población mundial están expuestos a los efectos de sustancias que producen dependencia. El alcohol es la sustancia psicoactiva más utilizada en todo el mundo, y alrededor de 2,5 millones de personas consumen bebidas alcohólicas en todo el mundo; aproximadamente el 55% de la población adulta del mundo (Organization, 2011). Actualmente, se estima que más de un millón de personas en el mundo, o sea, el 22% de la población adulta del mundo, son fumadores de tabaco (Organization., 2011), y alrededor de 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, ha usado drogas ilícitas al menos una vez en 2010.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el World Drug Report 2012, estimó que el número total de usuarios de drogas en el mundo es de 230 millones de personas, en primer lugar está el consumo de cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico, el segundo más utilizado en esta clase de sustancias son los ETA (Estimulantes Tipo Anfetamínicos), seguido por el "éxtasis", opioides y cocaína. Las estimaciones de la UNODC indican que 27 millones de personas, lo que equivale al 0,6% de la población mundial de 15 a

CONFIDENCIAL

64 años de edad, son usuarios de drogas "problemáticas" (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2013).

En los últimos 25 años, una de las consecuencias más visibles de la farmacodependencia ha sido el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y se estima que más del 10% de todas las infecciones de VIH en el mundo son debidos al uso de equipos de inyección de drogas contaminados. Si el África subsahariana y el Caribe están excluidos, este porcentaje de consumidores de drogas intravenosas se eleva hasta el 30% a 40% entre las personas con infección por el VIH. Datos sobre el tamaño de los usuarios de drogas inyectables (UDI) de la población de 130 países indican que hay 13,1 millones de consumidores de drogas por vía parenteral en todo el mundo. También indica que el uso compartido de equipo de inyección contaminado es una vía importante de transmisión del VIH en muchas regiones, incluida Europa oriental; Centro, Sur y Sudeste de Asia; y algunos países de América Latina (Mathers BM, 2008).

América Latina no está lejos de la tendencia mundial en materia de consumo y de tratamiento. Históricamente los países de la región han comprendido e intervenido el asunto de drogas de la misma forma que en el resto del mundo: tendencia sancionatoria, implementación de medidas de seguridad y control al cultivo ilícito, la producción y el mercado; desde la década del 90 –cuando se promueven procesos de democratización en los regímenes políticos de América Latina, y se impulsan medidas económicas de apertura– y con el aumento del consumo y la tipificación del consumo problemático se empieza a visibilizar el asunto como un tema relevante para la salud pública. Del mismo modo la tendencia en el aumento del consumo es similar entre países de la región, siendo una gran preocupación el uso temprano de drogas y el aumento en el consumo de marihuana, consumo compulsivo de alcohol y otras drogas.

Considerando la relevancia del consumo de drogas en aumento en la región y el interés reciente por atender la situación como un asunto de salud pública, en el presente apartado se muestran algunos datos que permiten ubicar la situación de consumo de drogas en algunos países de América Latina; la fuente de estos datos es principalmente la Organización de Estados Americanos OEA, organismo que tiene por función ser un escenario para la toma de decisiones, el diálogo multilateral y la integración de América; aquí se referencian

CONFIDENCIAL

principalmente los datos del Informe del Uso de Drogas en las Américas de 2015, y también se muestran algunas cifras presentadas por el Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina obtenidas del II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de 2012; estas son las fuentes que permiten compilar datos comparativos entre los países de la región y contextualizan las generalidades del consumo en años recientes.

De acuerdo con el Informe del Uso de Drogas en las Américas de 2015, existe amplia evidencia sobre los riesgos y consecuencias asociados al uso temprano de drogas, por lo cual se han realizado estudios con población adolescente, población joven y población en general. Según este informe:

> "en 23 de 29 países con información sobre la población escolar (generalmente adolescentes entre 13 y 17años) se encuentra que 20% o más de los estudiantes declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en el mes anterior al estudio, y que en 14 países la cifra supera el 30% de dicha población (…) La prevalencia de uso de marihuana en el último año es muy heterogénea entre los países, con cifras inferiores a l5% en algunos de ellos y valores superiores a 20% en otros. En 11 de los 31 países con información de encuestas en estudiantes, la prevalencia de último año supera el 15%. (…) En cuanto a las sustancias derivadas de la hoja de coca, para efectos de este informe éstas se dividen en tres: clorhidrato de cocaína, pasta base (paco, basuco) y crack. Si bien la primera tiene un uso bastante transversal entre los países de las Américas, el uso de pasta base se ha concentrado más en Sudamérica y el de crack más en Centroamérica, Norteamérica y en el Caribe. En 8 de 30 países la prevalencia de último año de uso de cocaína entre escolares es 2% o más" (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

En América Latina la población más afectada por el consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo la franja de jóvenes independientemente del aumento o disminución en las cifras de consumo de drogas que se presente en cada país; es relevante debido a los riesgos asociados. De acuerdo con el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria del 2012, en el que se analizan los datos oficiales de Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador; al comparar el uso de drogas entre los cuatro países estudiados se concluye

CONFIDENCIAL

que "la prevalencia de último año o consumo reciente de "cualquier" droga ilícita o de uso indebido muestra los siguientes registros: 4,6% en Bolivia, 16,6% en Colombia, 10,1% en Ecuador y 5,6% en Perú" (Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina, 2012).

El mismo estudio revela que en Colombia el 95,8% de los estudiantes universitarios han consumido alcohol alguna vez en la vida, esta cifra es seguida por Ecuador (88,7%), Perú (87,5%) y Bolivia (77,1%). Así mismo la edad promedio de inicio del consumo de alcohol indica que en Colombia inician a más temprana edad con respecto a los otros tres países: 17,5 años en Bolivia, 15,3 años en Colombia, 16,4 años en Ecuador y 16,2 años en Perú (Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina, 2012).

De otro lado, entre los consumidores de alcohol del último año se identifican riesgos o uso perjudicial en una proporción importante así: Bolivia (39,7%), Ecuador (36,6%), Colombia (31,1%) y Perú (25,1%), esta proporción de población califica en el conjunto de consumidores que presentan riesgo o uso perjudicial (Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina, 2012), en este estudio se identificó también que el mayor porcentaje de consumidores con riesgo es de hombres en todos los países. Se concluye además que la sustancia más consumida en todos los países del estudio es la marihuana, ya sea de modo exclusivo o combinada con otras drogas, y se presentan signos de abuso o dependencia a drogas ilícitas en un porcentaje que supera el 25%: "Entre un 28% y 30% de los consumidores de drogas de Colombia, Ecuador y Perú presentan esta condición, cifra que sube a 40,9% en los estudiantes de Bolivia" (Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina, 2012). EI Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, concluyó que entre 2009 y 2012 hubo un aumento significativo en el consumo de alcohol y de tabaco en los cuatro países[10].

Por otra parte, el informe de Drogas de la Organización de Estados Americanos OEA de 2015, señala que las tasas de consumo compulsivo de alcohol en Sudamérica están por encima del

[10] Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia.

CONFIDENCIAL

50%, Países como Argentina, Chile, Guyana, Perú, Suriname y Uruguay presentan consumo compulsivo de alcohol entre el 60% y el 70% de los estudiantes que han consumido alcohol en el último mes. De acuerdo con la misma fuente, "Es importante resaltar que los elevados niveles de consumo en los países estarían asociados a una alta percepción de facilidad de acceso a las drogas, como también a una importante oferta de las mismas, lo cual plantea otro desafío para las políticas de control de la oferta de drogas" (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015) el informe también revela sobre el consumo de alcohol en población general, una prevalencia en el último año que oscila entre el 50% y 60% en países como México, Perú, Venezuela, Barbados, Chile, República Dominicana, Colombia y Bolivia.

Con relación al Tabaco, el informe de Drogas de la OEA señala que en países como Argentina, Chile, Colombia y Paraguay, los niveles de consumo de tabaco son altos en escolares con relación a los demás países de la región. En población general, el consumo de tabaco presenta el nivel más alto de prevalencia en Chile (34%), seguido de Uruguay (31%) y Argentina (28,9%). En población universitaria la prevalencia de último mes de consumo de tabaco arroja una prevalencia que va desde un 9,4% en Venezuela hasta un 24,3% en Ecuador. Bolivia, Perú y Brasil oscilan justo por encima del 20%, y Colombia y El Salvador muestran valores de alrededor del 19% y 12% respectivamente (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

Con respecto al consumo de marihuana, entre el 2005 y el 2012 el consumo aumentó en todos los países del estudio con excepción de Perú (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015), y en ese mismo periodo de tiempo Chile es el que presenta mayor aumento. "El consumo de marihuana es más frecuente entre la población adolescente y adulta joven. En casi todos los países, la mayor prevalencia de consumo se encuentra en el segmento de 18 a 34 años" (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

De cara al uso de inhalantes, el informe de Drogas de la OEA muestra que el uso de estos es alto en el Caribe. Entre los 12 países del Caribe con reporte sobre inhalables, 8 tienen prevalencia de uso superior a 5,9% con excepción de República Dominicana. En Sudamérica también se identifican diferencias entre los países con menor consumo, Perú, Paraguay,

CONFIDENCIAL

Colombia y Ecuador con tasas de consumo menores a 2%, y los países con mayor nivel de uso, Brasil, Chile y Guyana con prevalencia entre 4% y 6%.

En materia de cocaína, los países de América del Sur con prevalencia superior al 2,5% entre los estudiantes secundarios son Chile, Argentina y Colombia, seguidos por Uruguay y Brasil (más del 2%), siendo los hombres un porcentaje mayor de consumidores respecto a las mujeres. En Venezuela, el consumo de los varones supera en 6 veces a las mujeres, 5 veces en Guyana y en 3,7 veces en Ecuador. Chile presenta una alta tasa de consumo anual entre adolescentes y el consumo realizado alguna vez en la vida a los 13 años o menos sobrepasa el 4%; así mismo Argentina se ubica en segundo lugar en este indicador, con más del 3%. En Ecuador los adolescentes consumen más que los jóvenes, con tasas del 0,5% y 0,1% respectivamente; Brasil y Colombia presentan las mayores tasas de aumento de consumo en estudiantes universitarios entre el 2010 y el 2012 (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

Sobre los estimulantes, el Informe del Uso de Drogas en las Américas señala que de acuerdo a los datos de pacientes atendidos por problemas de drogas en el Estado de México, alrededor del 3,2% de las personas fueron tratadas por consumo de metanfetamina en centros de tratamiento de drogas en 2012; Colombia informó que la mayor parte de personas tratadas por uso de ETA (Estimulantes Tipo Anfetamínico) en 2012, lo fueron por el uso de "éxtasis" con el 53% (48 personas), seguido por metanfetaminas con 42% (38 personas) y el consumo de anfetaminas en torno al 5% (5 personas). Sin embargo, el número de personas tratadas por consumo de ETA sólo constituyó el 10,3% del número total de personas tratadas por uso de drogas en Colombia ese año, mientras que la proporción de personas en tratamiento para el consumo de cannabis fue de un 33,0% (292 personas) y por consumo de cocaína de 32,1% (181 personas). Muy pocos países del hemisferio cuentan con información sobre la prevalencia de último año de consumo de las sustancias tipo éxtasis, Chile presenta una tasa de consumo en el último año de 1,9%, mientras que Argentina, Colombia, Panamá, Perú y Uruguay registran tasas de consumo en torno al 1% (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

Con relación a las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP), la OEA en el informe de Uso del Drogas en las Américas, indica que:

CONFIDENCIAL

"entre 2008 y 2014 se reportaron 73 NSP individuales a UNODC desde Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Uruguay, de las cuales la mayoría consistían en fenetilaminas, seguido de cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, piperazinas y sustancias de origen vegetal. Aunque ha habido relativamente pocos informes de ketamina en la región, en algunas incautaciones de sustancias bajo control internacional se encontraron contenidos de ketamina. En 2013 Colombia informó de la incautación de 7.000 pastillas vendidas como 2C- B361, un medicamento controlado internacionalmente, pero que según el Observatorio de Drogas de Colombia contenía ketamina y pequeñas cantidades de otras sustancias no identificadas" (OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

Con el anterior panorama sobre el consumo de drogas en América Latina, los países miembros de la Organización de Estados Americanos han empezado a movilizar fuertes debates para reformular la agenda pública de drogas en la región, identificando que no solamente es importante controlar la producción, el tráfico y el mercado, sino que es menester atender el asunto en términos de salud y garantía de derechos de las personas afectadas por el consumo de drogas. Con las cifras de los dos estudios citados en este apartado, la preocupación sobre el problema está puesta tanto sobre el aumento del consumo, como en la oferta y la variedad de drogas que emergen en el mercado; también sigue siendo de gran preocupación para la salud pública y el desarrollo de las sociedades la edad de inicio del consumo.

"La OEA y los países de Latinoamérica están contribuyendo positivamente a romper el tabú que ha silenciado por tanto tiempo el debate acerca de una política de drogas más humana y eficaz"
El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debate y consensos, Guatemala 2014.

Entre el 2013 y el 2014 se desarrolló un ejercicio de debate y consenso permanente entre Estados parte de la Organización de Estados Americanos OEA, sobre cómo atender el asunto de Drogas en la región, el primer consenso resultado de estos debates fue que el asunto de drogas debe verse como un asunto de salud pública; de este modo, la agenda regional indica que:

"El enfoque de salud pública plantea desarrollar intervenciones amplias con tres vertientes: intervenciones diseñadas para impactar al usuario o a la población en riesgo, la disponibilidad de las sustancias, y el ambiente que tolera o acepta el consumo" (Organizaci{on de Estados Americanos OEA, 2014).

CONFIDENCIAL

Sobre el tema, lo que se identificó en el ejercicio de debate y consenso sobre la política de drogas en la región es que: "es absolutamente contradictorio tratar al drogodependiente como un enfermo y al mismo tiempo, penalizarlo por su consumo o por haber cometido un delito relacionado con éste" (Organizaci{on de Estados Americanos OEA, 2014), sin embargo se concluye que no se puede dejar de tomar medidas para la producción, el tráfico y en general el mercado de drogas. Los países miembros de la OEA han considerado que el enfoque de criminalización ha generado otros problemas en los países, tales como el hacinamiento en cárceles, sin que se logre impactar en reducir el consumo y generando a la vez otras dificultades en la salud y en la sociedad, por lo cual los países miembros han recomendado implementar reformas judiciales y prestar atención a la falta o insuficiencia de tratamiento; a lo anterior se suma el consenso en el que se propone fortalecer las instituciones judiciales y de orden público tanto para combatir el crimen como para atender el asunto de salud pública.

Como se mencionó antes, la magnitud del problema del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en Latinoamérica es ampliamente conocida y afecta a toda la población, pero en especial a adolescentes y jóvenes. La tendencia en los países de américa latina se corresponde con la tendencia mundial en materia de las políticas públicas, pues se pretende la focalización de acciones en el marco de: atacar la ilegalidad y el crimen, la intervención en el mercado de las drogas, la prevención y el tratamiento al consumidor problemático.

> "Los gobiernos han tomado medidas y formulado planes nacionales para reducir tanto la demanda como la oferta, colocando especial énfasis en el control de la producción y el tráfico de drogas, las campañas de comunicación y prevención, el fortalecimiento jurídico e institucional, y la mayor cooperación internacional para el control del tráfico de drogas y lavado de dinero. Entre los criterios compartidos por los gobiernos destaca también la mayor focalización de la prevención y el tratamiento en grupos de mayor vulnerabilidad social" (CEPAL, 2000).

A pesar de los esfuerzos el problema persiste y existen muchos factores, según el informe mundial de drogas de 2016: "Los distintos niveles de bienestar socioeconómico de los países también inciden en el tipo de drogas que se consume" (UNODC, 2016), por lo cual la intervención de este asunto debe incidir también en los contextos sociales y culturales en los que se presenta el fenómeno.

CONFIDENCIAL

"En materia de salud pública, es necesario desarrollar iniciativas subregionales y establecer áreas prioritarias de acción conjunta; generar sistemas de información, seguimiento y evaluación; crear un marco de referencia para que los países desarrollen políticas de salud pública en materia de drogas; favorecer una mayor calidad de la atención de las personas con problemas por consumo de drogas mediante criterios de calidad para la prestación de servicios y diseñar currículos y materiales para capacitar a los profesionales de la salud en la atención de problemas por consumo de drogas." (Organizaci{on de Estados Americanos OEA, 2014).

Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

"Es importante reconocer que mientras muchas personas usan drogas en algún momento del ciclo vital y las abandonan de forman natural, en otras, el consumo de sustancias se vuelve persistente y logra afectar la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas". 0Reporte de Drogas de Colombia 2015.

En los últimos 20 años, el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado en el país (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia , 2015), principalmente en sustancias como marihuana, cocaína, heroína, éxtasis y otras drogas.

"Entre 1996 y 2008, el porcentaje de personas que reportó haber consumido marihuana en el último mes aumentó en 171%; para el caso de la cocaína el aumento fue de 230% y para la heroína de casi 100%. También, como en la mayoría del resto de los países del mundo, la edad de inicio del consumo de drogas en Colombia ha venido disminuyendo ligeramente" (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. , 2013).

El último estudio nacional sobre el consumo de drogas (2013), indica también que el porcentaje de personas que recurrieron, por lo menos una vez en la vida, al uso de sustancias ilícitas como marihuana, basuco, éxtasis o heroína, pasó de 8,6% en el 2008 a 12,17% en el año 2013. De acuerdo con el Reporte de Drogas de Colombia de 2015, la sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana, seguida de la cocaína, el basuco y el éxtasis, el reporte también señala que:

CONFIDENCIAL

- La prevalencia de consumo de alcohol o de drogas ilícitas en algunos departamentos[11] es más del doble del promedio nacional (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015).
- El número de personas con consumo problemático de drogas en el país es fundamental para estimar la demanda potencial de atención y tratamiento en Colombia; para el primer semestre de 2013 se calculó en 484.109 aproximadamente (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015).
- Se presenta un aumento en el consumo de heroína en los últimos años, el cual se hace evidente por el incremento en la demanda de tratamiento por problemas con su uso en siete territorios: Santander de Quilichao, Armenia, Medellín, Pereira, Cúcuta, Cali y Bogotá (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015).
- Estudios realizados en seis ciudades entre 2012 y 2014 sobre comportamientos de riesgo asociados en personas que se inyectan drogas - PID, identifican indicadores de VIH y Hepatitis C superiores a los de la población general (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015).

Adicionalmente, el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), constituye una de las principales tendencias del problema mundial de las drogas (UNODC, 2016). En Colombia la mayoría de NSP corresponde a drogas de origen sintético. Uno de los principales riesgos de estas drogas tiene que ver con el poco conocimiento que existe de los efectos sobre la salud que produce el consumo.

El panorama del consumo de sustancias psicoactivas en el país descrito anteriormente, se ha configurado como una situación problemática relacionada con el ámbito de la seguridad, de la legalidad y de la salud pública; y particularmente tiene una incidencia social que afecta el desarrollo del país. En el mundo, el asunto de drogas pasa por el mercado y la seguridad, ambos aspectos relacionados con la legalidad.

[11] Medellín y área metropolitana, Quindío, Risaralda.

CONFIDENCIAL

Con respecto al mercado, el informe mundial de drogas (UNODC, 2016) indica que el cannabis sigue siendo la droga con que más se trafica en el mundo; así mismo, cada vez hay más diversidad de maneras de ofertar drogas. Según el informe, es posible que en los últimos años haya aumentado la oferta de drogas por Internet, incluido en el mercado anónimo en línea para captar a nuevos grupos de consumidores, por lo cual el acceso a las drogas puede llegar a estar más disponible para los consumidores. Con relación al fenómeno de las nuevas drogas, en el caso de Colombia, el reporte de drogas de Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015) señala que no se ha evidenciado en el país, producción de las drogas sintéticas, lo que podría indicar que éstas provienen de otros países productores.

El informe mundial de drogas revela que las drogas por las que se pagan precios relativamente altos, y que son más lucrativas para los traficantes, se introducen con mayor facilidad en los países de ingresos per cápita comparativamente elevados; y que en el caso de sustancias como la cocaína y la heroína, el grado de desarrollo económico contribuye a la formación de mercados de consumo grandes.

El informe mundial de drogas (UNODC, 2016) muestra que la relación entre el desarrollo económico y las drogas es particularmente evidente en el caso del cultivo ilícito para la producción de drogas. Explica el por qué en las zonas rurales, la pobreza y la falta de medios de vida sostenibles de las personas son factores de riesgo importantes que llevan a los agricultores a dedicarse a esos cultivos (6).

De cara a la salud pública, el informe mundial de drogas muestra que en el mundo más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas inyectadas, de los cuales el 14% son portadoras de VIH. El informe concluye, según los estudios realizados en todo el mundo, que más allá de las cifras el impacto del consumo de drogas con relación a sus consecuencias para la salud es devastador[12]. El mismo informe señala que el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (World Healt Organization, 2015) indica que las muertes prematuras o las discapacidades causadas en su conjunto por los opioides, la cocaína, las anfetaminas y el

[12] El informe reporta que el número de muertes relacionadas con las drogas, se calculó en alrededor de 207.400 para el año 2014.

CONFIDENCIAL

cannabis supusieron en el 2013 la pérdida de casi 12 millones de años de vida, más de 8 millones de los cuales se perdieron por trastornos relacionados con el consumo de opioides.

Con respecto a la seguridad, el cultivo ilícito de drogas, la territorialización de los mismos, las relaciones sociales y la desigualdad, hacen parte de todo un contexto problemático. De acuerdo con el informe mundial de drogas (UNODC, 2016), existe una estrecha relación entre las situaciones de desventaja social y económica y los trastornos relacionados con el consumo de drogas; se observa ese paralelismo al examinar las distintas consecuencias de la marginación y la exclusión social, como el desempleo y los bajos niveles de educación. En el caso colombiano, la desigualdad, el fenómeno del conflicto armado, el desplazamiento forzado y el fenómeno de violencia del país a lo largo de la historia, complejiza[13] tanto el mercado como el consumo de sustancias psicoactivas.

Antecedentes de la política de drogas del Estado colombiano

Como se mencionó en apartados anteriores, el asunto de drogas pasa por aspectos relacionados con el mercado (producción, oferta, demanda, distribución y consumo), la seguridad y la salud pública, y está sujeto a lineamientos internacionales de política global.

> "Desde la década de los años 70 del siglo pasado, el Gobierno colombiano ha venido implementando una serie de políticas con las que ha buscado controlar el problema desde la oferta, en las que ha invertido enormes cantidades de recursos humanos y materiales. A pesar de que a lo largo de este tiempo se han logrado avances innegables,

[13] Ver: (1) Velasco A. Identificación de Alternativas Productivas en Zonas de Conflicto: Caso Bajo Putumayo-Colombia, Revista Global de Negocios. 2016, 4(8):79-94; (2) Restrepo J. Prácticas de autocultivo de cannabis, Universidad de Antioquia 2015; (3) Gil N. Análisis de la Estrategia de Erradicación Manual Forzosa en el municipio de Puerto Asís Putumayo 2010-2014, Universidad Militar Nueva Granada 2015; (4) Garcés E. Desafíos de los ordenamientos territoriales en Colombia: guerra, narcotráfico, minería y agronegocios en los territorios de comunidades campesinas, negras e indígenas del sur del país, Criterio Jurídico Garantista. 2016; 9 (14) 14-41. (5) Serrano M. Cultivos ilícitos de coca y bienestar en las regiones productoras: Un análisis desde el enfoque de capacidades, Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Colombia, Tesis Doctoral, 2014. (6) Ríos J., La narcotización del activismo guerrillero de las FARC y el ELN 1998-2012, Rev UNISCI / UNISCI Journal. 2016; 41. (7) Calvache J., Cultivos de uso ilícito como alternativa generadora de ingresos en la vereda la luz, resguardo de Tacueyó municipio de Toribío, Cauca entre los años 1980 y 2015, Universidad del Valle. Entre otros.

CONFIDENCIAL

> como la desarticulación sucesiva de OTD[14], la actividad de éstas continúa siendo una de las amenazas principales a la estabilidad y la seguridad de Colombia" (Centro de pensamiento estratégico, s.f.).

Ya en el año 1973 el Estado colombiano había tomado medidas legales para tratar el asunto de drogas como un tema relacionado con la seguridad, entrando a intervenir en el ámbito del tráfico durante el gobierno de Pastrana Borrero. Durante este mandato, el Estado colombiano expidió el Estatuto Nacional de Estupefacientes, dando lineamientos para controlar la producción y distribución de drogas fijando penas muy altas por cultivo de drogas y narcotráfico.

Desde finales de los años 70, Colombia estaba entre los países con mayor producción de marihuana en el mundo y tenía su principal mercado en Estados Unidos.

> "Durante la administración del Presidente Jimmy Carter (1976-1980), la interdicción y la erradicación eran las dos piezas clave de la política internacional antinarcóticos de Estados Unidos. El freno al contrabando de drogas tenía la dimensión de problema fronterizo: evitar su ingreso a territorio estadounidense y comprometer a los países productores y a aquellos utilizados como punto de tránsito en la tarea de mejorar el sistema de control y represión de la salida de narcóticos" (Aristizabal, 2016).

En 1978, se expide el Decreto 2144, por el cual se dictan medidas conducentes al restablecimiento del orden público, el cual respalda el ingreso de soldados en las zonas en donde se identificaban cultivos ilícitos en el país. En los considerandos el decreto reza:

> "últimamente se ha intensificado la delincuencia organizada en algunas regiones del territorio nacional por el uso indebido de aeropuertos, aeronaves, embarcaciones marítimas y fluviales, y vehículos de transporte terrestre de procedencia nacional y extranjera, muchas de las cuales ingresan al país violando la soberanía nacional, para realizar actividades ilícitas tales como el tráfico de estupefacientes (…) que generan, a su vez, otras conductas como concusiones y cohechos corruptores en alto grado de la

[14] Organizaciones que trafican drogas.

CONFIDENCIAL

moral de los funcionarios con deterioro de la misión fundamental del Estado, lo cual constituye otro factor de perturbación del orden público".

En mayo de 1984, el Consejo de Ministros aprobó la erradicación de cultivos ilícitos con herbicidas, tanto de marihuana como de coca, en el gobierno de Belisario Betancourt la fumigación fue aumentando progresivamente, pasando de aproximadamente 3.400 hectáreas en 1984 a 12.000 en 1986 (Aristizabal, 2016). Durante el gobierno de Virgilio Barco, se mantuvo la fumigación con paraquat, garlon-4 y glifosato principalmente en la costa Atlántica colombiana. En este mismo año el Estado colombiano identifica la emergencia de cultivos de amapola, así como laboratorios urbanos y centros de procesamiento para la producción de cocaína y heroína; y también se toman medidas en materia de extradición de nacionales a Estados Unidos.

Durante la administración de César Gaviria (1990-1994), se hizo erradicación manual de cultivos, principalmente de coca. Según el Departamento Administrativo de Seguridad DAS, a finales de 1991 existían 2.500 hectáreas de amapola; en ese mismo año, la policía antinarcóticos (Colombia, Policía Antinarcóticos, 1992) indico que hubo un incremento de hectáreas cultivadas en los departamentos de Huila, Tolima, Cauca, Boyacá, Cundinamarca, Caquetá, Antioquia, Caldas, Meta, Nariño, Risaralda y Santander. Durante este periodo se implementó la fumigación manual, y la aspersión controlada de glifosato. En 1991 se aprobó la aspersión aérea.

Entre 1994 y 1998, bajo el gobierno de Ernesto Samper, la erradicación química tuvo una fuerte implementación, a la vez que se fortaleció la penalización, en 1995 se lanzó el *plan integral,* para la erradicación de los cultivos ilícitos en el país.

La política de drogas en Colombia entre la década del 70 y hasta los años 90, tuvo un fuerte enfoque de penalización al cultivo y al tráfico. La década de los 90 fue un momento histórico en Colombia, con la promulgación de una Constitución fundada en los derechos humanos y la democracia, con lo cual varias normas entraron a ser modificadas y derogadas vía Corte Constitucional.

Para el 2007, el gobierno encabezado por el presidente Álvaro Uribe Vélez propuso la "Estrategia de fortalecimiento de la democracia y el desarrollo social (2007-2013)" la cual constituyó la fase II del Plan Colombia, que tenía como finalidad la consolidación de logros alcanzados por el anterior Plan. El Plan Colombia en sus dos fases es un referente histórico

CONFIDENCIAL

que permite evidenciar la forma en cómo el Estado colombiano ha afrontado el asunto de las drogas en un contexto nacional complejo que agudizaba este fenómeno en el país; así, entre 1990 y el año 2000, el país mantuvo altos índices de violencia, elevadas tasas de homicidios, secuestros, masacres, desplazamiento forzado, problemas en el sistema de salud y en el sistema educativo, corrupción en las entidades públicas, pobreza acompañada de desempleo e inequidad social, y hubo una gran crisis económica (Quintero S, 2013).

De acuerdo con Quintero y Posada, de las diez estrategias emprendidas por el Plan Colombia, cinco manifestaban de manera explícita objetivos antinarcóticos y se focalizaban en controlar el cultivo y la distribución de las sustancias, pretendiendo desestabilizar la financiación de los grupos insurgentes ilegales y con ello controlar la violencia, ganar confianza inversionista y mejorar las condiciones económicas del país" (Quintero S, 2013). El fenómeno de la droga se ha asociado a la violencia, lo que según estos autores, hace que el consumo de drogas, desde el Plan Colombia se haya definido como un tema de seguridad más que de salud pública.

En el mismo año en que se daba avance a la segunda fase del Plan Colombia, también se emitió la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. , 2007), esta directriz de política de 2007, contiene cuatro ejes principales que contemplan como escenarios: la prevención, la mitigación, la superación y la capacidad de respuesta; la pretensión de esta directriz de política pública es que el Estado ejerza la rectoría de intervención del asunto de reducción del consumo y promueva la participación responsable de todos los sectores de la comunidad para implementar las acciones que permitan la reducción del consumo en el país. La reducción del consumo de drogas, de este modo, queda enunciada en el marco de la salud pública, sin embargo, de allí no se infiere una implementación que haya podido resolver la situación de esta problemática.

Históricamente, el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas para el Estado colombiano se ha presentado principalmente en el marco de las agendas públicas de seguridad y de mercado; y desde la década del 90 ha tenido interesantes atisbos jurídicos hacia la garantía de los derechos de las personas que consumen sustancias psicoactivas, sin embargo,

CONFIDENCIAL

el país está en un momento de revisión de las herramientas tanto jurídicas como de política pública que permitan atender adecuadamente el consumo como un asunto de salud pública centrado en las personas más que en las drogas. Actualmente Colombia hace parte de los países que participan en los debates internacionales sobre políticas de drogas y ha empezado a visibilizar el asunto como un tema de salud pública. Siguiendo a Quintero y Posada (Quintero S, 2013), Colombia sí ha logrado impactar el fenómeno de drogas, especialmente en materia de producción y tráfico, sin embargo hay un incremento significativo en el consumo de drogas que no solamente afecta a Colombia sino a la región, que aún sigue sin resolverse.

> "Las investigaciones académicas han documentado los altos costos fiscales en los que se ha incurrido para implementar las políticas represivas, en detrimento de la financiación de políticas de salud para prevenir y disminuir el creciente consumo problemático, o de programas de reducción de daño que minimicen los impactos del consumo en ambientes de marginación social" (Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, Rodrigo Uprimny , Sergio Chaparro, Luis Cruz).

El importante aumento en el consumo interno de sustancias está tomando protagonismo (Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015), convirtiéndose en un punto álgido y prioritario el cual debe ser revisado. Actualmente, las intervenciones estatales están poniendo mayor énfasis en el enfoque humano y social que en el enfoque criminal. Sin embargo, la formulación de directrices de política pública en materia de consumo de drogas requiere avanzar en implementación, a través de otras estrategias e intervenciones estatales, con el fin de llevar el asunto a un nivel resolutivo o por lo menos manejable. Con lo anterior, el consumo de drogas visto como un asunto de salud pública, implica para la política pública de salud el reto de atender a la población bajo criterios de mejoramiento de condiciones de vida, alcance de bienestar y de desarrollo[15], desde el enfoque de derechos que permita garantizar una serie de servicios los cuales deben ser continuos y que van desde la promoción en salud hasta el tratamiento especializado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

[15] De acuerdo con el artículo 32 de la Ley 1122 del 2007, "la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo".

CONFIDENCIAL

Antecedentes del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

El consumo de sustancias psicoactivas como un asunto relacionado con la salud pública y su tratamiento, se enuncia en Colombia en 1928 a través de la Ley 118[16]; en esta norma se hace referencia a la necesidad de ubicar en casas de salud, hospital u otro asilo a los que usan drogas de manera indebida.

> Artículo 6°. Los que hicieren personalmente uso indebido de las drogas a que se refieren la Ley 11 de 1920 y la presente, serán recluidos en una casa de salud, en un hospital o en algún otro asilo durante el tiempo que señale la respectiva autoridad sanitaria, y se les someterá a un tratamiento conveniente (Colombia, 1928).

En 1970, a través del Decreto 1136, artículo 4°, establecía: "Al que perturbe la tranquilidad pública, como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por el alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación" (Colombia, 1970). Esta misma norma en su artículo 5° determinó que "Los hospitales, clínicas o frenocomios públicos mantendrán pabellones especiales para recluir a las personas sujetas a las medidas de protección social" y que "el director del establecimiento deberá informar al menos semestralmente al funcionario respectivo sobre el estado del paciente y de inmediato cuando se logre su curación o rehabilitación" (Colombia, 1970).

Sobre el tratamiento se establece en el Decreto 1136 que tanto la iniciación como la terminación de este estarán precedidas de dictamen médico oficial favorable y el tratamiento se dará en establecimiento público salvo que el enfermo o su familia soliciten que se haga en establecimiento privado a su costa.

El tratamiento a la luz del Decreto 1136 de 1970, presenta como ámbito de competencia a las personas que perturban la tranquilidad a causa del consumo, conceptúa el tratamiento en términos de cura y rehabilitación, y se considera como autoridad para la rehabilitación a los médicos que emiten un concepto médico-legal, también se entienden como únicas instancias a

[16] Por medio de la cual se hace adiciones a la Ley 11 de 1920, sobre importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso y se dictan otras disposiciones del servicio de higiene.

CONFIDENCIAL

los alcaldes y a los inspectores de policía. Con relación al seguimiento, es importante señalar que el artículo 7° ordena que "La medida rehabilitadora" que se adopte se pueda tomar "en cualquier tiempo y por todas las veces que fuere necesario" (Colombia, 1970).

Entre 1920 y 1970, la noción sobre la modalidad de tratamiento pasó de reclusión obligatoria en establecimiento público a la posibilidad de elegir la reclusión en establecimiento privado con los gastos asumidos por la familia o el enfermo, sin embargo la modalidad de atención normada se refiere a la internación del enfermo.

La Ley 30 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes da un marco conceptual básico al consumo de drogas y al tratamiento. Determina que es: Droga, estupefaciente, medicamento, psicotrópico, abuso, dependencia psicológica, adicción o drogadicción, toxicomanía y dosis terapéutica. En principio, esta ley enunciaba contravenciones para quienes lleven consigo, conserven para su propio uso o consuman sustancias como: cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, esto en el artículo 51 el cual fue declarado inexequible por la Corte Constitucional en 1994[17].

Las sanciones que se establecieron antes de la sentencia de la Corte se establecían así:

- "Por primera vez, en arresto hasta por treinta (30) días y multa en cuantía de medio (1/2) salario mínimo mensual.
- Por la segunda vez, en arresto de un (1) mes a un (1) año y multa en cuantía de medio (1/2) a un (1) salario mínimo mensual, siempre que el nuevo hecho se realice dentro de los doce (12) meses siguientes a la comisión del primero" (Colombia, 1986).

Sobre la modalidad de internamiento, ésta también se consideró como una sanción:

> "Artículo 51. El que lleve consigo, conserve para su propio uso o consuma, cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, en cantidad considerada como dosis de uso personal, conforme a lo dispuesto en esta ley, incurrirá en las siguientes sanciones: (…) El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción así haya sido sorprendido por

[17] Al respecto ver Sentencia C-221 de 1994.

CONFIDENCIAL

primera vez será internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En este caso no se aplicará multa ni arresto" (Colombia, 1986).

El objetivo del tratamiento y la rehabilitación, establecida en la misma ley, es la incorporación del individuo a la sociedad "como persona útil a la comunidad".

Con la Constitución de 1991, Colombia adopta una forma estatal definida por preceptos y principios de derechos, con lo cual la noción sobre la persona consumidora de sustancias psicoactivas se interpreta en la norma de una manera distinta; pasa de ser un sujeto que viola normas, recibe sanciones y no es útil a la sociedad, a un sujeto que tiene derechos. Sin embargo la enunciación de la norma no implica necesariamente la implementación de garantías completas para el sujeto de derechos. En 1994, se declaró inexequible el artículo 51 de la Ley 30 de 1986, mediante esta iniciativa la Corte Constitucional argumenta que las personas consumidoras tienen derecho al tratamiento médico y también al libre desarrollo de la personalidad pudiendo decidir si aceptan o no el tratamiento.

Lo que se identifica en el país, es que las normas y procedimientos emitidos e implementados por el Estado han calado profundamente en la sociedad, encontrando aun discursos y prácticas que permean la atención al asunto público del consumo y a la forma como se hace el tratamiento.

Aún se identifican discursos y prácticas sancionatorias y de reclusión de los enfermos; por lo anterior resulta pertinente para el país seguir revisando y avanzando en la comprensión del fenómeno del consumo como un asunto de salud pública, que afecta a un conjunto de ciudadanos y sus derechos, y por supuesto comprender e implementar formas de tratamiento efectivas y basadas en evidencia científica.

Contexto colombiano actual del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de un sistema de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias debe ser una parte integral de la respuesta global a los problemas sanitarios y sociales (World Health Organization, 1998). En muchos países, los trastornos por uso de sustancias están siendo abordados en el marco de los actuales servicios de atención de la salud mental. Desde el año 2001, el Informe sobre la salud en el

CONFIDENCIAL

mundo abordó las áreas prioritarias de actuación para los países con diferentes niveles de recursos para el desarrollo de la atención de la salud mental, que son directamente pertinentes para el desarrollo de sistemas de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Estas áreas prioritarias son las siguientes: prestación de servicios de tratamiento en la atención primaria de la salud; elaboración de drogas psicotrópicas disponibles; la prestación de asistencia en la comunidad; educar al público; la participación de las comunidades, las familias y los consumidores; el establecimiento de las políticas, programas y legislación; desarrollo de los recursos humanos; la vinculación con otros sectores; la vigilancia de la salud mental de la comunidad; y apoyar más los proceso de investigación (World Health Organization, 2001). Nuevas oportunidades para apoyar el mejoramiento de los sistemas de tratamiento emergen con la evolución de la metodología de la evaluación estructurada desarrollado por la OMS para los servicios de salud mental (World Health Organization, 2005) y en el proceso de desarrollo de sistemas de prevención y tratamiento para los trastornos por uso de sustancias.

Con la anterior descripción, el tratamiento está definido no solamente por aspectos epistemológicos, prácticos y científicos, sino que la implementación de este está determinada también por los servicios y la calidad de los mismos, por lo cual a continuación se señalan algunos hitos relacionados con los servicios de tratamiento y la calidad de los mismos en el país.

- 2002. "Se define la Acreditación como uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y se describen funciones de la Entidad Acreditadora y estándares que deben cumplir Instituciones que opten por este proceso voluntario" (Zapata, 2014).

- 2004. El Instituto de Normas técnicas y Certificación (ICONTEC), opera como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y pretende desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema (Zapata, 2014).

- 2004. Se hace la actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia, el interés del Estado colombiano a través del Ministerio de Protección en este momento fue la calidad de los servicios de atención, esta guía es un

CONFIDENCIAL

instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita normas de actuación y define las actividades técnico - científicas y administrativas, a través de las cuales se busca garantizar la atención integral de los usuarios (Ministerio de Protección Social, 2004).

- 2006. El SOGC colombiano definió las condiciones de habilitación para Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia, pero su alcance se limitó a requisitos mínimos de funcionamiento (Zapata, 2014).

Con relación a los servicios de tratamiento se han realizado dos estudios relevantes en el país, el primero en el 2004: *Diagnóstico Situacional Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*, del Ministerio de la Protección Social, y en el 2013: *Estándares de Acreditación "derechos de pacientes": revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia*, del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad CES.

Con base en lo anterior, el diagnóstico realizado por el Ministerio de la Protección Social en Colombia en el 2004 (Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios , 2004) arrojó como principales resultados los siguientes:

- Las entidades tipo IPS sólo representan el 15% de la oferta, la mayoría de los servicios los proveen entidades privadas y sin ánimo de lucro, en su mayoría bajo el modelo de comunidad terapéutica y modalidad residencial.
- Se observó un incremento importante de programas de teoterapia sin mayor estructura y soporte teórico-práctico, ocupando el segundo lugar de la oferta de servicios; también hubo incremento de modelos alternativos.
- Los servicios clínico-psicológicos, psiquiátricos con énfasis en salud mental y de 12 pasos, basados en los principios de Alcohólicos Anónimos, son minoritarios.
- Si bien se encontraron centros de tratamiento en 23 departamentos del estudio, la distribución geográfica de los mismos, muestra concentración en Cundinamarca y Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Risaralda.

CONFIDENCIAL

- En departamentos en los que la prevalencia de consumo es alta no hay mayor oferta ni diversidad en la existente, tal es el caso por ejemplo, de Nariño, Caldas, Quindío, Cauca y Boyacá. Se evidencia la necesidad de redistribuir la oferta, pues las listas de espera por insuficiencia de cupos son comunes tanto como la sobreoferta de cupos.

- Se observa la necesidad de redistribuir la oferta por estratos socioeconómicos que hoy es extensa para los estratos bajos y limitada para los altos.

- La oferta de servicios especializados para el manejo de sobredosis, síndrome de abstinencia, desintoxicación farmacológica, mantenimiento con medicamentos, reducción de daños y riesgos, es limitada en el país. También son limitados los servicios para mujeres y para grupos minoritarios.

- Con respecto a la modalidad del servicio se encuentran los tratamientos residenciales, ambulatorios, de hospital día u hospital noche y extramural a través de acercamiento en calle o como recientemente se ha implementado, el traslado de servicios al lugar de residencia de los usuarios. Otras modalidades son mixtas o se limitan a la consulta externa.

El segundo estudio (Zapata, 2014) comprende una población de total correspondiente a 190 instituciones en la modalidad de tratamiento "residencial" y "servicio de farmacodependencia" habilitados por el SOGC en Colombia, y a una muestra aleatoria simple de 74 centros. El estudio señala:

- Con relación al despliegue de información a pacientes y familiares, "el 90% de Centros de tratamiento en drogas entregan información a sus pacientes sobre sus derechos y deberes y se verifica comprensión en el 81%. El 81% despliega información de derechos de los menores de edad y el 19% no lo hace" (Zapata, 2014).

- "En sólo dos centros, lo que constituye el 9,53% de la muestra piloto, se encuentra cumplimiento pleno e igualmente en estos 2 centros se encuentra cumplimiento superior" (Zapata, 2014).

- "Los resultados de la referenciación total de criterios coincidentes del grupo de estándares derechos y deberes de los pacientes, da como resultado que sólo 13 de 65 criterios

CONFIDENCIAL

utilizados por Joint Commission son coincidentes con aquellos utilizados por el sistema Colombiano (indicador total de CC: 20%)" (Zapata, 2014).

- "Se observa que criterios que son expresión del respeto por la autonomía del paciente como es el consentimiento informado, no está integrado en este grupo de estándares del sistema colombiano. Igual situación de ausencia ocurre con el respeto por la decisión de tutor o cuidador responsable e inclusión de este (os) en las decisiones del tratamiento, en caso que ejerzan derecho legal de decisión en representación del paciente" (Zapata, 2014).
- Un aspecto sensible en calidad de los servicios de salud es asegurar el acceso. mediante disminución de barreras y el respeto por diferencias individuales (Zapata, 2014).

Con lo anterior es preciso afirmar que el tratamiento para los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, debe garantizar calidad de los servicios y accesibilidad a los mismos; debe superar la noción de oferta y demanda para pasar a la noción e implementación de garantía universal de derechos; también es necesario garantizar la cobertura requerida de acuerdo con las necesidades de cada paciente definiendo claramente cuáles son las modalidades de atención adecuadas a dichas necesidades. En Colombia las entidades territoriales deben actuar de acuerdo con las competencias dadas por la Ley 715 del 2001 y la Ley 1566 del 2012, este marco les exige desarrollar mecanismos de vigilancia y control para establecer cómo se está prestando la atención a la población con consumo problemático y dependencia de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Los mecanismos a establecer deberán reflejar la integralidad de los servicios, establecidos en las normas: Ley 1616 del 21 de enero de 2013[18]; Ley 1566 de 31 de 2012[19]; y el Acuerdo 031 de mayo de 2012 de la comisión para la regulación en salud[20]. Con lo anterior es necesario avanzar en la formulación de un modelo de tratamiento consonante con la normatividad y

[18] Ley de salud mental.

[19] Ley por la cual se dictan normas para garantizar la atención i integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.

[20] Agrupa por ciclo vital el contenido de las coberturas del POS para los niños y niñas menores de 18 años contenidos en el Acuerdo 29 del 2011.

CONFIDENCIAL

susceptible de ser implementado armónicamente en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.

Justificación para la formulación de un modelo de atención para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

La última actualización de una guía nacional de atención en farmacodependencia data del año 2004 (40), desde ese momento se ha presentado una heterogeneidad de intervenciones para el tratamiento del consumo de SPA, muchas de ellas sin evidencia de efectividad y con una calidad deficiente que es preocupante. Resulta por tanto imperiosa la realización de un modelo de tratamiento dirigido al consumo de sustancias psicoactivas aplicado al contexto colombiano y basado en la evidencia científica, enmarcado dentro del Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS (ver anexo 1), donde se definen derroteros claros para la elaboración e implementación de las nuevas estrategias de intervención en salud.

El MIAS establece dentro de los grupos de riesgo población con *trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de SPA,* en ese contexto, uno de los eventos priorizados en salud es el uso nocivo de sustancias. Para la implementación de las estrategias de intervención, se constituye la necesidad de elaborar Rutas Integrales en Salud - RIAS que servirán como soporte para la construcción las actividades a realizar.

De otro lado, el *modelo* debe responder al desarrollo de la Ley 1566 del 2012 que pretende dar soporte al suministro de herramientas para reducir el consumo, proporcionando mayor eficiencia a los tratamientos partiendo de la base que el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública.

Es importante la realización de investigación constante para asegurar el avance del conocimiento en cuanto al abordaje de todos los factores relacionados con el problema, por lo tanto, se hace imprescindible construir un modelo que responda integralmente a la problemática, permitiendo el avance constante en el abordaje de esta asunto de salud pública. Se busca identificar el problema, brindar elementos para realizar una intervención más eficaz y suministrar las herramientas adecuadas para un tratamiento individualizado de cada paciente.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1441 de 2013: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 5592 de 2015: Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dicta.*

3. World Healt Organization. (2015). *Global Burden of Disease Study.*

4. Aristizabal, J. (2016). *Plan Colombia y Política Antidroga de los Estados Unidos.* Medellín: Universidad de Antioquia.

5. Banco interaméricano de Desarrollo, Instituto Interaméricano para el Desarrollo. (2001). *Medición de las condiciones de vida.*

6. Centro de pensamiento estratégico, M. d. (s.f.). *Cuatro décadas de Guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo – beneficio Cesar Paez Centro de pensamiento estratégico, Ministerio de Relaciones Exteriores* . Recuperado el 12 de agosto de 2016, de Cuatro décadas de Guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo – beneficio: http://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/pensamiento_estrategico/documentos_sobre_region/d.Cuatro%20D%E9cadas%20de%20Guerra%20contra%20las%20Drogas%20Il%EDcitas%20Un%20Balance%20Costo%20-%20Beneficio%20-%20Agosto%202012%20-%20Cesar%20PAEZ.pdf

7. CEPAL. (2000). Recuperado el 15 de agosto de 2016, de Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Santiago de Chile, 2000: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/5621/lcl1431e.pdf

8. CEPAl. (2003). *La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL . Reseña de alkgunas lecturas pertinentes.* Santiago de Chile: División de Desarrollo Social, Unidad de Derechos Humanos. .

9. CEPAL, I. d. (2001). *prevenir en drogas:paradigmas, conceptos y criterios de intervención.* Santiago de Chile.

10. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, Rodrigo Uprimny , Sergio Chaparro, Luis Cruz. (s.f.). *http://www.drogasyderecho.org/pses/COLOMBIA_FORMATO.pdf.* (J. y. Centro de Estudios de Derecho, Ed.) Obtenido de http://www.drogasyderecho.org/pses/COLOMBIA_FORMATO.pdf.

11. Colombia. (1986). *Ley 30* .

12. Colombia. (1928). *Ley 118* .

13. Colombia. (1970). *Decreto 1136* .

CONFIDENCIAL

14. Colombia, Policía Antinarcóticos. (1992). *Balance de actividades policía Antinarcoticos.* Policía Antinarcoticos , Bogotá.

15. Colombia, R. d. (2011). *Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Bogotá.

16. Colopmbia, O. d. (2008). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

17. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia . (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de Drogas en Colombia* . Bogotá.

18. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. . (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas.* Bogotá.

19. Comunidad Andina, U. E. (2009). *Estudio epidemiologico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria.*

20. Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina. (2012). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria* . Informe Regional, 2012, Lima.

21. Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana.* Madrid: Editorial Gredos.

22. Crime, U. N. (2006). Recuperado el 25 de 10 de 2016, de Treatnet, international network of drig dependence treatment and rehabilation resources centres: www.unodc.org/treatnet

23. Ginsberg, A. (s.f.). *El consumo de drogas y la contracultura 1950-1960.* Obtenido de http://www.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/GuillenVJR/CapV.pdf: http://www.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/GuillenVJR/CapV.pdf

24. Heather N. (11 de 2008). Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase IV.

25. INBC. (2008). Obtenido de International Narcotics Control Board Report of the International Narcotics Control board for 2003 : http://www.incb.org/incb/annual_report_2003.htm

26. Lozano, A. (2008). *Aspectos sobre política pública, ejercicios e instrumentos para el análisis, Universidad Nacional de Colombia.* Bogotá.

27. Mathers BM, D. L. (2008). *the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use. The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs.*

28. Mee - Lee, D. y. (s.f.). De los Criterios de ASAM. Capítulo 27 .

CONFIDENCIAL

29. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios . (2004). *Diagnóstico Situacional Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia.* Bogotá.

30. Ministerio de Protección Social. (2004). *Guía practica de atención integral en farmacodependencia* . Bogotá.

31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014 -2021.*

32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá.

33. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud y se dictan otras disposiciones.*

34. Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. . (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas su Impacto.* . Bogotá .

35. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Presentación: Política Integral de Atención en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente.*

36. Observatorio de Drogas de colombia. (2015). *Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas En Colombia.* Bogotá.

37. Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. (2015). *Reporte de Drogas en Colombia 2015.* Recuperado el 18 de 09 de 2016, de Reporte de Drogas de Coloimbia: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

38. OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas, 2015.* Organización de los Estados Américanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Washington, D.C.

39. ONU, C. d. (2015). *Declaración de los resultados del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de drogas.*

40. Orejuela, M. d. (Julio-Diciembre de 2014 pp. 153). , Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología, 7*(2).

41. Organizaci{on de Estados Americanos OEA. (2014). *El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos.* Informe Preparado por la Secretaría General, para la 46 Asamblea General Extraordinaria de la Organización de los Estados Americanos , Secretaría General de la OEA, Guatemala.

42. Organización de Naciones Unidas. (1998). Obtenido de Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/773/98/PDF/N9877398.pdf?OpenElement

CONFIDENCIAL

43. Organization, W. H. (2011). *Global status report on alcohol and health.* . Geneva, Switzerland.

44. Organization., W. H. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco.* Geneva, Switzerland.

45. Paganini, J. (2006). *La Salud y la Equidad: Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción* . Panamá: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata. .

46. Pan American Healt Organization, Regional Office of the World Healt Organization. (2007). Recuperado el 31 de 10 de 2016, de Alcohol and Public Health in the Americas a case for action: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2834/Alcohol%20and%20Public%20Health%20in%20the%20Americas.pdf?sequence=2&isAllowed=y

47. Quintero S, P. I. (2013). Estrategias políticas para el tratamiento de las drogas ilegales en Colombia. . *Fac. Nac. Salud Pública, 31*(3), 110-117.

48. Rhenals, J. (2013). *El activismo judicial en el reconocimiento de los derechos fundamentales de los toxicómanos en Colombia.* Cartagena .

49. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (Junio de 2013). *World Drug Report 2012.* . Recuperado el 28 de 06 de 2016, de World Drug Report 2012.: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html

50. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment in prison settings.* Genneva.

51. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment: community based treatment.* . Geneva.

52. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment—its role in HIV/AIDS prevention and care.* Geneva.

53. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment—sustained recovery management* . Geneva.

54. UNODC. (2009). Obtenido de Un siglo de fiscalización de drogas: http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/100ydrugcontrol_S.pdf

UNODC. (2016). *Informe Mundial de Drogas 2015.*

55. Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia. Bogotá.

56. World Health Organization. (1998). *Expert Committee on Drug Dependence. 30th report.* . Geneva, Switzerland.

57. World Health Organization. (2001). *The World Health Mental health: new understanding, new hope.* . Geneva.

CONFIDENCIAL

58. World Health Organization. (2005). *Assessment instrument for mental health systems, Version 2.2.* Geneva.

59. World Health Organization Europe. Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1.*

60. Zapata, M. (2014). Estándares de Acreditación "derechos de pacientes: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia. *Rev. Salud Pública, 16*(2), 232-245.

CONFIDENCIAL

Contenido Sección II: Marco epistemológico y conceptual de modelos de atención al consumo de sustancias psicoactivas

Marco conceptual de modelos de atención a consumo de sustancias psicoactivas 85

Introducción……..85

¿Qué es un modelo de tratamiento? ……86

Estrategias de intervención para el consumo problemático de sustancias psicoactivas…..87

El modelo de los 12 pasos 87

Comunidad terapéutica 88

Modelo espiritual - religioso o Teo-terapia 89

Modelo médico - clínico - psiquiátrico 90

Modelo psicológico - interdisciplinario 90

Modelo de Minnesota 91

Modelo pedagógico - reeducativo 91

Modelos alternativos 91

Modelo Matrix 92

Modelo SBIRT 92

Modelos de Atención para el consumo de sustancias psicoactivas……..95

El modelo ético-jurídico 96

El modelo médico-sanitario 96

El modelo socio-cultural 96

El modelo ecológico 97

El modelo geopolítico estructural 98

El modelo biopsicosocial 98

El trastorno por consumo de SPA como una enfermedad crónica: El manejo en el modelo de cuidado crónico……....103

CONFIDENCIAL

El manejo contemporáneo de las enfermedades crónicas……....103

El modelo de manejo en el cuidado crónico…….105

Hacia un modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas……105

Tratamiento de pacientes crónicos con trastornos por uso de sustancias dentro del sistema de salud 106

La etapa de identificación/intervención temprana 108

Objetivos clínicos en la etapa de identificación/intervención temprana 108

La etapa de estabilización 108

Objetivos clínicos en la etapa de estabilización 108

La etapa de tratamiento clínico 1099

Objetivos clínicos en la etapa de tratamiento 109

La etapa de gestión personal 110

Objetivos de la etapa de gestión personal 111

Perspectivas actuales de intervención……111

Principios de tratamiento eficaces NIDA (National Intitute on Drug Abuse) ……..113

Definiciones básicas Organización Mundial de la Salud (OMS) …….116

Referencias 137

CONFIDENCIAL

SECCIÓN II

Marco epistemológico y conceptual de modelos de atención al consumo de sustancias psicoactivas

La sección II da cuenta de los referentes epistemológicos y conceptuales de los diversos enfoques o modelos explicativos que se aproximan al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo revisa las diversas estrategias de tratamiento. Se definen las bases para la estructura general de un modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas.

Introducción

Con frecuencia las cuestiones que gravitan alrededor del tema de las drogas, incluida la propia determinación del concepto, son complejas, sin embargo el concepto de 'droga' lo podemos entender a partir de la acción de una sustancia sobre el sistema nervioso central, como realidad biológica, que supone una construcción intersubjetiva, cultural y psicológicamente posible, la que resulta problemática por sus efectos. Es así como existen varias formas de referirse al objeto de consumo, como son: 'droga', 'sustancia psicoactiva', 'estupefaciente', 'alcaloide', 'tóxico', 'alucinógeno', 'narcótico', etc. (1).

El término 'droga' suele tratarse de forma diferente según el enfoque que se utilice, en farmacología se hace referencia a cualquier agente químico que altera procesos fisiológicos y bioquímicos de un organismo, para la medicina es un nombre genérico usado en la farmacopea que atribuye capacidad para prevenir o curar enfermedades, según la convención de las Naciones Unidas y su programa de control de drogas, éstas son objeto de control internacional. En 1982 la OMS intentó delimitar las sustancias que producirían dependencia y declaró como 'droga de abuso' "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en el estado de ánimo, la percepción, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto-administrada" (2).

Actualmente desde una perspectiva científica, el término más neutral y descriptivo es el de 'sustancia psicoactiva', pues hace referencia a drogas legales y aquellas que son objeto de las políticas sobre drogas. Este concepto define una gran cantidad de sustancias que tienen como

CONFIDENCIAL

característica, que al ser consumidas producen alteraciones cognitivas y anímicas (carácter psicoactivo), que suscitan repetición en el consumo (refuerzo positivo), y la suspensión del mismo puede desencadenar malestar orgánico y anímico (abstinencia); la mayoría de dichas sustancias no son de uso médico-terapéutico, y su consumo puede generar deterioro en la conducta social. En el contexto de este trabajo, se utiliza el término 'droga' para referir a sustancias psicoactivas, que pueden generan refuerzo positivo y negativo, y por tanto dependencia, deterioro orgánico y de la conducta social. (3)

La construcción de un modelo de atención para el consumo de sustancias psicoactivas implica diversos desafíos, en términos conceptuales exige considerar dos cuestiones a la base del mismo: la primera hace referencia a la noción general de modelo, y con base en ésta, la segunda consiste en evaluar los modelos propuestos, que guían las prácticas de atención al consumo de drogas.

Es importante resaltar el nexo entre dichas cuestiones, pues para abordar la primera y la relación supuesta entre *modelo* y *enfoque*, resulta útil evaluar los modelos actuales y pasados que, fundamentan el conocimiento consolidado sobre el tema y que orientan las intervenciones terapéuticas realizadas. Dichos modelos proponen aproximaciones a las sustancias psicoactivas, los consumidores y el entorno; y a pesar de la variedad hay unos modelos más consultados y otros más aplicados.

¿Qué es un modelo de tratamiento?

En términos generales, los modelos se definen como sistemas cerrados, más o menos, coherentes, de un conjunto de discursos y normas debidamente jerarquizados, a partir de los cuales se derivan formas de acción y procesos de institucionalización (4).

Abordando el tema sanitario, la Organización Mundial de la Salud define el modelo como un conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura, o en un proceso, que se pueden generalizar y aplicar a muchas otras situaciones y procesos (5). Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el modelo de atención en salud es un sistema que organiza lógicamente el funcionamiento de sus redes de atención, articulando específicamente relaciones entre la población y sus subpoblaciones, estratificadas por riesgos, de acuerdo a los puntos focales de intervención y sus diferentes tipos; este sistema es definido en función de la

CONFIDENCIAL

concepción predominante de salud, de la situación demográfica, epidemiológica y de factores sociales, vigentes en una determinada sociedad (6). Actualmente se concibe un modelo de atención en salud como una construcción teórica, que funciona como sistema organizado de prácticas replicables, y cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación (6).

En resumen, los modelos son estructuras jerarquizadas, con presupuestos ideológicos fundamentales, expresados en las acciones institucionales que los adoptan.

Estrategias de intervención para el consumo problemático de sustancias psicoactivas

Existe en la literatura *sistemas estructurados de intervención clínica* que no cumplen con todas las características de un *modelo de atención* y que son denominados *modelos de tratamiento*, pero que representan realmente *estrategias de intervención*. Muchas de las anteriores utilizan componentes similares, que ofrecen ventajas relativas de unas sobre otras. Sin embargo, todo lo anterior hace parte del continuo de atención, y debe ser considerado como alternativas en el diseño de un modelo de atención integral.

En cada modelo explica, de diferentes formas, el fenómeno de la farmacodependencia, y a partir de estas conceptualizaciones enfatiza uno estos diferentes aspectos: Acciones, medidas y objetivos. Todo con el fin de gestionar de forma coherente sus estrategias de intervención.

En el documentos de Diagnóstico situacional: instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia, publicado por el Ministerio de la Protección Social, se describen algunas de estas estrategias (7):

El modelo de los 12 pasos

Este modelo se desarrolla a partir del trabajo inicial de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en el año 1935. El programa de A.A. juega un papel muy importante a nivel mundial, como modelo que ha ayudado a muchos pacientes a superar la adicción al consumo de alcohol. Su legado se ha extendido a programas similares, como Narcóticos Anónimos (N.A). Estos programas se orientan por cuatro principios: 1) La dependencia a sustancias psicoactivas involucra la dimensión biológica y psicosocial, 2) Dicha dependencia se le da el tratamiento de una enfermedad, que toma variables psicológicas y fisiológicas, 3) La dependencia a las drogas y

CONFIDENCIAL

el alcohol también repercute la espiritualidad del individuo, 4) Se asume que las personas adictas no pueden controlar su dependencia, por lo que el programa tiene como objetivo la abstinencia total, complementada con salud física y emocional.

Para lograr dicho objetivo de la abstinencia total, este modelo propone una atmósfera terapéutica de apoyo y guía tanto profesional, como recíproca entre los pacientes, por lo que se considera un enfoque integral, multidisciplinario, de intervención individual y grupal. La dinámica consta de reuniones diarias, con duración aproximada de una hora, las cuales incluyen actividades de confrontación, educación, tareas específicas, etc. Allí se dictan los 12 pasos, que van desde el reconocimiento de la falta de poder para controlar el problema, la invitación a creer en un poder superior y permitirle liberar al individuo de todos sus defectos, reconocer los errores cometidos para llevar el mensaje a otras personas con problemas similares. La duración promedio de esta modalidad de tratamiento oscila entre 3 a 12 meses, aunque en algunos casos puede prolongarse indefinidamente.

Comunidad terapéutica

Este modelo creado por el psiquiatra inglés Maxwell Jones data de las primeras décadas del siglo XX, con pacientes crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton. Junto con el personal calificado, los pacientes no sólo se preocupan por su curación, sino también por la administración del recinto, por lo que en este modelo es necesario establecer canales de comunicación flexibles entre los miembros. Lo anterior, según su creador, promueve el trabajo sobre valores humanos fundamentales como la democracia, solidaridad, participación, respeto, libertad de expresión, entre otros (8).

Actualmente, las *comunidades terapéuticas* consisten en programas estructurados y jerarquizados para los pacientes, cuya permanencia puede durar entre 6 y hasta 36 meses, requiriendo que ingrese por su propia voluntad y acepte las reglas del recinto. Aquellos residentes que llevan mayor estancia están en una jerarquía mayor, lo que otorga funciones con mayor grado de responsabilidad, como la coordinación de los demás residentes. Profesionales encargados verifican que el proceso se lleve adecuadamente a través de reuniones con toda la comunidad, todo con el objetivo de que logren llevar una vida libre de drogas y sus sanas consecuencias. Un objetivo adicional que se busca con este modelo es la resocialización y reinserción de los individuos a la sociedad (8).

CONFIDENCIAL

Hay grandes contrastes entre este modelo y el modelo de manicomio clásico, empezando por la ausencia de métodos coercitivos, por el contrario, se funda en la educación y el reaprendizaje social. Sin embargo, no siempre da respuesta a las delicadas necesidades y motivaciones que los usuarios presentan, además, por tratarse de un tratamiento rígido y excesivamente prolongado en el tiempo, genera en los pacientes la sensación de insatisfacción de sus necesidades y demandas, resultando en un modelo poco atractivo para muchos (9).

Modelo espiritual - religioso o Teo-terapia

El Dr. José Castillo Ruiz (10) define la Teoterapia como una reflexión sobre las dimensiones biológicas, emocionales, neurofisiológicas y espirituales de la persona. La Teoterapia es una manera de desarrollar la espiritualidad, es decir, es una terapia de profilaxis psíquica teniendo por entorno la sociedad de consumo. Postula tres tipos de inconscientes que interactúan entre sí e influyen en la vida de la persona: a) Inconsciente psicodinámico, b) Inconsciente espiritual, e c) Inconsciente cognitivo.

La Teoterapia integra conceptualmente Cuerpo-Mente-Espíritu, en este aspecto se considera una escuela que amalgama diferentes corrientes, al interior de la psicología, junto con otras áreas de conocimiento conceptualmente próximas, como la teología, las ciencias cognitivas, las neurociencias, el neuro-psicoanálisis y neuro-teología junto con la psicología positiva, la logoterapia y cristoterapia. La Teoterapia integra postulados que relacionan el que-hacer psicológico con la experiencia espiritual, de tal modo que la Teoterapia se sustenta en la dimensión bio-sico-social-espiritual humana. Como parte de esta aproximación, se encuentran grupos de auto-ayuda, que consisten en asociaciones de personas con problemas de abuso de drogas, que se reúnen para hacer dinámicas que contribuyen a la auto-comprensión, soporte recíproco, y generación de estrategias para sortear las dificultades que enfrentan, con el fin de lograr una salud y desarrollo personal pleno (11).

Estos grupos se caracterizan, principalmente, porque no tienen un director o autoridad a cargo de las reuniones y del proceso de tratamiento, son los mismos integrantes del grupo quienes se encargan de dirigir, coordinar y orientar las actividades para su proceso. Todos los miembros de la asociación deben compartir el mismo problema, es decir el abuso de drogas, las reuniones son informales y la participación es abierta a cualquier persona con dicho problema (12).

CONFIDENCIAL

Modelo médico - clínico - psiquiátrico

Este modelo se centra, según la sustancia de abuso, en el uso de fármacos específicos para su tratamiento. El tratamiento tiene cuatro objetivos generales: 1) El control de síntomas del síndrome de abstinencia (desintoxicación), 2) La administración de una droga substituta[21] que permita mayor funcionalidad del paciente, mientras supera el síndrome de abstinencia, 3) Administración de fármacos antagonistas que bloquean los efectos de la sustancia psicoactiva, 4) Farmacoterapia para el tratamiento de trastornos psiquiátricos detectados conjuntamente con el uso o abuso de drogas (manejo del doble diagnóstico). Este modelo supone que su aplicación sea propia de los centros de salud (12).

Modelo psicológico - interdisciplinario

Este modelo recoge diversos modos de entender y abordar dicha problemática, principalmente a través de postulados de la psicología. Por ejemplo, toma en cuenta la teoría cognitivo-conductual y el aprendizaje social, que parte del supuesto que toda conducta y sus derivados son aprendidas, por lo que del mismo modo pueden ser "desaprendidas" o modeladas. Para lograr tal fin utiliza intervenciones motivacionales, modificación de estilos de vida, entrenamiento en auto-control, habilidades sociales, resolución de problemas y manejo emocional, entre otros. También se enfoca en el manejo de precipitantes del consumo para prevenir las recaídas y el uso de terapias aversivas (como la naltrexona y el disulfiram) (13).

Existen otros enfoques propios de la psicología que también pueden ser aplicados a entender y tratar el abuso de drogas, por ejemplo, la *psicodinámica*, los diversos *enfoques sistémicos*, la *teoría del razonamiento*, la *teoría del aprendizaje social*, el modelo de desarrollo social, la *teoría del autorrechazo* de Kaplan (1996), la teoría multietápica del aprendizaje social, el *modelo de la progresión* en el consumo, la *teoría de los clusters amigos*, entre otras; que permiten concebir la problemática desde puntos de vista específicos, para ser abordados a través de una psicoterapia individual, familiar o grupal (13).

[21] Exclusivo para opioides de abuso como la heroína, que requieren de estabilización y mantenimiento.

CONFIDENCIAL

Modelo de Minnesota

Este modelo parte de integrar aspectos físicos, mentales, existenciales y sociales, para abordar el problema de consumo, por lo tanto se aleja de considerarlo un vicio, hábito o problema de la personalidad del individuo.

Este planteamiento acarrea cambios sustanciales en su terapéutica, como no considerar la motivación inicial del paciente para tomar el tratamiento, como un requisito para entrar en el mismo. Con la presión familiar o una orientación profesional se puede invitar a la persona a iniciar el proceso terapéutico, sin necesariamente estar completamente motivado. No obstante, dicha motivación continúa siendo un muy importante objetivo durante el tratamiento, por parte del equipo profesional. Lo anterior conduce a ampliar el espectro de población que se puede beneficiar del proceso terapéutico (13).

El modelo de Minnesota puede aplicarse en tratamientos residenciales, los cuales utilizan el llamado enfoque de *12 pasos* con algunas modificaciones. También permite ofrecer intervenciones complementarias, siempre guiadas por un equipo multidisciplinario capacitado, que puede proponer alternativas de desintoxicación, deshabituación, para establecer una "atmósfera terapéutica", rutinas cotidianas saludables, construcción de creencias y valores positivos; todo ello dirigido a lograr la abstinencia a través de un tratamiento holístico (14).

Modelo pedagógico - reeducativo

El modelo pedagógico-reeducativo basa la atención y abordaje del problema, en la formación y educación. Apunta a la prevención y rehabilitación social, especialmente en el caso de niños y adolescentes con problemas legales y de socialización, a través de la capacitación (3).

Modelos alternativos

Estos modelos incorporan conocimientos médicos no alopáticos, de los cuales muchos se basan en el conocimiento médico ancestral oriental, sus técnicas y tratamientos, y la espiritualidad. El yoga, la meditación, la homeopatía, la acupuntura, las cámaras hiperbáricas, la toma "terapéutica" del yagé, el uso de laxantes, eméticos naturales para la purga del cuerpo y el uso de complementos nutricionales o la sueroterapia, son ejemplos de aplicaciones alternativas (7).

CONFIDENCIAL

Modelo Matrix

Es un programa ambulatorio orientado a la adicción a estimulantes, con fuerte contenido en prevención de recaídas y un diseño que contempla un alto respeto por la dignidad de los pacientes. El enfoque de dicho modelo proporciona una experiencia terapéutica estructurada, en la que el paciente recibe información y asistencia, para lograr un modo de vida libre de adicción, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia (15).

El programa está dirigido específicamente a las cuestiones relevantes para los usuarios dependientes de estimulantes, especialmente de metanfetamina y cocaína, incluyendo a sus familias. Durante 16 semanas, los usuarios asisten a varias sesiones intensivas, ambulatorias y de apoyo. Los pacientes pueden empezar a asistir a los grupos de *Apoyo Social* una vez hayan completado las 12 sesiones de educación para la familia, mientras continúan asistiendo a las sesiones grupales de *Prevención de Recaídas*. Solapar la asistencia al grupo de Apoyo Social con la fase intensiva de tratamiento social, y ayuda a asegurar una transición suave hacia el tratamiento de continuación (16).

Modelo SBIRT

El abuso de sustancias sigue causando un inmenso costo para la sociedad, por tal motivo se vuelve una necesidad la realización de modelos de atención en salud, los que suponen una visión ideológica de fondo, pues articulan visiones del mundo, entornos sociales, valores, y concepciones de sujeto. El presente modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas, responde al interés exclusivo de proporcionar lineamientos con base en la mejor evidencia científica posible, para abordar dicho problema de adicción en nuestro país.

En la vida de los seres humanos hay periodos críticos de desarrollo biológico, psicológico y social, donde se puede presentar consumo de drogas y abuso de alcohol, situaciones altamente prevalentes y riesgosas para la salud individual y pública; de lo cual surge la necesidad de desarrollar una mejor selección de intervenciones para los distintos problemas de consumo de sustancias, por lo que se ha desarrollado el modelo de tratamiento (SBIRT), herramienta que se puede emplear para hacer frente a diversos grados de severidad en el consumo de sustancias (17).

CONFIDENCIAL

El modelo tradicional de prestación de servicios, en el que los pacientes buscan tratamiento, no es el apropiado para los esfuerzos de intervención temprana, al igual que es insuficiente en la integración de individuos fuera del tratamiento, para prestar los servicios necesarios y buscados por las personas. Debido a esto, un enfoque más eficaz en la identificación de consumo de alcohol y drogas, potencialmente traumáticos para los individuos, es necesario; para con base en aquel, se pueda proporcionar oportunamente detección, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT) (18).

Detección, intervención breve, Tratamiento de referencia (SBIRT), es un enfoque integral para abordar los problemas de sustancias fuera de los entornos tradicionales de tratamiento de la adicción. La intervención es una breve conversación dirigida, en la que el profesional de la salud aprovecha las técnicas de entrevista motivacional para fomentar el cambio de comportamiento, se proporciona la remisión a tratamiento para los pacientes que cumplen los criterios de adicción. El modelo de tratamiento SBIRT puede ser muy eficiente en identificar e intervenir individuos que están en riesgo potencial de desarrollar trastornos y/o traumatismos, derivados del consumo de sustancias psicoactivas (17).
La Detección, intervención breve, y la remisión a tratamiento (SBIRT) para los problemas de consumo de sustancias es una solución rentable y completa, y un enfoque integrado para la prestación de servicios de intervención temprana y el tratamiento para las personas que usan tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (19).

SBIRT es un enfoque global e integrado de salud pública, utilizado para la detección e identificación de personas con potencial riesgo de abuso de sustancias, como son el alcohol y las drogas. Dicho modelo apunta a dos áreas específicas de interés, detección precoz e intervención breve en situación de riesgo, lo que conlleva a un periodo de tratamiento a corto plazo. Este modelo tiene como ventaja la capacidad de identificar con rapidez individuos en potencial riesgo, antes de su desarrollo, abuso o dependencia real, que de otra manera pasarían inadvertidos; al realizar una identificación temprana de la problemática, la intervención será a corto plazo, lo que proporciona una alta probabilidad de una intervención – tratamiento eficaz y eficiente. Resulta claro de lo anterior, que este modelo (SBIRT) se puede utilizar en entornos de alta prevalencia, como son escuelas secundarias y universidades, lo que ha sido

CONFIDENCIAL

corroborado por medio de la encuesta en las escuelas secundarias de Estados Unidos, que muestra la alta prevalencia del consumo de sustancias entre los estudiantes (18).

Es importante que la aplicación del modelo en un entorno de atención en salud, sea realizada por personal responsable de la administración de sus componentes, es decir, que dicho personal esté capacitado para su aplicación, pues de lo contrario dicho personal puede resultar siendo un factor de riesgo, para los problemas de salud mental en la atención primaria, debido a su falta de conocimiento y acceso insuficiente a la formación de SBIRT. Otro aspecto importante es la comprensión de los costos de SBIRT, lo cual debe ser tenido en cuenta por los formuladores de políticas y proveedores de tratamiento, al momento de decidir cuándo y dónde se debe aplicar; sin embargo, hay poca información sobre el costo de SBIRT en diferentes escenarios de aplicación, y los proveedores pueden no ser conscientes de la inversión necesaria para poner en práctica un programa sostenible (18).

Para la implementación del modelo se propone combinar estrategias de ejecución, dirigidas a diferentes niveles del mismo, las que incluyen el desarrollo del equipo integrado de protocolos de prestación de servicios (como criterio para la aceptabilidad, la adopción, la idoneidad y viabilidad), de registro médico electrónico (EMR) y modificaciones (como criterio para la viabilidad, fidelidad y la sostenibilidad), la regeneración del funcionamiento regular y la supervisión (para asegurar la fidelidad y la penetración), el desarrollo manual y las modificaciones de formación (para asegurar la sostenibilidad), y las encuestas de satisfacción del paciente (para evaluar la aceptación del programa por el consumidor) (20).

La integración exitosa de SBIRT en la atención primaria, tiene como objetivo reducir los costos sociales y económicos, asociados al consumo y adicción al alcohol y las drogas, incluyendo conducir bajo el efecto de las anteriores y sus consecuencias fatales, el comportamiento sexual de alto riesgo, la violencia, la delincuencia y las actividades delictivas a futuro, el deterioro generalizado de la salud debido a dicho consumo y adicción, y sus consecuentes y futuros gastos sanitarios. Con base en esta ampliación de los contextos clínicos en los se diagnostica y trata el consumo y la adicción, este enfoque de salud pública puede reducir al mínimo sus consecuentes costos y daños, especialmente debido a la intervención temprana (17).

CONFIDENCIAL

Para contribuir a la mejora y comprensión del modelo, varios estudios han descrito los desafíos y las recomendaciones generales relacionadas con la implementación y sostenibilidad de los programas de detección e intervención. El modelo está siendo adaptado para operar eficientemente dentro de los centros de atención médica, lo que evidencia la integración progresiva y exitosa de los servicios de salud mental y de atención médica. Estos resultados tienen implicaciones para los administradores de salud y los proveedores de tratamientos que buscan implementar, gestionar y modelar un programa SBIRT para que se adecúe a cualquier ámbito de la atención médica (20).

En todo caso, es importante reconocer que se necesitan más investigaciones sobre los instrumentos de detección de consumo de drogas, que se puedan comparar con los instrumentos de detección existentes, como el ASSIST, el AUDIT, el CRAFFT, el POSIT o las entrevistas de diagnóstico como el CIDI (17).

Es claro que ninguno de las estrategias de intervención puede dar cuenta de un fenómeno tan complejo como lo es el consumo de sustancias psicoactivas. Su utilidad está en poder integrarse como uno de los componentes de intervención dentro del modelo de atención.

Modelos de atención para el consumo de sustancias psicoactivas

En cuanto al tema de consumo de drogas existen una serie de modelos interpretativos, que cumplen con los criterios necesarios para servir como base epistemológica del modelo de atención; dichos modelos o enfoques los podemos clasificar de acuerdo a su aproximación al problema de las drogas según tres ejes fundamentales: la sustancia, el sujeto y el contexto. El análisis de estos modelos implica dilucidar las relaciones entre los componentes lógicos, analíticos y empíricos del sistema. Dichos modelos dan cuenta causal del fenómeno de consumo, y de su claridad y robustez conceptual dependen consecuencias prácticas centrales, como el desarrollo de instituciones y tecnologías orientadas a la intervención (21).

Son seis los modelos interpretativos principales que sustentan las diversas aproximaciones al fenómeno del consumo: modelo ético-jurídico, modelo médico-sanitario, modelo socio-cultural, modelo ecológico, modelo bio-psico-social y modelo geopolítico-estructural. A continuación revisaremos las características principales de cada uno de ellos (3).

CONFIDENCIAL

El modelo ético-jurídico

Este primer modelo maneja como estrategia principal el castigo de las conductas asociadas a dicho consumo, es decir, es una propuesta de carácter punitivo y sancionatorio, con el objetivo principal de reducir la oferta. De acuerdo con este modelo, el consumidor de sustancias psicoactivas puede verse como un delincuente, pues el modelo se distancia de los motivos y circunstancias que llevan al consumo; y aunque supone una restricción de la libertad, es útil respecto a la prevención del crimen (22).

El modelo médico-sanitario

Este modelo tiene como objetivo principal la preservación de la salud, lo que conlleva a focalizarse en la sustancia consumida y sus consecuencias negativas para la salud integral del individuo. Por lo tanto, establece un modelo uni-causal del fenómeno de consumo, ya que esta perspectiva nace junto con el desarrollo de la *epidemiología* en el siglo XIX, a raíz de las epidemias de viruela en Londres, entre 1830 y 1840. Al eliminar los factores ambientales en las zonas de mayores casos de la enfermedad, se evitaba su propagación (23).

Bajo estas premisas, la OMS en 1950 consideró la intervención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en términos de sus causas, y para evitar su propagación ofreció tratamiento como si se tratase de una enfermedad infecciosa y contagiosa. Según lo anterior, a este modelo escapa la complejidad de factores que intervienen en el consumo de sustancias psicoactivas (24).

El modelo socio-cultural

Este modelo toma en cuenta el contexto del fenómeno de consumo, en términos de sus factores sociales, económicos y ambientales. Dichos factores se entienden como la base del problema del consumo de drogas, por lo que se busca incidir en ellos, o bien, sustraer al consumidor de dicho medio, para rehabilitarlo y reinsertarlo socialmente. Recordando al filósofo francés Jean-Jacques Rousseau, el modelo considera que el medio social perjudica al ser humano, en el caso de las drogas puede entenderse como una cultura predominante que facilita el consumo o que lo privilegia, dotando de mayor 'status' al consumidor. De acuerdo con lo anterior, el método se enfoca en la reubicación del paciente en una comunidad diferente que le brinde alivio, ya sea a través de la generación de empleo, educación, vivienda o servicio social, teniendo como meta la prevención del consumo o por lo menos evitar sus

CONFIDENCIAL

consecuencias más perjudiciales. El presente enfoque busca fomentar el desarrollo personal del individuo, su equilibrio emocional y madurez, incluso persistiendo en el consumo (23).

El presente modelo se ve soportado por hallazgos realizados con el apoyo de varios organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la 'Japanese International Corporation Agency' (JICA) y UNODC (10). Con base en dichos hallazgos se sugiere que, para abordar la farmacodependencia se debe contextualizar el problema según características de la población a intervenir, lo cual conlleva a mejores resultados. Como parte de este enfoque, se dirige la intervención a dominios como la asistencia y soporte en vivienda, asegurar el acceso o continuidad en la educación, atención en salud (física y mental), fomentar el desarrollo de habilidades vocacionales y oportunidades de empleo, crear soporte y empoderamiento familiar, enseñar actividades alternativas y de utilización adecuadas del tiempo libre, ofrecer soporte legal y acompañamiento, grupo de pares y grupo de apoyo, y, por último, la búsqueda de espacios que acerquen a la espiritualidad. Precisamente, dichos dominios son los más afectados en las clases más subordinadas de la sociedad (23).

Este modelo se aleja de aspectos individuales, como los factores biológicos específicos del individuo, así como su psicología, las percepciones y cogniciones que tiene la persona frente al consumo. Se podría considerar que existe una marcada externalización del problema, considerando que los factores socioculturales forman parte del "todo" en el problema de la farmacodependencia. Incluso, algunos individuos podrían no adaptarse al entorno adverso, que puede permanecer inmóvil ante las intervenciones. Sin embargo, este modelo permite el trabajo interdisciplinario, que puede incluir diferentes teorías psicológicas como el psicoanálisis, o las teorías sistémicas o cognitivas que enriquecen la visión y permiten aportar una intervención más integrada (23).

El modelo ecológico

Este plantea la problemática del consumo de drogas, principalmente a partir del contexto y las interrelaciones, o interdependencias complejas entre el sistema ambiental, orgánico y comportamental. Al abordar la cuestión se integra al individuo, familia, comunidad, sociedad, sistema histórico, cultural, político y los efectos de la sustancia sobre el individuo. Los objetivos de este modelo involucran no sólo estos factores, sino también el significado que

CONFIDENCIAL

tienen en los individuos su contexto ambiental determinado. Se busca entonces diseñar estrategias más adaptativas, que consideren todas las complejas variables que interactúan en la determinación de la problemática (25).

El modelo geopolítico estructural

Plantea un cambio importante de perspectiva sobre el problema de las drogas, abarcándolo de una manera más global, como un problema social, político y legal. Por lo tanto, se aleja de perspectivas centradas en el individuo, que bien pueden medicalizar, psicologizar o estigmatizar socialmente las personas con la problemática (26).

El modelo geopolítico estructural apunta a superar el consumo de sustancias psicoactivas a través de acciones que impacten positivamente en el individuo, familia, comunidad y sociedad, con una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico (o comercio de sustancias legales) y consumo de drogas. Esta preocupación se condensa en acciones políticas, inicialmente propuestas por Estados Unidos, en cooperación con países que son los principales productores de drogas, como Colombia, Nicaragua, Bolivia y Perú. Por lo tanto, el modelo va más allá de la preocupación de la adicción en las personas, busca intervenir la problemática a través del ataque al narcotráfico y la delincuencia, que en Latinoamérica involucra también el conflicto armado y las guerrillas (27).

Gracias a este enfoque, el problema de drogas se ha considerado un problema de Seguridad Nacional desde hace más de veinte años, logrando en el caso de Colombia, el desmantelamiento del cartel de Medellín y el cartel de Cali, además de una lucha sostenida contra el 'lavado' de dinero. Si bien este modelo no integra los modelos anteriores, influye de manera significativa en el establecimiento de otros modelos, tomando en cuenta una perspectiva más global que evite el deterioro de la economía, el debilitamiento de las instituciones y de las redes de organización social de las naciones (27).

El modelo biopsicosocial

Es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma, incluyendo el caso de las adicciones. Implica que hay factores

CONFIDENCIAL

generales determinantes de la salud y el desarrollo humano, incluidos los sociales: La salud y la enfermedad se constituyen en una red de factores (28).

El concepto de *intervención psicosocial* surge en Estados Unidos a principios de la década del 30, como un enfoque del trabajo de caso o *"case work",* que inició su desarrollo a principios de 1800, en las grandes organizaciones de beneficencia americanas.

El trabajo de caso o *"case work"* toma fuerza y se desarrolla a partir de dos escuelas de pensamiento: La escuela *diagnóstica* y la escuela *funcionalista*. La primera enfocaba su trabajo en 'intervenir los problemas de los individuos como una enfermedad', la cual debía ser diagnosticada y tratada; la segunda escuela, trabajaba desde un enfoque que destacaba el crecimiento y el desarrollo, más allá del alivio sintomático, ahí se daba al usuario una gran responsabilidad en el desarrollo de su tratamiento (29).

La teoría biopsicosocial surge de la escuela diagnóstica, y de la influencia del trabajo social de caso sobre la aproximación médica clásica. El trabajo sobre lo biopsicosocial tiene grandes influencias del 'case work'; sin embargo no sólo las ciencias sociales y humanas han desarrollado este tipo de intervenciones, así las referencias bibliográficas a este tipo de trabajo primen en psicología y trabajo social (29).

En términos generales, una intervención biopsicosocial puede definirse como el conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales, psíquicos y biológicos problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea este la familia, la comunidad o el grupo de trabajo, entre otros; a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo (28).

En relación con esta parte de atención clínica clásica, creemos que el complemento a ésta tiene que ver con propiciar espacios donde los sujetos sociales tomen conciencia de sus derechos para que puedan hacerlos valer, y tomen un rol más activo en la construcción de su ciudadanía, para lo cual es fundamental, desde nuestro punto de vista, generar procesos colaborativos y de promoción de las redes sociales (30).

CONFIDENCIAL

La fuerza e importancia de lo biopsicosocial en la intervención social clásica, creemos que ha sido asumida por otros agentes del Trabajo Social o la Educación Social, algunas universidades, o desde diferentes sectores del sistemas de salud. Esta labor debe valorarse como parte de la intervención social, y pensamos que ha llegado el momento de hacerla valer como método de trabajo terapéutico, que con sus aportes puede enriquecer y complementar los enfoques sociales clásicos (30).

A lo largo de los años se ha venido corroborando cómo la esfera social y su intersección con la educativa, formativa y asistencial, demanda una intervención como la que aporta nuestro modelo, que supere las limitaciones disciplinares, y aborde: trastornos mentales, dificultades emocionales, problemas relacionales; cuestiones que los sistemas públicos de salud tampoco resuelven a cabalidad, pues dichos perfiles tienen serias dificultades en llegar a ellos, o porque no se adecúan al objetivo de la atención específica dispensada por entidades privadas o porque el contexto social se los impide.

Inicialmente, la intervención biopsicosocial se enmarcaba en la ayuda al necesitado, retomando del enfoque positivista la ayuda a los necesitados, considerados como seres incapaces de promover otras condiciones para su situación de vida; siendo aquello herencia del funcionalismo. Por la naturaleza de las cuestiones que se abordan desde la intervención biopsicosocial, éstas demandan un paradigma más de carácter crítico que respalde la construcción de sujetos capaces de superar condiciones de exclusión, y desde donde se generen propuestas de empoderamiento y participación social de los colectivos con los que trabajamos (31).

Desde el ámbito de la salud y específicamente en la aproximación al fenómeno del consumo de drogas, es solo a partir de los postulados de Engel que se ha podido dar una reflexión permanente y dinámica sobre los modelos explicativos más adecuados para dar cuenta de la intervención en la salud humana y en las variables que la determinan. En nuestro caso el modelo biopsicosocial resulta de la evolución y aplicación de la teoría general de sistemas, al fenómeno del consumo de drogas (31).

A partir de esta perspectiva biopsicosocial, los seres humanos son sistemas complejos, y las adicciones son multifactoriales. Esto último, debido a que se combinan la *causalidad circular*

CONFIDENCIAL

que considera que los factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta resultante, lo que ayuda a caracterizar un fenómeno complejo como la adicción (en los niveles de consumo, abuso o dependencia), y la *causalidad estructural* que diferencia las causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas. Ambas deben combinarse en el abordaje del análisis y la intervención de los problemas relacionados con las drogas (28).

El componente biológico de este modelo busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la falta de auto-control, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El componente social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas (28).

Los aspectos que caracterizan la perspectiva biopsicosocial son:

- Promueve el desarrollo personal, estimulando un conocimiento integral de sí y su entorno, en las tres esferas: biológica, psicológica y social.
- Reconoce el papel central que desempeña la relación personal (terapéutica-educativa) en el curso de los acontecimientos.
- Acompañamiento de las personas en todas las fases del proceso, sin priorizar unas sobre otras.
- Trabajo sobre las propias necesidades y deseos personales, acordando objetivos en común.
- Optimiza el trabajo en equipo.
- Incorpora personal técnico/voluntariado como una pieza más del sistema.

El abordaje del paciente debe estructurarse de acuerdo con los componentes de dicho enfoque, el biológico incluye antecedentes familiares y la historia genética, ya que dichos antecedentes de enfermedades psiquiátricas como depresión o abuso de sustancias, es una información muy relevante. El psicológico incluye historia de traumas emocionales, manejo de la ira, reacciones ante pérdidas, autoestima y el funcionamiento en las principales áreas de la vida diaria. El social incluye el funcionamiento del paciente en la unidad social ampliada,

CONFIDENCIAL

incluyendo la comunidad, el bagaje étnico, el nivel económico y las tradiciones espirituales y culturales. Es importante comentar la presencia de aislamiento social en el contexto de la familia, y considerar el individuo que expresa los conflictos familiares, involucrándolos en el tratamiento (29).

Este modelo permite movernos en un abanico de posibilidades de intervención en diversos contextos y momentos del consumo de drogas, desde la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la reducción de daños.

Aunque los modelos de trabajo aplicados en las intervenciones bio-psico-sociales no son estándar, ni están predeterminados, pueden identificarse estrategias de intervención, según el objetivo de las acciones con un grupo de individuos y sus contextos sociales.

En líneas generales, el modelo biopsicosocial se caracteriza por:

• La necesidad del trabajo en equipo multidisciplinario.

• La posibilidad de entender la dependencia a sustancias psicoactivas se define como enfermedad crónica, con tendencia a la recidiva.

• La dependencia a sustancias psicoactivas no sólo comporta problemas físicos, sino que tiene importantes repercusiones en el ámbito psíquico individual, así como en el ámbito familiar y socio-laboral.

De acuerdo a la síntesis realizada de los modelos de comprensión en farmacodependencia, estos son los modelos más conocidos en la intervención del consumo de sustancias psicoactivas. Dichos modelos tienen un foco particular característico, como lo mencionan algunos de los autores citados, sin embargo actualmente los modelos buscan ser integrales, es decir, desdibujar el foco particular. Así pues es el enfoque biopsicosocial el que mejor se adecúa como modelo interpretativo para lograr gestionar todas las intervenciones y acciones que comporta un verdadero modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país.

CONFIDENCIAL

El trastorno por consumo de SPA como una enfermedad crónica: El manejo en el modelo de cuidado crónico

Durante las dos décadas pasadas, los trabajos hechos por diversos investigadores sugirieron que los casos más serios de la adicción pudieran ser considerados como una enfermedad crónica, similar en términos de inicio, curso, dirección, y resultado a enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, y el asma (32) (33).

Los avances significativos en la ciencia han confirmado en gran parte estas sugerencias iniciales. Pruebas de heredabilidad genética en los trastornos por consumo de cigarrillo, alcohol, opiáceos, y otras sustancias, además de los cambios cerebrales persistentes asociados con el uso pesado de muchas SPA, han sugerido que muchas adicciones puedan ser mejor consideradas como enfermedades adquiridas así como muchas formas de hipertensión, diabetes adulta, y otras enfermedades similares. Ahora hay pruebas de que los tratamientos a largo plazo pueden ser eficaces en el control pero no en la curación de las adicciones (34). Resulta por tanto razonable pensar en estos trastornos como enfermedades crónicas; sin embargo y a pesar de las pruebas, los trastornos adictivos nunca han sido evaluados, tratados, y asumidos por el sistema de salud como se abordan otras enfermedades de carácter crónico.

El manejo contemporáneo de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas por definición no tienen ninguna cura, pero sí pueden ser manejadas. Por lo tanto, los pacientes esperan a ser manejados y tratados por largos periodos de tiempo, no hay limitaciones en el número de sesiones o visitas ni sobre los seguros que financian el cuidado crónico. La gestión de la enfermedad crónica, se inicia en la atención primaria, antes de que una enfermedad comience realmente. Por ejemplo, los pacientes son examinados por su médico de atención primaria o hereditaria, identificando los factores comportamentales de riesgo que pueden predisponer a una paciente a que contraiga una enfermedad. Los profesionales de atención primaria están capacitados y entrenados a aplicar medidas preventivas o intervenciones tempranas para reducir estos factores de riesgo, por medio de prescripciones basadas y aprobadas en diversas evidencias y estrategias de cambio conductual, programas de ejercicios, dieta y/o medicamentos (12).

CONFIDENCIAL

Los casos que no responden a estos de "primera línea" son tratamientos que típicamente son remitidos a través del intercambio de información de pacientes del registro de salud electrónica a proveedores de atención especializados. Los proveedores de atención especializados suelen tener acceso a procedimientos y métodos avanzados, y a menudo en entornos hospitalarios, para estabilizar y reducir la aparición de los síntomas de la enfermedad, con el fin de educar al paciente y, a continuación, remitir al paciente de vuelta al equipo de atención primaria (35).

Los pacientes que reducen la severidad de sus síntomas y adoptan cambios en el estilo de vida para auto manejar mejor sus enfermedades dentro del tratamiento especializado, no obstante, son seguidos por periodos de al menos un año por el equipo de atención primaria, aunque sea a través de medios menos invasivos, tales como teléfono, internet y visitas a domicilio. En esta etapa del tratamiento, el objetivo es mantener los beneficios con mayor intensidad de las etapas del cuidado especializado brindado y prevenir clínicamente daños y recaídas costosas (36).

La dirección de cuidado en todas partes de estas intervenciones, son consideradas una responsabilidad del equipo de salud, los cuales utilizan un sistema de información clínica compartida (registro de paciente) para controlar y adaptar los componentes de la atención a cambios en los síntomas y la función del paciente. Porque la mayoría de las enfermedades crónicas tienen amplios efectos en el paciente y en la función de su familia; y porque estos efectos pueden agravar el curso (y posibles gastos) de la enfermedad. Los seguros médicos ahora cubren una amplia gama de componentes de tratamiento (por ejemplo, medicamentos, terapias conductuales, intervenciones familiares) (37).

La evaluación de los resultados en la intervención de las enfermedades crónicas tales como el cuidado de sí mismo es un proceso clínico en curso. Los médicos deberán evaluar regularmente a los pacientes individualmente durante las citas programadas. Estas evaluaciones miden medidas estándar de elementos y síntomas típicamente importantes de severidad de los síntomas, función paciente, y efectos secundarios de la medicación. Es importante señalar que estas medidas sirven en los objetivos duales al evaluar el mejoramiento de los pacientes y al brindar la prestación de apoyo a la toma de decisiones clínicas sobre la conveniencia de cambiar la naturaleza del cuidado. Este es crítico porque sin

CONFIDENCIAL

un tratamiento en curso, dirección, y evaluación, probablemente causarán recaídas, con nuevos acontecimientos de síntomas serios, y gasto significativo (38).

El modelo de manejo en el cuidado crónico

El modelo de manejo para pacientes crónicos (MMC) es una estrategia preventiva a largo plazo, que implica pro actividad de equipos multidisciplinarios en vez de sólo un médico. El objetivo último del modelo de MMC es enseñar al paciente y a su familia a adquirir la motivación, habilidades, y los apoyos necesarios para la autodirección continua de su enfermedad crónica. Más bien que proporcionar episodios de cuidados agudos hospitalarios caros tras una recaída de su enfermedad, el MMC es decididamente preventivo, usando una variedad de mecanismos electrónicos para permanecer en contacto con los pacientes y proporcionar opciones anticipadas de cuidados clínicos maximizando el control de la enfermedad y previniendo recaídas que pueden conducir a varias visitas a los servicios de urgencias, hospitalizaciones, y a pobres resultados de salud (39).

Hay evidencia que indica que el modelo MMC es más efectivo que la atención clínica estándar, es eficaz en el tratamiento de condiciones de salud del comportamiento como la depresión y la ansiedad, así como de enfermedades físicas, es más apreciado por los pacientes y médicos, y no parece costar más que la clínica más tradicional (39) (40).

Hacia un modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas

Mientras que el concepto de la adicción como una enfermedad crónica ha sido atractivo en la investigación, ni el cambio conceptual, ni los nuevos hallazgos científicos todavía no han llevado a un gran cambio en la forma en que las adicciones han sido evaluadas, tratadas, y abordadas por nuestro sistema de salud. Sin embargo, es muy probable que esto cambie con la plena aplicación de la Ley 1566, y la Ley 1616. Estas dos leyes contienen disposiciones que conllevan a que prácticamente todos los planes de salud deban ofrecer prevención, intervención temprana y tratamiento para el espectro completo de “los trastornos por uso de sustancias.” Las consecuencias son importantes. En lugar de negar el tratamiento a todos, la nueva legislación requiere esfuerzos ampliados dentro de la corriente de los contextos de atención de salud para prevenir la aparición de trastornos por uso de sustancias, para detectar y reducir el “uso médicamente nocivos” antes de que progrese hasta el punto de la adicción,

CONFIDENCIAL

además de propender para proporcionar un mejor acceso a una gama más amplia de servicios de tratamiento de adicciones.

La legislación específica deberá propender porque "la atención a los trastornos por uso de sustancias" será generalmente del mismo tipo y duración, con aproximadamente la misma gama de opciones de servicio y sin mayores las barreras de acceso, similares a las existentes para pacientes con enfermedades físicas comparables. Los casos más graves y crónicos de la adicción deberán ser administrados en programas de atención especializada de atención, que también deben ser financiadas a través de los mismos planes de la atención general en salud. En resumen, hay importantes avances científicos, de política pública, y presiones legislativas para dar tratamiento efectivo tratar no solo a la "adicción" sino también el resto de los "trastornos por uso de sustancias", de la misma forma como se manejan otras enfermedades crónicas.

Integrar el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en la corriente principal de cuidado de la salud como una enfermedad crónica es necesario para mejorar la atención de las millones de personas adultos que sufren de este trastorno y que en este momento no son diagnosticados, o son desatendidos.

A pesar de la necesidad evidente y las presiones legislativas para una mejor integración de la atención para los trastornos por uso de sustancias es probable este cambio que sea particularmente complicado. Sin embargo se propone el modelo de manejo de cuidado crónico (MMC) para el abordaje de los trastornos por consumo de S.P.A.

Tratamiento de pacientes crónicos con trastornos por uso de sustancias dentro del sistema de salud

Conceptual y metodológicamente existen las condiciones para que las adicciones se puedan manejar a través del modelo de MMC (32). Sin embargo, una revisión sistemática reciente de estudios sobre condiciones de salud indica que todavía no ha habido una evaluación experimental del modelo de atención de enfermedades crónicas en los entornos de atención primaria para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (40).

Por lo tanto, es razonable preguntarse cuál sería la forma de brindar un cuidado continuo, conceptual y empíricamente, apropiado y organizado, para los trastornos por consumo de

CONFIDENCIAL

sustancias. En este sentido, se sugiere vincular el concepto de los cuatro estadios clínicos, cada uno con un propósito clínico específico pero que están relacionados con el objetivo general: la autogestión de la enfermedad por parte del paciente, el desarrollo de su máxima funcionalidad y probabilidad baja de recaída. Estas cuatro etapas se describen a continuación: Identificación temprana e intervención, estabilización, monitoreo clínico, y manejo del paciente (32).

Cinco puntos introductorios son importantes antes de la discusión de las etapas del cuidado:

Primero, los clínicos de cuidado primario notarán que estas etapas del cuidado y muchas de las actividades clínicas que ocurren dentro de cada uno, son completamente similares a aquellas asociadas con el manejo de otras enfermedades crónicas. Por supuesto, hay síntomas clínicos especiales asociados al trastorno por uso de sustancias, así como síntomas especiales asociados al dolor crónico, desórdenes de sueño, diabetes, y asma; sin embargo, los objetivos totales para el modelo de MMC son similares a través de prácticamente todas las enfermedades crónicas (40).

Segundo, se debe recordar que el modelo de MMC y las etapas sugeridas no son sólo para el manejo de la dependencia, sino para amplio espectro de trastornos por uso de sustancias. Este puede ser una cuestión difícil para el personal clínico, muchos médicos generales han aprendido sólo sobre la dependencia y dejan de reconocer frecuente, los problemas de uso de sustancia de severidad inferior (36).

El tercer punto es que en la medida en que estas etapas y sus objetivos clínicos están conceptualmente unidos, muchas de las prácticas de tratamiento tendrán un papel importante en más de una etapa y podrán ser dirigidas a problemas diferentes. Por ejemplo, una medicación puede ser prescrita dentro de la etapa de estabilización para reducir los síntomas de abstinencia, y también dentro de la etapa de manejo para evitar el ansia de consumo. Una implicación importante de este punto es que las expectativas de resultado y los métodos de evaluación no son los más útiles cuando se ligan directamente a una etapa específica del cuidado (36).

El cuarto punto es que existen aún muy pocos indicadores claros de comportamiento biológico como guía para la toma de decisiones clínicas en el manejo de la transición entre estas fases. Dichos marcadores no están aún disponibles en el manejo de los trastornos por

CONFIDENCIAL

uso de sustancias. Esto es debido en parte al hecho de que los trastornos por uso de sustancias sólo han sido estudiados recientemente como enfermedades crónicas (36).

El punto final para los clínicos es que las etapas no son sinónimas de ajustes específicos o modalidades del cuidado.

La etapa de identificación/intervención temprana

Objetivos clínicos en la etapa de identificación/intervención temprana

El principal y más deseable objetivo de esta etapa del proceso de atención es informar y motivar el cambio entre individuos (adolescentes o adultos) cuyo uso de sustancia es demasiado frecuente o demasiado serio para su salud médica. Esto puede ser particularmente importante para aquellos diagnosticados con otras condiciones médicas o psiquiátricas. Una vez identificado un objetivo vinculado de esta etapa del tratamiento es útil la asesoría médica así como otras técnicas clínicas, como la entrevista motivacional, para ayudar a los pacientes a aceptar que el uso de sustancias puede ser un problema, y que el paciente es capaces de reducir su uso (36).

El tamizaje inicial y las intervenciones breves motivacionales deben concluir con un objetivo acordado para la frecuencia de uso, cantidad y un plan identificado por la cual el paciente va a reducir su uso. Es esencial que el paciente sea monitorizado por lo menos semanalmente durante el primer mes tras la intervención inicial y quincenal y mensual en los próximos 3 a 4 meses. La supervisión puede darse a través del teléfono o de otros métodos de contacto social para comprobar la eficacia de los esfuerzos del paciente y para ofrecer apoyo y estímulo para dichos esfuerzos (41).

La etapa de estabilización

Objetivos clínicos en la etapa de estabilización

El consumo de alcohol y otras drogas de abuso a menudo causan problemas físicos y emocionales significativos debido al desarrollo de la tolerancia, o de forma indirecta, por los largos períodos de privación de sueño, la mala nutrición y la falta de cuidados personales que a menudo se asocian el uso pesado de sustancias. El propósito de la fase de estabilización del tratamiento no es producir una sobriedad duradera sino preparar a un paciente inestable para hacerlo en una etapa posterior de supervisión y manejo clínico (40).

CONFIDENCIAL

El síndrome de abstinencia clínicamente significativo no está presente en todos los casos, sin embargo, el consumo excesivo y prolongado de alcohol, opioides, sedantes o tranquilizantes puede producir un síndrome de abstinencia característico de varias horas o días después de la última dosis de la droga (dependiendo del fármaco, la dosis, y la duración y frecuencia de uso). Los usuarios de anfetaminas, cocaína, e incluso la marihuana también pueden experimentar síntomas fisiológicos y emocionales importantes que requieren un período de estabilización (42).

Motivar y en última instancia, comprometer al paciente estabilizado para recibir un cuidado continuo de manejo y seguimiento en un centro residencial o ambulatorio especializado, o en un centro de atención primaria, se considera un objetivo clínico importante de esta etapa del tratamiento. Infrecuentemente la estabilización es eficaz como objetivo para ayudar a los pacientes a lograr una recuperación duradera particularmente en los pacientes con historias prolongadas de abuso de sustancias (36).

La etapa de tratamiento clínico

Objetivos clínicos en la etapa de tratamiento

A diferencia de las otras etapas de atención, la fase de supervisión y manejo clínico de estos pacientes, es muy variable en el tiempo, en cuanto a los procedimientos realizados, y en cuanto a la elegibilidad del paciente frente a su tratamiento. Es indispensable que los pacientes se encuentren fisiológica y emocionalmente estables, al menos en cuanto al control inicial de sus impulsos para usar sustancias.

El objetivo clínico para esta fase de cuidado es mantener las reducciones (o eliminación del uso de sustancias), por medio de la atención a los problemas sanitarios y sociales que fueron identificados en la evaluación y que funcionan como determinadores de trastorno por consumo. El monitoreo de los riesgos de recaída es esencial. En la práctica, esta fase de cuidado puede durar de 3 a 9 meses y puede involucrar diversos números y frecuencias de medicamentos, terapias, e intervención de servicios sociales (dependiendo de nuevo de la gravedad y complejidad de los problemas del paciente). Un recurso importante dentro de esta etapa de atención es la disponibilidad de un entorno de vida libre de abuso de sustancias activas, siendo este a menudo un factor de recaída irresistible. Este tipo de sistema de vida puede estar disponible en el hogar familiar, en la vivienda libre de drogas, o en un modelo residencial de tratamiento (36).

CONFIDENCIAL

Un objetivo adicional e importante de esta etapa es educar y contactar a la familia del paciente, a su entorno social relevante con el fin que pueda asesorar en la escucha y en el apoyo de los esfuerzos del paciente por controlar su uso de sustancia. Varios estudios a largo plazo que evaluaron la recuperación de trastorno por uso de sustancia han identificado que el apoyo obtenido de la familia y de las redes sociales fueron factores claves en la recuperación, así como el desarrollo de actividades sociales, sanas y de comportamientos que desestimulan el uso de la sustancia (43) (33) (32). En el resumen, el mantenimiento continuo de la abstinencia o uso muy reducido de la sustancia, la buena salud física y mental, y un buen funcionamiento busca estos cuatro objetivos (36):

1. Mantener la estabilidad fisiológica y emocional iniciada durante la estabilización.

2. Realzar y sostener reducciones del uso de alcohol y drogas (los pacientes más severos y crónicos requerirán la abstinencia completa).

3. Enseñar el modelo y apoyar comportamientos que conducen a la salud personal, al mejoramiento de las relaciones familiar, al mantenimiento de la función social y a disminuir las amenazas para la salud y la seguridad públicas.

4. Motivar cambios de comportamiento y cambios de estilo de vida que son incompatibles con el uso de sustancias.

La etapa de gestión personal

El término “gestión personal” está diseñado para indicar la transición de cualquier forma de cuidado clínicamente dirigido hacia la autodirección por parte del paciente, de su uso de sustancias y los problemas relacionados con dicho uso, todo esto probablemente con la ayuda informada de familiares y amigos.

Históricamente, esta clase de intervenciones de cuidado informales no fueron incluidas como la parte del tratamiento formal o como objeto de estudio en la mayoría de protocolos de investigación de tratamiento. Sin embargo, con el cambio de abordaje del trastorno por uso de sustancia como una enfermedad crónica, se ha mostrado al valor de la participación en programas del tipo 12 pasos.

CONFIDENCIAL

Por estos motivos, se ha estado aumentando el interés en incentivar la participación de los pacientes en grupos de apoyo sociales (AA y otros programas de abuso de sustancia) como una forma de asegurar el mantenimiento de la salud y la función de los logros alcanzados durante el tratamiento formal y como cobertura contra la reincidencia de problemas de consumo de sustancias (33).

Objetivos de la etapa de gestión personal

La etapa de gestión personal comparte muchos de los objetivos de la etapa de manejo clínico, la diferencia esencial está en la que la gestión reposa en el paciente y su familia, y en su círculo social. La gestión personal tiene los siguientes cuatro objetivos (36):

1. Mantener las mejoras fisiológicas y emocionales iniciadas durante etapas más tempranas.

2. Auto-evaluar las amenazas a la recidiva y realizar correcciones cuando corresponda.

3. Aprender y practicar comportamientos de adaptación más eficaces y de autocuidado.

4. Mantener relaciones sanas y comportamientos sociales incompatibles con el uso de sustancias.

Perspectivas actuales de intervención

Con respecto a los modelos de comprensión en farmacodependencia revisados hasta ahora, resulta importante anotar, que si bien muchos de ellos suponen una postura respecto a los problemas de consumo y la adicción, resalta un aspecto como determinante, y es que los modelos explicativos actuales, como el biopsicosocial, ha abandonado las concepciones anteriores excluyente y propende por una conceptualización más integral del fenómeno.

Para lograr dicha aproximación integral, el modelo de atención debe desarrollar tres tareas fundamentales: 1) Fomentar el desarrollo de una amplia gama de servicios, 2) Promover el uso eficaz y eficiente de los recursos de atención, 3) Ayudar a proteger el acceso y la financiación de la asistencia. El uso de los criterios de ubicación en la planificación del tratamiento constituye el eje directriz de la utilización de los recursos de atención. Aplicar eficazmente las opciones de intervención puede ayudar a los pacientes a recibir un espectro

CONFIDENCIAL

más completo de atención profesional, este último sustentado en igual o menores gastos a los generados actualmente por solamente uno o dos niveles de atención.

En la actualidad, los servicios de salud dirigidos a atender el consumo y adicción a sustancias psicoactivas se ofrecen como 'paquetes' de servicios, es decir, agrupados y pagados como una unidad. Pese a que lo anterior es real, en ciertos entornos de apoyo y recuperación, realidad es que (19) los servicios clínicos completos se ofrecen desagregados o por separado. De esta forma, la consulta psiquiátrica puede ser realizada en diversos entornos de atención clínica, programa residencial, hospitalizaciones parciales, servicios ambulatorios. Dicha desagregación posibilita que la atención y el servicio se definan de acuerdo con las necesidades del paciente particular, y no por las limitaciones del entorno de servicio. En últimas, el objetivo del servicio desagregado es: 1) Maximizar la atención individualizada, 2) Reducir los costos, 3) Promover la atención y servicio necesario al paciente.

Este servicio y atención desagregada requiere modificaciones en los esquemas estatales actuales de contratación, facturación, reembolso y financiación. Aunque dichos tratamientos están enmarcados en unos programas, estos representan más bien una gama de servicios para satisfacer las necesidades de cada paciente.

La aplicación efectiva de dicho servicio desagregado requiere un enfoque hacia el manejo de casos impulsado por las metas. Una variedad de prestadores servicios y tratamientos tendrían que adherirse a este enfoque, incluyendo las EPS, las IPS, el personal clínico y médico, y fuentes de referencia, como los servicios de protección infantil, empleadores y el personal del sistema penal.

Con base en la evaluación multidimensional y la correspondiente planificación del tratamiento, se logra ofrecer un servicio y atención enfocada en el paciente y una evaluación más objetiva de los resultados. Con base en esta mejora, el problema del acceso a la atención y la financiación del tratamiento pueden ser defendidos con mayor eficacia ante los gestores.

Además de estas condiciones de integralidad en la prestación de los servicios resulta indispensable que los servicios de tratamiento conserven ciertos principios fundamentales que expondremos a continuación.

CONFIDENCIAL

Principios de tratamiento eficaces NIDA (National Institute on Drug Abuse)

Dentro de la estructuración de las recomendaciones, emanadas a partir de la construcción del modelo resulta indispensable guiarse por un derrotero que defina unos principios de tratamiento, basado en la evidencia científica y las investigaciones clínicas. Para tal fin se toma como marco referencial los Principios de Tratamientos para La Drogadicción de NIDA (Nacional Institute on Drug Abuse):

1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Es muy importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos con los problemas y las necesidades particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.

2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento. Ya que las personas adictas a las drogas pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, es muy importante aprovechar la oportunidad cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a potenciales candidatos para tratamiento si estos tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son fácilmente accesibles.

3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas. Para ser efectivo, el tratamiento debe dirigirse al uso de drogas de la persona además de cualquier otro problema médico, sicológico, social, vocacional y legal.

4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona. Un paciente puede requerir combinaciones de servicios y componentes de tratamientos que varíen durante el curso de su tratamiento y recuperación. Además del asesoramiento o sicoterapia, el paciente a veces puede necesitar medicamentos, otros servicios médicos, terapia familiar, instrucción para ser mejores padres, rehabilitación vocacional con servicios sociales y legales. Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura del paciente.

5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un tiempo adecuado. La duración apropiada del tratamiento para una persona depende de sus

CONFIDENCIAL

problemas y necesidades (prólogo). Las investigaciones indican que en la mayoría de los pacientes se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden lograr una recuperación acelerada. Ya que muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento.

6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. Durante la terapia, los pacientes tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de drogas, y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.

7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia. La metadona y el levo-alfa-acetilmetadol (LAAM) son muy efectivos para ayudar a aquellos individuos adictos a la heroína y a otros narcóticos a estabilizar sus vidas y reducir el uso de drogas ilegales. La naltrexona también es un medicamento eficaz para personas adictas al opio y para algunos pacientes que al mismo tiempo sufren de dependencia al alcohol. Para las personas adictas a la nicotina, los productos que reemplazan (como los parches o chicles) o un medicamento oral (como el bupropión) pueden ser componentes efectivos de su tratamiento. Mientras que la combinación de tratamientos y de medicamentos puede ser de suma importancia para pacientes con trastornos mentales.

8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada. Como a menudo se ven trastornos de adicción y trastornos mentales en un mismo individuo, aquellos pacientes que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser evaluados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno.

CONFIDENCIAL

9. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo. La desintoxicación médica maneja cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de la abstinencia, que suceden cuando se deja de usar alguna droga. Aunque la desintoxicación por sí misma rara vez es suficiente para ayudar a las personas adictas a lograr abstinencia a largo plazo, para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo de la drogadicción.

10. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo. El proceso de tratamiento puede ser facilitado gracias a una fuerte motivación. Las sanciones o los premios dentro de la familia, del ambiente laboral o del sistema de justicia criminal pueden incrementar significativamente los porcentajes de individuos que entren y que se mantengan dentro de programas de tratamiento para la drogadicción así como el éxito de los mismos.

11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado. Durante el período de tratamiento puede haber recaídas al uso de drogas. La supervisión objetiva del uso de drogas y alcohol durante el tratamiento, incluyendo análisis de la orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usar drogas. Esta clase de supervisión también puede proporcionar una evidencia temprana del uso de drogas para que el plan de tratamiento del paciente pueda ser reajustado. Dar a conocer los resultados de los informes a los pacientes que registren positivamente en los análisis de drogas, puede servir como un elemento importante en la supervisión.

12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos y a otros en riesgo de ser infectados. La terapia puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.

13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Tal como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de rondas exitosas de

CONFIDENCIAL

tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamientos para poder lograr la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente restablecido. Participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener la abstinencia.

Tomado de NIH Publicación Nº 01-4180(S), Impresa julio 2011 (44).

Definiciones básicas Organización Mundial de la Salud (OMS)

Es importante proporcionar un conjunto de definiciones de términos sobre alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas que puedan ser útiles para los usuarios del modelo. Por lo tanto, se definen las principales categorías y los conceptos claves para su uso científico, relacionando tanto los aspectos de salud, como los aspectos sociales relativos al uso de sustancias psicoactivas. El propósito de relacionar estas definiciones no es dar una cobertura total de cada uno de los términos relativos al consumo de dichas sustancias, por lo que se excluyen conceptos relativos a la producción y comercialización de drogas, así como los términos coloquiales de uso general o propios de la jerga de los consumidores.

- Abstinencia (withdrawal)

Síndrome de signos y síntomas parecidos a los causados por la abstinencia que a veces experimentan las personas con dependencia del alcohol o los opiáceos ante un estímulo asociado anteriormente al consumo de alcohol o de drogas. Conforme a la teoría clásica del condicionamiento, los estímulos ambientales vinculados temporalmente a reacciones de abstinencia no condicionadas, se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar los síntomas de abstinencia. En otra versión de la teoría del condicionamiento, una respuesta innata de compensación a los efectos de una sustancia (tolerancia aguda) llega a estar vinculada condicionalmente a los estímulos asociados al consumo de la sustancia. Si se presentan los estímulos sin la administración real de la sustancia, se suscita la respuesta condicionada como una reacción compensatoria parecida a la abstinencia.

- Abuso (abuse)

Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-IV, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia

CONFIDENCIAL

psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso". Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término "dependencia" cuando proceda. El término "abuso" se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, véase más adelante); las expresiones "consumo perjudicial" y "consumo de riesgo" ("hazardous use") son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término "abuso", aunque expresiones tales como "abuso de sustancias" siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En otros contextos, se ha utilizado el término abuso para referirse a patrones de uso no autorizados o con fines no médicos, con independencia de sus consecuencias. Así pues, la definición publicada en 1969 por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS fue "consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable".

- Adicción (addiction)

"Adicción" es un término antiguo y de uso variable. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que se dejara de usar a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad. La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10), pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público en general. Se entiende como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una

CONFIDENCIAL

tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo.

- Administración, vía de

Modo o forma de administración, es decir, la manera en la que se introduce una sustancia en el organismo. Son las siguientes: vía oral; inyección intravenosa (IV), subcutánea o intramuscular; inhalación; fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales.

- Agonista (agonist)

Sustancia que actúa en un receptor neuronal para producir efectos similares a los de una droga de referencia; por ejemplo, la metadona se comporta como un agonista, similar a la morfina, frente a los receptores opiáceos.

- Alcohol (alcohol)

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

- Alcoholemia (blood alcohol level)

Concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Se expresa habitualmente en forma de masa por unidad de volumen, aunque en cada país se expresa de forma distinta o se utilizan unidades diferentes, por ejemplo: miligramos por 100 mililitros (mg/100 ml o, de forma incorrecta, mg por ciento), miligramos por litro (mg/l), gramos por 100 mililitros (g/100 ml), gramos por ciento y mili moles por litro -Alcoholismo, concepto como enfermedad del (alcoholism, disease concept of). Se considera que el alcoholismo es un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad. En 1977, un Grupo de Investigadores de la OMS, en respuesta al uso impreciso y variable del término alcoholismo, propuso utilizar en su lugar la expresión síndrome de dependencia del alcohol en nosología psiquiátrica. Por

CONFIDENCIAL

analogía con la dependencia de las drogas, el término dependencia del alcohol ha tenido una buena acogida en las nosologías actuales.

- Alucinógeno (hallucinogen)

Sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos. Son ejemplos la lisergida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4-metilenedioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP).

– Anfetamina (amphetamine)

Tipo de amina simpaticomimética con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina. Entre las sustancias relacionadas desde el punto de vista farmacológico están el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepranoma (dietilpropión). En el lenguaje de la calle, las anfetaminas se llaman a menudo “anfetas” o “speed”.

- Barbitúrico (barbiturate)

Medicamento que pertenece a un grupo de depresores del sistema nervioso central; atendiendo a su estructura química, es un derivado del ácido barbitúrico obtenido por sustitución; son ejemplos el amobarbital, el pentobarbital, el fenobarbital y el secobarbital. Los barbitúricos se utilizan como antiepilépticos, anestésicos, sedantes, hipnóticos y, con menor frecuencia, como ansiolíticos (véase sedante/hipnótico). Su consumo, ya sea agudo o crónico, induce efectos similares a los del alcohol. La relación entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica de los barbitúricos es estrecha y la sobredosis suele ser mortal.

- Bebida alcohólica (alcoholic beverage)

Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas

CONFIDENCIAL

o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son el aguamiel (de la miel), la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), el pulque (del cactus mague) y la chicha (del maíz).

- Benzodiazepina (benzodiazepine)

Medicamento perteneciente a un grupo de fármacos relacionados estructuralmente que se emplean sobre todo como sedantes/hipnóticos, relajante muscular y antiepiléptico; antiguamente se designaban con el término "tranquilizantes menores", actualmente en desuso. Se considera que estos fármacos producen sus efectos terapéuticos al potenciar la acción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un importante inhibidor de la neurotrasmisión.

- Cafeína (caffeine)

Xantina que tiene propiedades estimulantes del sistema nervioso central leves, vasodilatadoras y diuréticas. La cafeína se encuentra en el café, el chocolate, la cola y otros refrescos y en el té, en algunos casos junto con otras xantinas, como la teofilina o la teobromina. El uso excesivo (un consumo diario de 500 mg o más), ya sea crónico o agudo y la toxicidad resultante recibe el nombre de cafeinismo.

- Cannabis (Cannabis)

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto…), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís. En el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como "los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina", mientras que la resina de cannabis es "la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis". Las definiciones se basan en los términos indios tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término indio, bhang, hace referencia a las hojas. El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal. El término marihuana es de origen mexicano. Utilizado en un principio para designar el tabaco

CONFIDENCIAL

barato (a veces mezclado con cannabis), se ha convertido en un vocablo general para referirse a las hojas del cannabis o al propio cannabis en muchos países. El hachís, que antiguamente era un término general para llamar al cannabis en la cuenca del Mediterráneo oriental, se aplica hoy a la resina del cannabis. El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado).

- Cocaína (cocaine)

Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o "coca", suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo ("polvo blanco", en inglés: "snuff" o en nuestro medio "perico"), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira ("se esnifa") y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el "freebasing", que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua. Se mezcla una solución acuosa de la sal de cocaína con un álcali (como el bicarbonato) y después se extrae la base libre en un disolvente orgánico como éter o hexano. Este procedimiento es peligroso, ya que la mezcla es explosiva y muy inflamable. Una técnica más sencilla, que evita el empleo de disolventes orgánicos, consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato; el producto obtenido se denomina "crack".

- Compulsión

CONFIDENCIAL

Aplicado al consumo de sustancias psicoactivas, hace referencia a un deseo fuerte y apremiante –atribuido a sentimientos internos en vez de a influencias externas– de consumir la sustancia (o sustancias) en cuestión. A veces, el consumidor se da cuenta de que este fuerte deseo es perjudicial para su bienestar e intenta deliberadamente evitar el consumo.

- Consumo controlado de sustancias psicoactivas

Consumo que se modera para evitar la intoxicación o el consumo de riesgo. El término se aplica especialmente cuando hay motivos para poner en duda la capacidad de consumir de manera controlada en todo momento, como sucede con las personas que han mostrado signos de dependencia o de consumo perjudicial. Expresa un consumo regular y no compulsivo de la sustancia que no afecta a la función cotidiana, así como a los métodos de consumo que reducen al mínimo los efectos adversos de las drogas.

- Consumo de riesgo (hazardous use)

Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

- Consumo experimental (experimental use)

En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el alcohol). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

- Consumo perjudicial (harmful use, drinking harmful) (F1x.1)

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí

CONFIDENCIAL

solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a "consumo no dependiente" como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos (p. ej., DSM-IV) es "abuso de sustancias", que normalmente incluye las consecuencias sociales.

- Control de las drogas (drug control)

Regulación, mediante un sistema de leyes y organismos, de la producción, la distribución, la venta y el consumo de sustancias psicoactivas específicas (sustancias controladas) a escala local, nacional o internacional (véase convenios internacionales sobre drogas). Término que equivale a política en materia de drogas.

- Dependencia (dependence) (F1x.2)

En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-IV, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (ICD-10), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

- Dependencia cruzada (cross-dependence)

Término farmacológico que se utiliza para indicar la capacidad de una sustancia (o grupo de sustancias) para suprimir las manifestaciones de la abstinencia de otra sustancia o de otro grupo, manteniendo así el estado de dependencia física. Obsérvese que el término "dependencia" se utiliza aquí normalmente en el sentido psicofarmacológico más estricto que se asocia a la supresión de los síntomas de abstinencia. Una de las consecuencias del fenómeno de dependencia cruzada es que hay más probabilidades de que aparezca dependencia de una sustancia si la persona es ya dependiente de otra sustancia relacionada.

CONFIDENCIAL

Por ejemplo, es más fácil que aparezca dependencia de una 35ateway35cepina en personas que ya son dependientes de otro medicamento de este tipo o de otras sustancias con efectos sedantes, como el alcohol o los barbitúricos.

- Depresor (depressant)

Sustancia que suprime, inhibe o reduce algunos aspectos de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Los principales grupos de depresores del SNC son los sedantes/hipnóticos, los opiáceos y los neurolépticos. Algunos ejemplos de depresores son el alcohol, los barbitúricos, los anestésicos, las 35ateway35cepinas, los opiáceos y sus análogos sintéticos. A veces también se incluye en este grupo a los anticonvulsivantes, debido a su acción inhibidora de la actividad neuronal anómala. Los trastornos relacionados con el consumo de depresores se clasifican en la CIE-10 (ICD-10) como trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas en las categorías (alcohol), F11 (opiáceos) y F13 (sedantes o hipnóticos).

- Desintoxicación (detoxification).

(1) Proceso mediante el cual una persona deja de sufrir gradualmente los efectos de una sustancia psicoactiva.

(2) Entendido como procedimiento clínico, proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia. Las instalaciones en las que se lleva a cabo reciben varios nombres, como centro o unidad de desintoxicación y centro de rehabilitación.

Normalmente, al comienzo de la desintoxicación la persona presenta síntomas clínicos de intoxicación o de abstinencia. Los procedimientos de desintoxicación pueden o no implicar la administración de medicamentos. Cuando es así, el medicamento administrado suele ser un fármaco que tiene tolerancia cruzada y dependencia cruzada con la sustancia tomada por el paciente. Se calcula la dosis para aliviar el síndrome de abstinencia sin inducir intoxicación y se va retirando gradualmente conforme el paciente se recupera.

La desintoxicación como procedimiento clínico exige la supervisión del paciente hasta que se recupera completamente de la intoxicación o del síndrome de abstinencia física.

- Detección de drogas - Control biológico (drug testing)

CONFIDENCIAL

Análisis de los fluidos corporales (sangre, orina o saliva), del cabello o de otros tejidos para detectar la presencia de una o varias sustancias psicoactivas. Se utiliza para vigilar la abstinencia de estas sustancias en personas que siguen programas de rehabilitación, para controlar el consumo clandestino de drogas entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento o cuando las condiciones para obtener un empleo dependen de la abstinencia de sustancias psicoactivas.

- Diagnóstico dual (dual diagnosis)

Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. A veces, estas personas reciben el nombre de "enfermo mental consumidor de drogas". El empleo de este término no implica la naturaleza de la asociación entre los dos trastornos ni ninguna relación etiológica entre ambos.

- Droga (drug)

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., "alcohol y otras drogas") intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

- Droga de diseño (designer drug)

Sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias. Como respuesta, estas leyes suelen incluir ahora sustancias nuevas y posibles análogos de sustancias psicoactivas existentes. El término se acuñó en la década de los ochenta.

- Droga de inicio (Gateway drug)

CONFIDENCIAL

Droga legal o ilegal que abre el camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática.

- Estimulante (stimulant)

En referencia al sistema nervioso central, cualquier sustancia que activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. Se denomina también psicoestimulante. Son ejemplos las anfetaminas, la cocaína, la cafeína y otras xantinas, la nicotina y los anorexígenos sintéticos como la fenmetrazina o el metilfenidato. Hay otros medicamentos que tienen acciones estimulantes que, pese a no constituir su efecto principal, pueden manifestarse cuando se consumen en dosis altas o de forma prolongada; se trata de los antidepresivos y los anticolinérgicos.

- Grupo de autoayuda (self-help group)

Término que designa dos tipos de grupos terapéuticos, pero que se utiliza sobre todo para referirse a los grupos de ayuda mutua, que es un nombre más correcto. También hace referencia a los grupos que enseñan técnicas cognitivas y conductuales y otras técnicas de autoayuda.

- Grupo de ayuda mutua (mutual-help group)

Grupo en el cual los participantes se ayudan mutuamente a recuperarse o a mantener la recuperación de la dependencia del alcohol u otra droga, de los problemas relacionados o de los efectos de la dependencia de otra persona, sin tratamiento ni orientación profesional. Los grupos más destacados en la esfera del alcohol y otras drogas son Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Al-Anon (para familiares de alcohólicos), que forman parte de una amplia variedad de grupos de doce pasos basados en un método espiritual y no confesional.

- Impulso irresistible de consumir (craving)

Deseo muy fuerte de consumir una sustancia psicoactiva o de experimentar los efectos derivados de su intoxicación. Se trata de un término de uso popular para referirse al mecanismo que supuestamente subyace al deterioro del control; algunos expertos opinan que aparece debido, al menos en parte, a asociaciones condicionadas que provocan respuestas de abstinencia condicionada. El ansia también puede inducirse por la provocación de cualquier

CONFIDENCIAL

estado de excitación fisiológica que recuerde a un síndrome de abstinencia del alcohol o las drogas.

- Instrumento diagnóstico (diagnostic instrument)

En medicina general, cualquier aparato o instrumento y, por extensión, cualquier procedimiento o entrevista clínica que se emplean para determinar el estado médico de una persona o la naturaleza de su enfermedad. Cuando se aplica al consumo de sustancias y otros trastornos del comportamiento, esta expresión designa sobre todo los cuestionarios dirigidos al diagnóstico, incluidas las entrevistas estructuradas, que pueden administrar evaluadores adiestrados sin formación médica.

- Intervención breve (brief intervention)

Estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento estructurado de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o (con menor frecuencia) a resolver otros aspectos de su vida. Está dirigida especialmente a los médicos generales y otros profesionales sanitarios de atención primaria. Hasta la fecha, la intervención breve –denominada a veces intervención mínima– se ha aplicado fundamentalmente a los métodos para dejar de fumar y al tratamiento del consumo perjudicial de alcohol. La justificación de la intervención breve reside, a pesar de que el porcentaje de personas que modifican su consumo de sustancias tras una única intervención es reducido, en la enorme repercusión que tiene en la salud pública el elevado número de profesionales de atención primaria que realizan estas intervenciones de forma sistemática. La intervención breve se asocia con frecuencia a los tests de cribado sistemáticos para la detección de consumo de riesgo y consumo perjudicial de sustancias, especialmente de alcohol y tabaco.

- Intervención precoz (early intervention)

Estrategia terapéutica que combina la detección precoz del consumo de riesgo o perjudicial de sustancias y su tratamiento. Se ofrece o se proporciona tratamiento antes de que el paciente acuda al médico por voluntad propia y, en muchos casos, antes de que sea consciente de que el consumo de sustancias podría causarle problemas. Está dirigida especialmente a personas

CONFIDENCIAL

que no han desarrollado dependencia física ni complicaciones psicosociales importantes. Por tanto, la intervención precoz es una estrategia proactiva iniciada por el profesional sanitario y no por el paciente. La primera fase consiste en un procedimiento sistemático de detección precoz. Se utilizan diferentes métodos: preguntas rutinarias sobre el consumo de alcohol, tabaco, drogas y medicamentos cuando se obtiene la historia clínica y pruebas de cribado, por ejemplo, en los centros de atención primaria.

- Intoxicación (intoxication)

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y con las respuestas aprendidas a dicha sustancia, y desaparecen con el tiempo; la recuperación es completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones.

- Mal viaje (bad trip)

En la jerga de los consumidores de drogas, efecto adverso de las drogas que consiste en una combinación de cualquiera de estos efectos: sensación de pérdida de control, distorsión de la imagen corporal, alucinaciones raras y aterradoras, miedo a enloquecer o a morir, desesperación, pensamientos suicidas y estado afectivo claramente negativo. Los síntomas físicos son sudores, palpitaciones, náuseas y parestesias. Aunque las reacciones adversas de este tipo se asocian normalmente al consumo de alucinógenos, también pueden aparecer con las anfetaminas y otros estimulantes psicomotores, anticolinérgicos, antihistamínicos y sedantes/hipnóticos.

- Medicamento (pharmaceutical drugs)

Sustancia obtenida a través de los canales farmacéuticos, por Ej.: fabricado por la industria farmacéutica o preparado por un farmacéutico. La terminología de este sector divide los medicamentos en dos grupos: medicamentos éticos que sólo pueden adquirirse mediante prescripción médica y medicamentos OTC o medicamentos de libre dispensación, sobre los

CONFIDENCIAL

que se puede realizar actividades de promoción dirigidas al público y que no están sujetos a prescripción médica.

- Metadona (methadone)

Opiáceo sintético que se utiliza en el tratamiento de mantenimiento de las personas con dependencia de opiáceos. Tiene una semivida prolongada y puede administrarse una vez al día por vía oral, bajo supervisión.

- Narcótico (narcotic)

Sustancia química que induce estupor, coma o insensibilidad al dolor. El término se refiere normalmente a los opiáceos u opioides, que se denominan analgésicos narcóticos. En el lenguaje corriente y en la jerga legal, suele utilizarse de forma imprecisa para referirse a las drogas ilegales, sean cuales sean sus propiedades farmacológicas.

- Neuroadaptación (Neuroadaptation)

Alteraciones neuronales asociadas a la tolerancia y a la aparición de un síndrome de abstinencia. Es posible que una persona presente neuroadaptación sin mostrar las manifestaciones cognitivas o conductuales de la dependencia. Por ejemplo, los pacientes operados que reciben opiáceos para aliviar el dolor sufren a veces síntomas de abstinencia, pero pueden no considerarse como tales o no presentar deseo alguno de seguir tomando estos fármacos.

- Opioide (opioid)

Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio (Papaver somniferum), sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con

CONFIDENCIAL

acciones opioideas son las endorfinas y las encefalinas Los opioides más utilizados (como morfina, heroína, hidromorfina, metadona y petidina) se unen preferentemente a los receptores μ; producen analgesia, cambios del estado de ánimo (como euforia, que puede transformarse en apatía o disforia), depresión respiratoria, somnolencia, retraso psicomotor, habla farfullante, alteración de la concentración o la memoria y alteración del juicio.

-Pasta de coca – Basuco (coca paste)

Producto obtenido de las hojas de la coca durante el primer paso del proceso de extracción de la cocaína. Contiene sulfato de cocaína al 50%-90% e impurezas tóxicas, tales como queroseno y ácido sulfúrico. Se fuma en Sudamérica con marihuana (maduro), con tabaco o sola. La pasta de coca mezclada con marihuana y/o con tabaco se denomina pitillo en Bolivia y basuco en Colombia.

- Policonsumo de drogas (multiple drug use)

Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga. El término se usa también de forma más general para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona. Tiene una connotación de consumo ilegal, si bien el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras en las sociedades industrializadas.

- Potencial de dependencia (dependence potencial)

Propensión de una sustancia a originar dependencia como consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psicológicas. El potencial de dependencia viene dado por las propiedades farmacológicas intrínsecas que se evalúan en los ensayos clínicos con medicamentos realizados en animales y seres humanos.

- Prevención de la recaída (relapse prevention)

Conjunto de procedimientos terapéuticos utilizados en los casos de problemas con el alcohol y otras drogas, para ayudar a los afectados a evitar o a superar la reincidencia o recaída hacia un consumo no controlado de la sustancia. Estos procedimientos pueden emplearse junto con un tratamiento basado en la moderación o la abstinencia o con otros métodos terapéuticos. Los

CONFIDENCIAL

pacientes aprenden estrategias de afrontamiento que pueden usar para evitar situaciones que se consideran precipitantes peligrosos de una recaída y aprenden, mediante técnicas de repetición mental y de otros tipos, a reducir al mínimo el consumo de sustancias una vez que se ha producido una recaída.

- Prueba de cribado - Prueba de Tamización (screening test)

Instrumento o procedimiento de evaluación, ya sea biológico o psicológico, cuyo objetivo principal es descubrir, en una población dada, al mayor número posible de personas que tengan en esos momentos una enfermedad o un trastorno determinado o que corran el riesgo de padecerlo en algún momento. Las pruebas de cribado no suelen ser diagnósticas en sentido estricto, si bien un resultado positivo irá seguido normalmente de una o varias pruebas definitivas para confirmar o rechazar el diagnóstico sugerido por la prueba de cribado. Una prueba de sensibilidad elevada es capaz de identificar la mayoría de los casos verdaderos de la enfermedad que se está evaluando. Por ejemplo, una sensibilidad del 90% quiere decir que la prueba identificará como positivas a 90 de cada 100 personas que realmente padecen la enfermedad (y pasará por alto a otras 10, cuyos resultados se denominan "falsos negativos"). En cambio, la especificidad es la capacidad de la prueba para excluir los casos falsos; es decir, cuanto mayor sea la especificidad, menos probabilidades habrá de que la prueba proporcione resultados positivos en personas que realmente no padecen la enfermedad en cuestión ("falsos positivos"). El término "instrumento de cribado" también es de uso generalizado, sobre todo para referirse a un cuestionario o una intervención breve.

- Psicotrópico (psychotropic)

En su acepción más general, término que significa lo mismo que "psicoactivo", es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En sentido estricto, una sustancia psicotrópica es cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central.

- Reducción de daños (harm reduction)

En el contexto del alcohol y otras drogas, expresión que describe las políticas o los programas que se centran directamente en reducir los daños derivados del consumo de alcohol o drogas.

CONFIDENCIAL

Se utiliza especialmente para referirse a las políticas o programas que intentan reducir los daños sin afectar necesariamente al consumo de drogas subyacente; podemos citar, a título de ejemplo, el intercambio de agujas y jeringuillas para contrarrestar el uso compartido de agujas entre los heroinómanos o la instalación de airbag en los automóviles para reducir las lesiones en los accidentes de tráfico, especialmente, los provocados por la conducción bajo los efectos del alcohol. Por tanto, las estrategias de reducción de daños tienen un mayor alcance que el binomio de reducción de la oferta y reducción de la demanda.

- Reducción de la demanda (demand reduction)

Término general usado para describir las políticas o programas dirigidos a reducir la demanda de drogas psicoactivas entre los consumidores. Se aplica fundamentalmente a las drogas ilegales, sobre todo en referencia a las estrategias de educación, tratamiento y rehabilitación, en oposición a las estrategias basadas en el cumplimiento de la ley con el objetivo de prohibir la producción y la distribución de drogas (reducción de la oferta).

- Reducción de la oferta (supply reduction)

Término general que se utiliza para referirse a las políticas o los programas dirigidos a prohibir la producción y la distribución de drogas, en especial, las estrategias para hacer cumplir las leyes reduciendo el suministro de drogas ilegales.

- Síndrome amotivacional (amotivational síndrome)

Grupo de características que, según se dice, se asocian al consumo de sustancias, entre ellas, apatía, pérdida de eficiencia, disminución de la capacidad para llevar a cabo planes complejos o a largo plazo, escasa tolerancia a la decepción, trastorno de la concentración y dificultad para continuar la rutina diaria. La existencia de esta enfermedad como tal es controvertida. Se ha descrito sobre todo en relación con el consumo de cannabis y puede reflejar simplemente una intoxicación crónica por cannabis. Los síntomas pueden también reflejar la personalidad del consumidor, las actitudes o la fase de desarrollo.

- Síndrome de abstinencia (withdrawal síndrome) (Flx.3)

Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma

CONFIDENCIAL

repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia. El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda.

- Sustancia o droga psicoactiva (psychoactive drug or substance)

Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. "Psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones "consumo de drogas" o "abuso de sustancias".

- Sustancias volátiles (volatile substances)

Sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y otras producen neuropatía periférica o degeneración cerebral progresiva. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle. Por lo general, el consumidor empapa un trapo con el inhalante y se lo coloca sobre la boca y la nariz o bien vierte el inhalante en una bolsa de plástico o de papel que después se coloca en la cara (lo que induce anoxia además de intoxicación). Los signos de intoxicación son agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, nistagmo, visión borrosa o diplopía, habla farfullante, temblor, marcha inestable, hiperreflexia, debilidad muscular, estupor o coma.

- Tabaco (tobacco)

CONFIDENCIAL

Preparado de las hojas de Nicotiana, tabacum, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina.

- Tolerancia (tolerance)

Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

- Tolerancia cruzada (cross-tolerance)

Desarrollo de tolerancia a una sustancia a la cual no ha habido exposición previa, debido al consumo agudo o crónico de otra sustancia. Por lo general, aunque no siempre, las dos sustancias tienen efectos farmacológicos parecidos. La tolerancia cruzada se hace patente cuando una dosis de la nueva sustancia no produce el efecto esperado.

- Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (psychoactive substance use)

Término genérico utilizado para referirse a las enfermedades mentales, físicas y del comportamiento que tienen importancia clínica y se asocian al consumo de sustancias psicoactivas. Compárese con las expresiones “problema relacionado con el alcohol” y “problema relacionado con las drogas”, que abarcan también alteraciones y episodios que no tienen interés clínico. El término completo recogido en la CIE-10 (ICD-10) es “trastornos

CONFIDENCIAL

mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas", tipificado en los códigos F10 F19; el tercer carácter del código especifica el grupo de sustancias implicado. El DSM V utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

- Trastorno psicótico inducido por el alcohol o las drogas (psychotic disorder, alcoholor drug-induced) (F1x.5)

Agrupación de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia de abuso, pero que no son el resultado único de una intoxicación aguda y que no forman parte de un síndrome de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (normalmente auditivas, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), distorsiones perceptivas, delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), alteraciones psicomotrices (excitación o estupor) y afectividad anormal (como intenso temor, depresión psicótica o éxtasis). Habitualmente se mantiene la lucidez de conciencia, aunque puede haber cierto grado de obnubilación. En esta categoría se incluyen entidades como la alucinosis alcohólica, la psicosis por anfetaminas y el estado psicótico persistente inducido por el alcohol o las drogas.

- Unidad de bebida estándar (standard drink)

Volumen de alcohol que contiene aproximadamente la misma cantidad (en gramos) de etanol, sea cual sea el tipo de bebida (p. ej., un vaso de vino, una lata de cerveza o un combinado). El término se usa a menudo para enseñar a los bebedores que el consumo de diferentes bebidas alcohólicas servidas en copas o envases de tamaño estándar se asocia a efectos parecidos (p. ej., un vaso de cerveza tiene los mismos efectos que una copa de vino).

- Uso compartido de agujas (needle-sharing)

Empleo de jeringuillas u otros instrumentos de inyección (p. ej., goteros) por más de una persona, especialmente como vía de administración de una droga. Implica el riesgo de

CONFIDENCIAL

transmisión de virus (como el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B) y bacterias (p. ej., Staphylococcus aureus). Muchas de las intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, como el mantenimiento con metadona y los intercambios de agujas y jeringuillas, se han diseñado total o parcialmente para eliminar el uso compartido de agujas.

- Uso con fines no médicos (non-medical use)

Empleo de un medicamento, obtenido con o sin receta médica, de manera distinta a la recetada, durante más o menos tiempo del prescrito o por una persona a la que no le fue recetado.

- Uso inadecuado de drogas o alcohol (misuse drug)

Consumo de una sustancia con un fin que no se ajusta a las normas legales o médicas, como en el caso del consumo de medicamentos de venta con receta con fines no médicos. Algunos autores prefieren este término en lugar de abuso porque lo consideran menos crítico.

Tomado de Glosario de términos de alcohol y drogas. OMS. 2011 (45).

CONFIDENCIAL

Referencias

1. B RS. «Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la Ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria» [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/sanchez_r/html/index.html

2. Programas y actividades del Sistema de las Naciones Unidas por tema [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.un.org/es/globalissues/drugs/

3. Fernández PL. Drogodependencias. Ed. Médica Panamericana; 748 p.

4. Romaní, Oriol. 1999. Las drogas. Sueños y Razones. [Internet]. [citado 12 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.ub.edu/penal/historia/romani.htm

5. OMS | ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. WHO. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/28/es/

6. Mendes, Eugênio Vilaça. Las redes de atención de salud / ed. en espanhol - Brasilia : [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, 2013; [citado 18 de julio de 2016]. Disponible en: zotero://attachment/66/

7. Mejía I. E. Diagnóstico situacional: instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2004.

8. ComunidadesTerapeuticas.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/adicciones/doctecnicos/ComunidadesTerapeuticas.pdf

9. El Modelo Bio-Psico-Social en Proyecto Hombre [Internet]. [citado 25 de julio de 2016]. Disponible en: http://proyectohombregranada.org/el-modelo-bio-psico-social-de-proyecto-hombre/

10. Dr. José Castillo Ruiz - Tu eres lo que te imaginas [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.drjosecastillo.com/sintesis.htm

CONFIDENCIAL

11. CENTI - Centro Internacional de Teoterapia Integral [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://centi.org/

12. Steven L. Jaffe, Ashraf Attalla, Diana I. Simeonova. Adolescent Treatment and Relapse Prevention. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

13. Edu_ModulosESI.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf

14. EL MODELO MINNESOTA - ASOCIACIÓN CIVIL MODELO MINNESOTA [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.modelominnesota-arg.com.ar/html/elmodelominnesota.html

15. Abuse NI on D. El modelo matriz (estimulantes) [Internet]. [citado 25 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drog-5

16. Abuse NI on D. The Matrix Model (Stimulants) [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-3

17. Massachusetts Department of Public Health. SBIRT: A Step-By-Step Guide. A Step-By-Step Guide for Screening and Intervening for Unhealthy Alcohol and Other Drug Use. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.masbirt.org/sites/www.masbirt.org/files/documents/toolkit.pdf

18. michelle.harrington. SBIRT [Internet]. 2014 [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.samhsa.gov/sbirt

19. CENETEC. Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; 2015.

20. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. J Psychoactive Drugs. 2012;44(4):307-17.

CONFIDENCIAL

21. Models of addiction | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction

22. Laitano AMM, Bedoya VHC. Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia. Katharsis. 6 de diciembre de 2010;0(10):157-76.

23. Hanson GR, Venturelli PJ, Fleckenstein AE. Drugs and Society. Jones & Bartlett Learning; 2006. 602 p.

24. Models of Alcohol and Other Drug Treatment for Consideration when Working with Deaf and Hard of Hearing Individuals [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.mncddeaf.org/articles/models_ad.htm

25. Kumpfer KL, Turner CW. The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. Int J Addict. 1991 de 1990;25(4A):435-63.

26. geopoclasif.PDF - repartido2.AEE01.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://unesu.info/repartido2.AEE01.pdf

27. OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

28. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clínica: 175-9.

29. Bousoño M, Bascarán MT, Saiz P, González P, Bobes J. Naturaleza biológica versus psicológica de los trastornos mentales: ¿falacia o sesgo de perspectiva? Psiquiatria.com [Internet]. 1998 [citado 25 de julio de 2016];2(2). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/183

30. biopsychosocial model approach definition - biopsychosocial-model-approach.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf

31. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Ann Fam Med. noviembre de 2004;2(6):576-82.

CONFIDENCIAL

32. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 4 de octubre de 2000;284(13):1689-95.

33. Douglas M, Hser Y-I, Grella CE. Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychol Addict Behav. 1997;11(4):308-23.

34. Le Foll B, Gallo A, Le Strat Y, Lu L, Gorwood P. Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review. Behav Pharmacol. febrero de 2009;20(1):1-17.

35. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

36. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

37. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, et al. Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. J Gen Intern Med. junio de 2010;25(6):601-12.

38. Rosenthal MB, Beckman HB, Forrest DD, Huang ES, Landon BE, Lewis S. Will the patient-centered medical home improve efficiency and reduce costs of care? A measurement and research agenda. Med Care Res Rev MCRR. agosto de 2010;67(4):476-84.

39. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. JAMA. 25 de marzo de 2009;301(12):1242-52.

40. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. agosto de 2012;169(8):790-804.

CONFIDENCIAL

41. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA. 16 de octubre de 2002;288(15):1909-14.

42. Branch A. Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines - NSW - NSW Health [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/GL2008_011.html

43. Schackman BR, Leff JA, Polsky D, Moore BA, Fiellin DA. Cost-Effectiveness of Long-Term Outpatient Buprenorphine-Naloxone Treatment for Opioid Dependence in Primary Care. J Gen Intern Med. junio de 2012;27(6):669-76.

44. Abuse NI on D. Principios de tratamientos eficaces [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces

45. portadilla.qxd - lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

CONFIDENCIAL

Contenido Sección III: Marco político y normativo frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

Marco político y normativo frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia ..14343

Descripción cronológica del consumo de drogas en el país y el papel del Estado…….143

Marco normativo nacional. ……147

Normatividad relacionada con el consumo de SPA. 148

Normatividad relacionada con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y tratamiento por consumo SPA 150

Normatividad frente a la prestación de los servicios en salud por consumo de SPA 159

Fallos de la Corte Constitucional……...161

Marco global internacional…….162

Bibliografía. 167

CONFIDENCIAL

SECCIÓN III

Marco político y normativo frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

La sección III da cuenta de los antecedentes normativos y legales de la política pública del Estado colombiano para intervenir el asunto del consumo de drogas en Colombia. Se revisa y categoriza toda la normatividad vigente relacionada con este tema.

Descripción cronológica del consumo de drogas en el país y el papel del Estado

El consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, el cual ha tomado relevancia en los últimos treinta años a nivel mundial y en Colombia[22], lo que ha implicado que el Estado colombiano transite hacia las propuestas de abordaje que buscan la atención integral en salud y minimizar los efectos del impacto en la calidad de vida y salud el nivel individual y colectivo, transformado su postura que treinta años atrás estaba fundamentada en la criminalización y sanción frente al consumo.

El tema del consumo de sustancias psicoactivas ha sido un fenómeno que tiene larga trascendencia en el país, pero que toma importancia a nivel internacional alrededor de los años setenta cuando el fenómeno del narcotráfico se visibiliza como un problema mundial por el incremento del consumo de drogas, que fue reconocido por Estados Unidos, momento en el cual se enmarcó a Colombia como un país productor, lo que hizo que en el país se adoptaran medidas represivas por considerar el cultivo como un delito de importancia mundial.

El estigma internacional que marcó a Colombia por estos años ejerció presión sobre cada periodo de gobierno, generando acciones enfocadas a medidas represivas, en un intento por erradicar la producción en el territorio nacional concentrando gran parte de sus acciones en los programas de eliminación de cultivos y destrucción de laboratorios, con un amplio respaldo de Estados Unidos.

La lucha por la dominación del territorio nacional, sobre todo en las zonas más apartadas del país –que tenían grandes potencialidades para el cultivo– agudizó en Colombia el fenómeno del desplazamiento forzado de las poblaciones que se asentaban en las áreas rurales, a causa

[22] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas. Diario Oficial 48508 (Jul. 31 2012)

CONFIDENCIAL

del conflicto armado marcado por la dominación del territorio. Se estima que aproximadamente durante la década de los ochenta, unas trescientas mil familias fueron desplazadas por la violencia, migrando hacia los centros urbanos, como ciudades capitales departamentales y principalmente a Bogotá.

La participación en el negocio de los cultivos ilícitos se convirtió para esas familias en la única alternativa de supervivencia. No pueden cultivar otros productos agrícolas, pues esas tierras recuperadas a la selva suelen ser un "desierto verde", pero si logran cultivar otras cosas, no pueden venderlas, pues no hay carreteras y los otros medios de transporte son tan caros que, en lugar de recibir alguna ganancia, tendrían que perder sumas enormes[23].

"Los cultivos de uso ilícito alimentan de forma importante los ingresos de los grupos insurgentes y su capacidad bélica, ampliando y degradando de manera significativa la violencia en el país. En este sentido, el control del cultivo y del comercio es también objeto de disputas y genera sangrientos enfrentamientos que ocasionan de un lado el cambio de vocación de campesinos e indígenas (de agricultores a raspachines) y del otro el desplazamiento de miles de ellos."[24]

Esto hizo que el fenómeno del narcotráfico tuviera su máximo desarrollo en la década de los ochenta y con la aparición de los carteles de Medellín y Cali específicamente inician su escalada terrorista a lo largo y ancho del país. Según algunos investigadores, hacia 1993 los carteles habían comprado cerca de tres millones de hectáreas de las mejores tierras, en 250 municipios del país, entre un total nacional de 8 millones de hectáreas de tierra con buenas capacidades agrícolas. Esto explica un poco la estrecha relación entre el narcotráfico y la violencia, pues la mayoría de esas tierras estaban ubicadas en zonas con presencia guerrillera, y por ello los narcotraficantes decidieron apoyar a los escuadrones paramilitares de la muerte,

CONFIDENCIAL

[23] Restrepo JD. La guerra contra el primer eslabón de la coca. El Espectador. 1996 ago. 18; pg. 6 A.

[24] Bello, M. El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. Revista Globalización, migración y derechos humanos. 2003. [Consultado 2014 Mayo 26]. Disponible en:http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/613/1/RAA-07-Bello-El%20desplazamiento%20forzado%20en%20Colombia.pdf.

con el fin de expulsar de esas zonas a los insurgentes. El resultado visible ha sido el escalamiento sin precedentes de la violencia política a partir de 1985[25].

El Plan Colombia, una estrategia diseñada por el Departamento de Estado de Estados Unidos para el gobierno de Pastrana (1998-2002) que tenía como eje la "lucha contra la droga", que pretendía aportar a la solución de casi todos los problemas sociales y políticos de Colombia. Sin embargo, cuando el debate llegó al Congreso de Estados Unidos, el senador Wellstone, de Minnesota, demostró, mediante estudios de la misma Rand Corporation, que era 23 veces más efectivo, para disminuir el consumo de drogas, invertir en el tratamiento médico psiquiátrico a los consumidores, que en la represión en países productores[26].

En términos del consumo en el país, de acuerdo con el documento de Lineamientos para una Política Pública frente al Consumo de Drogas, publicado por la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en el año 2013, como ha sucedido en casi todos los países de la región, el consumo de drogas en Colombia ha venido en aumento en los últimos años. Entre 1996 y 2008, el porcentaje de personas que respondió haber consumido alguna droga alguna vez en su vida aumentó del 5% al 8.7%. Para algunas drogas como el basuco el aumento fue menor (31%), y para otras como la cocaína el aumento fue mucho mayor (119%)"[27].

En este mismo sentido, al igual que en la mayoría del resto de países del mundo, para el caso colombiano la edad de inicio del consumo de drogas continúa en descenso; es decir cada vez el consumo se inicia a edades más tempranas. Mientras que para la cohorte de personas nacidas entre 1950 y 1956 la edad de iniciación de alguna sustancia ilegal era a los 24 años, para la cohorte de individuos nacida entre 1978 y 1984 la edad de inicio promedio disminuyó a los 17 años[28], lo que evidencia claramente que el consumo no está desligado de la producción.

CONFIDENCIAL

[25] Giraldo, J. Droga y Conflicto Social en Colombia. Publicado en http://www.javiergiraldo.org/spip.php?article85. 2004.

[26] Amendment to the Foreign Operations Appropiations Bill (S.2522), del Senador Paul Wellstone (Demócrata de Minnesota) en mayo 2000. Cfr. Web page: http://cipoline.org/colombia/aid/congress.htm

[27] Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Bogotá, 2013.

[28] Ídem.

En congruencia con lo anterior, el Diario Estadounidense The Washington Post, que en el 2015 publica un artículo en el cual señala que Colombia incrementó en un 44% sus cultivos ilegales en ese año, convirtiéndose nuevamente en el país con mayor producción de cocaína; asociando que dicho crecimiento se debió a la suspensión de la fumigación de los cultivos, lo cual señalaría un revés para el apoyo por parte de Estados Unidos que desde el Plan Colombia hacia los inicios del año 2000 ha invertido más de unos 9 mil millones de dólares en este plan.

Este hecho se presenta en un momento crucial para Colombia, pues el proceso de las negociaciones de paz con las Farc se encuentra en una etapa próxima a la firma del acuerdo de paz, lo que podría tener una incidencia frente a la acción que Estados Unidos podría tener en la lucha contra las drogas.

Este diario señala además que Colombia únicamente estuvo dos años por debajo del primer lugar, pero que en el 2015 y en adelante las cifras tengan una tendencia al ascenso. Por otra parte, el medio norteamericano señala que funcionarios colombianos y de ese país coincidieron al afirmar que una de las razones para dicho crecimiento tiene que ver con la proximidad a la firma final del proceso de paz y la ayuda que prometió el presidente Santos de sustituir cultivos de coca por unos legales[29].

A partir de estos antecedentes se puede entender que en Colombia este fenómeno se ha transformado en los últimos treinta años, pasando de ser catalogado internacionalmente como un país productor, a un país en el cual el consumo es una realidad latente y en incremento actualmente.

El hecho de que las iniciativas del Gobierno nacional entre las décadas de los ochenta y noventa se hayan centrado en las acciones de criminalización frente a la producción de drogas y cultivos ilícitos en el país, probablemente generó que el tema del consumo fuera de la agenda pública durante este periodo; y quizá hacia finales de los 90 e inicios del 2000, se evidencia que desde el Gobierno nacional y específicamente desde el Ministerio de Salud, se empieza a entender que este fenómeno afecta la salud y calidad de vida de la población y por

[29] Colombia es el mayor productor mundial de cocaína, según The Washington Post. Juan Diego Cartagena Ortega. Publicado el 11 de noviembre de 2015 en: http://www.elcolombiano.com/colombia/colombia-mayor-productor-de-cocaina-del-mundo-AD3104200

CONFIDENCIAL

tanto se empiezan a tomar medidas frente a las formas de prestar los servicios y la búsqueda de estrategias de atención integral en salud a los consumidores de sustancias psicoactivas.

Desde este panorama se evidencia que en nuestro país ha existido tradicionalmente una tendencia que ha tratado controlar la oferta, criminalizando al consumidor, lo cual no ha tenido efectos positivos en la mitigación de la problemática. Sin embargo en los últimos años el país está utilizando estrategias de abordaje desde enfoques del desarrollo humano, sociales y sanitarios que puedan potenciar la garantía del derecho a la salud.

En el reconocimiento de ese escenario frente al consumo, se han evidenciado algunos cambios en la forma de abordar el tema y más desde la salud, lo que ha exigido promover la atención integral para que además de generar respuestas oportunas y efectivas desde el plano individual de los consumidores, también se realicen acciones en torno a promover la calidad de vida y salud de las comunidades, en el entendido de que el comportamiento del consumo de SPA no solamente implica riesgos para quien consume, sino que también los provoca para su entorno familiar y las comunidades que hacen parte de él.

Entendido así, el Ministerio de Salud y Protección Social ha evolucionado hacia a una postura crítica frente a la búsqueda de alternativas reales para el abordaje de dicha problemática desde unos enfoques social, sanitario y de derechos en el marco de la atención y respuesta en salud.

Marco normativo nacional.

Desde la revisión del marco político y normativo se evidencia que se cuenta con varios elementos que históricamente han marcado el camino y la evolución del país en el tema del consumo de sustancias psicoactivas y las acciones desde salud encaminadas al tratamiento integral, frente a lo cual se presentan los aspectos más importantes de cada uno de ellos, presentados cronológicamente.

A partir de este punto de vista, para realizar el análisis del marco normativo y político de referencia a nivel nacional, se plantea su agrupación teniendo en cuenta las características de la normatividad, de acuerdo a la relación establecida con el consumo: así

CONFIDENCIAL

Normatividad relacionada con el consumo de SPA

Ley 30 de 1986[30]**.** Esta ley adopta una serie de definiciones en lo referente al consumo. Señala el papel y las funciones del Consejo Nacional de Estupefacientes y los Consejos Seccionales. Reglamenta las campañas de prevención y programas educativos, las campañas de prevención contra el consumo del alcohol y del tabaco. Especifica acciones en lo concerniente al control de la importación, fabricación y distribución de sustancias que producen dependencia. Profundiza sobre los delitos relacionados con el cultivo, tránsito, almacenamiento transporte drogas, entre otros. Delimita los aspectos que dan paso a las contravenciones. Señala el procedimiento para la destrucción de plantaciones y sustancias incautadas. Inicia con la reglamentación sobre tratamiento y rehabilitación de los farmacodependientes señalando que el propósito era el de procurar que el individuo se reincorpore como persona útil a la comunidad.

Decreto 3788 de 1986[31]**.** Realiza unas precisiones en el uso de algunos términos definidos en la Ley 30 de 1986 relacionados con: materia prima o droga de control especial, precursor o sustancia precursora, medicamento y medicamento de control especial, entre otros. Ratifica el papel y las funciones del Consejo Nacional de Estupefacientes y los Consejos Seccionales. Delimita los aspectos relacionados con la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de drogas, medicamentos, materias primas o precursores. Realiza unas especificaciones en torno a los programas educativos y las campañas contra el consumo de alcohol y tabaco.

Ley 124 de 1994[32]**.** Esta ley especifica en la prohibición del expendio no únicamente para menores de 14 años sino que la amplía a todos los menores de edad es decir hasta los 18 años. Además, señala que los establecimientos que expenden licor y los productos deben disponer de la publicidad sobre la prohibición.

CONFIDENCIAL

[30] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 30 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial.

[31] Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 3788 de 1986, por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o estatuto nacional de estupefacientes. Diario Oficial.

[32] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 124 de 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41230 (Feb. 18 1994).

Decreto 1108 de 1994[33]**.** Este decreto especifica acciones en relación con: el código educativo, el Código Nacional de Policía, Ley 18 de 1991, el Código Penitenciario y Carcelario, las normas sobre armas, municiones y explosivos, el Código Nacional de Tránsito Terrestre, el Código Sustantivo de Trabajo y el régimen de los servidores públicos, la prevención integral, el Código Sanitario, entre otros.

Sentencia Nº C-221 de 1994[34]**.** Esta sentencia declara exequible el literal j del artículo segundo de la Ley 30 de 1986 y declara inexequibles los artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986.

La Corte Constitucional señala específicamente en cuanto al literal j del artículo segundo de la Ley 30 de 1986, "también demandado, encuentra la Corte que se ajusta a la Norma Básica, pues constituye un ejercicio de la facultad legislativa inscrito dentro de la órbita precisa de su competencia. Porque determinar una dosis para consumo personal, implica fijar los límites de una actividad lícita (que sólo toca con la libertad del consumidor), con otra ilícita: el narcotráfico que, en función del lucro, estimula tendencias que se estiman socialmente indeseables".

En relación al artículo 51 de la Ley 30 de 1986 que determinaba sanciones para quien lleve consigo para su propio uso o consuma cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, en cantidad considerada como dosis de uso personal, la Corte Constitucional expresa que en la norma citada "hay implícita una discriminación inadmisible para el drogadicto que tiene recursos económicos y para el que carece de ellos, pues mientras el primero puede ir a una clínica privada a recibir un tratamiento con los especialistas que él mismo elija, el segundo se verá abocado a que se le conduzca a un establecimiento no elegido por él, con todas las connotaciones de una institución penitenciaria". En tal sentido, es declarado inexequible.

En el mismo sentido el artículo 87 de la misma ley señalaba que "las personas que, sin haber cometido ninguna de las infracciones descritas en este estatuto, estén afectadas

[33] Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1108 de 1994, por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Diario Oficial, 41.375 (Jun. 1 1994).

[34] Colombia. Sala Plena de la Corte Constitucional. Sentencia C-221, despenalización del consumo de la dosis personal. Bogotá, 1994.

CONFIDENCIAL

por el consumo de drogas que producen dependencia, serán enviadas a los establecimientos señalados en los artículos 4 y 5 del Decreto 1136 de 1970, de acuerdo con el procedimiento señalado por este decreto".

Ley 745 de 2002[35]**.** Esta ley sanciona a quienes consuman estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia en presencia de menores de edad, igualmente en establecimientos educativos o en lugares aledaños a los mismos. También especifica que cuando el autor de tal contravención sea un menor de edad, este podrá ser sometido a tratamiento de rehabilitación y desintoxicación a cargo del Estado, a solicitud de los padres o custodios y previa evaluación del Defensor de Familia, conforme al procedimiento previsto en la Ley 124 de 1994.

Normatividad relacionada con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y tratamiento por consumo SPA

Ley 100 de 1993[36]**.** Esta ley específicamente en el artículo 165 expresa que es potestad del Ministerio de Salud la definición de un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el plan obligatorio de salud que debe estar constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias sicoactivas, entre otras.

Resolución 003 de 1996[37]**.** El objeto de esta resolución es la coordinación y la formulación de programas y proyectos que permitan ejecutar acciones de prevención del consumo de sustancias que produzcan dependencia, a nivel de cada división política administrativa, al tiempo que fijó como coordinador del Sistema a la Dirección

CONFIDENCIAL

[35] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 745 de 2002, por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia. Diario Oficial, 44872 (Jul. 19 2002).

[36] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Marco General del Sistema General de Seguridad Social. Diario Oficial, 41.148 (Dic. 23 1993).

[37] Colombia. Consejo Nacional de Estupefacientes. Resolución 003 de 1996, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Estupefacientes. Bogotá, 1996.

Nacional de Estupefacientes, para lo cual se contará con los Consejos Seccionales de Estupefacientes y los Comités Locales de Prevención.

Ley 797 de 2003[38]**.** Esta ley señala específicamente en el artículo 9 algunas claridades o condiciones para las pensiones en madre y/o padres que tengan hijos con condiciones mentales, así: "La madre trabajadora cuyo hijo menor de 18 años padezca invalidez física o mental, debidamente calificada y hasta tanto permanezca en este estado y continúe como dependiente de la madre, tendrá derecho a recibir la pensión especial de vejez a cualquier edad, siempre que haya cotizado al Sistema General de Pensiones cuando menos el mínimo de semanas exigido en el régimen de prima media para acceder a la pensión de vejez". Este beneficio se suspenderá si la trabajadora se reincorpora a la fuerza laboral. Si la madre ha fallecido y el padre tiene la patria potestad del menor inválido, podrá pensionarse con los requisitos y en las condiciones establecidas en este artículo.

Ley 1098 de 2006[39]**.** En el artículo 20 se consideran los derechos de protección de niños y niñas, dentro de los que se contempla la protección contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización. Igualmente en el artículo 27 dice los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. Define la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

CONFIDENCIAL

[38] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 797 de 2003, por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales. Diario Oficial, 45.079 (Ene. 29 2003).

[39] Colombia. Congreso de la República de Colombia, Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia, cuyo objeto es establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Diario Oficial, 46.446 (Nov. 8 2006).

Ley 1122 de 2007[40]**.** En el artículo 33 esta ley señala que el Gobierno nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar; y específicamente en el literal k indica que el plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio; y más adelante en el parágrafo 3 de este artículo señala que el ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto - 2007[41]**.** Esta política surge a partir de la necesidad de evidenciar el fenómeno del consumo del alcohol y otras sustancias entendiendo el impacto negativo para el desarrollo humano de la sociedad. Plantea la necesidad de articular acciones en aras de ejercer un control sobre la mayoría de factores y variables que dan origen al problema. Y propone la optimización en la utilización de los recursos financieros y técnicos para potenciar el bienestar y garantizar el derecho de todos y todas al acceso a las acciones. Se estructura a partir de cuatro ejes: prevención, mitigación y superación de los factores y riesgos al consumo de SPA. En estos términos se define como finalidad, la reducción de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en el país, al igual que mitigar el impacto negativo en la sociedad, a través de la oferta de respuestas integradas, participativas, corresponsables, efectivas y eficaces frente al consumo de SPA.

CONFIDENCIAL

[40] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46506 (Ene. 09 2007).

[41] Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, que tiene por objetivo reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Bogotá, 2007.

Acto Legislativo 002 de 2009[42]**.** Permite el uso de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos. Específicamente señala que el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. Ante esta declaración, a través de la Sentencia C-574 la Corte Constitucional se declara inhibida. Este acto legislativo fue declarado exequible de manera condicionada únicamente frente al cargo examinado y de conformidad con las consideraciones expuestas mediante sentencia de la Corte Constitucional C-882 de 2011.

Ley 1453 de 2011[43]**.** Esta ley avanza en la adopción de varias medidas preventivas para esta población, destacándose en la reglamentación para que los Centros de Atención Especializada incluyan programas pedagógicos y de rehabilitación para los adolescentes que estén internos y que tengan problemas de drogadicción. De otro lado también promueve que en las entidades y establecimientos públicos en el marco de los COPASO - Comités Paritarios de Salud Ocupacional se incluyan talleres que concienticen a los funcionarios en los factores protectores para la prevención del consumo de alcohol y SPA para disminuir los riesgos laborales asociados.

Acuerdo 029 de 2011[44]**.** Este acuerdo establece algunos términos en la atención de trastornos mentales que incluyen los relacionados con consumo y abuso de SPA. Señala que el POS incluye la atención de urgencias de pacientes con trastornos mentales, en el servicio de urgencias y observación, la cual es cubierta las primeras 24 horas en el evento en que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familias y comunidad. También expresa que en cuanto a la atención en salud mental, el POS debe cubrir la

[42] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Acto Legislativo 002 de 2009, por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Diario Oficial, 47570 (Dic. 21 2009).

[43] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1453 de 2011, por medio de la cual se reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad. Diario Oficial, 48110 (Jun. 24 2011).

[44] Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 del 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 del 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá, 2011.

CONFIDENCIAL

atención ambulatoria con psicoterapia, independientemente de la fase en la que se encuentre la enfermedad incluyendo hasta treinta sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario; hasta treinta terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría psicología durante el año calendario. En el caso de la internación para manejo de la enfermedad por salud mental, cubre hasta noventa días, a los que podrá sumarse una o más hospitalizaciones.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021[45]**.** Este plan incluye en las dimensiones prioritarias de la salud la convivencia social y salud mental, en la que a su vez contempla el componente de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia, en el cual se señala como uno de sus objetivos el fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes; en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos. Al igual que se incluyen metas específicas para la reducción del consumo de SPA.

Decreto 0319 de 2012[46]**.** En resumen, en este decreto se reglamenta el Fondo de para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado –FRISCO– En virtud de que la Ley 1566 del 2012 en su artículo segundo, parágrafo 3 establece la oportunidad de presentar propuestas "para el fortalecimiento de los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional, establecidos en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto".

CONFIDENCIAL

[45] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Bogotá, 2013.

[46] Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 0319 de 2012, por el cual se adiciona un numeral 21 al artículo 6 y se modifica el inciso primero del parágrafo segundo del artículo 30 del Decreto 3183 de 2011, y se adiciona un parágrafo transitorio al artículo 10 del Decreto 1170 de 2008. Bogotá, 2012.

Acuerdo 031 de 2012[47]**.** En este acuerdo, en términos de la atención en salud mental, las coberturas se duplican: la internación total o parcial (hospital día) debe cubrirse hasta por ochenta días al año; la psicoterapia de tipo ambulatorio individual ya sea por psiquiatría y psicología debe cubrirse hasta por sesenta sesiones en el año calendario, independiente de la fase de la enfermedad en la que se encuentre; y la psicoterapia de tipo ambulatorio, grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y psicología debe cubrirse hasta por sesenta sesiones en el año calendario, independiente de la fase de la enfermedad en la que se encuentre.

Ley 1566 de 2012[48]**.** Esta ley tiene como objeto la protección y garantía de los derechos de los consumidores de SPA en aras de garantizar una atención integral en aras de fortalecer la calidad de vida y salud. En esta ley se reconocen muchos avances. En primer lugar, existe un reconocimiento de lo que significa el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, como un asunto de salud pública. En ese sentido, la ley ordena la atención integral como una enfermedad, frente a lo cual vincula a todos los actores del sistema en las acciones de atención y prevención. También señala que el Estado representado por el Ministerio de Salud y Protección Social debe adoptar las políticas públicas correspondientes. En este propósito le ordena a la Comisión de Regulación en Salud - CRES incorporar a los Planes Obligatorios de Salud el tratamiento integral pertinente y necesario, que incluya atenciones y medicamentos, en un término inferior a un año; para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán estar a cargo de la atención al consumidor de las sustancias psicoactivas, quienes deberán registrar el consentimiento informado previo al tratamiento. Finalmente señala que, las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales deben implementar a su vez programas de promoción y prevención.

CONFIDENCIAL

[47] Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 031 de 2012, por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo número 29 de 2011. Diario Oficial, 48439 (Mayo. 23 2012).

[48] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Diario Oficial, 48508 (Jul. 31 2012).

Uno de los grandes avances desde el Congreso de la República lo constituye la expedición de la Ley 1566 de 2012, que además de garantizar la atención integral a personas que consumen SPA para adquirir mejores condiciones de vida, es una oportunidad para que el talento humano en salud que labora en el campo de la atención a personas consumidoras, adquieran herramientas frente a pautas de intervención.

La atención integral comprende intervenciones, procedimientos clínicos-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades con el propósito de que las personas que han padecido enfermedades mentales o derivadas del consumo, adicción y abuso de SPA puedan acceder a los servicios en salud, incluyendo las fases de: educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Ley 1616 de 2013[49]**.** El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De otro lado, puntualiza las acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Define las funciones del Consejo Nacional de Salud Mental destacando que la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. También define el Observatorio Nacional de Salud, entre otras.

Plan Nacional de Promoción de la Salud y Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021[50]**.** Nace a partir del esfuerzo e interés desde los

[49] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 48680 (Ene. 21 2013).

[50] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Justicia y del Derecho. Plan Nacional de Promoción de la Salud y Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, cuyo objetivo es reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades

CONFIDENCIAL

ministerios de Salud y Protección social y Ministerio de Justicia y del Derecho que permitiera que el país avance en términos de generar un plan que incorpore la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas. Este plan tiene por objetivo reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública. También plantea acciones de articulación entre los diferentes actores y sectores incluyendo al sector público, privado y comunitario.

Ley Estatutaria 1751 de 2015[51]**.** El objeto de esta ley es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley promulga las funciones del estado en torno a la garantía y el goce por el derecho a la salud, los elementos y principios del derecho a la salud, derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud, la garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, entre otros.

Resolución 4678 de 2015[52]**.** Esta resolución tiene como objeto adoptar la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, en los Anexos Técnicos 1 "Manual de Uso" y 2 "Lista Tabular", los cuales forman parte integral de la misma. Igualmente, definir los mecanismos para su actualización periódica y establecer la obligatoriedad de su aplicación en todo el territorio nacional. En el anexo 2 de esta resolución se incluye en el capítulo 21 los CUPS para salud mental y en él todos los procedimientos relacionados con la psique.

CONFIDENCIAL

---

afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública. Bogotá, 2014.

[51] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2015.

[52] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4678 de 2015, por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb. 16 2015).

Resolución 5592 de 2015[53]**.** Esta ley ratifica que el plan de beneficios deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud –EPS– o las entidades que hagan sus veces, a sus afiliados en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Esta resolución señala específicamente en el capítulo V indica las atenciones en salud mental, entre las que se encuentran: atención en urgencias, atención de psicoterapia ambulatoria para población general, atención de psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia, atención con internación en salud mental para población general y atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia.

En estos mismos términos, este documento contiene las especificidades de atención en salud mental de acuerdo a los grupos de edad que se establecen en dicha resolución.

Resolución 0429 de 2016[54]**.** El objetivo de esta resolución está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. Esta política específica dentro de los grupos de riesgo y para eventos a la población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, entre otras.

Entendiendo el problema en sus dimensiones: política, social, económica, cultural, entre otras, el Ministerio de Salud y Protección Social ha evolucionado hacia a una postura crítica frente a la búsqueda de alternativas reales para el abordaje de dicha problemática desde unos enfoques social, sanitario y de derechos, respaldándolo en el plano político y normativo.

CONFIDENCIAL

[53] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015, Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2015.

[54] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS. Bogotá, 2016.

Resolución 3202 de 2016[55]**.** En esta resolución, se incorpora en el artículo 6. Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, en el numeral 6.2 Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, y específicamente en la ruta número 4. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Además, explica la adaptación de las rutas integrales de atención en salud, en los ámbitos territoriales urbano, de alta ruralidad y con población dispersa, así como a los diferentes grupos poblacionales. También señala las responsabilidades de los integrantes del sistema para la operación de las RIAS.

Normatividad frente a la prestación de los servicios en salud por consumo de SPA

Resolución 0014 de 2003[56]**.** En esta resolución se especifican los miembros integrantes de dichos consejos, al igual que se establece que la asistencia a estos espacios es indelegable.

Resolución 1315 de 2006[57]**.** Esta ley tiene por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma. Esta resolución también incorpora algunas definiciones destacando la de modelo o enfoque de atención, entendida como el conjunto de orientaciones terapéuticas en que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios.

CONFIDENCIAL

[55] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2016.

[56] Colombia. Consejo Nacional de Estupefacientes. Resolución 0014 de 2003, Por la cual se reglamenta la integración de los Consejos Seccionales de Estupefacientes, los cuales fueron inicialmente creados por la Ley 30 de 1986. Bogotá, 2003.

[57] Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1315 de 2006, por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46332 (Jul. 17 2006).

Resolución 1441 de 2013[58]**.** En esta resolución se definen los servicios de salud, las condiciones de habilitación, los pasos para la habilitación y la verificación del mantenimiento de las condiciones de habilitación. Esta resolución contempla en el grupo de internación el servicio de hospitalización en unidad de salud mental; y en el grupo de otros servicios el de atención al consumidor de sustancias psicoactivas.

Resolución 2003 de 2014[59]. Esta resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Esta resolución incluye en el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, en el cual se contempla la tabla de la estructura de los servicios de salud y en ella se incluye en el grupo de internación los servicios de: hospitalización en unidad de salud mental y el de internación hospitalaria e internación parcial para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas; y en el grupo de otros servicios aparecen: atención al consumidor de sustancias psicoactivas, atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas y atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas.

Ley 1797 de 2015[60]**.** El objeto de esta ley está encaminado a fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Esta ley señala en su artículo 2°, que a partir de la vigencia 2017 los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud se destinará así: el 10% para cofinanciar las acciones en salud pública; hasta el 80% para el componente de Régimen

[58] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2013.

[59] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá, 2014.

[60] Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1797 de 2016, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2016.

CONFIDENCIAL

Subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud, en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta serán distribuidos a las Entidades Territoriales competentes, una vez descontados los recursos para la financiación del Fonsaet según lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013 y un porcentaje que defina el Gobierno nacional para financiar los subsidios a la oferta; esto de acuerdo con los siguientes criterios: a) Población pobre y vulnerable, y b) Ajuste a la distribución entre las entidades territoriales que presenten mayor frecuencia en el uso de los servicios de salud.

Además, especifica que los recursos distribuidos para estos criterios tendrán los siguientes usos: a) Financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y b) Financiación del subsidio a la oferta entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso, entre otros.

Fallos de la Corte Constitucional

En Colombia, en la actualidad existen muchas sentencias de la Corte Constitucional falladas a favor de asumir los tratamientos en salud requeridos ya sean o no POS, al igual que los costos de los servicios de salud no asumidos por el POS, que vienen siendo cada vez más frecuentes otorgando la garantía del acceso a los tratamientos en salud frente al consumo de sustancias psicoactivas; entre estas sentencias se encuentran:

- Año 2000: T-104
- Año 2001: T-406 y T-696
- Año 2002: T-355, T-591 y T-684
- Año 2003: T-137
- Año 2004: T-355, T-744 y T-984
- Año 2005: T-002, T-236 A y T-805
- Año 2006: T-888
- Año 2007: T-648 y T-1007
- Año 2008: T-139, T-144, T-517, T-760 y T-881

CONFIDENCIAL

- Año 2009: T-438
- Año 2011: T-094
- Año 2012: T-355 y T-497
- Año 2014: T-124 y T-153
- Año 2015: T-318

Marco global internacional

De acuerdo al informe mundial sobre las drogas, publicado en el 2015 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, se evidencia que según los datos más recientes con los que se cuenta, en lo que respecta a la producción y el consumo de drogas y las consecuencias que este tiene para la salud, la situación no ha cambiado mucho en términos generales. Las consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivo de preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de los consumidores de drogas problemáticos siguen sin tener acceso a tratamiento[61].

Esta publicación enfatiza que actualmente se evidencia un aumento y que tiene una tendencia internacional en el cultivo de la adormidera y la producción de opio, lo que aún no está siendo tema de interés en el mercado mundial, sin embargo esto es preocupante en el sentido en que este fenómeno tiene implícito el hecho de las organizaciones de grupos delictivos.

Además, incluye que en el mundo existe una tendencia al consumo que se ha estabilizado en los últimos años, sin embargo afirma que uno de cada diez consumidores en el mundo es un consumidor problemático que padece trastornos a causa el consumo de drogas, lo que tiene efectos directos sobre los sistemas de salud pública en el mundo, sobre todo en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y tratamiento de los trastornos asociados con el consumo de drogas.

Sin embargo, se estima que únicamente uno de cada seis consumidores problemáticos de drogas en el mundo tiene acceso a tratamiento en salud, debido al déficit en la prestación de los servicios que existe en la mayoría de países, lo que hace que la atención en salud no sea eficiente y que en ocasiones derive en consecuencias nefastas, ya que hay un número

[61] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2015 resumen ejecutivo. 2015.

CONFIDENCIAL

considerable de personas que pierden la vida por problemas relacionados con el consumo de drogas, como la sobredosis.

Este informe sugiere que el consumo de opiáceos (heroína y opio) se ha mantenido estable a nivel mundial; el consumo de cocaína ha disminuido; mientras que el consumo de cannabis y el uso no médico de opioides farmacéuticos tiene tendencia al aumento, al igual que el número de personas que necesitan tratamiento a causa del consumo de cannabis y el número de personas consumidoras que sufren trastornos relacionados a causa del consumo de cannabis, por lo que se estima que el cannabis puede ser perjudicial. También, se afirma que el número de personas que requiere tratamiento a causa del consumo de estimulantes de tipo anfetaminas también ha aumentado a nivel mundial.

Se enfatiza además en que el consumo de nuevas sustancias psicoactivas está en furor y que hay aproximadamente unas 500 sustancias que están produciendo efectos similares a las sustancias tradicionales, sobre las cuales no existen aún estudios contundentes, pero que se convierten en una amenaza para la salud de los consumidores.

La cocaína sigue siendo la droga que mayor preocupación suscita en América Latina y el Caribe, mientras que el consumo de opiáceos sigue siendo la forma más problemática de consumo en todo el mundo, lo que puede atribuirse a la relación que existe entre el consumo de opiáceos y el consumo de drogas inyectables, el VIH, el SIDA y las muertes por sobredosis, y al hecho de que el consumo de opiáceos engloba la mayor parte de los tratamientos administrados por consumo de drogas en Asia y Europa[62].

También se afirma que muchos estudios cada vez más son contundentes en ratificar el hecho de las acciones de salud pública más eficaces para prevenir la iniciación al consumo de drogas son las que tienen en cuenta los aspectos relacionados con la vulnerabilidad individual y ambiental de niños y jóvenes.

Al igual que lo anterior, los estudios sugieren que existen factores biológicos y sociales que hacen que el inicio del consumo de drogas y los problemas derivados del mismo son diferentes entre hombres y mujeres. Existe una probabilidad en el consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas que es tres veces superior en hombres comparado con las mujeres.

[62] Ídem.

CONFIDENCIAL

Existe una prevalencia considerable de VIH entre consumidores de drogas inyectables, reconociéndose un avance frente a la meta fijada en la Declaración Política sobre VIH y SIDA en la reducción de un 50% de la transmisión de VIH entre consumidores de drogas inyectables para el 2015, sin embargo es poco probable el cumplimiento de la meta.

De otro lado, frente a la oferta de las drogas, este informe establece que si bien la producción de resina de cannabis únicamente se presenta en algunos países de África, Oriente Medio y Asia, la hierba de cannabis se produce alrededor de la mayoría de países del mundo. El cultivo de arbusto de coca del mundo se concentra en América del Sur.

Las regiones en las que se cultivan y se fabrican drogas ilícitas continúan siendo casi las mismas, sin embargo las rutas de los mercados de drogas ilícitas varían de manera constante, lo que es un desafío para las autoridades. África se está constituyendo como una zona de tránsito de heroína afgana que tiene su destino final a Europa principalmente. Igualmente, el océano Índico se ha convertido en un lugar de introducción de heroína afgana en África oriental y meridional.

Además, África sigue utilizándose como zona de reexpedición para introducir cocaína en Europa por el Atlántico, y Europa Oriental se está convirtiendo en una zona de tránsito y de destino. Las cantidades objeto de tráfico son pequeñas, pero ello puede ser un indicio de que el mercado de cocaína está desplazándose hacia el este. África occidental parece haberse consolidado como fuente de la metanfetamina que se introduce de contrabando en Asia oriental y sudoriental por África meridional o Europa[63].

En cuanto a las drogas sintéticas, el mercado a nivel mundial está comandado por las metanfetaminas y algunas nuevas sustancias psicoactivas derivadas de ésta que han aparecido últimamente y que tienen un comercio importante en América del Norte y Europa, especialmente.

Para el caso del éxtasis, los mercados se concentran en Asia oriental y sudoriental y Oceanía; en algunos países europeos el éxtasis se ha reducido sustancialmente, asumiéndose que puede estar siendo sustituido por la mefedrona y otras nuevas sustancias psicoactivas.

De otro lado, en términos del desarrollo alternativo, se evidencia que existen marcadas situaciones de vulnerabilidad que impulsan la producción de cultivos ilícitos marcados por la

[63] Ídem.

CONFIDENCIAL

supervivencia de las familias, que sopesan la durabilidad de los productos, el precio en el mercado, la facilidad de venta, entre otros, concluyéndose que a corto plazo los cultivos ilícitos proveen a los agricultores los medios económicos necesarios para la subsistencia, aunado a la pobreza, escaso control gubernamental en muchas zonas del mundo, ya que los cultivos ilícitos generalmente se producen en zonas marginadas.

En este sentido, desde el desarrollo alternativo se propone que al reducir las condiciones de vulnerabilidad de la población, se puedan ejercer acciones que eliminen los cultivos a partir de la promoción de acciones que fomenten una economía lícita sostenible.

El desarrollo alternativo puede considerarse como un medio para lograr la erradicación de los cultivos ilícitos, a partir de la creación a largo plazo de un entorno propicio para el desarrollo rural; es decir, un proceso destinado a impedir y eliminar el cultivo ilícito mediante la adopción de medidas de desarrollo rural expresamente concebidas con tal fin.

Teniendo en cuenta el contexto internacional frente al consumo de sustancias psicoactivas y los desarrollos nacionales en torno a las agendas políticas de los gobiernos, se puede inferir que es necesario que las estrategias, planes, programas, proyectos y demás líneas de los planes de gobierno deben aplicar enfoques que contemplen el desarrollo alternativo, que no únicamente se fundamenten en la reducción de la oferta a través de medidas represivas o sancionatorias, sino que también incluyan estrategias que reduzcan la demanda, tales como la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, acompañados de la buena gobernanza.

A nivel mundial existe en los últimos años una tendencia marcada en el incremento del consumo de SPA lo cual se replica en Colombia, donde se evidencia que en relación al tema específico del consumo de sustancias psicoactivas desde el marco normativo hay muchos avances en los últimos años en lo concerniente a la atención en salud para los consumidores y abusadores de estas sustancias, lo que también ha tenido una incidencia sobre las agendas políticas de los gobiernos de nuestro país que han ido incorporando el tema como prioritario en sus políticas, planes y programas de gobierno.

Sin embargo en Colombia existe un reto partiendo de reconocer que cada vez es más frecuente el consumo y el abuso de las mismas en la población en general, por tanto se hace necesario que desde el panorama político y gubernamental se analice la posición del país en el tema de la regulación jurídica, teniendo en cuenta la normatividad y los fallos de la Corte

CONFIDENCIAL

Constitucional, al igual que la respuesta específica en salud en términos de cómo el modelo de tratamiento al consumo de SPA contribuye a una verdadera atención integral en salud. Y de otro lado también se analice y se reformule la respuesta desde otros sectores del Gobierno Nacional, que tenga en cuenta los avances internacionales y tendencia mundial en lo relacionado con la regulación internacional en la producción, distribución y consumo.

De otro lado, para el país específicamente se convierte en un reto armonizar el modelo de tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas al proceso de paz que actualmente se adelanta, en el entendido en que este proceso coyuntural marcará un hito en la historia del país y que mucha de la población víctima del conflicto armado en Colombia, requiere de la vinculación al sistema general de seguridad social en salud y la garantía del derecho a la salud.

CONFIDENCIAL

Bibliografía

1. Acto Legislativo 002 de 2009. Congreso de la República de Colombia. Diciembre de 2009.
2. Acuerdo 031 de 2012. Comisión de Regulación en Salud. Mayo de 2012.
3. Acuerdo 029 de 2011. Comisión de Regulación en Salud. Diciembre de 2011.
4. Amendment to the Foreign Operations Appropiations Bill (S.2522), del Senador Paul Wellstone (Demócrata de Minnesota) en mayo 2000. Cfr. Web page: http://cipoline.org/colombia/aid/congress.htm.
5. Bello, M. (2003) El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social, En: Universidad Andina Simón Bolívar, Revista Globalización, migración y derechos humanos. Recuperado de: http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/613/1/RAA-07-Bello-El%20desplazamiento%20forzado%20en%20Colombia.pdf.
6. Decreto 0319 de 2012. Ministerio de Justicia y del Derecho. Febrero de 2012.
7. Decreto 1108 de 1994. Presidencia de la República de Colombia. Mayo de 1994.
8. Decreto 3788 de 1986. Presidencia de la República de Colombia. Diciembre de 1986.
9. Javier Darío Restrepo. Artículo publicado en el diario El Espectador, de Bogotá, el 18.08.96. "La Guerra contra el primer eslabón de la coca" (pág. 6 A).
10. Javier Giraldo M. Publicado en http://www.javiergiraldo.org/spip.php?article85. 23 de noviembre de 2004. Droga y Conflicto Social en Colombia.
11. Juan Diego Cartagena Ortega. Artículo publicado The Washington Post, el 11 de Noviembre de 2015 y reproducido en: http://www.elcolombiano.com/colombia/colombia-mayor-productor-de-cocaina-del-mundo-AD3104200. Colombia es el mayor productor mundial de cocaína.
12. Informe mundial sobre las drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2015.
13. Ley 1453 de 2011. Congreso de la República de Colombia. Junio de 2011.
14. Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia. Diciembre de 1993.
15. Ley 124 de 1994. Congreso de la República de Colombia. Febrero de 1994.
16. Ley 1098 de 2006. Congreso de la República de Colombia. Noviembre de 2006.
17. Ley 1616 de 2013. Congreso de la República de Colombia. Enero de 2013.

CONFIDENCIAL

18. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Congreso de la República de Colombia. Febrero de 2015.
19. Ley 1122 de 2007. Congreso de la República de Colombia. Enero de 2007.
20. Ley 1566 de 2012. Congreso de la República de Colombia. Julio de 2012.
21. Ley 745 de 2002. Congreso de la República de Colombia. Julio de 2002.
22. Ley 797 de 2003. Congreso de la República de Colombia. Enero de 2003.
23. Ley 30 de 1986. Congreso de la República de Colombia. Enero de 1986.
24. Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Bogotá, 2013.
25. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo de 2013.
26. Plan Nacional de Promoción de la Salud y Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014.
27. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Ministerio de la Protección Social. Abril de 2007.
28. Resolución 1441 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2013.
29. Resolución 0014 de 2003. Consejo Nacional de Estupefacientes. Junio de 2003.
30. Resolución 003 de 1996. Consejo Nacional de Estupefacientes. Septiembre de 1996.
31. Resolución 0429 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. Febrero de 2016.
32. Resolución 5592 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Diciembre de 2015.
33. Resolución 4678 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre de 2015.
34. Resolución 1315 de 2006. Ministerio de la Protección Social. Abril de 2006.
35. Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo de 2014.
36. Sentencia C-221. Sala Plena de la Corte Constitucional. Mayo de 1994.

CONFIDENCIAL

Contenido Sección IV: Marco estratégico frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

Marco Estratégico Frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 170

Marco de Referencia……..……170

Situación de salud y el consumo de drogas en Colombia…….……173

Retos del modelo de tratamiento……..……175

Referencias.....177

CONFIDENCIAL

SECCIÓN IV

Marco Estratégico Frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia

La sección IV revisa los planteamientos contenidos en: los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS con el fin de garantizar la armonización del modelo a nuevo marco de política pública en salud.

Marco de Referencia

Para la incorporación del marco estratégico del modelo de tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas para Colombia, se tienen en cuenta los planteamientos contenidos en: los Objetivos del Desarrollo Sostenible - ODS, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, entre otros.

En torno a los objetivos del desarrollo sostenible, en el años 2015 a partir de la congregación de los gobernantes y líderes a nivel mundial, se reunieron en la sede de las Naciones Unidas de Nueva York, para aprobar la agenda para el desarrollo sostenible y el acuerdo sobre el cambio climático, lo que se convierte en un reto global que exige acciones a nivel mundial para avanzar en la nueva agenda, ya que se espera que a partir de los nuevos objetivos de desarrollo sostenible (ODS) se orienten las políticas de desarrollo mundial para los siguientes 15 años.

Los objetivos fueron concertados y definidos por los gobernantes mundiales, tienen en cuenta la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, al igual que la garantía de una vida saludable y la promoción del bienestar para todos para todas las edades y la ampliación de oportunidades educativas para todos los niños y niñas, entre los más importantes y que podrían estar directamente relacionados con el tema del modelo del consumo de sustancias psicoactivas

En este sentido, tal y como se señalaba anteriormente, el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, lo que ha sido así entendido por el Estado colombiano, buscando la atención integral en salud y la minimización de los efectos del impacto en la calidad de vida y salud de la población consumidora y que en

CONFIDENCIAL

los últimos años ha tenido trascendencia en la definición de agendas políticas y planes de gobierno en el país.

De hecho, en el nivel nacional desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se señala la problemática de la salud mental y convivencia social como un tema prioritario para el país. Considerando esta situación, plantea el fortalecimiento del concepto de salud como resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales de los individuos teniendo en cuenta el entorno y la sociedad, a partir del reconocimiento y la incorporación de los enfoques: de derechos, perspectiva de género, ciclo de vida, diferencial y de determinantes sociales de la salud, entre otros.

Este plan define como meta prioritaria alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. En este sentido, las acciones se orientan en tres objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes.

En cuanto a la estructura que se propone, el plan se ordena a partir de unas dimensiones prioritarias, dentro de las cuales se contempla la dimensión de convivencia social y la salud mental, que la define como el "espacio de acción transectorial y comunitario que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia; contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos" (1).

En esta dimensión se delimitan tres objetivos:

a) Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.
b) Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social.
c) Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia.

CONFIDENCIAL

La dimensión de convivencia social y la salud mental se estructura a través de dos componentes: a) Promoción de la salud mental y la convivencia; y b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia. En estas se detallan, objetivos, metas y estrategias tendientes al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

En este mismo sentido, desde el Documento de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS propuesta desde del Ministerio de Salud y Protección Social, se plantea el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, como modelo de país retoma los enfoques de: a) Atención Primaria en Salud - APS; b) Cuidado de la salud; c) Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS; y d) Enfoque Diferencial. Estos buscan la garantía del derecho a la salud.

Específicamente en el componente de la regulación de rutas contenido en el MIAS, se hace explícito que las rutas integrales de atención en salud - RIAS son una herramienta que define a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (2).

Los objetivos sociales de las RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud (2).

El Ministerio de Salud y Protección Social plantea tres tipos de RIAS, que son:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: que se constituye a partir de las acciones que pretenden manejar los riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, a partir de la promoción de entorno saludables en aras del bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones, incluyendo todas aquellas acciones de cuidado que permitan proporcionar desde y hacia el individuo para la promoción de la salud o la recuperación de la misma; y aquellas que se espera que cada individuo autónomamente ejecute para prevenir los riesgos de enfermar o recuperar la salud a causa de una enfermedad.

CONFIDENCIAL

2. Ruta integral de atención para grupos de riesgo: la cual contiene todas aquellas actividades individuales y colectivas que pueden ser llevadas a cabo en los entornos saludables, ya sea por los prestadores primarios o complementarios, las cuales se dirigen a la identificación oportuna y eficiente de los factores de riesgo y sus formas de intervención, con el objetivo de evitar la aparición de condiciones de salud específicas o realizar un diagnóstico y una aproximación adecuada para el tratamiento que esté indicado.
3. Rutas integrales de atención específica: que pretende abordar condiciones específicas de la salud, teniendo en cuenta las actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos saludables, ya sea por el prestador primario o complementario y están dirigidas específicamente al tratamiento, rehabilitación y paliación de acuerdo a la condición de salud de cada individuo.

Desde este contexto se puede entender que el modelo de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas que se propone, debe tener en cuenta los planteamientos propuestos para los tres tipos de rutas, pues las rutas se conciben como una herramienta que define para todos los agentes del sistema de salud, las condiciones indispensables y necesarias para garantizar la atención integral en salud, partiendo de las acciones de cuidado que se esperan que cada individuo realice, al igual que las acciones dirigidas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos propios de su vida cotidiana, al igual que todas aquellas intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de acuerdo a la situación - condición especifica de salud.

Situación de salud y el consumo de drogas en Colombia

En el país existe un acumulado de estudios que muestran el panorama actualizado del consumo de drogas, destacando:

- Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.
- Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013.
- Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011.
- II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia 2012.

CONFIDENCIAL

- Reporte de Drogas Colombia 2015.

Desde este marco situacional, se presentarán los principales resultados y conclusiones en torno a las tendencias actuales del consumo de sustancias psicoactivas - SPA.

En primer lugar se identifica que el país tiene un panorama diverso frente al consumo de drogas; de acuerdo al Reporte de Drogas Colombia del año 2015, mientras que Antioquia y los departamentos del Eje Cafetero tienen los mayores indicadores de consumo más altos para el caso de las sustancias ilícitas, Chocó presenta las mayores tasas de consumo de alcohol.

En todo el país existe el consumo generalizado de sustancias legales como el alcohol y el tabaco. El consumo de alcohol es estable y en términos de utilización casi la mitad de la población general lo consume con alguna frecuencia y de manera preocupante que su consumo ocurre cada vez a edades más tempranas.

Para el caso del consumo de tabaco y cigarrillo se evidencia una tendencia a la disminución, que de acuerdo al estudio de consumo en población general muestra que se pasa de 538.815 nuevos casos de consumo en el 2008 (4.7%), a 258.272 (1.88%) en el 2013.

En lo que hace referencia a las sustancias ilícitas, el consumo de las mismas ha tenido un crecimiento considerable en el país, asociado quizá al crecimiento del mercado. De hecho, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2013, evidencia que la prevalencia de uso alguna vez en la vida de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis o heroína) pasó de 8.8% en el 2008 a 12,2% en el 2013, lo cual podría ser equivalente a que el número de personas que en el país han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida puede ser de alrededor de tres millones.

La marihuana se convierte en la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial y también en el país. En el último año aproximadamente un 87% de los consumidores de sustancias ilícitas consume marihuana o cannabis. En este contexto también se identificó de acuerdo al Estudio de Consumo en Población de 12 a 65 años del 2013, que el “Cripi” es el tipo de marihuana que más se consumió en esta población en el último año, con un 75.1% que reportó el consumo de “Cripi”.

Al profundizar en torno a las características socio demográficas de la población consumidora, se identifica que en el país en el grupo etario de 18 a 24 años que habita en las zonas urbanas el consumo de SPA es mayor en hombres que en mujeres. En lo referente a las características del consumo en los diferentes estratos socioeconómicos, los datos indican que pese a que no

CONFIDENCIAL

hay grandes diferencias para casi todas las sustancias en dichos estratos, existe evidencia de que en los estratos bajos hay tasas más elevadas de abuso y dependencia con respecto a los otros estratos; también se muestra que en cuanto al consumo de cocaína hay mayor proporción de consumidores en los estratos altos; y respecto al consumo de basuco, se identifica en mayor proporción en estratos 1 y 3.

En lo que hace referencia al consumo problemático de drogas, como indicador que determina la demanda proyectada en términos de atención y tratamiento, en el país se estima que el número de personas que tienen este consumo es cercano a las 500.000 personas, lo que se debe tener en cuenta al analizar la capacidad instalada desde el sistema de salud para la atención en salud, al igual que la oferta de servicios disponibles actualmente en el país.

Varios de los estudios en el país coinciden en señalar que en los últimos años ha aumentado el consumo de heroína, asociado al incremento de la demanda del tratamiento que se presentó en varias regiones, que son: Santander de Quilichao, Armenia, Medellín, Pereira, Cúcuta, Cali y Bogotá. Esta situación puede estar propiciada por la producción de amapola en estas zonas del país, distribución y comercialización de la heroína.

De otro lado, el panorama mundial indica la aparición y consumo de nuevas sustancias psicoactivas - NSP. El informe mundial de drogas del 2015 señala la aparición de aproximadamente 450 NSP que no están incluidas en las listas de fiscalización internacional de las Naciones Unidas.

Este fenómeno se replica en el país, identificándose que la mayoría de las NSP son de origen sintético y presentaciones comerciales tales como pastillas. En este punto es importante señalar que los riesgos de estas drogas están en el escaso conocimiento que se tiene frente a los efectos sobre la salud a raíz de su consumo, razones por las cuales desde el Ministerio de Justicia y del Derecho ha iniciado acciones desde el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) para fortalecer los mecanismos de información en la detección de drogas emergentes que permitan tomar medidas al respecto en torno a la vigilancia de la producción de estas drogas.

Retos del modelo de tratamiento

Es importante que en el reconocimiento del consumo de sustancias psicoactivas para el país como un asunto de salud pública, la construcción de un modelo de tratamiento al consumo de SPA tiene algunos retos sobre los cuales se pretende avanzar, entre ellos se destacan:

CONFIDENCIAL

- En primer lugar es importante analizar la posición del país desde las entidades del gobierno en todos los niveles que están ejerciendo actuaciones y acciones para superar los efectos del consumo, en términos de promoción, prevención, atención y rehabilitación entre otros, que ha involucrado las acciones articuladas y coordinadas desde diferentes sectores.
- En tal sentido, es para el Modelo de Tratamiento al Consumo de SPA un reto el trascender hacia la promoción de la salud y la reducción de la carga de la enfermedad, a partir de la garantía en la legitimidad del sistema de salud actual tal y como lo señala la política de atención integral en salud - PAIS, que incida positivamente en los indicadores de incidencia y prevalencia de la enfermedad.
- Así mismo, un aspecto sobre el cual el modelo debe dar repuestas se constituye en cómo se concibe la atención integral en salud y cómo a partir del enfoque de derechos se garantiza el servicio de salud, el cual es un tema álgido del sistema general de seguridad social en salud - SGSSS, en congruencia con lo señalado por el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS.
- En aras de la articulación y actuación en redes integrales de atención en salud - RIAS, de acuerdo a lo propuesto desde el MIAS, se hace necesario que el sector salud establezca la prestación de los servicios en redes integrales en las que se garantice el prestador primario y complementario, pero que a su vez se armonice las acciones de la red pública y la red privada en aras de garantizar la efectividad, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención en salud para los usuarios.
- También es importante que a partir de la comprensión del consumo de SPA como un asunto de salud pública prioritario para el país, se puedan generar procesos sociales y políticos en el país que fortalezcan el posicionamiento político para que el consumo de SPA se vea reflejado en acciones concretas que estén respaldadas por los procesos de política vigentes en el país y sus territorios, pero que además promuevan la inclusión en las agendas políticas del gobierno; y esto a su vez cómo se está proyectando en el marco del proceso de paz.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, 2013.
2. Resolución 0429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Bogotá, 2016.
3. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Dirección Nacional de Estupefacientes (ODC), Ministerio de la Protección Social, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, CICAD/OEA.
4. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013. Ministerio de Justicia y del Derecho (ODC), Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011. Ministerio de Justicia y del Derecho (ODC), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social.
6. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia 2012, Enero de 2013. Observatorio de Drogas de Colombia, Proyecto PRADICAN (Programa Anti-drogas ilícitas en la Comunidad Andina).
7. Reporte de Drogas Colombia 2015. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia (ODC).

CONFIDENCIAL

Contenido Sección V: Alcances y objetivos del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas

SECCIÓN V 179

Alcance y objetivos del modelo .179

Introducción.....179

¿Por qué se hace el modelo? 179

¿Para qué se hace el modelo?180

¿Quiénes usarán este modelo?.....180

¿A quiénes se dirige el modelo? 181

Preguntas clínicas que responde el modelo……..……181

Aspectos de tamizaje e intervención breve…….……..……..182

Aspectos de valoración, ubicación en niveles de atención, y diseño de planes de tratamiento.. ……..……..……..……..……..……182

Aspectos de tratamiento y seguimiento……..……..……183

CONFIDENCIAL

SECCIÓN V

Alcance y objetivos del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas

La sección V presenta el alcance y los objetivos del modelo considerando inicialmente por qué y para qué se hace el modelo, qué población se beneficiará, y quiénes lo utilizarán. Así mismo se plantean las preguntas clínicas que el modelo pretende responder desde la evidencia científica.

Introducción

El modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas es una construcción basada en evidencia científica que oficia como un sistema organizado de prácticas para la atención de personas con diversos grados de consumo de SPA, capaz de ser implementado en Colombia y que contará con un importante nivel de consenso social para su implementación. Con este modelo se busca mejorar la falta de calidad observada en muchas las intervenciones, disminuir la heterogeneidad en la práctica clínica, y evaluar la efectividad de nuevas opciones terapéuticas.

El modelo está dirigido al personal asistencial que realiza tamizaje, brinda cuidados y tratamientos a pacientes con consumo de SPA en los diferentes contextos de atención en nuestro país.

Resulta importante aclarar que el modelo no es una guía de práctica clínica, si bien para su elaboración se utilizará la incorporación de evidencia basada en una búsqueda sistemática de la literatura, las recomendaciones finales surgirán a partir de un consenso formal de expertos, que permita un juzgamiento adecuado de la evidencia que pueda ser incorporada a nuestra realidad.

¿Por qué se hace el modelo?

En la actualidad confluyen diversas circunstancias que determinan la necesidad imperiosa de elaborar un modelo de atención para el consumo de SPA, que dé lineamientos claros a todos los actores que intervienen en la prestación del servicio.

CONFIDENCIAL

La normatividad actual brinda las condiciones básicas para que la atención sea prestada por el sistema de salud bajo los rigores de la evidencia científica, ya que se ha identificado que la práctica actual empleada en el manejo de esta condición no es la más adecuada.

Existen por tanto diversas circunstancias que determinan la necesidad de elaborar el modelo y que reseñamos a continuación:

- Existe una prevalencia importante de los trastornos por consumo de SPA que van en aumento.
- Existe una marcada heterogeneidad en los tratamientos actuales.
- Hay evidencia que indica que la práctica común no es la mejor.
- La elaboración e implementación disminuiría prácticas inefectivas generando ahorro de recursos para el sistema.
- Se da una relación clara con políticas y prioridades nacionales.
- Existe la necesidad de actualizar el modelo de tratamiento existente.

¿Para qué se hace el modelo?

Para dotar al país de un sistema organizado de recomendaciones basadas en evidencia científica para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

¿Quiénes usarán este modelo?

El modelo necesariamente debe conservar congruencia filosófica y operativa con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), por tanto resulta indispensable tomar en consideración conceptos como la rregulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, donde se estipula con claridad quiénes brindarán servicios de atención en todos los niveles.

La gama de personal que utilizará el modelo es variable pero complementaria, está compuesta por el prestador primario (ámbito comunitario) y el personal clínico asistencial (promotores de salud, trabajadores sociales, médicos generales, médicos familiares, psiquiatras, toxicólogos, enfermeros, psicólogos) que realiza tamizaje a personas con uso de sustancias

CONFIDENCIAL

psicoactivas y que brinda tratamiento a pacientes con trastorno por consumo SPA en los diferentes niveles de atención.

¿A quiénes se dirige el modelo?

El modelo establece recomendaciones para el manejo del problema del consumo de drogas dirigidas a la población colombiana con trastornos por consumo de SPA. Sin embargo existen grupos especiales que por sus condiciones particulares ameritan recomendaciones que no pueden ser recogidas por el modelo como la población carcelaria, o los pacientes con trastornos concurrentes mayores (esquizofrenia, trastorno bipolar), o para quienes no se les encontraron recomendaciones puntales en las guías revisadas (niños menores de 10 años).

Si bien el uso de algunas drogas de diseño ya se ha identificado en nuestro país, las prevalencias son muy bajas, así mismo los consumidores de drogas de diseño y drogas emergentes en nuestro país todavía no tienen una caracterización particular. Esto sumado al hecho que el conglomerado de estas sustancias va más allá de los estimulantes tipo anfetamínicos (ETA), hace necesario generar recomendaciones particulares para este tipo de población.

Finalmente los trastornos relacionados con la intoxicación y abstinencia desbordan los alcances de este modelo y esta RIAS, pertenecen a la ruta de trastornos inducidos.

Los grupos excluidos son los siguientes:

- Población Carcelaria.
- Pacientes con trastornos concurrentes mayores. (Esquizofrenia, trastorno bipolar).
- Pacientes en fases agudas del trastorno (intoxicación, abstinencia).
- Consumidores de Drogas de diseño y Drogas emergentes.
- Niños menores de 10 años

Preguntas clínicas que busca responder el modelo

El modelo busca responder las siguientes preguntas clínicas elaborando recomendaciones basadas en evidencia, el algoritmo de formulación de preguntas se basó en la ruta de atención integral - RIAS validada para el país. A continuación encontrará la numeración

CONFIDENCIAL

correspondiente por favor al contestar la encuesta cite la pregunta de acuerdo con el número asignado.

Aspectos de tamizaje e intervención breve

Pregunta Clínica # 1

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embarazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 2

En población general, ¿cuáles programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas han demostrado efectividad?

Pregunta Clínica # 3

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en atención primaria en salud para reducir el consumo?

Aspectos de valoración, ubicación en niveles de atención, y diseño de planes de tratamiento

Pregunta Clínica # 4

En población general, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 5

¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración profunda del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 6

¿Cuáles son los criterios para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 7

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 8

De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

Aspectos de tratamiento y seguimiento

Pregunta Clínica # 9

En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 10

En adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 11

En adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Pregunta Clínica # 12

¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales para el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Pregunta Clínica # 13

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?

CONFIDENCIAL

Pregunta Clínica # 14

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?

CONFIDENCIAL

Contenido Sección VI: Metodología

Metodología……186

Introducción……186

Objetivos del diseño metodológico……187

Objetivo general……187

Objetivos específicos……187

Conformación del grupo elaborador……188

Revisión e imcorporación de la evidencia científica……189

Elaboración y priorización de preguntas .189

Desarrollo de estrategias de revisión de la literatura 194

Diseño e implementación de las estrategias de búsqueda 196

Selección de evidencia 197

Evaluación de la calidad 197

Resultados ..198

Incorporación de la evidencia 202

Referencias……208

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VI

Metodología

La sección VI describe el diseño metodológico empleado para la construcción del modelo, esencialmente dividido en cuatro fases, la primera hace referencia a la conformación del grupo elaborador, en la segunda fase se realiza todo el proceso de búsqueda y consolidación de la información, la tercera fase determina el desarrollo de la validación del modelo por consenso formal de expertos y la socialización del mismo, y la cuarta fase establece la preparación del documento final.

Introducción

La Política de Atención Integral en Salud tiene un marco estratégico y un marco operacional. El marco operacional de la política está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, que exige "(…) poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del sistema de salud con los del SGSSS, direccionen la respuesta del sistema y alinean su regulación". En el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) el eje central son las personas, su bienestar y desarrollo, por esta razón para un manejo integral propone intervenciones que comprenden acciones de promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida. Por esta razón incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad (1).

En la actualidad los modelos de intervención en salud buscan dar lineamientos sólidos que fundamenten las decisiones del personal sanitario basados en la mejor evidencia científica disponible, por esta razón en la elaboración de modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas se han identificado y validado los pasos que van desde la detección temprana hasta el manejo y seguimiento oportuno. Para cada una de las intervenciones propuestas en el modelo, se tuvo en cuenta el desarrollo metodológico propuesto para las

CONFIDENCIAL

Guías de Práctica Clínica (GPC) o el lineamiento técnico vigente, esto con el fin de que sirvan de derrotero metodológico para la incorporación de la evidencia. Las recomendaciones clínicas emanadas de este proceso deben surgir de búsquedas sistemáticas actualizadas que den soporte al modelo.

Objetivos del diseño metodológico

Objetivo general

Desarrollar el marco metodológico del modelo de atención integral de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para Colombia, mediante la revisión sistemática y exhaustiva de evidencia científica.

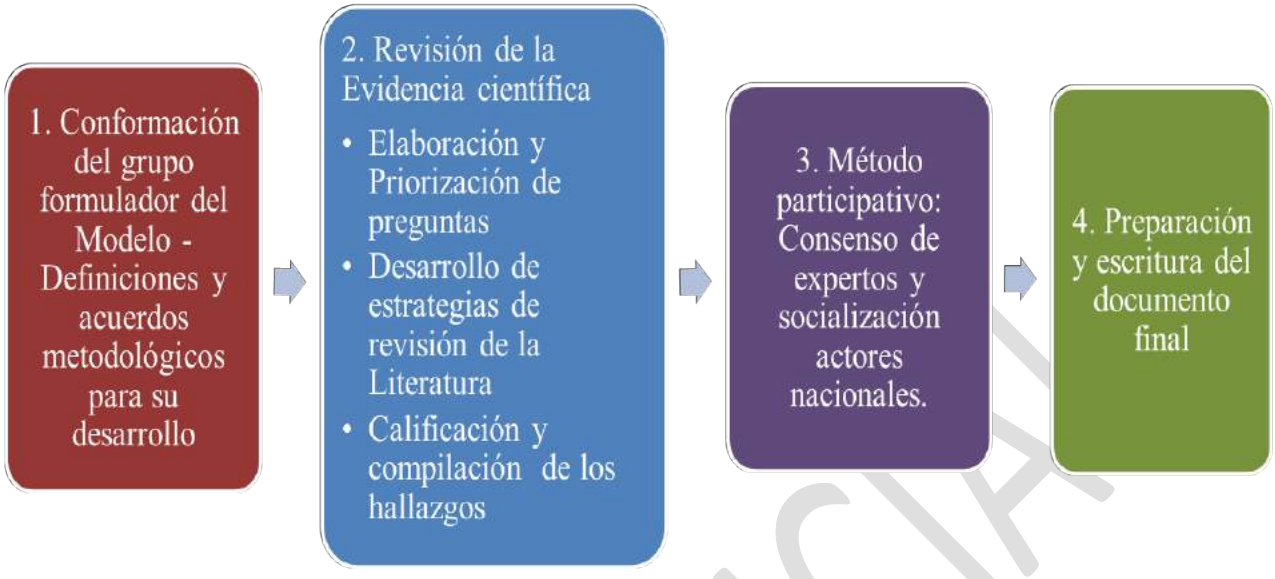
Objetivos específicos

a. Realizar búsqueda sistemática y exhaustiva mediante diversos buscadores.
b. Agrupar y analizar las Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales y documentos técnicos que pueden ser utilizados para dar validez al modelo planteado.
c. Generar las recomendaciones técnicas basadas en búsqueda de literatura que soportan los hallazgos planteados en la RIAS - SPA.
d. Realizar la validación por expertos del modelo de atención integral de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para Colombia, mediante el método DELPHI.

Metodología

Se realizó un proceso dividido en cuatro grandes fases, cada una de ellas utilizó técnicas y procedimientos estandarizados y utilizados dentro del desarrollo de guías y protocolos basados en la evidencia.

CONFIDENCIAL



Fuente: Elaboración de los autores.

Conformación del grupo elaborador

El grupo elaborador del modelo se conformó por un experto en psiquiatra, una experta toxicóloga clínica, una epidemióloga experta en método y un experto en políticas de salud, quienes dieron las directrices técnicas y metodológicas para el desarrollo del modelo de atención integral de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para Colombia, a partir de la ruta integral de atención en salud de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas (RIAS - SPA). Además, el equipo elaborador del modelo, contó con un equipo de apoyo para la construcción de los documentos y trabajo logísticos que llevara al cumplimiento de los objetivos.

Todos los miembros del grupo elaborador, aceptaron la participación en el proceso y diligenciaron y firmaron el formato de conflicto de intereses (ver anexo 1), de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia, artículo 40 conflicto de interés (2) y la guía metodológica para le elaboración de guías (3).

CONFIDENCIAL

Revisión e incorporación de la evidencia científica

Elaboración y priorización de preguntas

Paso 1: Alcance de los Lineamientos para la elaboración del Modelo de Atención Integral para el consumo de SPA.

En el marco de elaboración de los lineamientos, uno de los insumos esenciales fue contemplar los documentos técnicos y científicos de los cuales disponía el país en torno al tema se sustancias Psicoactivas, que fueran de reciente desarrollo y aportaran como línea de base, para la construcción del modelo, estos fueron:

1. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol del Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, elaborada en 2013 por el Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS (4).
2. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia, elaborado en 2012 por Alba et al., (Universidad Javeriana, Instituto Nacional de Cancerología, Fundación Neumológica colombiana) (5).
3. Documento de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Modelo Integrador de Herramientas de Detección Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria en Salud Colombia 2012 (6).

Paso 2: Planteamiento de preguntas a nivel comunitario y asistencial, basado en la ruta integral de atención en salud para trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

El grupo desarrolló un listado de preguntas que se respondieron dentro del proceso de RIAS - SPA (ver figura 1) en aspectos de Atención Primaria y complementaria, inicialmente se establecieron 50 preguntas preliminares (ver anexo 2). Se tomó la decisión de priorizar las preguntas, basándose en puntos críticos como:

1. Poco desarrollo de lineamientos nacionales basados en Evidencia (Guías de Práctica Clínica o protocolos) en el tema específico.
2. Tiempo: El estado del arte de la atención del consumo de sustancias psicoactivas, es complejo y poco explorado en Colombia; su estudio de manera detallada requiere un

CONFIDENCIAL

lapso amplio, por lo tanto fue necesario delimitar y priorizar las dimensiones a desarrollar.

3. Equipo de trabajo y recursos: Existía limitaciones en estos aspectos, para poder recolectar, evaluar, y sintetizar toda la información encontrada.

El ejercicio de priorización se llevó a cabo con el grupo elaborador, los cuales fueron asistidos por los representantes del Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. El modelo de atención buscó dar respuesta a las preguntas, a partir recomendaciones de intervención, basadas en evidencia científica. Después del debate se priorizan 14 (tabla 1) preguntas que se enuncian a continuación:

Tabla Nº 1: Preguntas priorizadas para el modelo

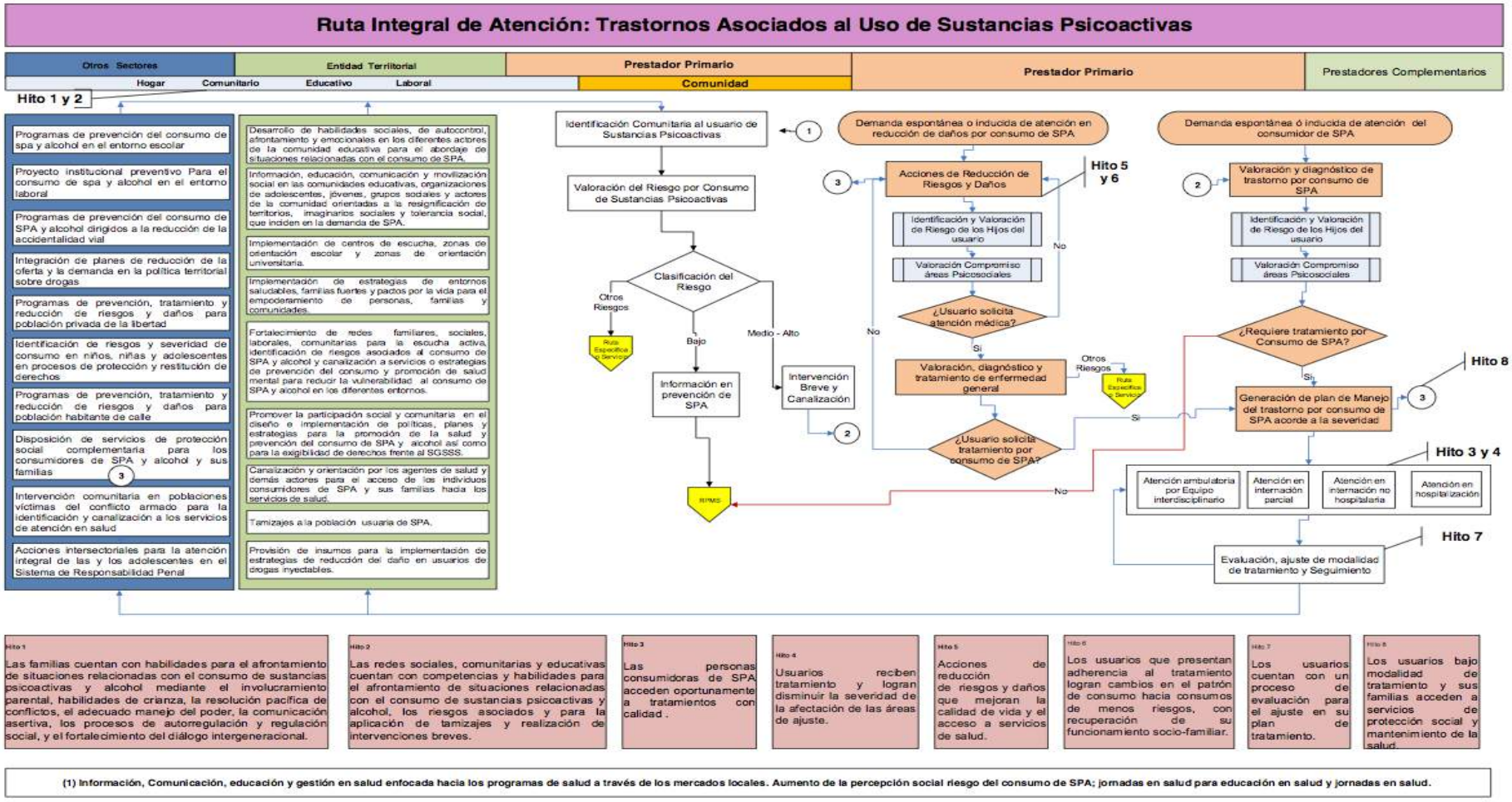
N°.	Pregunta
1	¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embrazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?
2	¿A qué grupo poblacional debe ir enfocado el programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas?
3	En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en atención primaria en salud para reducir el consumo?
4	En población general, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?
5	¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y/o la valoración del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?
6	¿Cuáles son los criterios para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?
7	En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?
8	En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?
9	En adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?
10	En adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

CONFIDENCIAL

11	¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales en el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?
12	En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?
13	En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?
14	De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

CONFIDENCIAL

Figura Nº 1: Ruta de atención integral de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas en Colombia.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud. 2016

Inicialmente se consideró hacer revisión sistemática para cada pregunta, pero, dadas las amplias dimensiones de estas, se replantearon las preguntas mediante la estrategia PICOT, por sus siglas en inglés (paciente, intervención, control, salida y tiempo); el acrónimo PICOT, es ampliamente utilizado para el planteamiento de preguntas para investigación, dado que en la construcción se incluyan los tópicos que deben contener la investigación; igualmente permite determinar el tipo de evidencia científica necesaria para resolverla, además ayuda a mejorar la búsqueda de información por medio de las bases de datos más importantes (7,8); a continuación se muestran los componentes básicos de esta estrategia:

Tabla Nº 2: Estructura componente PICOT

P	Pacientes, población o problema de interés.	Esto incluye una población, paciente, o un problema de salud.
I	Intervención	Condición de estudio, puede ser una intervención en cualquier nivel de atención, una enfermedad, etc.
C	Comparación o control	Es el grupo con el cual se compra la cual no presenta la condición de estudio.
O	Resultado o salida	Es el resultado que se espera obtener.
T	Tiempo	El lapso en el cual se realiza la investigación, o el tiempo en el que se espera el resultado.

Dada la cantidad de información encontrada en relación al tema de interés, y la variabilidad en las poblaciones, se decidió realizar una revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica o protocolos basados en la evidencia en el ámbito mundial, con el objetivo de encontrar el soporte a cada pregunta priorizada. La población objeto para el alcance de las recomendaciones en cada pregunta fue: población adulta, adolescentes y mujeres embarazadas.

Según los criterios de Medicina Basada en Evidencia para jerarquizar la información, en 2001, Haynes postuló la pirámide de la evidencia que contaba con 4 niveles lo cual posteriormente ha evolucionado debido al surgimiento de información más consolidada hasta 6 (9) (ver figura 2). La base de la pirámide la constituyen los estudios originales (ensayos

CONFIDENCIAL

clínicos, estudios de cohortes, estudios caso-control y estudios longitudinales). Cuanto más alto sea el escalón, más válido será el documento y más relevantes sus conclusiones.

Desarrollo de estrategias de revisión de la literatura

Se realizó una búsqueda sistemática, altamente sensible, con el objetivo de identificar Guías de Práctica Clínica y Protocolos Clínicos sobre el tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, se siguieron lineamientos propuestos en el Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (10).

Criterios de inclusión

- Guías o Protocolos basados en Evidencia
- Documento publicado en prensa o Literatura gris

Criterios de exclusión

- No se consideran estudios o documentos en presentación solamente resumen.

Figura 2. Modelo de Evidencia de niveles 6S de Haynes.

CONFIDENCIAL

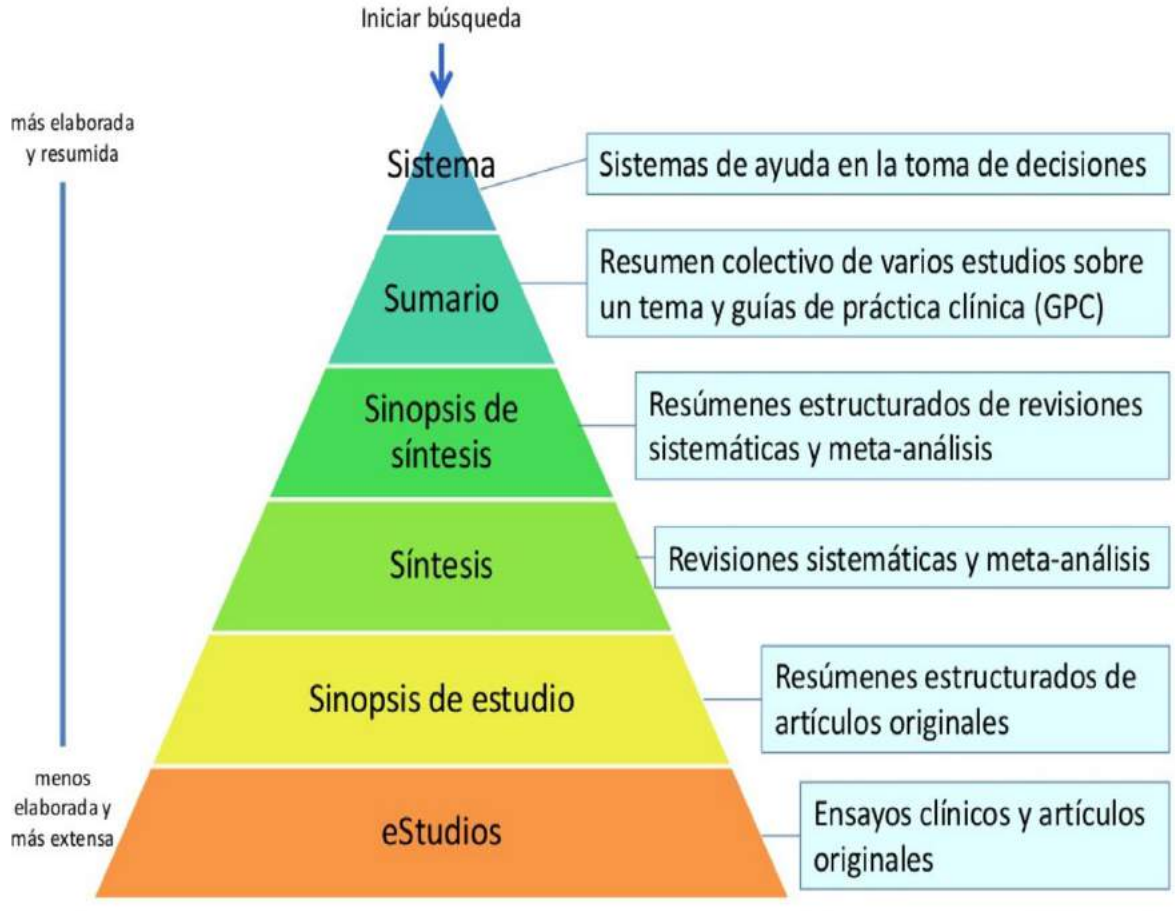


Figura Nº 2: Tomada de Internet: Recursos de información basados en evidencia científica, 12 junio 2014.

De acuerdo con la especificidad temática de la búsqueda, se seleccionaron los siguientes recursos electrónicos como fuente de información:

A. Bases de datos de organismos compiladores de Guías de Práctica Clínica y Protocolos. Según la Guía Metodológica para la elaboración de Guías del Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración de Guías de Colombia, se recomienda realizar y reportar la búsqueda desarrollada en los organismos recopiladores internacionales más importantes (11).

- GIN (Guideline International Network)
- NGC, National Guideline Clearinghouse
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- NZGG (New Zealand Guidelines Group)

- SIGN (Scottish Intercollegiate Network)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- Guía Salud (España)
- Redsalud (Chile)
- Cenetec (México)
- Ministerio Salud y de la Protección Social Colombia
- SAMHSA
- NIDA

B. Bases de datos:

- Medline
- Embase
- Cochrane
- LILACS
- Tripdatabase

C. Bases genéricas:

- Google (inglés y español)

D. Literatura Gris:

- Documentos de Agencias Sanitarias de referencia a nivel mundial.

Diseño e implementación de las estrategias de búsqueda

En un primer paso se identificaron los términos clave de búsqueda (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés (sustancias psicoactivas, guías de práctica clínica, protocolos clínicos). Posteriormente se construyó una estrategia de búsqueda de base, compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, EMTREE y DeCS) y lenguaje libre.

A partir de la estrategia de base, se adaptaron búsquedas para los diferentes recursos, empleando cuando fue posible, expansión de términos, operadores booleanos y de proximidad, etc.

CONFIDENCIAL

Se realizaron búsquedas en los repositorios de guías de práctica clínica y protocolos clínicos, rastreando palabras clave mediante la herramienta "buscar" del navegador de internet, así como también una búsqueda reproducible en Google.

Las búsquedas se realizaron sin restricción de idioma, sin límite en la fecha de publicación en las bases compiladoras de guías. En las bases de datos Biomédicas se realizó filtro de tiempo de los últimos 10 años. Para cada búsqueda se generó una bitácora o reporte, garantizando su reproducibilidad y transparencia. El listado de referencias fue consolidado en una base de datos en Excel (ver anexo 3).

Selección de evidencia

A partir de los resultados de las estrategias de búsquedas diseñadas, se conformó una base de datos de posibles documentos que cumplieran con los criterios antes mencionados. Esta base se entregó a dos revisores, que de forma independiente, a través de la lectura de títulos y resúmenes, realizaron la identificación de los documentos que cumplen con los requisitos. En el caso de existir desacuerdo se consultó una tercera opinión (anexo 4).

Evaluación de la calidad

Los documentos seleccionados se revisaron en texto completo evaluados de manera independiente y pareada por un experto clínico y uno metodológico, con el instrumento AGREE II (Appraisal Of Guidelines For Research and Evaluation) (12). El AGREE II es un instrumento de evaluación de calidad de GPC, mediante siete dominios y veintitrés ítems, se mide las características esenciales con las cuales una GPC debe cumplir. Permite garantizar que las recomendaciones incluidas son válidas interna y externamente y aplicables clínicamente (13) (anexo 5).

Los dominios evaluados comprenden:

1. Alcance y objetivos de la guía de práctica clínica, (ítems 1-3).
2. Participación de diferentes actores en su elaboración, (ítems 4-7.
3. Rigor metodológico en su elaboración, (ítems 8-14).
4. Claridad en la presentación del documento, (ítems 15-17).
5. Aplicabilidad general, (ítems 18-21).

CONFIDENCIAL

6. Independencia editorial del grupo elaborador y aplicabilidad en el contexto colombiano, (ítems 22 y 23).

Para la calificación, se utilizó una escala de 1 a 7, lo cual se expresa en porcentajes en los resultados consolidados.

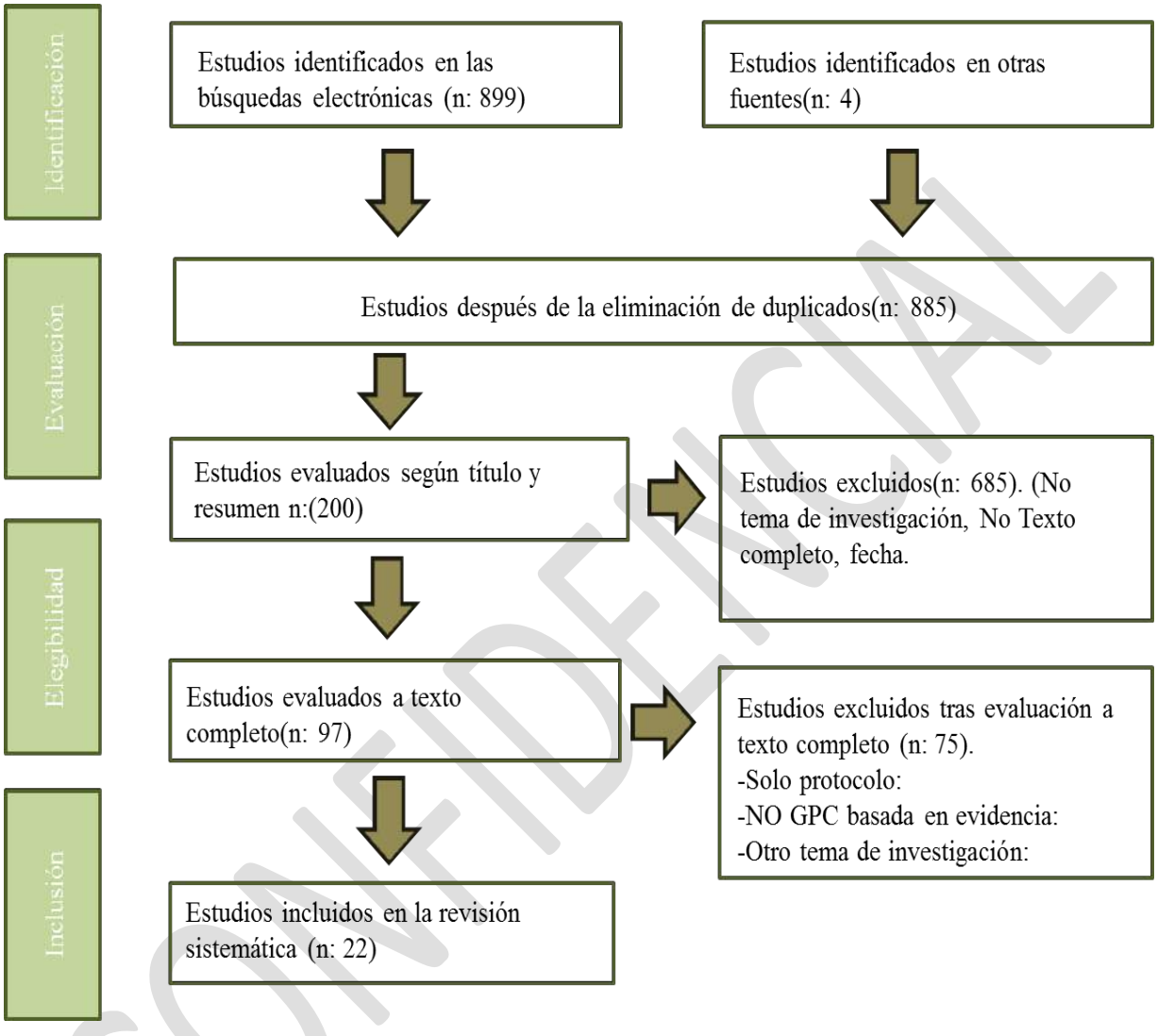
Resultados

Los reportes de búsqueda para cada fuente de información consultada se muestran en el anexo 3, todo el proceso de búsqueda, evaluación, tamizaje, y selección de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas para la evaluación por medio del AGREE II, se describe en la figura 3.

La pregunta dos: ¿A qué grupo poblacional debe ir enfocado el programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas? y 13 En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?, no fueron desarrollas dentro del proceso de búsqueda y revisión de literatura seguido en el presente modelo, dado que grupos alternos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, trabajan exclusivamente en esto dos tópicos de alta importancia para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas en todos los niveles de la prestación de salud en Colombia.

CONFIDENCIAL

Figura Nº 3: Diagrama de flujo proceso de selección de Guías de Práctica Clínica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactiva



Fuente: Elaboración de los autores.

En la tabla 3, se describen los resultados de las guías seleccionadas, para ser evaluadas por medio del método AGREE II, por cada grupo de expertos.

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 3: Guías de Práctica Clínica seleccionadas para el tratamiento del consumo Sustancias Psicoactivas

N°	NOMBRE DE LA GUÍA	PAÍS	IDIOMA	AÑO ACTUAL PUBLIC.
1	Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. Centre for Addiction and Mental Health. NGC:009542 (14).	Canadá	Inglés	2011
2	Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions (NICE) (15).	Reino Unido	Inglés	2007
3	Substance misuse interventions for vulnerable under 25s (This guideline was previously called interventions to reduce substance misuse amon g vulnerable young people). NICE PH4 (2007) - Update 2014 (16).	Reino Unido	Inglés	2014
4	Substance use in pregnancy. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. NGC:008510 (17).	Canadá	Inglés	2011
5	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. United States Preventive Services Task Force. NGC:007207 (18).	USA	Inglés s	2009
6	Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. NGC:010619 (19).	OMS	Inglés	2014
7	Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. 1996 (revised 2013 Oct 15). NGC:009996 (20).	USA	Inglés	2013
8	Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. 1989 (revised 2013 May 14). NGC:009843 (21).	USA	Inglés	2013
9	Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation (22).	USA	Inglés	2015
10	Primary care behavioral interventions to reduce illicit drug and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. 1996 (revised	USA	Inglés	2014

CONFIDENCIAL

	2014 May 6). NGC:010299 (23)			
11	Naltrexone for the management of opioid dependence (TA115) NICE (24).	Reino Unido	Inglés	2007
12	Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence (TA114). NICE (25).	Reino Unido	Inglés	2007
13	Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el 1er nivel de atención (26).	México	Español	2008
14	Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención (27).	México	Español	2012
15	Prevención y detección del consumo de sustancias inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención (28).	México	Español	2013
16	Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol (1).	Colombia	Español	2013
17	Substance Use Disorders - VA/DoD Clinical Practice Guidelines (29).	USA	Inglés	2015
18	Alcohol CPG - Unity Health Insurance (30).	USA	Inglés	2013
19	Clinical guidelines for withdrawal management - WHO Western Pacific (31).	OMS	Inglés	2009
20	Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud.	México	Español	2008
21	Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años" (32).	Chile	Español	2013
22	Drug misuse. Psychosocial interventions National Clinical Practice Guideline Number 51. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (33).	Reino Unido	Inglés	2008

Fuente: Elaboración de los autores.

CONFIDENCIAL

Evaluación de la calidad documentos seleccionados

Las guías fueron evaluadas con el instrumento AGREE II dieron un puntaje por dominio entre 0% a 100%. La siguiente gráfica muestra los resultados consolidados por los evaluadores para cada una de las guías.

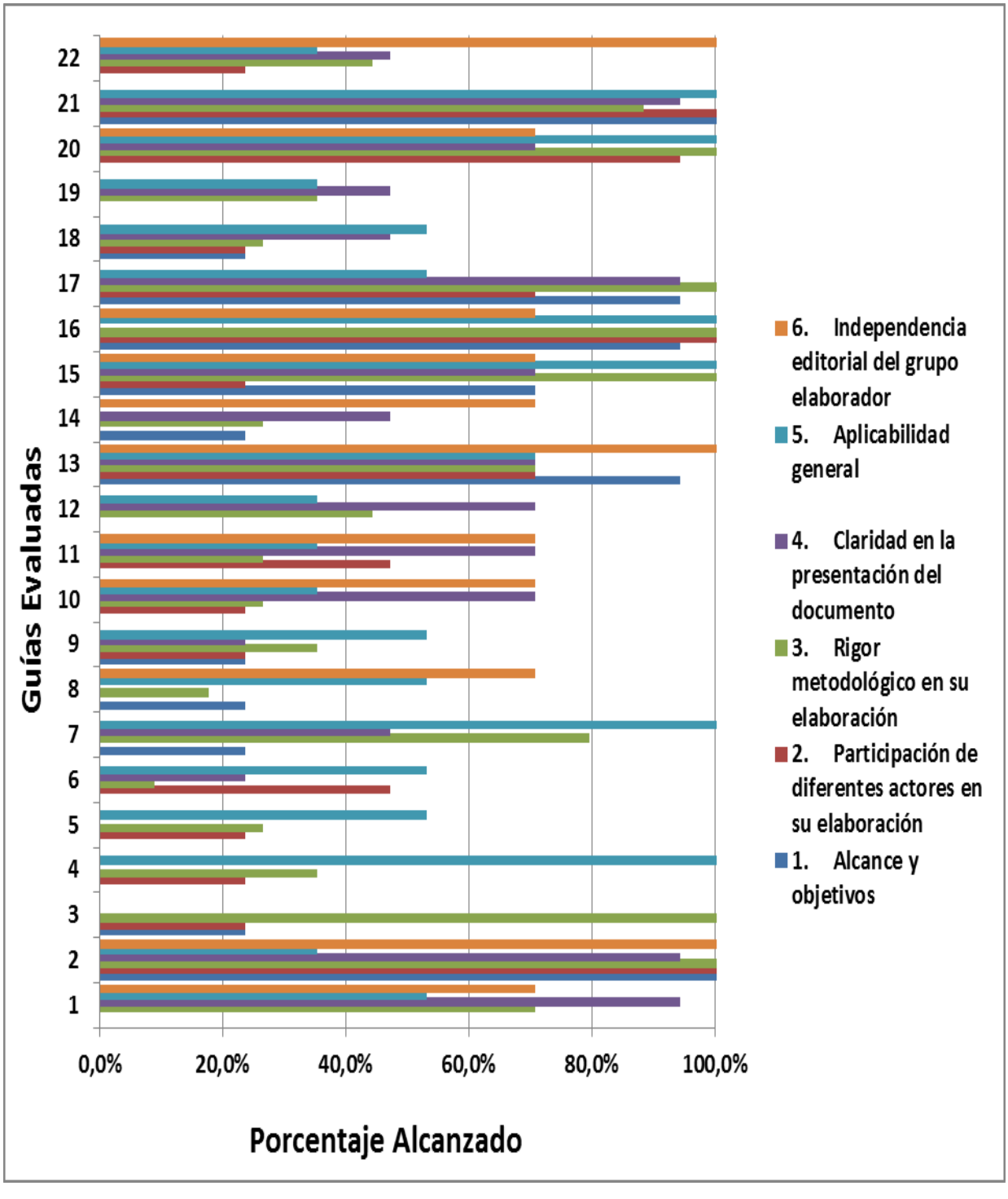
Incorporación de la evidencia

La información de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas se utiliza para responder cada una de las preguntas priorizadas de acuerdo a las recomendaciones establecidas, como no toda la literatura científica publicada, tienen el mismo impacto o valor sobre la toma de decisiones en salud, se hace necesario buscar una equivalencia de los diferentes niveles de evidencia.

Dentro de las Guías seleccionadas se encuentran las escalas descritas en la tabla 4, con el objetivo de unificar los sistemas de calificación para lograr comparabilidad en la fuerza de la recomendación. En esta se describen los detalles de National Institute for Health Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) y US Preventive Services Task Force (USPSTF).

CONFIDENCIAL

Figura Nº 4: Evaluación calidad Guías usadas para el tratamiento del consumo Sustancias Psicoactivas



Fuente: Elaboración de los autores.

Tabla Nº 4: Equivalencia de niveles de evidencia y grado de recomendación de las guías de práctica clínica fuente para estudios de terapia

Equivalencia	**(a) SIGN /NICE**		**(b)U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)**		**(c)GRADE**	
	Nivel de Evidencia	**Recomendación**	**Nivel de Evidencia**	**Recomendación**	**Calidad de Evidencia**	**Fuerza de la recomendación**
Datos de ensayos clínicos de alta o moderada calidad. Incluye revisiones sistemáticas y meta análisis de ensayos clínicos	1++ 1+	A B	Alta	Grado A Grado B	Alta ⊕⊕⊕⊕ Fuerte/Condicional Moderada ⊕⊕⊕○ Fuerte/Condicional	
Datos de ensayos clínicos de baja calidad, de estudios observacionales de tipo cohortes o casos y controles. Estudios observacionales con riesgo alto de sesgo Series de caso Opinión de expertos	1-* 2++ 2+ 2-* 3 4	C D	Moderada Baja	Grado C Grado D Grado I	Baja ⊕⊕○○ Fuerte/Condicional Muy baja ⊕○○○ Fuerte/Condicional	

* Los estudios con un nivel de evidencia '–'no deberían utilizarse para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish

CONFIDENCIAL

Intercollegiate Guidelines Network.

(a) SIGN /NICE (34)

- **Niveles de Evidencia para estudios de terapia**

1++ Meta-análisis de gran calidad, Revisión Sistemática (RS) de Ensayo Clínico (EC) con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos

1+ Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos

1- Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos

2++ RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal

2+ Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal

2– Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo

3 Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos

4 Opinion de expertos

- **Grado de Recomendación SIGN/NICE**

A: Al menos un meta-análisis, o un Ensayo Clínico con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.

B: Evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+

C: Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++

CONFIDENCIAL

D: Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal

(b) U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (35)

- **Niveles**

Alta: La evidencia disponible por lo general incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados, bien realizados en poblaciones representativas de atención primaria. Estos estudios evalúan los efectos del servicio de prevención en los resultados sanitarios. Esta conclusión es, por tanto, poco probable que sea fuertemente afectado por los resultados de los estudios futuros.

Moderada La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.

Baja: La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

- **Grado de Recomendación**

Grado A: Recomienda la práctica. Existe una alta certeza de que el beneficio neto es sustancial.

Grado B: Recomienda la práctica. Existe una alta certeza de que el beneficio neto es moderado o existe la certeza de que el beneficio neto es de moderado a sustancial.

Grado C: Recomienda ofrecer selectivamente o proveer la prestación de este servicio a los pacientes individuales con base en el juicio profesional y las preferencias del paciente. Hay al menos certeza moderada de que el beneficio neto es pequeño.

Grado D: La USPSTF no recomienda la práctica. Existe certeza moderada o alta de que la práctica no tiene ningún beneficio neto o que los daños son mayores que los beneficios.

CONFIDENCIAL

Grado I: La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de riesgos y beneficios dela práctica. Se carece de evidencia, de mala calidad, o en conflicto, y el equilibrio de beneficios y los daños no se puede determinar.

(c)GRADE (36)

Calidad Alta: Existe una confianza alta en que el estimador del efecto se encuentra muy cercano al efecto real.

Calidad Moderada: Hay una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real pero hay la posibilidad que existan diferencias substanciales.

Calidad Baja: La confianza en el estimador del efecto es baja: el estimador del efecto puede ser substancialmente diferente al efecto real.

Calidad Muy baja: Hay una confianza muy baja en el estimador del efecto: es muy probable que el estimador del efecto sea substancialmente diferente al efecto real.

CONFIDENCIAL

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud. 2015 Availablefrom:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/ anexo-4-documento-mias.pdf

2. República de Colombia, Procuraduría General de la Nación. Código Único Disciplinario. Ley 734 de 2002, artículo 40.

3. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano - 2010. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf.

4. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía Nº 23 [Internet]. 2013. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf

5. Alba L, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica, v. 33, n. 2, p. 186-204, nov. 2012. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/651>. Fecha de acceso: 20 aug. 2016 doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651.

6. Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito Programa de fortalecimiento nacional y local para la reducción. Modelo Integrador de Herramientas de Detección Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria en Salud Colombia 2012. 2012.

7. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Lat Am Enfermagem. 2007

CONFIDENCIAL

Jun;15(3):508-11.

8 Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Med Inform Decis Mak. 2007 Jun 15;7:16.)

9. Dicenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evid Based Nurs. 2009 Oct;12(4):99-101.

10. Díaz M, Peña E, Mejía A, Flórez I. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS; 2014.

11. Ministerio de la Protección Social - Colciencias. Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.2010. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodológica%20para%20la%20elaboración%20de%20gu%C3%ADas.pdf.

12. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2010 Dec 14;182(18):E839-842.

13. Brouwers Melissa C, et al. Instrumento AGREE II, instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. 2009. Instituto Canadiense de investigaciones sanitarias. Disponible en: http://www.guiasalud.es. http://www.agreetrust.org

14. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. | National Guideline Clearinghouse [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.guideline.gov/summaries/summary/39351/buprenorphinenaloxone-for-opioid-dependence-clinical-practice-guideline

15. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51

16. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Substance misuse interventions

CONFIDENCIAL

for vulnerable under 25s |Updated 2014. [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ph4

17. Wong S, Ordean A, Kahan M, Maternal Fetal Medicine Committee, Family Physicians Advisory Committee, Medico-Legal Committee, et al. Substance use in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC. 2011 Apr;33(4):367-84.

18. Final Recommendation Statement: Tobacco Use in Adults and Pregnant Women: Counseling and Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions

19. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

20. Final Update Summary: Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions

21. Moyer VA, Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013 Aug 6;159(3):210-8.

22. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015 Oct 20;163(8):622-34.

23. Final Update Summary: Drug Use, Illicit: Primary Care Interventions for Children and Adolescents - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from:

CONFIDENCIAL

http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/drug-use-illicit-primary-care-interventions-for-children-and-adolescents

24. National Institute for Health Care Excellence.NICENaltrexone for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines |2007 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ta115?unlid=1510384220167953118

25. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines | 2007 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ta114?unlid=7618208252016224164327

26. CENETEC. Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el 1er nivel de atención.2008.Disponible en : http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/097_GPC_Abstinenciaalcohol/SSA_097_08_EyR.pdf.

27. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención.2012.Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA_108_08_EyR1.pdf.

28. CENETEC. Prevención y detección del consumo de sustancias inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención.2013.Disponible en: http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=811.

29. Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders.2015Disponible en:http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/.

30. Unity's Clinical Quality Improvement Committee (CQIC).Clinical Practice Guideline for Alcohol Assessment and Intervention in a Primary Care Setting. 2014.Disponible en:https://unityhealth.com/practitioners/clinical-guidelines.

31. WHO | Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 21]. Available from:

CONFIDENCIAL

http://www.who.int/hiv/pub/idu/wpro_withdrawl/en/

32. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.

33. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Drug Misuse: Psychosocial Interventions [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2008 [cited 2016 Aug 21]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53227/

34. SIGN 50: A guideline developer's handbook - SIGN grading system 1999 – 2012 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html

35. Grade Definitions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions

36. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011 Apr;64(4):401-6.

CONFIDENCIAL

Contenido Sección VII: Validación por consenso de expertos y socialización del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas

SECCIÓN VII214

Validación por consenso de expertos y socialización del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 214

Introducción 214

Proceso de validación215

Fases 215

Grupo coordinador.....215

Invitación expertos a conformar grupo panel……..…216

Selección panel de expertos ……216

Validación recomendaciones 220

Resultados validación por consenso de expertos 227

Socialización del modelo 242

Referencias 244

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VII

Validación por consenso de expertos y socialización del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas

Introducción

El juicio de expertos es un método de validación que permite corroborar la fiabilidad y robustez que debe tener una investigación, instrumentos de recolección y/o la construcción de documentos; esta metodología busca la opinión y juicio de personas e instituciones con alta trayectoria en el tema a intervenir, los cuales puedan por medio de la evidencia, conocimiento y experiencia aportar a la construcción de documentos con alta validez de contenido. La tarea del experto es vital para poder eliminar contenidos que carecen de importancia, incluir aquellos que son indispensables y transformar lo que se requiera.

Se utilizó una modificación del método Delphi (en tiempo real o cara a cara). Se manejó una escala ordinal de cinco categorías de calificación; se sometió a la validación por panel de expertos las recomendaciones con evidencia débil de cada una de las preguntas que sustentan el modelo.

Teniendo en cuenta esto, cada una de las indicaciones propuestas se calificó como recomendada (muy adecuada), contraindicada (inadecuada) o dentro de un nivel de incertidumbre a partir de las respuestas de los expertos, por medio del método de Torgerson; se buscará dar objetividad al juicio de expertos, al transformar lo cualitativo en cuantitativo; este método se apoya en la ley de juicios comparativos y la ley de juicios categóricos (1). Además se presentará la información del grado de acuerdo o consenso, con los resultados de los rangos de respuesta a cada una de las recomendaciones. Esta calificación será basada en el método descriptivo propuesto por Sánchez y colaboradores (2).

Se busca que los contenidos temáticos dentro del modelo de atención al consumo de sustancias psicoactivas, tengan claridad, pertinencia, coherencia y viabilidad; por lo

CONFIDENCIAL

anterior la participación del experto es valiosa para determinar que las preguntas propuestas contengan las características del método, con el único fin de estructurar un documento que responda a las necesidades reales del país en la atención al consumos de sustancias psicoactivas.

Proceso de validación

El método Delphi consiste en la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de expertos para obtener un consenso de opiniones informadas (Valdés, 1999), (Moráguez, 2001). Resulta imprescindible que estas opiniones no se encuentren permeadas o influenciadas por criterios de algunos expertos. Este método resulta más efectivo si se garantizan:

a) **Proceso iterativo:** Poder emitir la opinión en más de una ocasión hasta que las opiniones se estabilizan.
b) **Anonimato:** Ningún miembro del grupo debe conocer las respuestas particulares de cada uno de los otros participantes.
c) **Feedback o retroalimentación controlada:** En cada ronda se transmite la posición general del grupo frente al problema analizado y algunas aportaciones o sugerencias significativas de algún experto.
d) **Respuesta estadística de grupo:** Se busca el consenso, mediante modelamiento matemático Torgerson, el cual se basa en la Ley de los Juicios Comparativos y la Ley de los Juicios Categóricos (3,4).

Fases

Grupo coordinador

Se compuso por el equipo desarrollador del modelo, con personal del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, su función principal era la selección y evaluación de los candidatos a formar el grupo de panelistas a partir de su nivel de conocimiento y competencias en el tema de

CONFIDENCIAL

interés; además definieron la metodología a usar para la validación, cronograma y agenda de trabajo para el panel.

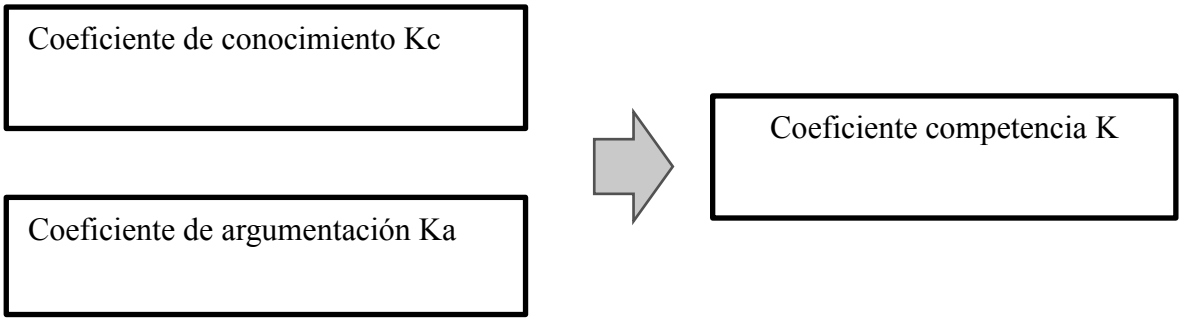
Invitación expertos a conformar grupo panel

Se generó una lista de posibles candidatos para conformar el panel la cual incluía a profesionales de la salud (médicos generales, médicos especialistas en fármaco dependencia, psiquiatras, toxicólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras profesionales, profesionales especialistas en salud pública y epidemiología, entre otros), todos estos con estudios y experiencia en la atención, tratamiento y manejo de individuos consumidores de sustancias psicoactivas. En total se contaba con una lista de cincuenta y nueve elegibles (ver anexo 1); se realizó una invitación formal para ser integrantes del panel de expertos, mediante una carta donde se explicaba el alcance, objetivos y la importancia de su participación (ver anexo 2).

Selección panel de expertos

A partir del interés de participar en el grupo validador, se inició la selección de los expertos a participar, de los cincuenta y nueve convocados, se seleccionaron 38.

Para realizar una valoración del grado de experiencia, se aplicó una encuesta virtual, donde se calificó el nivel de competencia del grupo de panelistas a partir del conocimiento y la argumentación (5) (ver anexo 1).



De los peritos que decidieron participar como expertos en la validación del modelo, el 74% tiene un nivel de competencia alto, y 26% nivel de competencia medio; ninguno de los convocados presento nivel de competencia bajo, como se muestra en la tabla N° 1, igualmente se caracterizó al grupo de panelistas tabla 2.

Tabla Nº 1: Nivel de competencia

Experto	Kc	Ka	K	Nivel Competencia
1	0,8	0,8	0,8	Alto
2	0,9	1	0,95	Alto
3	0,8	0,9	0,85	Alto
4	0,9	0,9	0,9	Alto
5	1	1	1	Alto
6	0,7	0,8	0,75	Medio
7	0,8	1	0,9	Alto
8	0,9	0,9	0,9	Alto
9	0,9	1	0,95	Alto
10	1	1	1	Alto
11	0,5	0,7	0,6	Medio
12	0,9	1	0,95	Alto
13	0,8	1	0,9	Alto
14	0,9	0,8	0,85	Alto
15	1	1	1	Alto
16	0,7	1	0,85	Alto
17	0,7	0,9	0,8	Alto
18	1	1	1	Alto
19	1	1	1	Alto
20	0,8	1	0,9	Alto
21	0,7	0,9	0,8	Alto
22	0,8	1	0,9	Alto
23	0,8	0,8	0,8	Alto
24	0,9	1	0,95	Alto
25	0,7	0,9	0,8	Alto
26	0,7	0,8	0,75	Medio
27	0,4	0,8	0,6	Medio
28	0,8	0,8	0,8	Alto
29	1	1	1	Alto
30	0,7	0,8	0,75	Medio
31	0,7	0,7	0,7	Medio

CONFIDENCIAL

32	0,7	0,8	0,75	Medio
33	0,5	0,7	0,6	Medio
34	0,8	1	0,9	Alto
35	0,8	0,7	0,75	Medio
36	0,9	1	0,95	Alto
37	0,7	0,8	0,75	Medio
38	0,8	0,8	0,8	Alto

Tabla Nº 2: Grupo de panelistas

Experto	**Cargo Actual**	**Educación Alcanzada**	**Categoría Docente**	**Años de Experiencia**
1	Inclusor Social	Especialización		13 años 3 meses
2	Coordinador Maestría en Drogodependencias	PhD	Docente Asociado	20 años
3	Docente Universitaria	Máster	Docente Cátedra	15 años
4	Psiquiatra	Máster	Docente Cátedra	8 años 4 meses
5	Médico Toxicólogo clínica.	Máster		9 años 6 meses
6	Gerente IPS Colsubsidio	Supra Esp. Médica		21 años
7	Director Área Clínica	Especialización	Docente Auxiliar	9 años 4 meses
8	Docente y psicólogo	Máster	Docente Titular	28 año 4 meses
9	Docente Universitario	Pregrado, Esp, Máster	Docente Titular	16 años
10	Médica Toxicóloga Clínica y Salubrista	Especialidad Médica	Docente Titular	15 años
11	Jefe Dto. de Salud Pública	Pregrado, Esp, PhD	Docente Asociado	29 año 3 meses
12	Médica Toxicóloga Clínica	Especialidad Médica	Docente Cátedra	7 años
13	Psiquiatra	Especialidad Médica	Docente Auxiliar	17 años y dos meses
14	Profesional	Especialización	Docente Cátedra	21 años
15	Directora Científica	Especialidad Médica	Docente Asociado	8 años y 10 meses
16	Psiquiatra	Especialidad Médica	Docente Auxiliar	5 años y 7 meses

CONFIDENCIAL

17	Médico psiquiatra	Especialidad Médica		18 anos
18	Médico Toxicólogo	Especialidad Médica	Docente Cátedra	3 años
19	Ps. Clínica-Mg. Coordinación del programa de SPA	Máster	Docente Cátedra	23 años 4 meses
20	Director científico campo victoria	Especialidad Médica		40 año 4 meses
22	Toxicólogo Clínico	Especialidad Médica	Docente Cátedra	11 años 10 meses
23	Directora General	Máster	Docente Auxiliar	17 año 5 meses
24	Psicóloga	Especialización		7 años 6 meses
25	Psiquiatra	Especialidad Médica		29 año 9 meses
26	Gestora territorial SPA	Máster		9 años 5 meses
27	Médico Psiquiatra	Especialidad Médica		8 años 4 meses
28	Profesional Especializado Enfermería	Máster		21 años 11 meses
29	Médico Psiquiatra Consulta Externa	Especialidad Médica Especialización		15 años
30	Profesional Psiquiatría / Director Departamento Toxicología	Supra Especialidad Médica	Docente Titular	24 años
31	Trabajadora Social	Pregrado		3 años
32	Trabajadora Social	Especialización		2 años 2 meses
33	Terapeuta Ocupacional	Especialización		6 años
34	Gestor Modelo Salud Mental	Pregrado		2 años 2 meses
35	Toxicólogo Clínico - Profesor Farmacología	Especialidad Médica Especialización	Docente Titular	9 años 3 meses
36	Médico especialista farmacodependencia	Especialización		8 años
37	Psiquiatra	Máster		6 año 4 meses
38	Coordinación Científica	Especialidad Médica		19 años
39	Referente SPA Dirección Provisión de Servicios Secretaria de Salud	Especialización		13 años

CONFIDENCIAL

Validación recomendaciones

Después de la selección de los expertos mediante la evaluación del nivel de competencia, se realizó la convocatoria de estos para el desarrollo del panel de validación de las recomendaciones motivo de estudio, todos los expertos que participaron firmaron un documento de conflicto de interés y otro de confidencialidad (ver anexo 4-5).

Se hizo al grupo de panelista, la exposición del modelo donde se incluyó, la ruta RIA-SPA, conceptualización teórica, metodología para la búsqueda y selección del GPC; posteriormente se presentó el proceso metodológico por medio del cual se iba a desarrollar el panel de expertos, y el procesamiento de información que llevaría finalmente al conceso para la selección de las recomendaciones a incluir, a excluir o a modificar de acuerdo a la decisión del grupo.

Se usaron rangos de valoración en una escala de 1 a 5; para determinar el grado de acuerdo que cada uno de los expertos considera para la recomendación presentada.

1=Inadecuado
2=Poco Adecuado
3=Adecuado
4=Bastante Adecuado
5=Muy Adecuado

Se determinó el nivel de concordancia, mediante la siguiente regla de decisión; si el resultado era 80% y más, había consenso positivo por los expertos, el consenso positivo podía generar observaciones hacia la recomendación la cual se desarrollaba posterior a la votación mediante un panel de discusión; cuando la votación arrojaba un resultado menor a 60%, había consenso negativo, en relación a excluir la recomendación del modelo; igualmente si el resultado obtenido en la votación se encontraba entre 60% y 79%, la recomendación pasaba a segunda vuelta, antes realizando un panel de discusión que permitirá llevar la recomendación a consenso positivo o consenso negativo.

Regla de decisión

C= 100% Hay consenso positivo, recomendación validada por expertos.

NFIDENCIAL

C >79%	Hay consenso positivo con o sin modificaciones, recomendación validada por expertos, pero con ajustes.
C entre 79% y 60%	No hay consenso, recomendación pasa a segunda vuelta
C < 60%	Hay consenso negativo, la recomendación es excluida de la pregunta

Para garantizar la independencia y anonimato en las respuestas, el método de valoración y posterior votación de las recomendaciones se realizó por medio de un sistema electrónico que permitió conocer el juicio de los expertos en tiempo real (anexo 6).

Figura Nº 1: Método de votación electrónica

Fuente: iTech Apoyo Interactivo S.A.S.

La votación electrónica permitió hacer preguntas y obtener retroalimentación en tiempo real, el sistema usó controles inalámbricos de respuesta inmediata independientes para cada panelista, contaba con las cinco opciones de respuesta de acuerdo a lo requerido para el ejercicio; la recomendación a analizar, se presentaba en un tablero de proyección (figura 2), de manera automática se activaba el sondeo de votación, dando tiempo al análisis y posterior selección de respuesta, al certificar que el número de votos coincidía con el número de votantes se cerraba la votación, consecuente a esto, automáticamente y en instantes, el software sin posibilidad de manipulación y alteración de los resultados, generó los resultados en formato Excel; este resultado fue presentado a los panelistas para conocer si existía o no consenso en la respuesta. Lo anterior permitió que el proceso de validación fuera: iterativo, anónimo, con retroalimentación controlada y generando respuesta estadística de grupo.

Figura Nº 2: Proyección recomendaciones al panel de expertos para votación

1. No se recomienda tamizaje en los servicios de atención primaria de salud a la población general.

5. Muy adecuado
4. Bastante adecuado
3. Adecuado
2. Poco adecuado
1. Inadecuado

Fuente: iTech Apoyo Interactivo S.A.S.

El proceso de validación por consenso de expertos se llevó a cabo con 10 preguntas de las 14 que contiene el modelo, 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, y 14; las cuatro preguntas restantes se socializaron con el grupo, pregunta 6 vulnerabilidad social, pregunta 11 intervenciones no convencionales, pregunta 2 promoción y prevención, y pregunta 13 reducción del daño. Cabe recordar que la pregunta dos: ¿A qué grupo poblacional debe ir enfocado el programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas? y 13 En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?, no fueron desarrollas dentro del proceso de búsqueda y revisión de literatura seguido en el presente modelo, dado que equipos alternos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, trabajan exclusivamente en estos dos tópicos de alta importancia para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas en todos los niveles de la prestación de salud en Colombia.

El orden en el cual se presentaron las preguntas en la validación, fue consecuente con la temática de estas, con el fin de abordar tópicos de manera general y no generar confusión en el grupo.

CONFIDENCIAL

Para llevar a la calificación de las recomendaciones por los panelistas, se presentó cada pregunta de manera independiente, abordando resumidamente los hallazgos de evidencia científica encontrados, igualmente se evidenció cuántas recomendaciones encontradas en las GPC presentaban evidencia alta y cuántas evidencia baja; se llevaron a evaluación por consenso de expertos las recomendaciones con evidencia baja de acuerdo a la equivalencia de niveles de evidencia y grado de recomendación de las guías de práctica clínica fuente para estudios de terapia (6, 7, 8).

En la presentación de cada recomendación, con el fin de contextualizar a los panelistas se daba a conocer la población objeto de estudio, la recomendación, la calificación del nivel de evidencia y la fuente.

Tabla Nº 3: Ejemplo de presentación recomendaciones para analizar

1: ¿Cuáles son los instrumentos de tamización recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embrazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

Evidencia alta. ***86***

Evidencia baja. ***60***

	N°	Población	Recomendación	Calificación	Fuente
A. Tamización para consumo de alcohol	1	Población adolescente entre 12 y 17 años	No recomienda tamización en los servicios de atención primaria de salud a la población general.	Recomendación Grado I	Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement,2013 (2).
	2	Población adolescente entre 12 y 17 años	Usar cuestionario AUDIT para la tamización de adolescentes "en riesgo" entre 10 y 17 años con el fin de identificar en atención de primaria de salud consumo riesgo de alcohol	Recomendación C (SIGN)	Guía de Práctica Clínica para la Prevención Detección y Consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención 2015. (México)(6).

Fuente: Elaboración de los autores.

Aplicación modelo matemático Torgerson (convertir escala ordinal en escala intervalos)

Con el propósito de mitigar la subjetividad en el método Delphi (9, 10), se opta por emplear un método matemático, que pueda asignar un valor de escala (indicador), sino determinar límites entre cada categoría y así obtener valores reales, entre las categorías ordinales y sus correspondientes a valores de intervalos, esto entre cada uno de los rangos que componen criterios de evaluación de los expertos de cada recomendación; por medio de este proceso se puede conocer con exactitud los límites reales de cada escala de calificación.

El método Torgerson busca dar objetividad a las escalas de calificación dadas por los expertos panelistas al llevar una escala ordinal –cualitativo– a una escala de intervalo –cuantitativo–, apoyándose en dos leyes de la psicología social, la ley de juicios categóricos y la ley de juicios comparativos (3, 4), además se soporta siguientes supuestos:

CONFIDE

Cada categoría corresponde con la dimensión subjetiva de una variable aleatoria distribuida normalmente, en donde la media es el valor de escala de ese objeto. Todas las varianzas son iguales.

El límite de categoría corresponde con la dimensión subjetiva de una variable aleatoria distribuida normalmente, cuya media, es el valor de escala de ese límite. Todas las variables son iguales.

Las variables aleatorias que representan tanto a los objetos como a los límites, son independientes. Una variable no puede contener valores de otra.

Regla de decisión: un objeto pertenece a la k-ésima categoría cuando su valor en la escala x, está entre los valores de los límites de orden k-1 y k. Esto deja bien definida la frontera entre cada una de las categorías asumidas para los indicadores (1).

Este método permite convertir los juicios de valor ordinales, formulados por cada experto independiente, sobre las categorías, en un valor que expresa su posición relativa en una línea continua.

A continuación se presenta el paso a paso del proceso matemático que se desarrolló para la valoración de las recomendaciones, en el anexo 7 y 8 se presenta el proceso estadístico que resulta del modelo Torgerson, mediante el método de voto electrónico.

- Establecimiento de la Frecuencia Absoluta
- Determinación Frecuencia Acumulada
- Determinación de la frecuencia relativa acumulada o probabilidad acumulada
- Cálculo de los puntos de cortes y escala de los indicadores
- Determinación de los valores normales estándar inversos (Distribución normal Z)
- Puntos de corte = Promedio de la sumatoria filas y columnas (valores de intervalos en los cuales estarán las variables cualitativas)

- Determinación valor límite N (Promedios punto de corte)
- Delimitación del rango donde está la variable (Diferencia entre el valor límite N y el promedio de cada fila).

Resultados validación por consenso de expertos

A continuación se presenta el resultado de la validación por pregunta las cuales dimensionan el modelo de atención al consumo de sustancias psicoactivas.

Pregunta 1: ¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje recomendados para la identificación de adolescentes, adultos y embrazadas con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla Nº 4: Resultados de la validación por preguntas

	Primera vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**
No se recomienda tamizaje en los servicios de atención primaria de salud a la población general.	2	**0,4**
Usar cuestionario AUDIT para el tamizaje de adolescentes "en riesgo" entre 10 y 17 años con el fin de identificar, en atención primaria en salud, consumo de riesgo de alcohol.	5	**1**
Aplicar la versión española del ASSIST para detección del uso, abuso y dependencia del consumo de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria.	5	**1**
Usar instrumento AUDIT para detección de consumo de alcohol y/o el CRAFFT para detección de consumo de alcohol y drogas según el contexto en el que se realice la detección y las características de la población intervenida.	4	**0,8**
Usar ASSIST como herramienta para la identificación temprana de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con sospecha de consumo o en quienes se identifiquen factores de riesgo.	5	**1**
Usar el instrumento POSIT en adolescentes y estudiantes de secundaria para evaluar el riesgo de uso y/o abuso de su sustancias psicoactivas.	5	**1**

Votación =< 79% Votación entre 99% y 80% Votación = 100%

De la primera pregunta, entraron a valoración seis recomendaciones las cuales una salió por consenso negativo obteniendo una puntuación de 40%, otra fue considerada como importante para ser incluida dentro del modelo, pero consideró el panel que debía tener

ajuste al contexto nacional (ver capítulo pregunta 1), las cuatro restantes fueron incluidas con un puntaje del 100%.

Pregunta 3: En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en atención primaria en salud para reducir el consumo?

	Primera vuelta		**Segunda vuelta**		**Tercera vuelta**	
	Calificación	**% Alcanzado**	**Calificación**	**% Alcanzado**	**Calificación**	**% Alcanzado**
La evidencia de la efectividad de las intervenciones de asesoría comportamental en atención primaria para la reducción del uso de drogas en adolescentes es limitado en cantidad, calidad y generalización. Las intervenciones basadas en la atención primaria en general, no fueron efectivas. La aplicabilidad a los centros de atención primaria en Estados Unidos también es limitada. No se encontraron evidencias de los efectos adversos de estas intervenciones.	2	**0,4**	2	**0,4**	2	**0,4**

Todos los trabajadores de la salud que tienen contacto con personas que consumen sustancias volátiles deben proporcionar una intervención breve cada vez que tengan la oportunidad de hacerlo (si tienen la formación y habilidad adecuada para realizarlo).	5	**1**	5	**1**	5	**1**
La intervención breve debe incluir una información clara y objetiva sobre la salud riesgos del uso de inhalantes y los beneficios de suspender el consumo.	5	**1**	5	**1**	5	**1**
El consejo breve en usuarios de sustancias inhalables debe estar enfocado en motivar el abandono y disminuir el riesgo por el consumo; esta acción puede tomar de cinco minutos a dos horas y debe ser individual.	3	**0,6**	3	**0,6**	5	**1**

En la pregunta número tres del modelo por contener evidencia débil, entraron a consenso cuatro recomendaciones, una salió por consenso negativo puntaje de 40%, dos fueron incluidas dentro de las recomendaciones finales alcanzando un puntaje de 100%, y una pregunta con un valor de 60% pasó a segunda vuelta, en la cual obtuvo el mismo

puntaje 60%, y finalmente en la tercera ronda de calificación alcanzó un puntaje de 100%, la recomendación fue incluida con modificaciones (ver capítulo pregunta 3).

Pregunta 4: En población general, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

	Primera vuelta		**Segunda vuelta**	
	Calificación	**% Alcanzado**	**Calificación**	**% Alcanzado**
Las entrevistas clínicas semiestructuradas, diseñadas para ser aplicadas por evaluadores entrenados, se consideran el "patrón de oro" para establecer un diagnóstico fiable de los trastornos por consumo de sustancias. Se aprueban el módulo de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), el CIDI-SAM (Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview) y el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) como herramientas diagnósticas durante la valoración.	5	**1**	5	**1**
Utilizar los criterios definidos en CIE 10, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, consumo perjudicial o dependencia.	4	**0,8**	4	**0,8**
Considere el uso de exámenes sanguíneos o séricos como ayuda en la identificación de problemas de salud. Sin embargo estos exámenes no deben ser usados de rutina para el diagnóstico de un trastorno por consumo de alcohol.	3	**0,6**	2	**0,4**
Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se sugiere ofrecer referencia a tratamiento especializado.	5	**1**	5	**1**
Las personas con diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias deben ser referidas a un especialista en abuso de sustancias,	5	**1**	5	**1**

un médico especialista en adicciones o un médico con experiencia en el manejo farmacológico de las adicciones.				

Cinco recomendaciones de esta pregunta fueron llevadas al panel de validación, tres fueron incluidas dentro del modelo final por obtener un puntaje de 100% en la validación, una se incluyó con recomendaciones, como se puede observar en el capítulo de la pregunta cuatro, y una recomendación pasó a segunda vuelta dado que en la primera logró una calificación de 60%, consecuentemente en la siguiente vuelta salió por consenso negativo al obtener un valor de 40%

Pregunta 7: En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?

	Primera vuelta		**Segunda vuelta**		**Tercera vuelta**	
	Calificación	**% Alcanzado**	**Calificación**	**% Alcanzado**	**Calificac**	**% Alcanzado**
Se recomienda la utilización de los criterios ASAM que identifican seis áreas de evaluación (dimensiones) como los más importantes de la valoración integral, la formulación de un plan de tratamiento individualizado y la toma de decisiones sobre la colocación de los pacientes. 1. Intoxicación/Abstinencia. 2. Condiciones biomédicas y sus complicaciones. 3. Condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones.		**1**	5	**1**	5	**1**

CONFIDENCIAL

4. Disposición para el cambio. 5. Problemas potenciales del uso continuado y recaídas. 6. Ambiente de recuperación.						
En la primera sesión de valoración clínica se debe realizar una entrevista que examine: 1. Los patrones de consumo actual, historia de uso de sustancias, consecuencias del abuso de sustancias. 2. Trastornos psiquiátricos coexistentes. 3. Problemas médicos mayores y estado de salud. 4. Situación de empleo y educación. 5. Mecanismos de apoyo social. 6. Fortalezas y ventajas situacionales del paciente, contexto familiar.	5	**1**	5	**1**	5	**1**
Al realizar la valoración, se debe tener en cuenta la siguiente información del usuario: 1. Necesidades médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales. 2. Historia sobre el uso de drogas. 3. Experiencia en tratamientos previos, si los ha tenido. 4. Metas en relación a su uso de drogas y	5	**1**	5	**1**	5	**1**

CONFIDENCIAL

preferencias en el tratamiento.						
Las necesidades de todos los usuarios que abusan de sustancias deben ser valoradas a través de los cuatro dominios: 1. Abuso de alcohol y drogas 2. Salud 3. Funcionamiento social 4. Relaciones con la criminalidad	4	**0,8**	4	**0,8**	4	**0,8**
Cerciórese de que la valoración sea secuencial y multidimensional.	5	**1**	5	**1**	5	**1**
Una evaluación psiquiátrica profunda es esencial para guiar el tratamiento a un paciente con un trastorno por uso de sustancias.	4	**0,8**	4	**0,8**	4	**0,8**
Monitoree los niveles de gamma-glutamil transferasa como parte del proceso de valoración.	3	**0,6**	3	**0,6**	5	**1**
La valoración inicial o post-aguda debe incluir, si es posible: -Una historia clínica y social (p. ej. enfermedades y lesiones, tratamiento médicos, empleo, alojamiento, relaciones personales). -Historia clínica de uso de sustancias con fines recreativos (tipos de sustancias inhaladas, frecuencia, cantidad, uso de alcohol y otras drogas)	4	**0,8**	4	**0,8**	4	**0,8**

CONFIDENCIAL

-Valoración cognitiva breve (p. ej. prueba Mini-Mental) -Tamizaje en salud mental, utilizando un instrumento validado (p. ej. Kessler Psychological Distress Scale – K10, Strong Souls). -Valoración del riesgo de violencia o autolesión. Examen físico -Exámenes de laboratorio (hemograma completo, screening de tóxicos en orina), electrocardiograma si es posible. -Prueba de embarazo para las mujeres, si está indicado -Otros exámenes, si están indicados. Si cualquiera de estos puntos no pueden ser realizados en la valoración inicial, debe ser completado tan pronto sea posible (por pasos, si es necesario).						
El diseño del tratamiento debe ser individualizado, se debe establecer en colaboración con el paciente y debe enmarcarse de acuerdo con sus objetivos y necesidades. Se deben priorizar los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente. Así mismo se debe registrar la solución de estos de acuerdo con la gravedad de	5	**1**	5	**1**	5	**1**

CONFIDENCIAL

los mismos.						
El Índice de Severidad de Adicciones (ISA) ofrece varias ventajas sobre la entrevista clínica convencional, tanto para la adopción como el diseño del plan de tratamiento. Es un instrumento validado que ofrece una consulta uniforme, una amplia cobertura de las áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la normalización de las interpretaciones de los datos.	4	**0,8**	4	**0,8**	4	**0,8**
La gestión de casos se debe ofrecer a todos los usuarios de sustancias volátiles crónicas, si es posible.	4	**0,8**	4	**0,8**	4	**0,8**

En referencia a la pregunta siete del modelo, once recomendaciones pasaron por validación de expertos por considerar su nivel de evidencia débil, cinco en la primera vuelta alcanzaron porcentajes del 100%, cinco lograron un 80%, las cuales son consideradas para el modelo pero con los ajustes; una recomendación en la primera y segunda vuelta obtuvo un porcentaje de 60%, luego de la discusión en torno a esta en la tercera calificación logró 100%, esta recomendación es incluida en el modelo pero con los ajustes realizados por los expertos, ver capítulo de la pregunta.

Pregunta 5: ¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y/o la valoración del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

CONFIDENCIAL

	Primera vuelta		Segunda vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**	**Calificación**	**% Alcanzado**
Para la valoración breve la posición profesional es menos importante que la formación específica para realizar evaluaciones precisas	4	**0,8**	4	**0,8**
La valoración profunda debe ser realizada por especialistas en abuso de sustancias.	5	**1**	5	**1**
Médicos, asistentes médicos, enfermeras clínicas especializadas o con experiencia en entrevista motivacional pueden realizar la valoración profunda cuando no haya disponibilidad de un especialista, siempre y cuando tengan entrenamiento en problemas relacionados con uso de sustancias, específicamente en los siguientes aspectos: 1. Los signos y síntomas de abuso de sustancias. 2. Los efectos biopsicosociales del uso de alcohol y otras drogas. 3. El conocimiento de las condiciones comórbidas comunes y las consecuencias médicas del abuso. 4. Los términos utilizados en el sistema de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, su interpretación, y su relación con los hallazgos que surgieron durante el historial de evaluación. 5. El uso apropiado, la calificación, y la interpretación de los instrumentos de evaluación estandarizados.	3	**0,6**	5	**1**
Se debe asegurar que el asesor especializado que realiza la valoración tenga conocimiento sobre trastornos psiquiátricos.	4	**0,8**	4	**0,8**
Se debe asegurar que el asesor especializado esté familiarizado con los recursos de evaluación y los tratamiento disponibles	5	**1**	5	**1**

CONFIDENCIAL

A la pregunta cinco se le revisaron cinco recomendaciones, dos recomendaciones se incluyeron en el modelo por consenso positivo, las cuales fueron calificadas con 100%, dos fueron incluidas en el modelo con ajustes dados por los panelistas, y una pasó a segunda vuelta, en la primera votación obtuvo un valor de 60%, y en la segunda alcanzó el 100%, esta recomendación es incluida con ajustes (ver capítulo de la pregunta).

Pregunta 14: De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

	Primera Vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**
Se recomienda la utilización de los criterios ASAM que conceptualizan el tratamiento como un continuo marcado por cinco niveles básicos de la atención, que ahora están numerados con números arábigos de los niveles de 0.5 a nivel 4. Por lo tanto, los criterios proporcionan una nomenclatura para describir el continuo de servicios tratamiento para la adicción, como sigue: Nivel 0.5: la intervención temprana Nivel 1: servicios de consulta externa Nivel 2: servicios ambulatorios intensivos/ hospitalización parcial Nivel 3: residencial / servicios para pacientes hospitalizados Nivel 4: servicios de hospitalización con tratamiento médico intensivo	4	0,8
El continuo de los ámbitos de tratamiento, desde el más intensivo al menos intensivo, debe incluir: 1. Tratamiento hospitalario 2. Tratamiento residencial. 3. Tratamiento ambulatorio intensivo. 4. Tratamiento ambulatorio.	5	1
Se recomienda una atención continua prestada ya sea por uno o varios proveedores, que debe contar con las siguientes características: (a) la transferencia sin problemas entre los niveles de atención. (b) la congruencia filosófica entre los diversos proveedores de atención. (c) la llegada oportuna de la historia clínica del paciente al siguiente proveedor. (Es más útil si los proveedores prevén el admitir el paciente en el continuo a través de su programa en lugar de admitir al paciente a su programa)	5	1
Los médicos que toman las decisiones de colocación deben complementar los criterios ASAM con su propio juicio clínico, su conocimiento del paciente, y su conocimiento de los recursos disponibles.	5	1
Los pacientes pueden ser reclasificados en función de sus necesidades, nivel progreso y de respuesta al tratamiento.	5	1
A medida que el paciente avanza en el tratamiento en cualquier nivel de atención, se debe evaluar continuamente su progreso en las seis dimensiones (ASAM).	5	1
En los casos en los que los pacientes empeoran o no mejoran en un determinado nivel de atención o con un determinado tipo de programa se deben hacer cambios en el nivel de atención y los programas deben basarse en una nueva evaluación del plan de tratamiento, con modificaciones para lograr una mejor respuesta terapéutica.	5	1
Si se presenta falta de respuesta o recaída, el movimiento no está siempre en la dirección del cuidado de menor intensidad a un ambienta más restrictivo	5	1

CONFIDENCIAL

Ocho recomendaciones fueron analizadas por el panel de expertos en la pregunta 14, todas fueron consideradas a lugar, pero una se incluyó con ajustes al puntearse con 80%, ver capítulo de la pregunta.

Pregunta 10: En adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

	Primera vuelta		**Segunda vuelta**	
	Calificación	**% Alcanzado**	**Calificación***	**% Alcanzado**
Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quienes el tratamiento con agonistas está contraindicado, inaceptable, o no disponible, y que han establecido abstinencia durante un período suficiente de tiempo (véase la narrativa), recomendamos ofrecer: Ø Naltrexona inyectable de liberación prolongada	3	0,6	1	0,2
No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la naltrexona oral para el tratamiento de trastornos por uso de opioides.	5	1	5	1
Para pacientes tratados con buprenorfina en consultorio médico, además de la gestión medica centrada en adicciones, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra alguna de las intervenciones psicosociales específicas. La elección de la intervención psicosocial debe hacerse teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación y/o competencia específica de los proveedores.	5	1	5	1
Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quien la utilización de farmacoterapia está contraindicada, inaceptable o no está disponible, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra una determinada intervención psicosocial.	5	1	5	1
No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la	4	0,8	4	0,8

CONFIDENCIAL

utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cannabis.				
No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cannabis.	4	0,8	4	0,8
No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de alguna farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cocaína o metanfetamina.	4	0,8	4	0,8
Para todos los usuarios crónicos de las sustancias volátiles inhalados, se recomienda organizar una terapia psicológica que considere uno o más de los siguientes aspectos: • Asesoramiento general (orientación centrada en la persona) • Inclusión familiar • Terapia cognitivo – comportamental • Entrevista motivacional • Terapia de grupo • Tutoría entre pares	5	1	5	1
Se recomienda la rehabilitación residencial para los siguientes grupos de consumidores de sustancias inhalables, que no han respondido a otras estrategias de intervención: • Los usuarios crónicos • Los usuarios regulares que también utilizan otras sustancias. (Multiconsumidores) • Los usuarios que tienen problemas de salud mental concomitantes. • Las usuarias embarazadas, donde se anticipa el uso progresivo.	5	1	5	1

Nueve recomendaciones de la pregunta 10, fueron analizadas por el panel de expertos por considerarse el nivel de evidencia débil, cinco de acuerdo al consenso se incluyeron dentro del modelo sin observaciones al lograr un puntaje de 100%, tres se incluyeron pero los expertos consideraron que debían ajustarse (ver capítulo de la pregunta 10), y una paso a segunda vuelta, en la primera votación su puntaje fue de 60%, y posterior a la discusión por los expertos de esta, la recomendación pasó a segunda votación, donde por consenso salió, al lograr un porcentaje del 20%.

CONFIDENCIAL

Pregunta 9: En adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

	Primera vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**
La obtención de la abstinencia en los adolescentes es el aspecto ideal a alcanzar, sin embargo, también se deben incluir tratamientos basados en la reducción del daño y gestión de riesgos, todo bajo un plan de tratamiento individual.	5	1
En la planeación del tratamiento individual se deben incluir los siguientes aspectos: motivación y compromiso, estrategias de intervención motivacional, participación de la familia, técnicas para mejorar las habilidades sociales, resolución de problemas, prevención de recaídas, abordaje farmacológico y/o psicosocial de las morbilidades psiquiátricas, relaciones entre pares y funcionamiento académico y ocupacional.	5	1
El tiempo y la intensidad del tratamiento deben ser apropiados para cada adolescente según las necesidades y características del consumo. En la práctica clínica, se ha demostrado la efectividad de tratamientos cortos incluso de 3 meses, además los adolescentes pueden necesitar el ingreso a varias modalidades de tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos y/o la abstinencia.	5	1
Se recomienda que las intervenciones psicosociales siempre hagan parte del tratamiento en los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y éstas deben ser diseñadas de manera individualizada, en caso de requerir tratamiento farmacológico, la elección del mismo debe ser teniendo en cuenta las necesidades individuales del paciente.	5	1
En todas las personas con antecedente de consumo crónico de inhalantes se recomienda ofrecerles tratamiento, además de brindar educación sobre los daños a corto y largo plazo por el consumo así como los beneficios para la salud con la reducción o el cese del mismo.	5	1
En consumo de inhalantes, antes de ser admitido en un centro de rehabilitación residencial o ambulatorio, se recomienda realizar una valoración médica y de salud mental exhaustiva para	5	1

CONFIDENCIAL

identificar si existen condiciones que requieran tratamientos específicos.		

De la pregunta nueve, seis recomendaciones fueron llevadas a consenso, todas en la primera calificación se consideraron como adecuadas para el contexto nacional, al lograr 100% en la votación.

Pregunta 8: En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

	Primera vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**
No se recomienda la farmacoterapia para el tratamiento de rutina de dependencia de estimulantes de tipo anfetamina, cannabis, cocaína, o agentes volátiles en pacientes embarazadas.	5	1
La USPSTF refiere que la evidencia actual no es suficiente para evaluar el balance entre beneficios y daños de las intervenciones de farmacoterapia para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	5	1
La USPSTF concluye que la evidencia actual no es suficiente para recomendar los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (ENDS) para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	5	1
Se recomienda realizar un análisis individual de riesgo-beneficio para cada mujer embarazada con dependencia de alcohol, dado que la seguridad y eficacia de los medicamentos usados no se ha establecido en este grupo de pacientes.	5	1

En relación a la pregunta número ocho del modelo, cuatro recomendaciones se valoraron por el panel de expertos, en su totalidad alcanzaron el 100% en la primera vuelta.

CONFIDENCIAL

Pregunta 12: En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?

	Primera vuelta	
	Calificación	**% Alcanzado**
Las intervenciones de seguimiento deben ser realizadas como parte integral del tratamiento, deben ser dirigidas a acompañar y apoyar el mantenimiento de los logros terapéuticos mediante la continuidad de los cuidados.	5	1
Se recomienda proporcionar seguimiento para todos los consumidores de inhalantes.	5	1
Se recomienda que tanto los centros de rehabilitación residencial como los ambulatorios deben incluir planes de seguimiento una vez el paciente consumidor de inhalantes ha sido dado de alta.	5	1
Se recomienda dentro de los cuidados posteriores para los jóvenes que se encuentran en recuperación del consumo de inhalantes, incluir la remisión a un programa de actividades o desarrollo juvenil.	5	1
En cuanto a las mujeres embarazadas que se están recuperando del consumo de inhalantes, se recomienda que la reinserción social incluya: Estimulación que garantice la continuidad en los programas de control prenatal.	5	1

Por último en la pregunta doce, se estudiaron cinco recomendaciones por el equipo de expertos validadores, todas alcanzaron un puntaje de 100% en la primera vuelta.

Socialización del modelo

Posterior a la validación del modelo por parte del panel de expertos, se desarrolló la socialización de la versión final del modelo, el cual fue presentado a la comunidad académica, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, y prestadores de servicios de atención a consumidores de sustancias psicoactivas.

Con esto se logró dar a conocer las nuevas herramientas con las que cuenta el país para la atención del consumidor de sustancias psicoactivas. Mediante la presentación del

CONFIDENCIAL

RIAS - SPA, y la conceptualización del modelo incluyendo su validación, se presentó los resultados logrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

A través de correo electrónico y redes sociales, se convocó a la inscripción para participar como asistente en la socialización, 108 personas se inscribieron para participar en este, con la posibilidad de asistir personalmente o virtualmente, a través de la herramienta webex. A la socialización del modelo asistieron académicos de universidades, profesionales de la salud que trabajan en la atención al consumidor, instituciones del orden nacional y personal de la comunidad terapéutica de varias regiones del país, se contó con 70 asistentes, 13 participaron activamente de manera virtual, y 57 presencialmente. Los asistentes tuvieron la oportunidad de participar por medio de un panel de preguntas en la socialización.

CONFIDEN

Referencias

1. Moráguez Iglesias A. Método Delphi. Educación, gestión por competencias investigación científica pedagogía y enseñanza. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q= cache:ILzMMBa0tRQJ: www.gestiopolis.com/el-metodo delphi/&num=1&hl=es&g l=co&strip=1&vwsrc=0.

2. Sánchez-Pedraza, R., & Jaramillo-González, L. E. (2009). Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38(4), 777-785.

3. Thurstone, L.L. y Chave, E.J. (1929): The Measurement of Attitude. Chicago: University of Chicago Press.

4. Thurstone, L.L. (1927): A Law of Comparative Judgement. Psychological Review, 34, 273-286.

5. Oñate, N., Ramos, L., y Díaz, A. (1988): Utilización del Método Delphi en la pronosticación: Una experiencia inicial. Cuba: Economía Planificada, 3 (4), 9-48.

6. SIGN 50: A guideline developer's handbook - SIGN grading system 1999 – 2012 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html

7. Grade Definitions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions.

8. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011 Apr; 64(4):401–6.

9. Cerezo, C. R., & Fonseca, A. S. (2011). Elaboración y validación de un cuestionario para la aplicación de diferentes estrategias metodológicas en estudiantes universitarios. Universidad de Costa Rica.

10. Miller, L. E. (2006). Determining what could/should be: The Delphi technique and its application. In meeting of the 2006 annual meeting of the Mid-Western Educational Research Association, Columbus, Ohio.

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VIII

Recomendaciones clínicas

En la sección VIII se presentan el contexto, la evidencia científica encontrada, las recomendaciones clínicas producto de la incorporación de la evidencia y las recomendaciones emanadas del consenso de expertos, esto para cada una de las preguntas de investigación planteadas; dichas preguntas están agrupadas en tres aspectos: Aspectos de tamizaje e intervención breve, Aspectos de valoración y ubicación de pacientes, y Aspectos de tratamiento.

Contenido pregunta 1

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje psicosocial para la clasificación de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas recomendados? 246

Abreviaturas y acrónimos.....246

Resumen de recomendaciones.....247

Tamizaje para la identificación del consumo de sustancias psicoactivas.....251

Introducción 251

Instrumentos para el tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas 254

Tamizaje en adultos.....257

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en población adulta 265

Tamizaje en mujeres embarazadas.....266

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en mujeres embarazadas....270

Tamizaje en población adolescente.....271

Como instrumentos para tamización amplia para adolescentes se describe: (12) 272

Con relación a los instrumentos de tamizaje específicos en adolescentes, recomiendan: (12) 273

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje de adolescentes.....274

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia.....274

Referencias.....276

CONFIDENCIAL

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje psicosocial para la clasificación de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas recomendados?

Abreviaturas y acrónimos

AUDIT: Prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Alcohol Uses Disorders Identification Test)

AUDIT-C: Cuestionario AUDIT de consumo de alcohol (alcohol consumption questions (AUDIT-C)

ASSIST: Alcohol, smoking and substance involvement screening test

ASSIST YOUNG: Alcohol, smoking and substance involvement screening test in Young

CAGE: Cutdown Annoyed Guilti Eye-opened

GPC: Guía de Práctica Clínica

MAST: Michigan Alcohol Screening Test

POSIT: Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SBIRT: Screening, brief-intervention and referral to treatment

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

T-ACE: Tolerance Annoyed Cut down Eye-opener

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

UNODC: United National Office on Drugs and Crime

OMS: Organización Mundial de la Salud

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 1: Tamizaje para consumo de alcohol

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos	Durante la entrevista clínica, indague específicamente sobre la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol en los últimos 30 días de todos los pacientes adultos que soliciten servicios de salud en atención primaria. En caso de un antecedente positivo de consumo de alcohol, aplique el cuestionario AUDIT-C para identificar	Recomendación fuerte a favor de la prueba. Recomendación por consenso de expertos.	Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol del Ministerio

CONFIDENCIAL

	el consumo de riesgo.		de Salud y Protección Social-Colciencias, 2013 (1).
	En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado ≥ 4 puntos), aplique el cuestionario AUDIT completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase la siguiente tabla para puntos de corte en puntaje AUDIT). • No hay problemas relacionados con el alcohol Hombres: 0-7 Mujeres: 0-5 • Bebedor de riesgo Hombres: 8-19 Mujeres: 6-19 • Problemas físicos y psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica Hombres: 20-40 Mujeres: 20-40	Recomendación fuerte a favor de la prueba.	
	La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el tamizaje de los adultos mayores de 18 años o más para el abuso de alcohol y proporciona a las personas que están en riesgo, o poseen consumo de riesgo, intervenciones breves de orientación de comportamiento para reducir el abuso de alcohol. Numerosos instrumentos de tamizaje	Recomendación Grado B	Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, 2013 (2).

CONFIDENCIAL

	pueden detectar el abuso de alcohol en adultos con sensibilidad y especificidad aceptables. La USPSTF recomienda las siguientes herramientas para la detección del abuso de alcohol en el ámbito de la atención primaria: 1. AUDIT. 2. AUDIT-C abreviado. 3. Tamizaje de una sola pregunta: "¿Cuántas veces en el último año ha tenido X, 5 (para los hombres) o 4 (para mujeres y adultos mayores de 65 años y) o más bebidas en un día?".		
Población adolescente entre 12 y 17 años	Usar cuestionario AUDIT para el tamizaje de adolescentes "en riesgo", cuya edad oscile entre 10 y 17 años, con el fin de identificar el consumo de riesgo de alcohol en la atención de primaria de salud.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Embarazadas	Los proveedores de salud deben preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de **alcohol** y otras sustancias (pasado y presente) lo más temprano posible en el embarazo y en cada visita prenatal.	Calidad de la evidencia: Bajo Recomendación fuerte	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014 (4).

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT-C: AUDIT-Consumption.

Tabla Nº 2: Tamizaje para tabaco y otras sustancias

Población	Recomendación	Calificación	Fuente

CONFIDENCIAL

Adultos	Pregunte a todos los pacientes que asisten a un encuentro clínico si fuman y registre su respuesta en la historia clínica. Hay que considerar el estatus de fumador como un signo vital.	Fuerte	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Alba *et al*., 2013 (5).
	Pregunte a todos los pacientes si usan tabaco. Este hábito tabáquico debe estar documentado. El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Asociación Americana del Corazón recomiendan que los cigarrillos electrónicos se incluyan en las preguntas de tamizaje de tabaquismo.	Recomendación A	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (6).
	Aplicar la versión española del ASSIST para detección del uso, abuso y dependencia del consumo de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016

CONFIDENCIAL

Adolescentes entre 12 a 17 años	Realice la detección del posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. Esta detección debe hacerse en todas las actividades de salud dirigidas a esta población, incluso en actividades comunitarias y otros contextos vinculados a la vida cotidiana de estas personas.	Nivel de evidencia 2, grado de recomendación A	Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013 (7).
	Utilice el instrumento AUDIT para la detección de consumo de alcohol y/o el CRAFFT para la detección de consumo de alcohol y drogas, según el contexto en el que se realice la detección y las características de la población intervenida.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	Use ASSIST como herramienta para la identificación temprana de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con sospecha de consumo o en quienes se identifiquen factores de riesgo.	Recomendación por consenso de expertos.	
	Use el instrumento POSIT en adolescentes y estudiantes de secundaria para evaluar el riesgo de	Recomendación por consenso de expertos.	

CONFIDENCIAL

	uso y/o abuso de su sustancias psicoactivas, de manera que pueda intervenir oportunamente en esta población.		
Embarazadas	Los proveedores de salud deben preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol **y otras sustancias** (pasado y presente) lo más temprano posible en el embarazo y en cada visita prenatal.	Calidad de la Evidencia: Bajo Recomendación Fuerte	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (4)
	La USPSTF recomienda que los profesionales sanitarios pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco y que les aconsejen dejar de consumirlo.	Recomendación A	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (6).

CONFIDENCIAL

Tamizaje para la identificación del consumo de sustancias psicoactivas

Introducción

"El tamizaje del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un proceso que permite detectar problemas de salud y factores de riesgo en las etapas iniciales. Permite orientar a la persona antes de que se empiecen a presentar problemas de dependencia, de que se presenten daños irreversibles o de que se presente una progresión hacia consumos más problemáticos" (8).

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema que ha venido en aumento, en la actualidad es considerado un problema de salud pública y social, por esta razón, se deben realizar actividades de tamizaje ya que con ellas se espera identificar de forma

rápida y eficaz situaciones de riesgo, así como detectar precozmente a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas (8).

Se entiende como tamizaje a un conjunto de procedimientos y técnicas encaminados a detectar condiciones de riesgo, presencia o ausencia de enfermedades y eventos definidos para la salud. De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social, "el tamizaje es un examen preliminar que arroja indicios sobre la condición para la cual se utiliza, permitiendo la identificación de casos y tipos de riesgo. Aunque no constituye un proceso de diagnóstico, puede guiar y optimizar los procesos de atención y canalización (MPS, 2011)" (8).

Los instrumentos de tamizaje deben cumplir los siguientes objetivos: (9)

1. Detectar un problema actual o latente relacionado con el uso de sustancias psicoactivas, el cual no ha sido detectado en otras circunstancias.
2. Concientizar al paciente sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y promover el cese del consumo.
3. Cuando sea pertinente, remitir al paciente a un profesional entrenado para una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Una buena herramienta de tamizaje debe cumplir con las siguientes características: (10)

1. Debe ser breve, no más de 10 preguntas.
2. Debe ser flexible. Debe ser factible su aplicación en diferentes poblaciones y contextos.
3. Debe ser de fácil administración.
4. Debe ser fácil de responder para el entrevistado.
5. Debe dar indicios sobre el consumo de alcohol y otras drogas.
6. Debe permitir determinar la necesidad de llevar a cabo una evaluación, más preguntas o una intervención posterior.
7. Debe contar con una buena sensibilidad, la cual hace referencia a la capacidad de identificación de personas que tienen problemas con el consumo.
8. Debe contar con una buena especificidad, la cual hace referencia a la capacidad de identificación de personas que NO tienen problemas con sustancias psicoactivas.
9. Debe permitir establecer espacios de diálogo y de trasmitir confianza.

CONFIDENCIAL

10. El tamizaje debe ser destinado e implementado en establecimientos de salud u otros servicios comunitarios que sean frecuentados por la población general, con el fin de detectar personas que estén experimentando con sustancias psicoactivas o que ya estén presentando daños secundarios al consumo así su intención inicial no sea consultar por este motivo, si el individuo está en riesgo, se debe direccionar para inicio del tratamiento y seguimiento del consumo (11).

En Colombia, dentro de los modelos de atención primaria en salud, se cuenta con una serie de instrumentos de tamizaje validados, útiles y aplicables con el fin de facilitar la detección precoz de casos de riesgo en personas que consumen sustancias psicoactivas, los cuales pueden aplicarse en niveles de baja/mediana complejidad y para su aplicación se requiere de una capacitación sencilla, además, pueden ser aplicados por varios profesionales de la salud sin limitarse al personal médico lo que lleva a una mayor cobertura de la población con un costo razonable. Para la aplicación e interpretación de estos instrumentos existen manuales que garantiza la estandarización de estos procesos (8).

Según la Ley 1438 de 2011, en las puertas de entrada del sistema de salud deben existir equipos especiales de profesionales de la salud que se dedican a labores de prevención y promoción, se sugiere que estos equipos tengan los siguientes perfiles: médico, trabajadora social, psicólogo, enfermera, higienista oral, auxiliar de enfermería, auxiliar de salud pública y técnico de saneamiento ambiental como mínimo (8). La creación de estos equipos tiene como objetivo que se facilite el acceso a los servicios de salud en atención primaria sugiriendo que estos equipos tengan la capacidad de realizar tamizaje a la población general así como intervención breve (8).

La persona que realice el tamizaje tiene que conocer las propiedades estadísticas de los instrumentos para poder hacer la mejor elección del mismo, además de tener la habilidad de interpretar el resultado (12) MILLER ASSESSMENT. Para escoger la mejor herramienta de tamizaje, se debe conocer la sensibilidad, especificidad, validez y confiabilidad de la misma. Sensibilidad se refiere a la capacidad de detectar la menor cantidad de falsos negativos y la especificidad se refiere a la capacidad de detectar la menor cantidad de falsos positivos. En cuanto a la confiabilidad, hace referencia a la estabilidad del instrumento, mientras que validez se refiere a que si el instrumento ha

CONFIDENCIAL

sido empleado en la población a la que se realizará el tamizaje (12) MILLLER. Ante casos de riesgo moderado y alto, deben remitir a un nivel de mayor complejidad para su adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento (8).

Instrumentos para el tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas

Es necesario indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el primer contacto con el sistema de salud, con el propósito de identificar a las personas que consumen sustancias psicoactivas. Especialmente, durante la apertura de historias clínicas de primera vez (8).

Dentro de la anamnesis, se recomienda formular preguntas que exploren el consumo de sustancias. Para ello, se sugiere utilizar el *Test de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de drogas y alcohol*. Si hay una respuesta positiva, el tamizaje con otros instrumentos debe ampliarse. Este test ha sido utilizado en población norteamericana, está validado en atención primaria de salud y en los servicios de urgencias. Los test AUDIT, ASSIST y DAST-10 fueron utilizados como apoyo para realizar esta validación (1).

Este test de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de sustancias psicoactivas y alcohol se compone de dos preguntas: (8)

1. ¿Cuántas veces utilizó una droga ilegal, o una medicación que necesita prescripción por razones no médicas, durante el año pasado? Esta pregunta tiene una sensibilidad del 100% con un intervalo de confianza del 95% y una especificidad del 73,5%, con un intervalo de confianza igual al 95%. Una respuesta de uno o más se considera positiva. La aplicación de esta pregunta es recomendada por el National Institute on Drugs Abuse (NIDA, 2014) (13).
2. ¿Cuántas veces ingirió X (5 para hombre y 4 para mujeres), o más tragos en un día, durante el año pasado? Esta pregunta tiene una sensibilidad del 81,8% y especificidad del 79,3%, con un intervalo de confianza del 95%. Para esta pregunta 5 o más tragos (en el caso de hombres), o bien, 4 o más tragos en un día (en caso de mujeres) se debe considerar positivo. La aplicación de esta pregunta es recomendada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2007) (13), y por el Task Force 2013 (14).

CONFIDENCIAL

De acuerdo con lo reportado por Klein, para el tamizaje de tabaco es recomendable realizar la siguiente pregunta: (15)

1. ¿Usted ha usado algún producto que contenga tabaco durante el último año? Esta pregunta tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 97%. Una respuesta afirmativa se considera positiva.

En caso de que el test sea negativo, se sugiere elogiar y reforzar el mantenimiento de esta conducta. En caso de que el test sea positivo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Mundial de la Salud recomiendan aplicar alguno de los instrumentos de tamizaje que se presentan a continuación (8). Estos instrumentos detectan con más detalle la presencia de consumo problemático o el riesgo de consumir sustancias (8)(10)(16).

Tabla Nº 3: Instrumentos de tamizaje para el consumo de sustancias psicoactivas

Instrumento	**Población a la que se dirige**	**Número de ítems**	**Aspectos que evalúa**	**Contexto más común de aplicación**	**Modalidad**	**Sensibilidad (S) Especificidad (E)**	**Validado**
ASSIST	Adultos.	8	- Consumo riesgo, nocivo y dependencia. - Problemas relacionados con el consumo. - Riesgo de	Atención primaria.	Entrevista.	S:80 % E:71 %	Útil en una gran variedad de culturas.

			daño actual. - Uso de drogas inyectables.				
CAGE	Adultos y jóvenes mayores de 16 años.	4	- Consumo riesgo de alcohol. - Necesidad de suspender el consumo, dependencia.	Atención primaria.	Entrevista o auto aplicado.	Mayor en adultos que adolescentes (Uribe, 2012). S: 65-100 % E: 80-100 %	
AUDIT	Adultos y adolescentes.	10	- Consumo problemático y dependencia al alcohol.	Diferentes contextos.	Entrevista, auto aplicado, por computador.	S: 57-59 % (17) E: 91-96 % (17)	Sí. Validado en 6 países (20).
CRAFFT	Adolescentes entre 14 y 18 años.	6	- Abuso de alcohol y drogas. - Conductas riesgosas y consecuencias del uso.	Entrevista diferentes contextos.	Entrevista o auto aplicado.	S: 92.39 % E: 82.1 %	Sí, (Cote, Uribe 2013).
DAST-10	Adultos.	10	- Identifica consumo problemático en el último año.	Diferentes contextos.	Entrevista o auto aplicado.		
TWEAK	Mujeres en embarazo.	5	- Consumo indebido de alcohol durante el embarazo.	Atención primaria, organiz	Entrevista, auto aplicado o por computa	S: 79 % (12) E: 83 % (5)	

CONFIDENCIAL

			- Dependencia y problemas asociados.	aciones de mujeres.	dor.			
T-ACE (18)1)	Mujeres en embarazo.	4	- Consumo riesgo de alcohol en el embarazo.	Diferentes contextos.	Entrevista.	S: % E: %	69-88 71-89	Validado en Estados Unidos.

Fuente: Elaboración de los autores.

Algunos autores describen que el uso de herramientas de tamizaje extensas tiene dos desventajas. Por un lado, no son fácilmente memorizables y su aplicabilidad es limitada debido al poco tiempo disponible para la consulta médica y, por otro lado, hay dificultades en la interpretación de la puntuación que se obtiene (13).

No obstante, las herramientas de tamizaje amplias pueden ser implementadas en los casos en que se necesita más información sobre la severidad del riesgo identificado, y con ello, diseñar una intervención breve diseñada hacia el paciente. Las herramientas validadas como parte de los estudios controlados de tamizaje e intervención breve, por ejemplo AUDIT, son las ideales (13).

Tamizaje en adultos

Es preciso señalar que, en el documento de *Cribado, Intervención Breve y Remisión a Tratamiento SBIRT* (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), se sugiere como herramienta inicial para la detección del consumo de etanol el AUDIT-C (3 ítems). Si este es positivo, se recomienda la realización del AUDIT completo (14)(19). En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, si el tamizaje de una sola pregunta resulta positiva, se sugiere realizar el DAST-10 (19).

El cuestionario AUDIT es la única herramienta de tamizaje diseñada para uso internacional con estandarización transnacional, ya que ha sido validada en 6 países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos de Norteamérica) (20).

Sin embargo, existen otras herramientas de tamizaje, entre las que se destacan las siguientes: (21)

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 4: Instrumentos adicionales de tamizaje reportados por la literatura

Instrumento	**Siglas**	**Referencia**	**Tamizaje**	**Diagnóstico**	**Planificación de tratamiento**	**Severidad**	**Evaluación de resultados**
Alcohol problems questionare	APQ	Monras *et al.* Validación de dos test para evaluar la gravedad del alcoholismo. Adicciones 1997; 9(4): 507-28.	**X**			**XX**	
Addiction severity index	ASI	González-Saiz *et al.* Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la entrevista clínica Addiction Severity Index (ASI). En: Iraurgi I, González-Saiz F. Instrumentos de evaluación en drogodependencias, 271-307. Madrid:	**X**		**X**	**XX**	**XX**

CONFIDE

		Aula Médica; 2002.					
Cuestionario de Jellineck	CJ	Freixa F. Clínicas de psicosocial de la enfermedad alcohólica. En Soler P, Freixa F, Reina F Editores. Trastorno por dependencia al alcohol. Conceptos actuales, 137-159. Madrid: Laboratorios de la Grange; 1988.	**X**	**XX**		**X**	
Drug Taking Evaluation Scale	DTES	Vilalta J. Dtes. Una escala para evaluar los trastornos por alcohol. Anales de psiquiatría. 1987; 3: 129-34.	**X**			**XX**	**X**
Drug Use Screening Inventory	DUSI	Díaz-Alvarado A, Sandí-Esquivel L. Validación del Drug	**XX**		**X**		

CONT

		Use Screening Inventory (DUSE) en la población adolescente de Costa Rica. Adicciones. 1966; 8(3):277-93.					
European Adaptation of Addiction	Euro ASI	Bobes J, González-Portilla MP, Wallase D. Adaptación europea de la Addiction Severity Index. Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, área de psiquiatría; 1995.	**X**		**XX**	**XX**	**XX**
Kurzfragebogen Für Alkoldefährd-dete (Cuestionario breve para alcohólicos)	KFA	Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA y CAGE para el diagnóstico del	**X**			**X**	

CONFIDENCIAL

		alcoholismo. Drogalcohol. 1968; 11:132-9.					
Münchmer Alkoholismus Test	MALT	Rodríguez-Martos A. El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios. Barcelona, APTA, Fons Informatiu 1986; número 2.	**XX**			**XX**	
Maudsley Addiction Profile	MAP	Fernández C, Torres MA. Evaluación de resultados del tratamiento: El Maudsley Addiciton Profile (MAP). En: Iraurgi I, González-Saiz F. Instrumento de evaluación en drogodependencias, 387-402. Madrid: Aula médica;	**X**		**XX**	**X**	**XX**

OFICIAL

		2002.					
Michigan Alcoholism Screening Test	MAST	Ballesteros J. Ariño J. Utilidad del Michigan Alcoholic Screening Test (MAST) en la evaluación del alcoholismo. En: Rodríguez-Pulido F, Sierra-López A, editores. La investigación epidemiológica de las drogodependencias, 113-125. Las Palmas: ICEPSS Editores; 1995.	**XX**			**XX**	
Opiate Treatment Index	OTI	González-Saiz F, *et al.* Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment	**X**		**XX**	**XX**	**XX**

CONFIDENCIAL

		Index (OTI). En: Iraurgi I, González-Saiz F. Instrumento de evaluación en drogodependencias, 309-359. Madrid: Aula médica; 2002.					

Fuente: Elaboración de los autores.

En su libro *Addiction counseling,* Miller cita que existen dos principales tipos de tamizaje. Por una parte, están los instrumentos de tamizaje amplio para adultos, ancianos y adolescentes, y por la otra, están los instrumentos de tamizaje específicos para adolescentes y adultos. Aun así, aclara que los instrumentos de tamizaje amplios para aplicación en adultos pueden ser usados en adolescentes. Si un instrumento de tamizaje amplio es positivo para una sustancia, se debe aplicar el test específico del mismo (12).

Como instrumentos para tamizaje general se describen: (12)

1. Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screeening Test (ASSIT), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y de aplicación para adultos y adolescentes, según Sandberg *et al.* 2013. Este test muestra adecuada confiabilidad y validez. La confiabilidad y factibilidad de las preguntas se evaluaron en un estudio de confiabilidad de tets retest realizado en Australia, Brasil, India, Israel, Irlanda, Territorios Palestinos, Puerto Rico, Reino Unido y Zimbabwe (22).
2. Alcohol Uses Disorders Identification Test (AUDIT) es una herramienta de tamizaje desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con el fin de contar con un instrumento que pueda ser aplicado en diferentes culturas. Como instrumentos relacionados con esta herramienta, está el AUDIT-C y CUDIT (Cannabis Uses

CONFIDENCIAL

Disorders Identification Test). Este último fue desarrollado por Adamson y Sellman 2003. Constituye una modificación del AUDIT para aplicación en pacientes con consumo peligroso de marihuana en los últimos 6 meses y, además, consta de 10 ítems, según Adamson *et al.* 2010, este instrumento tiene un nivel aceptable de validez y confiabilidad. Con respecto al AUDIT-C, Sandberg, Richards y Erford 2013, sostienen que tiene niveles de confiabilidad y validez aceptables.

3. Cutdown Annoyed Guilti Eye-opened (CAGE) fue desarrollado por Ewing 1984. Se trata de un instrumento que puede ser aplicado en pacientes de 16 años o más, y es usado para determinar personas con problemas de consumo de alcohol.
4. Tolerance Annoyed Cut down Eye-opener (T-ACE) desarrollado por Sokol, Martier y Ager 1989. Este instrumento es similar al CAGE pero fue desarrollado para aplicación en paciente embarazadas.
5. Tolerance Worried Eye opener Amnesia o black-out Cutdown (TWEAK) desarrollado por M. Russell, Martier y Sokol, 1991, es otro instrumento para aplicación en mujeres embarazas, basado en el CAGE.
6. Michigan Alcohol Screening Test (MAST) fue desarrollado por Selzer 1971. Su propósito es detectar la presencia de consumo de alcohol en adultos. Ha mostrado validez y confiabilidad. En cuanto a esta última herramienta, algunos autores no recomiendan su uso rutinario, puesto que es muy extensa (13).

Con respecto a los instrumentos de tamizaje específicos en adultos, se describen: (12)

1. Adiction Severity Index (ASI), desarrollado por Mc Lellan, Luborski, O´Brien y Woody 1980. Es una intervención semiestructurada que debe ser usada en adultos. Tiene 200 ítems divididos en 7 dominios y muestra confiabilidad y validez.

Existen otros instrumentos, como Alcohol Uses Inventory (AUI) 1987, Drive Risk Inventory (DRI) 1987, Global Appraisal of Individual Needs (GAIN), Substance Abuse Life Circumstances Evaluation (SALCE) 1991, y Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) 1985, que también son recomendados por Miller en su libro *Addiction counseling* (12).

En lo referente al CAGE, algunos autores consideran que esta herramienta no es muy recomendable. Si bien permite identificar los desórdenes del uso de alcohol, no es lo suficientemente confiable como para identificar el espectro de consumo riesgoso (13).

CONFIDENCIAL

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en población adulta

En el contexto colombiano, la recomendación para esta sustancia está descrita en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol del Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. En esta guía, se demuestra que el instrumento AUDIT es la mejor prueba para la detección inicial de pacientes. Así mismo, se considera como un mecanismo idóneo para indicar si es o no necesario continuar la atención con un tratamiento. **(Recomendación fuerte a favor de la prueba)** (1).

Dicha guía también sostiene que la aplicación del instrumento AUDIT a toda la población que consulte por cualquier motivo en los servicios de atención primaria puede ser complicada para la implementación, debido al tiempo que conlleva la aplicación del cuestionario. Adicionalmente, resalta la poca utilidad en pacientes sin riesgo.

De acuerdo con lo anterior, los desarrolladores de la GPC de Colombia consideran la posibilidad de aplicar la prueba AUDIT-C (versión abreviada de la prueba AUDIT) a todos los pacientes que reporten algún consumo de alcohol en los últimos 30 días, según la respuesta obtenida durante la entrevista médica. Dicho instrumento es más práctico para ser administrado de manera rutinaria a una población de gran tamaño que consulta los servicios de salud, puesto que consta únicamente de las tres primeras preguntas del AUDIT **(Recomendación fuerte a favor de la prueba, recomendación por consenso de expertos).**

Por lo tanto, la GPC recomienda la aplicación del AUDIT completo sólo a los pacientes con un resultado AUDIT-C positivo **(Recomendación fuerte a favor de la prueba).**

Según el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de la Comunidad - USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force, 2013), en lo referente a la población adulta mayor de 18 años, se recomienda realizar tamizaje e intervención breve en personas con consumo de riesgo, o peligroso, de alcohol **(Evidencia grado B)** (14). Entre las herramientas que USPSTF recomienda para la detección del abuso de alcohol en el ámbito de la atención primaria, se incluyen el AUDIT, AUDIT-C abreviado y la tamización de una sola pregunta.

CONFIDENCIAL

A su vez, en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección y Consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención México, la cual fue actualizada en el año 2015. Esta consiste en la detección, prevención y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Recomiendan aplicar el AUDIT, AUDIT-C y las preguntas individuales, las cuales son pruebas de tamizaje efectivas que los profesionales de la salud pueden usar en adultos para identificar abuso de alcohol en el primer nivel de atención **(Nivel/Grado alto)** (3).

Existe literatura al respecto, especialmente de fuente de consenso de expertos. En ese sentido, el Protocolo clínico sobre abuso de sustancias en atención primaria de atención de SAMSHA (A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians) da pautas de manejo basadas en la experiencia en las que se menciona nuevamente el uso de AUDIT con el fin de identificar población con riesgo de consumo de alcohol y CAGE AID (Cage Adapted to Include Drugs) para pacientes con consumo de drogas. Se debe usar la pregunta: ¿Ha usado drogas de la calle más de cinco veces en su vida? "Una respuesta positiva sugiere una revisión adicional y posiblemente evaluación" (23).

Tamizaje en mujeres embarazadas

Deben consultarse los antecedentes sobre consumo de alcohol, nicotina y sustancias de abuso ilegales de las pacientes embarazadas, cualquiera que sea su posición socioeconómica. Existen varias pruebas de tamizaje sobre el uso de alcohol y otras sustancias de abuso para esta población. En relación con la detección de consumo de alcohol, hay herramientas bien desarrolladas. Aun así, la validez, fiabilidad y uso clínico de los cuestionarios para la detección de otras sustancias psicoactivas no son confiables (18) (24).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia ha desarrollado una serie de herramientas para la identificación del consumo de riesgo antes y durante el embarazo, las cuales pueden ser empleadas en una valoración de rutina. Incluye tres pasos (18).

1. Pregunte sobre el consumo de alcohol.
2. Realice una intervention breve.
3. Haga seguimiento.

CONFIDENCIAL

Ante una respuesta positiva a la primera pregunta, recomiendan realizar una prueba de tamizaje validada como por ejemplo el T-ACE (24), TWEAK (24) y AUDIT-C (13) (18).

Existen pruebas de tamizaje disponibles para detectar consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo. Estas herramientas presentan desventajas por falta de validación en poblaciones más grandes y diferentes culturas. Sin embargo, existe un test conocido como The Substance Use Risk Profile-Pregnancy, el cual está conformado por tres ítems de única respuesta afirmativa o negativa. Produce una estimación del riesgo de uso de sustancias psicoactivas en el embarazo con una sensibilidad del 91% y una especificada del 67%, con base en un estudio de validación que incluyó a 1.074 mujeres (18).

Grace Chang (2014) sugiere que un resultado positivo en una prueba de tamizaje no es un diagnóstico, pero sí es una oportunidad para que el médico discuta con la paciente sobre estilos de vida saludables. En esto se incluye consejería sobre el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas durante el embarazo, además de realizar intervención breve y seguimiento (18).

Los proveedores de salud deberían están entrenados para intervenir o remitir a todas las pacientes embarazadas en quienes se detecten antecedentes de consumo de alcohol y otras sustancias, tanto en el pasado como en el presente (25).

La utilización de los instrumentos para tamización de mujeres embarazadas es variada. La Guía de la Organización Mundial los resume en la tabla 5.

Tabla Nº 5: Instrumentos de detección de consumo de sustancias en cuidado prenatal o mujeres embarazadas

Instrumento	**Acrónimo**	**Sustancia tamizada**	**Número de ítems**	**Método de administración**	**Entrenamiento en administración**	**Otras consideraciones**	**Sensibilidad**	**Especificidad**
Alcoho	AS	Tab	^8	Entrevis	Sí	‡	Alc	Alcoh

CONFIDENCIAL

l, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (Version 3.0)	SIST	aco, alcohol y sustancias		tador			oho l: 67 %	ol: 67 %
4P's Plus	4Ps Plus	Alcohol y uso de sustancias en general	4	Papel y lápiz	No	Pacientes hospitalizadas y ambulatorias	87 %	87 %
Hospital Screening Questionnaire	HSQ	Tabaco, alcohol y sustancias	18-40	Papel y lápiz	No	Paciente hospitalizada: pos parto		
Pregnancy Information Program	PIP	Tabaco, alcohol y sustancias	~200	Computador	No	Clínica Prenatal y Consultorios de Ginecólogos/ Obstetras		
Substa	SU	Alc	3	Papel y	No	Clínica	†Ba	Bajo

CONFIDENCIAL

nce Use Risk Profile – Pregnancy	RP-P	ohol y sustancias		lápiz		Prenatal	jo riesgo: 80–100 % Alto riesgo: 48–100 %	riesgo: 61–64 % Alto riesgo: 84–86 %
Alcohol Use Disorder Identification Test	AUDIT	Alcohol	10	Papel, lápiz y entrevistador	No	‡	*7–23 %	*97–100 %
Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption 7	AUDIT-C	Alcohol	3	Papel y lápiz	No	‡	*18 – 100 %	*71–100%
CAGE	CAGE	Alcohol	4	Papel y lápiz	No	‡	*38 –59 %	*82–92 %
NET	NET	Alcohol	3	Papel y lápiz	No	Pacientes hospitalizadas y ambulatorias	*24 –71 %	*86–99 %
Short Michigan	SMAST	Alcohol	13	Entrevistador	No		*11 –15 %	*96–98 %

CONFIDENCIAL

Alcohol Screening Test11								
Ten Question Drinking History	TQDH	Alcohol	10	Papel y lápiz	Sí	Clínica Prenatal		
T-ACE	T-ACE	Alcohol	4	Papel y lápiz	No	Clínica Prenatal	*60–91 %	*37–79 %
TWEAK	TWEAK	Alcohol	5	Papel y lápiz	No	Clínica Prenatal	*59–92 %	*64–92 %

Notas: La sensibilidad y la especificidad se proporciona sólo para muestras de mujeres en atención prenatal o mujeres embarazadas. ♦ Los investigadores informan que "El papel del ASSIST V3.0 es incierto para esta población embarazada. ^ Preguntas 1-7 cada una preguntará acerca de 10 clases de sustancias. ‡ Inicialmente no desarrollado ni validado para la población de mujeres embarazadas. * Las sensibilidades y especificidades varían dependiendo del punto de corte usado para determinar el riesgo. † alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, opioides".

Fuente: WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (25).

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en mujeres embarazadas

Según la guía para la identificación y manejo de uso de sustancias y desórdenes de uso de sustancias en el embarazo publicada por la Organización Mundial de la Salud en el 2014, recomienda que todos los proveedores de la salud deben consultar a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias. Tanto en el presente como en el pasado, desde la primera consulta prenatal y en cada control que se realice **(Recomendación fuerte, calidad de evidencia muy baja)** (25).

CONFIDENCIAL

La actividad de preguntar por parte de los profesionales sanitarios en cada visita durante el cuidado prenatal es importante, ya que algunas mujeres suelen ser más propensas a reportar información sensible después de una relación de confianza (25).

La USPSTF recomienda que los profesionales sanitarios pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco y que les aconsejen dejar de consumirlo **(Recomendación A)** (6).

Existen instrumentos para detectar trastornos de alcohol y otras sustancias en mujeres embarazadas. Se describen en la tabla 3.

Tamizaje en población adolescente

La literatura recomienda que el personal que trabaje en salud con adolescentes, así como las personas que trabajan con adolescentes infractores, profesores, orientadores, personal dedicado a rehabilitación los cuales estén en contacto con esta población, deben ser capaces de detectar los casos de jóvenes con problemas de consumo (26) (27).

Los adolescentes con alto riesgo de consumo de sustancias que muestren un resultado negativo durante el proceso de tamización deben ser revalorados en un periodo de 6 meses (SAMHSA - 2012) (26).

Además, se recomienda que todos los adolescentes infractores que abandonen el colegio, los que estén bajo protección del Estado y de entidades de protección, poblaciones de alto riesgo como, por ejemplo, adolescentes en educación especial, adolescentes con cambios de conducta o de humor, conductas oposicionales, evasión de clase, actitudes de calle, bajo rendimiento escolar o que se presenten con problemas médicos de traumas etcétera, deben ser tamizados (26).

El proceso de tamizaje no debe durar más de 30 minutos. La duración ideal para aplicar el instrumento debería ser de 10 a 15 minutos. Del mismo modo, el instrumento debe ser lo suficientemente simple para que varios profesionales de salud puedan aplicarlo. Y, como característica importante, debe centrarse en la gravedad del consumo de sustancias psicoactivas y en los factores de riesgo asociados. Por ejemplo, de índole mental o de problemas penales, funcionamiento en casa y en el colegio. El tamizaje debe adaptarse a una variedad de edades y de antecedentes personales o culturales (26).

A su turno, las entrevistas de tamizaje deben realizarse con el adolescente sin presencia de los padres. El panel de expertos de SAMHSA recomienda que todas las personas que

CONFIDENCIAL

trabajen con adolescentes en una comunidad deben utilizar los mismos instrumentos de tamizaje (26).

En 2011, la Academia Americana de Pediatría recomendó que los pediatras usen la guía del SBIRT desarrollada por SAMHSA (12).

En cuanto a la tamizaje de alcoholismo en adolescentes de 14 a 18 años, la entidad National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) recomienda realizar las siguientes preguntas, a pesar de que éstas aún no estén validadas: (13)

1. "En los 12 meses anteriores, ¿cuántos días usted tomó más que unos pocos sorbos de cerveza, vino o cualquier sustancias que tenga alcohol?" (Cualquier número de días es un test positivo).
2. "Si tus amigos beben, ¿cuántos tragos usualmente toman en cada ocasión?" (Más de tres bebidas en niños y más de dos bebidas en niñas indica la necesidad de una evaluación adicional e intervención breve).

Como instrumentos para tamización amplia para adolescentes se describe: (12)

1. ASSIST
2. AUDIT-S (27)
3. CAGE
4. Addiction severity index (ASI). Este instrumento también es de amplio uso en adultos (27).
5. Car, Release, Alone, Forget, Family/Friends and Trouble (CRAFFT), desarrollado por Knight, Sherript, Shirier, Harris y Chang 2002, es una herramienta para aplicación en adolescentes entre los 14 y 18 años. Según Rumpf *et al.* 2013, y Sadberg *et al.* 2013, tiene validez y buena confiabilidad (27).
6. Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI), desarrollado por White y Labouvie 1989. Fue creado para evaluar el consumo de alcohol en adolescentes y las consecuencias del consumo en el último año. Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar problemas de consumo de alcohol en adolescentes y estudiantes de colegio (Nial, Corbin, Frome 2006). Tiene alta validez y confiabilidad (White y Labouvie 1989). Cuenta con 23 ítems, puede ser autodesarrollado. Tiene aplicación en pacientes mayores de 12 años de edad y de duración de 10 minutos. No se requiere entrenamiento para poder hacerlo.

CONFIDENCIAL

Con relación a los instrumentos de tamizaje específicos en adolescentes, recomiendan: (12)

1. Juvenile Automated Substante Abuse Evaluation (JASAE) 1988, el cual examina el uso de alcohol y drogas, con base en el DSM-IV TR. Con tal propósito, da recomendaciones para realizar intervenciones. Consta de 7 ítems y puede ser realizado en pacientes cuya edad oscile entre 12 y 18 años. El proceso tarda 20 minutos. Ha mostrado validez y confiabilidad.

Existen otros instrumentos, como Alcohol Uses Inventory (AUI), Global Appraisal of Individual Needs (GAIN), Substance Abuse Subtle Screanning Inventory (SASSI), Adolescent Alcohol Involvent Scale (AAIS), Personal Experiencia Screening Questionnaire (PESQ) 1991 y Adolescent Drug Involvent Scale (ADIS) (27) (27).

Aunados a los instrumentos descritos, la literatura reporta otro cuestionario que ha sido validado en Chile y México, conocido como el POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers). Fue desarrollado por expertos en investigación con el apoyo del NIDA. Este instrumento puede ser autoadministrado. Su objetivo consiste en la detección oportuna de problemas en jóvenes que abusan o utilizan drogas. La aplicación de este instrumento determina las áreas funcionales que están comprometidas, con el fin de trabajar en ellas y elaborar un plan de tratamiento individualizado. Puede ser usado en población adolescente entre 12 y 19 años. Su aplicación toma 30 minutos y consta de 139 ítems con tipo de respuesta sí o no (9) (3).

En lo referente al ASSIST YOUNG (Alcohol, smoking and substance involvement screening test in Young), la versión 3.1 no ha sido validada para su uso en personas menores de 18 años de edad. Lo anterior obedece a que los puntajes de corte de este instrumento para identificar la transición de riesgo bajo a moderado y de moderado a alto están determinados para población adulta. Estos puntajes no son apropiados para los jóvenes, cuyos cerebros y cuerpos aún están en proceso de crecimiento y desarrollo. Además, a diferencia de los adultos, los jóvenes presentan una limitada experiencia de vida. En consideración de estas limitaciones, el DASSA (Drug and Alcohol Services South Australia) recientemente desarrolló el ASSIST-YOUNG bajo la guía de la Organización Mundial de la Salud y mediante un conceso de expertos, a partir de la evidencia encontrada hasta la fecha. Del mismo modo, se desarrolló un cuestionario y

CONFIDENCIAL

un instructivo del ASSIST-YOUNG para jóvenes de 10 a 14 años y otro para jóvenes entre 15 a 17 años. Estas son versiones preliminares. En la actualidad, el ASSIST-Y y materiales asociados están en proceso de validación (30).

Según el USPSTF (2013), en adolescentes la evidencia sobre tamizaje e intervención en consumo peligro de alcohol es insuficiente (14).

En 2011, la Academia Americana de Pediatría recomendó que los pediatras utilizaran la guía del SBIRT, desarrollada por SAMHSA (NIDA, 2011) (12).

En adolescentes, mujeres embarazadas y mujeres con deseo de concepción, diferentes herramientas de tamizaje son útiles ya que en esta población cualquier uso es perjudicial. Por esta razón, el CAGE, el MAST y el CRAFFT no son recomendables como herramientas de tamización, puesto que están validadas para detectar trastornos de consumo, mas no consumo perjudicial (13).

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje de adolescentes

Para la detección de consumo de alcohol y otras drogas, la guía clínica AUGE del gobierno chileno (2013) recomienda detectar el posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. Esta detección se debe hacer en todas las actividades de salud dirigidas a esta población, incluso en actividades comunitarias y en otros contextos vinculados a la vida cotidiana de estas personas **(Nivel de evidencia 2, grado de recomendación A)** (9).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre tamizaje psicosocial que resultaron de la validación de expertos realizada a partir de la metodología de formulación del modelo de tratamiento:

Las recomendaciones dadas por USPSTF 2008 para la tamizaje de drogas ilícitas en la población general, adolescentes y mujeres embarazadas en quien no estaba identificado el consumo de drogas ilícitas, incluyen cuestionarios de tamizaje estandarizados válidos y confiables. Estos instrumentos están disponibles para detectar el consumo de sustancias en adultos y adolescentes. No obstante, no hay suficiente evidencia para evaluar la utilidad clínica de estos instrumentos cuando son aplicados en servicios de atención primaria de salud a la población general **(Recomendación grado I -**

CONFIDENCIAL

Insuficiente evidencia) (28), durante el consenso de expertos, esta recomendación fue excluida ya que hay otras recomendaciones con nivel de evidencia alta que si validan la utilización de varios instrumentos de tamizaje en los servicios de atención primaria que ya fueron explicados en apartados anteriores en este documento.

En cuanto a la recomendación del uso del cuestionario AUDIT para el tamizaje de adolescentes "en riesgo" entre 10 y 17 años con el fin de identificar, en atención primaria en salud, consumo de riesgo de alcohol fue incluida como recomendación para Colombia sin otros cambios ni recomendaciones al igual que la recomendación frente a la aplicación de la versión española del ASSIST para detección del uso, abuso y dependencia del consumo de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria.

La recomendación por consenso general por parte del panel de expertos es la aplicación del ASSIST como instrumento de tamizaje de primera opción en población adulta y adolescente, sin embargo, si el profesional de atención requiere del uso de otros instrumentos de tamizaje como el AUDIT, CRAFFT o el POSIT puede usarlos siempre que esté indicado.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía Nº 23 [Internet]. 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf

2. Moyer VA, Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 6 de agosto de 2013;159(3):210-8.

3. Secretaría de Salud del Gobierno de México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección y Consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención. 2015.

4. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

5. Alba L, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica, v. 33, n. 2, p. 186-204, nov. 2012. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/651>. Fecha de acceso: 20 aug. 2016 doi:http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.651.

6. Final Recommendation Statement: Tobacco Use in Adults and Pregnant Women: Counseling and Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions

7. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGE «Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años». Santiago: Minsal, 2013.

8. Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito Programa de fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas. Modelo Integrador de

CONFIDENCIAL

Herramientas de Detección Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria en Salud Colombia. 2012.

9. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013.

10. Drug Treatment Network - Home [Internet]. [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.unodc.org/treatment/index.html

11. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. Syst Rev. 2014;3:50.

12. Geri Miller. Assessment and diagnosis of addiction. En: Learning the Language of Addiction Counseling. Fourth Edition. 2015. p. 41-51.

13. Saitz R. Screening and Brief Intervention. En: Textbook of Substance Abuse Treatment. Fifth Edition. The American Psychiatric Publishing; 2015. p. 99-104.

14. Moyer VA, Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 6 de agosto de 2013;159(3):210-8.

15. Klein JW. Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. Med Clin North Am. julio de 2016;100(4):891-910.

16. 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. Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas. Un modelo basado en evidencia para el Distrito Capital. 2013.

17. Álvarez Montero S., Gallego Casado P., Latorre de la Cruz C., Bermejo Fernández F. Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol. Medifam. 2001;11(9).

CONFIDENCIAL

18. Chang G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. junio de 2014;41(2):205-12.

19. Massachusetts Department of Public Health. SBIRT: A Step-By-Step Guide. A Step-By-Step Guide for Screening and Intervening for Unhealthy Alcohol and Other Drug Use. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.masbirt.org/sites/www.masbirt.org/files/documents/toolkit.pdf

20. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2001. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

21. González-Saiz F I I. Instrumentos de evaluación psicométrica en drogodependencias. En: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías. Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 107-15

22. Organización Mundial de la Salud. ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/assist-la-prueba-de-deteccion-de-consumo-de-alcohol-tabaco-y-sustancias/

23. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

24. Wong S, Ordean A, Kahan M, Maternal Fetal Medicine Committee, Family Physicians Advisory Committee, Medico-Legal Committee, et al. Substance use in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC. abril de 2011;33(4):367-84.

25. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.

CONFIDENCIAL

26. TIP 31: Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders|SAMHSA [Internet]. [citado 23 de junio de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-31-Screening-and-Assessing-Adolescents-for-Substance-Use-Disorders/SMA12-4079

27. Maram E. Psychosocial Assessment of the Substance-Abusing Adolescent. En: Clinical Handbook of Adolescent Addiction. Wiley-Blackwell; 2013. p. 68-77.

28. Polen MR, Whitlock EP, Wisdom JP, Nygren P, Bougatsos C. Screening in Primary Care Settings for Illicit Drug Use: Staged Systematic Review for the United States Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [citado 23 de junio de 2016]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK33960/

29. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol Screening and Brief Intervention for Adolescents: The How, What and Where of Reducing Alcohol Consumption and Related Harm Among Young People. Alcohol Alcohol. 1 de marzo de 2014;49(2):207-12.

30. Available from: http://www.sahealth.s.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resource.s/professional+development/drug+and+alcohol+training+and+development/assist+alcohol+smoking+and+substance+involvement+screening+test.

CONFIDENCIAL

Pregunta 2

En población general, ¿cuáles programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas han demostrado efectividad?

Las recomendaciones fueron trabajadas por el grupo del componente de prevención y promoción del Convenio 656 de 2015 entre el MSPS y UNODC.

Contenido pregunta 2

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en A.P.S. para reducir el consumo? ……282

Abreviaturas y acrónimos……282

Resumen de recomendaciones……282

¿Qué son las intervenciones breves en el contexto del consumo de sustancias psicoactivas? ….. 289

Práctica actual 290

Objetivos que se deben buscar en una intervención breve 290

Necesidades del tratamiento durante la etapa de cambio 291

FRAMES (Acrónimo en inglés) 291

Una intervención breve consta de 5 pasos que incorporan FRAMES: 291

La intervención breve con el modelo "5 Aes" 292

Intervenciones breves en programas de tratamiento de abusos de sustancias……294

Intervenciones breves afuera de contextos de tratamientos en abuso de sustancias 294

Conocimiento y habilidades esenciales 294

Intervenciones breves 295

Detección y valoración 296

Áreas a valorar 296

Sesión de apertura 296

Estrategias de permanencia 297

CONFIDENCIAL

Tratamiento final 297

Personal que puede administrar una intervención breve 298

Recomendaciones y evidencia……...298

Intervenciones breves en adultos 299

Intervención breve en adolescentes 314

Intervención breve en embarazadas 317

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia…….322

Recomendación 322

Referencias……325

CONFIDENCIAL

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en A.P.S. para reducir el consumo?

Abreviaturas y acrónimos

A.P.S.: Atención Primaria en Salud
CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (México)
ECA: Estudio Clínico Aleatorizado
FRAMES: Feedback - Responsibility - Advice - Menu - Empathy - Self -efficacy
NHMRC: National Health and Medical Research Council (Australia)
NICE: The National Institute for Health and Care Excellence (UK)
NIDA: National Institute on Drug Abuse
OMS: Organización Mundial de la Salud
SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA)
SBIRTRT: Screening, brief-intervention and referral to treatment
SPA: Sustancias Psicoactivas
TS: Trabajadores en salud
TCC: Terapia cognitivo comportamental
TIP: Treatment improvement protocol
UDI: Usadores de drogas intravenosas
UNODC: United National Office on Drugs and Crime
USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 1: Recomendaciones generales en consumo de sustancias psicoactivas

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos	El personal que tiene contacto con personas que abusan de drogas debe rutinariamente proporcionar información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben basarse en principios de 12 pasos.	NICE	National Institute for Health Care Excellence. NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.

CONFIDENCIAL

Adultos	Si una persona que abusa de las drogas ha expresado su interés en asistir a un grupo de autoayuda de 12 pasos, el personal debe facilitar el contacto inicial de la persona con el grupo.	NICE	National Institute for Health Care Excellence. NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	Las intervenciones breves enfocadas en la motivación deben ser ofrecidas a las personas que tiene un contacto ocasional con los servicios de salud sólo si el usuario expresa preocupaciones acerca del uso indebido de drogas o un miembro del personal las identifica. Estas intervenciones deben constar de hasta dos sesiones, con una duración de 10 a 45 minutos. Se debe explorar a cerca de la ambivalencia frente al consumo de drogas y su posible tratamiento. El objetivo es aumentar la motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información que no se centre en juicios de valor.	NICE	National Institute for Health Care Excellence. NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adolescentes 12 a 17 años.	Cuando un adolescente es detectado con consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas, es ideal ofrecerle alguna alternativa de tratamiento acorde al contexto. Aun cuando cierta gama de opciones de tratamiento (Terapia cognitivo conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinado con intervención breve, entrevista	SING A	Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; CENETEC. 2015.

CONFIDENCIAL

	emocional o terapia psicoeducativa) que pueden ser eficaces para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes, el personal de salud adicionalmente debe considerar en la elección de la intervención, la accesibilidad del servicio para los usuarios y sus características socioeconómicas.		
Embarazadas	Los proveedores de salud deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que usan alcohol o drogas.	GRADE Recomendación débil a favor de la intervención	WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se sugiere ofrecer referencia a tratamiento especializado.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

Tabla Nº 2: Recomendaciones en consumo de alcohol

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Cuando un adulto es detectado con uso nocivo de alcohol en escenarios de primer nivel, el profesional debe ofrecer consejo breve	SING A	Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; CENETE. 2015.

CONFIDENCIAL

Adultos	En pacientes adultos en los que se documente consumo de riesgos o dependencia del alcohol, se recomienda la intervención breve o entrevista motivacional en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. La intervención debe contener elementos fundamentales de entrevista motivacional. Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Ministerio de Salud y Protección Social Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013. Guía Nº 23.
Adultos	El USPSTF recomienda que los clínicos realicen tamización a los adultos mayores de 18 años para abuso de alcohol y proporcionen a las personas con consumo riesgoso o peligroso intervenciones breves de asesoría comportamental para reducir el consumo problemático.	USPSTF	Final Recommendation Statement: Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care - US Preventive Services Task 2014.
Adultos	Para los pacientes sin trastorno por consumo de alcohol documentado que presentan una detección positiva para el uso riesgoso, se recomienda proporcionar una intervención inicial única y breve sobre los riesgos relacionados con el alcohol y consejos de abstenerse, o limitar la bebida dentro de los límites diarios o semanales de	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015

CONFIDENCIAL

	edad y de género establecidos para el país.		
Adolescentes 12 a 17 años	Se debe proporcionar intervención breve todos los adolescentes con consumo de alcohol. Se deben incluir componentes eficaces como: • La retroalimentación personalizada del consumo, sus riesgos y consecuencias. • Las comparaciones contra el consumo estándar de la población las estrategias de moderación. • El cuestionamiento de las expectativas positivas del alcohol. • La educación sobre los niveles de alcohol en la sangre. • En contextos escolares es recomendable otorgar consejo breve a los estudiantes que son identificados con uso nocivo de alcohol.	SING A	Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; CENETEC. 2015.

CONFIDENCIAL

Adolescentes 12 a 17 años	Aplicar consejo breve en escenarios de urgencias es una excelente oportunidad para disminuir las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y agresión en adolescentes que se encuentran en riesgo de futuras lesiones. El, personal de urgencias debe ofrecer intervención breve a los adolescentes que ingresan al servicio y son detectados con consumo de alcohol o conductas agresivas.	SING B	Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; CENETEC. 2015.

Tabla Nº 3: Recomendaciones en consumo de tabaco

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	El consenso de expertos recomendó adoptar un modelo estándar para las intervenciones breves y sugirió adoptar el modelo de las "cinco aes". El modelo está diseñado para ser aplicado en tres minutos; no obstante, su duración podría ser mayor, pues el apoyo al paciente (A4) puede implicar la prescripción de medicamentos y la decisión sobre sesiones adicionales. Cuando el tiempo es corto o no se cuenta con el entrenamiento apropiado, se propone un modelo que usa componentes de la entrevista motivacional denominado el modelo de las "cinco eres".	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica. 15 de noviembre de 2012; 33(2):186-204

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 4: Recomendaciones en consumo de inhalantes

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Todos los trabajadores de la salud que tienen contacto con personas que consumen inhalantes deben proporcionar una intervención breve cada vez que tengan la oportunidad de hacerlo (si tienen la formación y habilidad adecuada para realizarlo).	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	La intervención breve debe incluir una información clara y objetiva sobre la salud riesgos del uso de inhalantes y los beneficios de suspender el consumo.		
	La intervención breve en usuarios de sustancias inhalantes debe ser individual y estar enfocada a motivar el abandono o disminuir el consumo.		

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 5: Recomendaciones para usadores de drogas intravenosas (UDI)

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos	Durante los contactos de rutina, el personal debe proporcionar información y asesoría individual, a todas las personas que abusan de drogas, sobre la reducción de la exposición a virus de transmisión sanguínea. Se incluirán recomendaciones sobre cómo reducir la exposición a virus de transmisión sanguínea.	NICE	National Institute for Health Care Excellence. NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
	No deben ser proporcionados de manera rutinaria intervenciones grupales psicoeducativas que den información sobre cómo reducir la exposición a los virus transmitidos por la sangre y/o sobre la reducción de los comportamientos sexuales y de inyección riesgosos.		

CONFIDENCIAL

¿Qué son las intervenciones breves en el contexto del consumo de sustancias psicoactivas?

Las intervenciones breves son aquellas prácticas que buscan indagar a cerca de un problema potencial con las sustancias y para motivar al individuo a empezar a hacer algo respecto de ese problema, ya sea a través de medios establecidos por el propio paciente o a través de un tratamiento adicional.

El objetivo básico de cualquier intervención es disminuir la probabilidad de daño que podría generar el uso continuo de sustancias. El objetivo específico para cada paciente individual está determinado por el uso y el contexto en el cual la intervención breve se lleva a cabo.

Las intervenciones breves pueden utilizarse adecuadamente en una variedad de contextos, tanto para las personas que no tienen contacto con servicios de tratamientos de drogas (por ejemplo, en salud mental, salud general, atención social y urgencias) como para las personas en contacto parcial con tales tratamientos (como programas de intercambios de jeringas y agujas, programas comunitarios de bajo umbral). (1)

Práctica actual

Aunque las intervenciones breves se consideran un componente importante del tratamiento psicosocial en servicios de acceso abierto de drogas (bajo umbral), la provisión de estas intervenciones varía ampliamente en diferentes países.

Esta práctica se ha propiciado estudios evaluativos en una gama amplia de situaciones, incluyendo en servicios formales de tratamiento de drogas (2). Asimismo, en servicios generales de salud (3), contextos de escolares (4), universitarios (5) y de atención psiquiátrica (6). A pesar de estos trabajos, la medida del uso y distribución de estas intervenciones no es clara, por lo tanto es razonable considerar que hoy en día no se aplican ampliamente de manera universal. Las revisiones de la literatura consideran, por lo tanto, no sólo la eficacia de las intervenciones breves, sino también contexto en el que se realizan, con el fin de comprender mejor el probable beneficio en personas que abusan de drogas y que no están en tratamiento formal.

Objetivos que se deben buscar en una intervención breve

El protocolo de intervenciones breves y terapias para breves para el abuso de sustancias (TIP 34) (1) de SMASHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) recomienda como objetivos de las intervenciones breves en A.P.S. (Atención Primaria en Salud) lo siguiente:

- Aprender a programar y priorizar el tiempo
- Mejorar el sistema de soporte social
- Aprender a divertirse sin abusar de sustancias
- Empezar la exploración de habilidades o entrenamientos si es desempleado
- Frecuentar encuentros de AA o NA
- Renunciar a resentimientos
- Mantenerse en el presente

CONFIDENCIAL

Necesidades del tratamiento durante la etapa de cambio

- **Pre-contemplación.** El paciente necesita información que relacionen sus problemas con abuso de sustancias. Una intervención breve podría educarlo acerca de las consecuencias negativas del abuso de sustancias.
- **Contemplación**. El paciente debe explorar sentimientos de ambivalencia y conflictos entre el abuso de sustancias y sus valores personales. La intervención breve podría incrementar la conciencia del paciente con respecto a las consecuencias de un continuo abuso de sustancias y a los beneficios de disminuir o detener dicho abuso.
- **Preparación**. El paciente necesita trabajo en fortalecer su compromiso. Una intervención breve podría darle al paciente una lista de opciones para su tratamiento.
- **Mantenimiento.** El paciente necesita ayuda con la prevención de recaídas. Una intervención breve podría tranquilizar, evaluar acciones presentes y redefinir planes a largo plazo.

FRAMES (acrónimo en inglés)

- (Feedback) Retroalimentación acerca del riesgo personal dada al participante
- (Responsibility) Responsabilidad para el cambio dada al participante
- (Advice) Consejo para el cambio dado por el proveedor
- (Menu) Menú de opciones de tratamiento o auto-ayudas para el participante
- (Empathy) Empatía a la hora de aconsejar al participante
- (Self-efficacy) Empoderamiento del participante

Una intervención breve consta de 5 pasos que incorporan FRAMES:

Detección, evaluación y valoración

Este es un proceso de ganancia de información sobre el problema elegido. Varía en longitud, desde una simple pregunta, a muchas horas de valoración sobre el tema de cambio escogido. Información adicional y ejemplos de instrumentos de detección y valoración pueden encontrarse en el TIP 34 (1).

Actitud de comprensión y aceptación

Los clínicos deben asegurar a sus pacientes que van a ser escuchados detenidamente y deben esforzarse para comprender el punto de vista del paciente durante la intervención

CONFIDENCIAL

breve. Escuchar activamente ahorra tiempo al reducir y prevenir la resistencia, enfocar al clínico con el paciente, fomentar la auto-revelación y ayudar al paciente a recordar lo que ha sido dicho durante la intervención. Personas con habilidad para escuchar activamente realizan estos tres pasos automáticamente, naturalmente y rápidamente:

- Escuchar lo que dice el paciente
- Crear un planteamiento reflexivo
- Probar, en la conversación con el paciente, la validez del planteamiento hecho

La intervención breve con el modelo "5 Aes"

La guía del NIDA (National Institute on Drug Abuse), proporciona directrices para la entrega SBIRT el alcohol, el tabaco y las drogas en los entornos médicos (8). Las recomendaciones del NIDA son consistentes con las guías clínicas para el alcohol (9) y el tabaco (10) SBIRT, así como el Medicare y otros requisitos de las compañías de seguros para la codificación y la facturación SBIRT (11). Aunque esta guía se dirige a todas las sustancias de abuso, su atención se centra en los servicios de SBIRT, para el uso saludable de la prescripción no médica y drogas ilícitas entre los adultos.

Las directrices existentes recomiendan enfoque del Cinco de "Aes" *(Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange)* (Preguntar, Aconsejar, Evaluar, Ayudar y Organizar) para los servicios del SBIRT:

"Preguntar": Se refiere a la detección y evaluación del nivel de riesgo: "Preguntar y entonces intervenir", se deben incluir todos las intervenciones de "A" y se deben adaptar a los resultados obtenidos y al nivel de riesgo determinado.

"Asesorar": Indica un asesoramiento personal directo sobre el consumo de sustancias. El objetivo de los consejos del médico es para los pacientes que oyen claramente que se recomienda un cambio en su comportamiento como con base en preocupaciones médicas (Revisión de los resultados con el paciente), y para aprender acerca de su uso personal de sustancias y sus efectos en la salud (proporcionar asesoramiento). Presentación de los hechos de una manera objetiva, utilizando un lenguaje fuerte y personalizado, por un conocedor y profesional de confianza, se ha demostrado que ha ayudado a facilitar el cambio.

"Evaluar": Se refiere a la evaluación de la voluntad del paciente (disposición) para cambiar el comportamiento poco saludable (reducción del uso o dejar de fumar),

CONFIDENCIAL

después de escuchar el consejo del médico. Si el paciente no está dispuesto a cambiar su uso de sustancias, el médico debe reevaluar los problemas de salud relacionados con el consumo de sustancias, reafirman la voluntad de ayudar cuando el paciente está listo, y animar al paciente a reflexionar sobre la percepción de "beneficios" de continuar utilizando la sustancia, frente a la disminución o suspensión del consumo..

"Ayudar": consiste en ayudar al paciente a desarrollar conforme al plan de tratamiento los siguientes objetivos personales del paciente. El uso de técnicas de cambio de comportamiento (por ejemplo, la entrevista motivacional [MI]), el médico debe ayudar al paciente a lograr las metas acordadas y la adquisición de las habilidades apropiadas, la confianza y el apoyo social / ambiental. Es útil si el plan describe de manera concreta los pasos específicos que el paciente opta por tomar para reducir / dejar de beber, por ejemplo, el número máximo de bebidas por día o por semana y cómo prevenir y gestionar situaciones de alto riesgo o establecer un soporte red. A partir de "pequeños pasos" mientras se trabaja hacia una meta mayor (la abstinencia o el uso seguro) puede ser más razonable y alcanzable para muchos pacientes.

Los médicos también deben considerar si el paciente se beneficiaría de un tratamiento médico para la adicción, tales como desintoxicación o tratamiento farmacológico, o una evaluación adicional y la terapia para los posibles problemas de salud físicos o mentales comórbidos. Todos los pacientes sexualmente activos con el alcohol poco saludable o el uso de drogas, un factor de riesgo de "comportamientos de riesgo" deberían ser aconsejados para practicar el sexo seguro y que ofrece VIH y otras pruebas de enfermedades de transmisión sexual. Los pacientes que reportan cualquier uso de drogas inyectables deben ser alentados a someterse a VIH y hepatitis B / C estas pruebas mínimo deben darse dos veces durante un período de 6 meses después de la última inyección.

Por último, arreglos se refiere a la consideración de una visita de seguimiento y remisiones a especialistas. Una cita de seguimiento debe ser arreglada para todos los pacientes que dieron positivo para proporcionar asistencia en curso y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. De manera óptima, todos los pacientes deben recibir también materiales educativos para llevar a casa.

CONFIDENCIAL

Intervenciones breves en programas de tratamiento de abusos de sustancias

Las intervenciones breves pueden ser usadas antes, durante y después de un tratamiento para abuso de sustancias. La siguiente lista resume los beneficios potenciales de usar intervenciones breves en contextos de tratamientos en abuso de sustancias (1):

- Reducir las casos de no presentación para el inicio del tratamiento, y deserción después de la primera sesión del tratamiento.
- Incrementar la participación en el tratamiento
- Incrementar conformidad en hacer las tareas
- Incrementar la participación grupal
- Manejar inconformidad con reglas del tratamiento
- Reducir agresiones, violencia y aislamiento de los pacientes
- Obtener un apoyo social
- Incrementar la conformidad con terapias médicas
- Servir como intervención previa para pacientes en lista de espera

Intervenciones breves afuera de contextos de tratamientos en abuso de sustancias

Las intervenciones breves son comúnmente administradas en contextos no ligados al tratamiento de abuso de sustancias. A menudo se llevan a cabo con pacientes que no buscan ayuda con su desorden de abuso de sustancias, sino que buscan recibir un tratamiento médico o van a una asesoría de otra índole.

El personal que trabaja en contextos diferentes al de los tratamientos en abuso de sustancias tiene que ser flexible al evaluar, planificar y llevar a cabo una intervención breve (1).

Conocimiento y habilidades esenciales

A continuación se describen cuatro habilidades esenciales para proveer una intervención breve efectiva (12):

- Una actitud de comprensión y aceptación
- Habilidades en consejería como escuchar activamente y ayudar a pacientes a explorar y resolver ambivalencias
- Un enfoque en objetivos intermedios

CONFIDENCIAL

- Conocimiento sobre las etapas de cambio en las cuales el paciente se mueve cuando piensa acerca de empezar y tratar de mantener un nuevo comportamiento.

Intervenciones breves

Las siguientes son características de todas las intervenciones breves (1):

- Son enfocadas tanto en el problema como en la solución; el objetivo es el síntoma y no lo que está detrás de él.
- Se definen objetivos claros relacionados a un cambio o comportamiento específico.
- Deben ser comprensibles para el paciente y el médico.
- Debe producir resultados inmediatos.
- Puede ser influenciado fácilmente por la personalidad y el estilo del consejero.
- Se confía en un establecimiento rápido de una sólida relación de trabajo entre el paciente y el consejero.
- El estilo terapéutico es altamente activo, empático y algunas veces directivo.
- La responsabilidad para el cambio reside en el paciente.
- El paciente es ayudado a tener experiencias que incrementan la auto-determinación y confianza de que el cambio es posible.
- Los resultados son medibles.

Determinar cuándo usar una intervención breve en particular es una consideración importante para los consejeros. Las necesidades del paciente y la idoneidad de la intervención breve deben ser evaluadas en una base de caso por caso.

Los criterios para considerar apropiada una terapia breve son los siguientes (1):

- Enfermedades con doble diagnóstico
- El rango y severidad de los problemas presentados
- La duración de la dependencia a la sustancia
- Disponibilidad del apoyo familiar y comunidad
- El nivel y tipo de influencia de compañeros, familia y comunidad
- Tratamientos previos o intentos de rehabilitación

CONFIDENCIAL

- El nivel de motivación del paciente
- La claridad de los objetivos a corto y largo plazo
- La creencia del paciente en el valor de la terapia breve
- El número de pacientes que necesitan tratamiento

Detección y valoración

La detección identifica la necesidad de una valoración más profunda y no es una sustitución de la valoración. La valoración debe determinar si el problema de abuso de sustancias del paciente es adecuado para el enfoque de una terapia breve. Los terapeutas deben reunir la mayor cantidad de información posible acerca del paciente antes de la primera sesión de asesoramiento (12).

Áreas a valorar

- Patrones de uso actuales
- Historial de abuso de sustancias
- Consecuencias del abuso de sustancias
- Problemas médicos y estado de salud
- Educación y trabajo
- Mecanismos de apoyo
- Fortalezas y ventajas situacionales
- Tratamientos previos
- Historia familiar de desórdenes psicológicos

Sesión de apertura

En la primera sesión, los objetivos principales del terapeuta son alcanzar una comprensión general del problema del paciente, empezar a establecer una relación de trabajo efectiva con el paciente e implementar una intervención inicial. Las tareas que deben cumplirse son (1):

- Producir un compromiso rápido
- Identificar, enfocar y priorizar problemas
- Trabajar con el paciente para desarrollar posibles soluciones y planes de tratamiento que requieran la participación activa del paciente

CONFIDENCIAL

- Negociar la ruta para el cambio con el paciente
- Encontrar la opinión del paciente acerca de los problemas y las soluciones
- Entender las expectativas del paciente
- Explicar la estructura de la terapia breve, incluyendo el proceso y sus límites

Estrategias de permanencia

Las estrategias de permanencia deben ser construidas en el diseño del tratamiento desde el principio. Quien brinde una intervención breve debe proveer apoyo, retroalimentación y asistencia en la formulación de objetivos realistas. Además, el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar causas de recaída y situaciones que podrían amenazar la continuación de la sobriedad.

Estrategias que ayudan a mantener el progreso hecho durante la terapia breve son las siguientes (1):

- Educar al paciente acerca del carácter crónico del desorden de abuso de sustancias
- Desarrollar una lista de circunstancias que podrían darle razones al paciente para regresar al tratamiento
- Revisar problemas que emergieron pero que no fueron enfrentados en el tratamiento y ayudar al paciente a elaborar un plan para enfrentarlos en el futuro
- Desarrollar estrategias para identificar situaciones de alto riesgo
- Enseñar al paciente a cómo empoderarse de sus fortalezas personales
- Enfatizar en la autosuficiencia del paciente
- Desarrollar un plan de apoyo a futuro, incluyendo grupos de ayuda, apoyo familiar y apoyo comunitario

Tratamiento final

El final de la intervención debe siempre ser planeada con anterioridad. En muchos tipos de intervenciones breves, el final de la intervención es un foco explícito de la discusión en el cual el terapeuta debe (1):

- Dejar al paciente en buenos términos con un creciente sentimiento de esperanza de cambio y de perseverancia

CONFIDENCIAL

- Dejar la puerta abierta para posibles sesiones futuras
- Buscar el compromiso del paciente en tratar de seguir lo que se ha logrado
- Revisar qué posibles resultados puede esperar el paciente
- Revisar posibles problemas que el paciente podría encontrar
- Revisar los indicadores de recaídas

Personal que puede administrar una intervención breve

Las intervenciones breves pueden ser proporcionadas en diversos contextos por una amplia gama de personal de salud sin un entrenamiento específico. La modalidad de consejo breve puede ser administrada además por personal no sanitario (1).

- Médicos de atención primaria
- Proveedores de tratamiento de abuso de sustancias
- Clínicos de abuso de sustancias
- Trabajadores del departamento de emergencia
- Enfermeras
- Trabajadores sociales
- Educadores en salud
- Abogados
- Trabajadores en salud mental
- Profesores
- Consejeros de programas de asistencia para trabajos
- Trabajadores de la línea de crisis
- Consejeros estudiantiles

Recomendaciones y evidencia

A continuación se transcriben las recomendaciones y evidencias relacionadas en las diferentes guías consultadas, a partir de las cuales se realiza la incorporación de la evidencia. Solamente las recomendaciones con baja evidencia o producto de consensos formales se sometieron a consideración del consenso de expertos nacionales, el resto se incorporó sin modificación alguna.

CONFIDENCIAL

Intervenciones breves en adultos

Evidencia

Las intervenciones breves también han sido evaluadas como un complemento al tratamiento formal de programas de drogadicción. Esta sección se ocupa de una intervención adicional para las personas en A.P.S.

El uso de las intervenciones breves como un adjunto al tratamiento formal de drogas, tiene efectos importantes sobre el uso de drogas en comparación con la atención estándar Miller 2003 (13). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención breve y de atención estándar para los días de abstinencia de las drogas ilícitas o para el tratamiento abstinencia. Este hallazgo es consistente para las muestras de pacientes internos y externos con uso de cocaína y heroína.

Del mismo modo, Carroll 2006 (13) no encontró diferencias estadísticamente significativas en los días de uso de sustancias primarias. Mitcheson 2007 (13), en un grupo de ensayo aleatorio en el Reino Unido, tampoco encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención breves y de control en el resultado primario de uso de crack. Sin embargo, el grupo de intervención breve informó una reducción estadísticamente significativa en el consumo de heroína en comparación con el control. Por el contrario, Stotts 2001 (13) encontró que una intervención breve coadyuvante reduce el consumo de cocaína durante la desintoxicación de cocaína. Sin embargo, la intervención parecía ser, y es más eficaz para las personas con baja motivación al inicio del estudio. Esto ofrece una posible explicación de por qué el efecto de la intervención breve fue más pronunciado en este estudio que en los otros.

La mayoría de los meta-análisis de las intervenciones breves no indican el contexto en el cual esta se lleva a cabo (por ejemplo, Burke *et al.,* 2003) (13). Los resultados de la revisión sistemática actual, sugieren que esto no es realmente importante. Las personas que consumen cannabis o tienen mal uso de estimulantes y no están en tratamiento formal de drogas, parecen responder bien a las intervenciones breves, tanto en términos de aumento de los niveles de abstinencia y la reducción del consumo de drogas. Hay

CONFIDENCIAL

algunas pruebas que sugieren que las personas que hacen mal uso de opioides y que no están en tratamiento formal de drogas también pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones.

Por el contrario, para las personas que ya recibieron tratamiento formal de drogas, una intervención adicional no parece tener mucho efecto sobre la abstinencia o la disminución del uso de drogas en la mayoría de los estudios (13).

Ashton (2005) (13), en una revisión de las intervenciones breves, sugiere que este tipo de intervenciones son eficaces para las personas que son ambivalentes sobre el cambio, pero ineficaz para las personas que están motivadas para cambiar y que ya están recibiendo tratamiento.

Los resultados fueron no fueron concluyentes para las comparaciones de las intervenciones breves con intervenciones más largas para las personas que hacen uso indebido de cannabis o anfetaminas (13). Sin embargo, no se encontraron diferencias para grupo de prevención de recaídas y TCC para el uso indebido de cannabis, o de prevención de recaídas y TCC para el uso indebido de anfetaminas. Se requiere más investigación para evaluar la eficacia de intervenciones breves en comparación con la TCC individual y de grupo en APS.

Una revisión sistemática de Cochrane (13), realizó la comparación de intervenciones psicosociales con otro intervenciones en mujeres embarazadas y en pacientes ambulatorios de los programas de tratamiento de drogas ilícitas. La revisión incluyó 14 estudios (n = 1298), incluyendo 9 estudios (n = 704) de contingencia comparando gestión (MC) para controlar y 5 estudios (N = 594) comparar la entrevista motivacional para controlar. Se juzgó la calidad de las pruebas a ser baja a moderada. No había las diferencias de las tasas de nacimientos prematuros (RR = 0,71; 95 % CI = 0,34-1,51, 3 estudios clínicos, n = 264,. pruebas de calidad moderada), la toxicidad materna en el parto (RR = 1,18; IC del 95 % = 0,52 a 2,65; 2 ensayos, n = 217. Las pruebas de calidad moderada), bajo peso al nacer (RR = 0,72; IC del 95%: 0,36 a 1,43; 1 ensayo, n = 160, pruebas de calidad moderada), la retención (RR = 0,99, IC del 95%: 0,93 a 1,06, 9 ensayos, n = 743, pruebas de baja calidad) o la abstinencia (RR = 1,14; IC 95%: 0,75 a 1,73, 3 ensayos, n = 367, de baja calidad evidencia). Los autores observaron que se necesita una mejor base de pruebas.

CONFIDENCIAL

La nueva evidencia proviene de una de Cochrane revisión sistemática y 2 ECA (13). La revisión sistemática Cochrane era identificar en las entrevistas de motivación a las personas con abuso de sustancias. La revisión incluyó 59 estudios (n = 13342) comparando la motivación de entrevista a ningún tratamiento, tratamiento como de costumbre, evaluación y retroalimentación u otro tratamiento. La entrevista motivacional tenía una efecto significativo sobre el abuso de sustancias después de la intervención en comparación con el control (SMD 0,79, 95 % CI 0,48-1,09), pero menos de un efecto en el corto (DME = 0,17; IC del 95 % = 0,09-0,26) y medio de seguimiento (DME = 0,15; IC del 95% = 0.04- 0,25) y no tiene efecto significativo a largo plazo.

La entrevista motivacional tenía un efecto significativo sobre el abuso de sustancias para medio de seguimiento (DME = 0,38; IC del 95%: 0.10- 0,66), pero no hubo un efecto de corto seguimiento. No se encontraron diferencias significativas para cualquier periodo de seguimiento cuando se realizaron las entrevistas motivacionales comparado con el tratamiento usual o cualquier otra intervención. Los autores describen que la evidencia es en su mayoría de baja calidad y que se necesita investigación adicional, que es probable obtener otros resultados al cambiar las estimaciones de los efectos y la confianza en ellos.

Un estudio clínico aleatorizado (ECA) (13) fue identificado en la atención habitual (n = 20) de sesiones de orientación en comparación al utilizado en entrevistas de motivación para la persona y su pareja, incentivos monetarios para la abstinencia, y la desintoxicación seguido de tratamiento con naltrexona (n = 20) en los hombres que se inyectan opiáceos. La intervención tuvo las muestras de orina semanales negativos significativamente más altos que la control (p <0,001) e informó disminuciones significativas en el uso de benzodiacepinas (p <0,004).

Recomendaciones

Durante los contactos de rutinas y oportunistas (por ejemplo, en la aguja y el intercambio de jeringas), el personal debe proporcionar información y asesoramiento a todas las personas que abusan de las drogas sobre la reducción y exposición a los virus transmitidos por la sangre. Esto debe incluir consejos sobre cómo reducir

CONFIDENCIAL

comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales y en uso de los dispositivos para inyectarse. El personal debe considerar ofrecer pruebas en busca de virus transmitidos por la sangre.

Intervenciones psicoeducativas basadas en grupos que dan información sobre cómo reducir la exposición a los virus transmitidos por la sangre y/o sobre la reducción de los comportamientos de riesgos sexuales y de inyección para las personas que abusan de las drogas no deben ser proporcionados de manera rutinaria.

Intervenciones breves oportunistas se centran en la motivación, estas deben ser ofrecidas a personas de limitados contactos con los servicios de medicamentos (por ejemplo, los asistentes a un intercambio de agujas y jeringas o centros de atención primaria).

Si se detecta preocupaciones acerca del uso indebido de drogas por el usuario del servicio o la identifica el personal, estas intervenciones deben:

• Consistir normalmente en dos sesiones con una duración de 10-45 minutos

• Explorar la ambivalencia sobre el consumo de drogas y el posible tratamiento, con el objetivo de aumentar motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información no crítica.

Intervenciones breves oportunistas se centran en la motivación; estas deben ser ofrecidas a las personas no en contacto con los servicios de medicamentos (por ejemplo, en la asistencia primaria o secundaria, ocupacional la salud o la educación terciaria) si las preocupaciones acerca del uso indebido de drogas son identificadas por la persona o miembro del equipo. Estas intervenciones deberán:

• Consistir normalmente en dos sesiones con una duración de 10-45 minutos

• Explorar la ambivalencia sobre el consumo de drogas y el posible tratamiento, con el objetivo de aumentar motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información no crítica.

El personal rutinariamente debe proporcionar a las personas que abusan de las drogas información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben basarse en principios de 12 pasos; por ejemplo, Alcohólicos anónimos y Narcóticos Anónimos.

CONFIDENCIAL

Si una persona que abusa de las drogas ha expresado su interés en asistir a una terapia de 12 pasos de un grupo de autoayuda, el personal debe considerar facilitar el contacto inicial de la persona con el grupo, por ejemplo, al hacer el nombramiento, organizar el transporte, acompañarlo a la primera sesión y hacer frente a cualquier preocupación.

Evidencia

La guía de prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención de la Secretaría Salud de México (14), encuentra que la intervención breve ha mostrado eficacia en pacientes detectados con uso nocivo de alcohol en escenarios de APS. Revisa diversas revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados que han encontrado una reducción en el consumo de alcohol de 3.8 gr por semana y una reducción del 12% de la proporción de pacientes que presentan consumo riesgoso, al comparar a quienes recibieron consejos breves con aquellos que no recibieron ninguna intervención. La intervención breve con enfoque conductual es efectiva para reducir los episodios de consumo excesivo en adultos, además de reducir la tasa de consumo semanal y aumentar la adherencia a los límites de consumo alcohol.

[Calificación de la evidencia: +1 (SIGN)] (14).

Recomendación

Los clínicos pueden recomendar consejería breve con orientación conductual para reducir los episodios de consumo excesivo en adultos con un consumo riesgoso de alcohol. Cuando un adulto es detectado con uso nocivo de alcohol en escenarios de primer nivel, el personal debe ofrecer consejo breve.

[Grado de la recomendación: A (SIGN)] (14).

Evidencia

Esta sección evalúa las intervenciones breves para personas que no están en algún tratamiento formal de drogas (por ejemplo, las intervenciones para personas que están presentando un problema de salud física en atención primaria) y para personas que no están en un tratamiento de drogas pero que están buscando uno.

CONFIDENCIAL

La mayoría de los estudios fueron de personas que abusan de cannabis o de estimulantes, para quienes las intervenciones breves se asociaron a una mayor abstinencia y a la reducción del consumo de drogas en comparación con grupos que no llevaron ningún tratamiento o que llevaron controles mínimos en períodos de seguimiento que van desde 3 a 12 meses. Un ensayo realizado sobre gente con abuso de opiáceos sugiere que las intervenciones breves también pueden ser efectivas para este grupo (13).

Hubo resultados mezclados para las comparaciones de las intervenciones breves, y prevenciones de recaídas con terapia cognitivo comportamental (TCC). Para las personas que abusan del cannabis, la prevención de recaídas con TCC individual, mas no la grupal, parece ser más eficaz que las intervenciones breves. No obstante, cabe señalar que las intervenciones de TCC de prevención de recaídas en ambos ensayos tenían cuatro veces más sesiones que las intervenciones breves (13).

La nueva evidencia proviene de una revisión sistemática Cochrane y 2 Estudios Clínicos Aleatorizados (ECA). (13) La revisión sistemática Cochrane identificó efectividad de la entrevista motivacional en las personas con abuso de sustancias. La revisión incluyó 59 estudios (n = 13342) que comparan la entrevista motivacional tanto con ningún tratamiento, como con el tratamiento habitual, la evaluación y retroalimentación, o con otro tratamiento. La entrevista motivacional tuvo un efecto significativo sobre el abuso de sustancias después de la intervención en comparación con el grupo de control (DME 0,79; IC del 95%: 0,48 a 1,09), pero un efecto menor a corto plazo (DME = 0,17; IC del 95%: 0,09 a 0,26 =) y Vigilancia de consulta informe documento de mayo de 2016 el uso indebido de drogas en mayores de 16 años: las intervenciones psicosociales (2007) Nice directriz CG51 6 de 27 medio de seguimiento (DME = 0,15; IC del 95% = 0.04-0.25) y ningún efecto significativo a largo plazo de seguimiento. La entrevista motivacional tuvo un efecto significativo sobre el abuso de sustancias para seguimientos medios (DME = 0,38; IC del 95%: 0,10 a 0,66), pero no hubo un efecto en seguimientos cortos. No se encontraron diferencias significativas para ninguna duración del seguimiento cuando la entrevista motivacional se comparó con el tratamiento habitual o cualquier otra intervención. Los autores señalan que la evidencia es en su mayoría de

CONFIDENCIAL

baja calidad y se necesita la investigación adicional, que es probable que cambie las estimaciones de los efectos y la confianza en ellos. Un ECA (13) fue identificado en la atención habitual (n = 20) en comparación con el uso de las sesiones de asesoramiento entrevista motivacional para la persona y su pareja, incentivos monetarios para la abstinencia, y la desintoxicación seguido por tratamiento con naltrexona (n = 20) en los hombres que se inyectan opiáceos. La intervención tuvo muestras de orina negativas semanales significativamente más numerosas que el control (p (p <0,001) e informó significativas disminuciones en el uso de benzodiazepinas y en las inyecciones de buprenorfina (p <0,004).

Un ECA (13) fue identificado en una intervención cognitiva comportamental de auto-ayuda basada en la Web, que incluía módulos interactivos cognitivos comportamentales y un diario de consumo comparado con un grupo control que tenía solamente módulos de información psicoeducativa para la reducción del abuso de la cocaína (N = 196). La retención de tratamiento fue significativamente más alta en el grupo de intervención que en el grupo de control (p = 0,04). No hubo significativas diferencias de dependencia a la cocaína entre los dos grupos (p = 0,75). La cantidad de cocaína utilizada se redujo significativamente en ambos grupos (P = 0,009). Sin embargo, los autores señalan que las bajas de las tasas de respuesta en el seguimiento limitan el poder del estudio (13).

[Calificación de la evidencia: +1 (NICE)] (13)

Recomendaciones

- Durante los contactos de rutina (por ejemplo, en el intercambio de agujas y jeringas), el personal debe proporcionar información y asesoría, a todas las personas que abusan de drogas, sobre la reducción de la exposición a virus de transmisión sanguínea. Se incluirán recomendaciones sobre cómo reducir la exposición a virus de transmisión sanguínea.
- El personal debe ofrecer pruebas para identificar este tipo de virus. Intervenciones grupales psicoeducativas que den información sobre cómo reducir la exposición a los virus transmitidos por la sangre y/o sobre la reducción de los comportamientos sexuales y de inyección riesgosos para las

CONFIDENCIAL

personas que abusan de las drogas, no deben ser proporcionados de manera rutinaria.

- Las intervenciones breves enfocadas en la motivación deben ser ofrecidas a las personas con un contacto limitado con los tratamientos de drogas (por ejemplo, los asistentes a un intercambio de agujas y jeringas o a centros de atención primaria) sólo si preocupaciones acerca del uso indebido de drogas se identifican por el usuario del servicio o por un miembro del personal. Estas intervenciones deben constar de dos sesiones con una duración de 10 a 45 minutos, explorar sobre la ambivalencia en el consumo de drogas y su posible tratamiento, con el objetivo de aumentar la motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información que no se base en juicios de valor.
- Las intervenciones breves casuales enfocadas en la motivación deben ser ofrecidas a las personas que no están en contacto con los tratamientos de drogas (por ejemplo, en centros de atención primaria o secundaria, salud en el trabajo o la educación terciaria) sólo si preocupaciones acerca del uso indebido de drogas son identificadas por el usuario del servicio o por un miembro del personal. Estas intervenciones deben: contar de dos sesiones con una duración de 10 a 45 minutos, explorar la ambivalencia sobre el consumo de drogas y su posible tratamiento, con el objetivo de aumentar la motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información que no se base en juicios de valor.
- El personal rutinariamente debe proporcionar a las personas que abusan de drogas información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben basarse en principios de 12 pasos; por ejemplo, Narcóticos anónimos y Cocaína anónimos.
- Si una persona que abusa de las drogas ha expresado su interés en asistir a un grupo de autoayuda de 12 pasos, el personal debe facilitar el contacto inicial de la persona con el grupo, por ejemplo al hacer la cita, organizar el transporte, acompañar en la primera sesión y hacer frente a cualquier preocupación (13).

[Grado de recomendación: A (NICE)] (13)

CONFIDENCIAL

Evidencia

La USPSTF (15) encargó una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados con controles o comparadores publicados entre 1985 y 2011 sobre la detección y las intervenciones de asesoría comportamental (Behavioral Counseling Interventions) para el abuso de alcohol en adultos, adolescentes, y mujeres embarazadas. La revisión también incluyó revisiones sistemáticas individuales con o sin meta-análisis realizadas entre el 2006 y el 2011.

Los siguientes temas fueron examinados: una prueba directa de la eficacia de la detección para mejorar los resultados de salud, la exactitud de varias técnicas de detección, la eficacia de diversas intervenciones de asesoría comportamental para mejorar resultados de salud intermedios (tales como la tasa de consumo de alcohol o el número episodios de consumo significativos) o de largo plazo (tales como morbilidad o mortalidad asociadas al alcohol), los daños de la detección y de las intervenciones de asesoría comportamental, y las influencias en el sistema de salud que promueven o retardan la detección y las intervenciones de asesoría eficaces para el abuso del alcohol (15).

Ninguno de los estudios publicados evaluó directamente el efecto de la detección y las consiguientes intervenciones de asesoría comportamental para el abuso del alcohol en comparación con la no detección de la morbilidad y mortalidad relacionada con el alcohol en cualquier población. Sin embargo, el USPSTF se encontró evidencia adecuada de que las intervenciones breves de asesoría en adultos detectados con consumo de alcohol riesgoso y peligroso afectan positivamente numerosos comportamientos poco saludables, incluyendo episodios de consumo excesivo (borrachera), el consumo semanal promedio alto de alcohol y el consumo por encima de los límites recomendados de consumo (15).

Veintitrés ensayos aleatorizados controlados (11 de los cuales se realizaron en Estados Unidos) compararon los efectos de las intervenciones de asesoría comportamental con la atención habitual en adultos con abuso de alcohol detectado. La mayoría de las intervenciones evaluadas eran o bien intervenciones breves o intervenciones breves de asesoría comportamental multicontacto que estaban directamente proporcionadas por

CONFIDENCIAL

los médicos de atención primaria. La edad media de los participantes fue generalmente entre 30 y 50 años. Los estudios demuestran que las intervenciones de asesoría comportamental reducen el consumo excesivo de alcohol. "Borracheras" son excesivas por el uso ocasional de alcohol; la NIAAA lo define como un patrón de consumo de alcohol que se traduce en una tasa de alcoholemia de 0,08% o superior, por lo general, cuando los hombres consumen 5 o más bebidas y las mujeres consumen 4 o más bebidas alcohólicas en 1 ocasión dentro de aproximadamente 2 horas. El metanálisis de 7 ensayos mostró que las intervenciones de asesoría comportamental con un resultado absoluto del 12% aumentaron la proporción de participantes adultos con consumo de riesgo o peligroso detectado que no informó de episodios de consumo excesivo después de 1 año, en comparación con el grupo de control (CI 95%, 7% a 16%). Análisis subgrupales sugieren que las intervenciones de un solo contacto pueden ser menos eficaces o ineficaces en comparación con los enfoques multicontacto. En los adultos más jóvenes (como la edad de la universidad), 3 ensayos proporcionaron pruebas de que las intervenciones de asesoría comportamental reducen la frecuencia de episodios de consumo excesivo aproximadamente de 1 día por mes (línea de base promedio, 6 y 7 de consumo excesivo de alcohol días al mes) a los 6 meses de seguimiento. La evidencia fue insuficiente para evaluar si existen diferencias relativas en el efecto en los adultos mayores (mayores de 65 años o mayor). Las intervenciones de asesoría comportamental también reducen el número total de consumos por semana en los adultos con consumo de riesgo o peligroso detectado. Un consumo estándar se define como 12,0 oz de cerveza, 5,0 oz de vino, o 1,5 oz de licor. Un metanálisis de 10 ensayos que informaron sobre este resultado mostró que los adultos que reciben intervenciones de asesoría comportamental redujeron su consumo medio semanal de alcohol de una línea de base de 23 bebidas a aproximadamente 19 bebidas a la semana a los 12 meses de seguimiento en comparación con el grupo de control (diferencia absoluta, 3.6 bebidas por semana [CI, 2.4 hasta 4.8]). Entre los adultos más jóvenes, los datos de 3 ensayos realizados en Estados Unidos mostraron que el consumo medio descendió de una línea de base de aproximadamente 15 bebidas a 13 bebidas por semana a los 6 meses de seguimiento. Dos estudios proporcionaron información sobre el efecto de la asesoría comportamental en las tasas de consumo de alcohol por semana en los adultos mayores;

CONFIDENCIAL

análisis combinados mostraron que el consumo disminuyó de un promedio de alrededor de 16 a uno de alrededor de 14 bebidas a la semana a los 12 meses de seguimiento. Sobre la base de un metanálisis de 9 ensayos pertinentes, la proporción absoluta de los adultos con consumo de riesgo detectado que reportaron no exceder los límites de consumo de alcohol por más de 12 meses aumentó en un 11% (IC, 8% a 13%) en los participantes que recibieron intervenciones de asesoría comportamental en comparación con el grupo control (15).

La definición y razón de ser de un determinado límite de consumo de alcohol puede variar en cierto grado a través de las directrices, por lo que este resultado es ligeramente más subjetivo que los demás evaluados por el USPSTF. Un estándar comúnmente citado y desarrollado por el NIAAA (16) recomienda que los hombres adultos sanos de 65 años o menos tienen no más de 4 bebidas por día y no más de 14 bebidas por semana; mujeres adultas sanas y todos los adultos mayores de 65 años tienen no más de 3 bebidas por día y no más de 7 bebidas por semana. El NIAAA también recomienda niveles más bajos de consumo o la abstinencia para adultos que reciben medicamentos que interactúan con el alcohol, tienen una condición de salud agravada por el alcohol, o están embarazados. Para los adultos mayores (de 65 años o más), 2 estudios mostraron un aumento absoluto del 9% (CI, 2% a 16%) en la proporción de bebedores de riesgo o peligrosos que acataron los límites recomendados para beber después de asesoría comportamental al 1-año de seguimiento. No había suficientes pruebas para evaluar si existen diferencias relativas al efecto en los adultos más jóvenes. Se identificó solamente un estudio que cumpliera los criterios de inclusión para las mujeres embarazadas. En este ensayo, 250 mujeres embarazadas con una edad gestacional de 28 semanas o menos, eran asignadas al azar para una única evaluación integral o para una evaluación y una intervención de asesoría comportamental de 45 minutos.

El estudio (15) encontró una reducción sostenida en el consumo diario de alcohol en ambos grupos (sin diferencias significativas entre ellos). También se encontró que las mujeres que se abstuvieron de alcohol al inicio del estudio en el grupo de intervención comportamental fueron más propensas a hacerlo que las mujeres en el grupo de control (86% vs. 72%, p 0,04). Solamente uno de los estudios que cumplió con los criterios de

CONFIDENCIAL

inclusión incluyó mujeres en el proceso de lactancia materna, que representaban menos del 30% de la población total. Sin embargo, como se ha descrito anteriormente, múltiples estudios de la población adulta en general mostraron que las intervenciones asesoría comportamental reducen consumo de alcohol y aumentan el acatamiento de los límites de consumo recomendados entre las mujeres en edad de procrear. No se identificaron estudios que cumplieron los criterios de inclusión para los efectos de las intervenciones breves de asesoría comportamental sobre el uso indebido de alcohol detectado en los adolescentes. Son pocos los estudios de las intervenciones de asesoría comportamental para el abuso del alcohol que han examinado rigurosamente a más largo plazo los resultados de salud, como la morbilidad o la mortalidad relacionada con el alcohol.

Un metanálisis de 6 estudios (15) no encontró una efecto significativo de las intervenciones de asesoría comportamental en todas las causas de mortalidad (razón de tasas, 0,52 [IC, 0,22 a la 1.2]), aunque hallazgos generalmente mostraron una tendencia favorable para los grupos de intervención. Sin embargo, debido a que ninguno de los estudios fue diseñado para detectar una diferencia en la mortalidad, es difícil sacar conclusiones firmes sobre el efecto real. Un cuerpo considerable de pruebas observacionales demuestran un vínculo entre el aumento de los niveles de consumo de alcohol y el riesgo de una lesión traumática o la muerte. Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios de casos controlados y de casos cruzados, hechos en el 2010, que evalúan la asociación entre el nivel de consumo agudo de alcohol y la probabilidad de una lesión relacionada con un accidente de tráfico encontraron un rápido aumento en la relación dosis-respuesta entre las 2 variables. Para el consumo de 24 g de alcohol (o alrededor de 2 bebidas estándar) dentro de un período de 6 horas, las probabilidades relación proporcional de resultar herido en un accidente de vehículo de motor es 2.20 en comparación con la no ingesta de alcohol; de 4 a 5 bebidas consumidas (una medida aproximada para la definición de un NIAAA de episodio excesivo de consumo), la relación proporcional es de aproximadamente 5.00 a la 10.00 horas, y después de 10 bebidas, la relación proporcional es de 52.00.

CONFIDENCIAL

Una revisión de casos y controles (15) que evaluó la relación entre la tasa de alcoholemia en los conductores implicados en accidentes de tránsito, en comparación con aquellos que no están involucrados en incidentes, encontró que la probabilidad relativa de un accidente de vehículo de motor, que resulta en lesiones o muerte, aumentaron bruscamente después de alcanzar una tasa de alcoholemia de aproximadamente 0,08% (riesgo relativo osciló de aproximadamente 2 a 4 a una tasa de alcoholemia de 0,08% en comparación con una tasa de alcoholemia de 0,00%, con más aumentos más bruscos en tasas de alcoholemia superiores). La detección de abuso de alcohol detectará a las personas que participan en un espectro de comportamientos de consumo poco saludables, no sólo consumo de riesgo o peligrosos. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles sobre las intervenciones de asesoría comportamental se centraron en el consumo riesgoso o peligroso y, o bien excluyen específicamente a personas con dependencia al alcohol o usaron criterios de inscripción que necesariamente restringieron la participación de tales personas. La limitada evidencia disponible para las personas con dependencia al alcohol sugiere que las intervenciones breves de asesoría comportamental pueden ser ineficaces en esta población.

La efectividad de la asesoría comportamental en la asistencia primaria para las personas que participan en el uso nocivo de alcohol o abuso de alcohol es incierta. Si bien el USPSTF no evaluó formalmente la evidencia sobre las intervenciones para la dependencia del alcohol, existe una gama de opciones de tratamiento con eficacia establecida, que incluyen programas de 12 pasos (como Alcohólicos Anónimos), intensos programas de tratamiento con o sin hospitalización, y farmacoterapia. Sin embargo, la eficacia relativa de los diversos enfoques de tratamiento no ha sido sistemáticamente examinada en ensayos aleatorizados y el USPSTF no pudo identificar ensayos de farmacoterapia en el ámbito de la atención primaria (15).

[Calificación de la evidencia: USPSTF Moderada] (15)

Recomendación

El USPSTF recomienda que los clínicos realicen tamización a los adultos mayores de 18 años para abuso de alcohol y proporcionen a las personas con consumo riesgoso o

CONFIDENCIAL

peligroso intervenciones breves de asesoría comportamental para reducir el consumo problemático.

[Grado de recomendación: B (USPSTF)] (15)

Según el documento nacional para la cesación del tabaco (17) la consejería para la cesación de la adicción al tabaco es una actividad en la que se debe que promover el diálogo con el fin de desarrollar en el paciente capacidades para dejar de fumar. La consejería breve tiene una duración de menos de 10 minutos, a diferencia de otras estrategias de intervención breve más complejas que maneja tiempos de contacto de más de 10 minutos por sesión y alrededor de cuatro (17).

El cuerpo de evidencia revisado por el documento muestra que el tamizaje de fumadores independientemente de su motivo de consulta, incrementa las tasas de intervención sobre pacientes fumadores (27,1%; OR=3,1; IC 95%: 2,2-4,2), pero no tiene efecto sobre la tasa de abandono del tabaquismo (OR=2,0; IC 95%: 0,8-4,8). La consejería corta ha mostrado incrementos de las tasas de cesación a seis meses que fluctúan entre 2,1% y 5,1% en ensayos clínicos (17).

La revisión hecha por NICE (18) (RR=1,4; IC95%: 1,2-1,6). La valoración del tiempo total de contacto, calculado como el número de sesiones que se llevaron a cabo multiplicadas por su duración, muestra un incremento progresivo de las tasas de cesación hasta en 17,4%, con nivel máximo hacia los 300 minutos, luego de lo cual no se observan beneficios adicionales (grupos de análisis: 1-3, 4-30, 31-90, 91-300 y más de 300 minutos; OR de 1,4; 1,9; 3,0; 3,2 y 2,8, respectivamente; IC95%: 1,1-1,8; 1,5-2,3; 2,3-2,8; 2,3-4,6 y 2,0-3,9). Igualmente, el número de sesiones muestra una relación entre dosis y respuesta con incremento hasta de 12,3% en las tasas de cesación (grupos de análisis: 0-1, 2-3, 4-8, >8 sesiones. OR de 1,4, 1,9 y 2,3, respectivamente; IC 95%: 1,1-1,7; 1,6-2,2; 2,1-3,0).

En la guía NICE (18) se recomienda que a todos los fumadores se les sugiera dejar de fumar a menos de que existan razones para no hacerlo, como la presencia de condiciones específicas.

CONFIDENCIAL

[Calificación de la Evidencia: GRADE (Baja)] (17)

El consenso de expertos recomendó adoptar un modelo estándar para este tipo de intervención y sugirió adoptar el modelo de las "cinco aes": averiguar el uso de tabaco; aconsejar dejar de fumar; analizar la disposición para dejar de fumar en el corto plazo; apoyar al paciente en el intento de cesación y acordar el seguimiento.

El modelo está diseñado para ser aplicado en tres minutos; no obstante, su duración podría ser mayor, pues el apoyo al paciente (A4) puede implicar la prescripción de medicamentos y la decisión sobre sesiones adicionales.

Cuando el tiempo es corto o no se cuenta con el entrenamiento apropiado, se propone un modelo que usa componentes de la entrevista motivacional denominado el modelo de las "cinco eres" (razones para parar, riesgos por continuar fumando, recompensas al dejar de fumar, reparos o barreras para suspender y repetición del mensaje de cesación).

La consejería intensiva es efectiva y, por consiguiente, se debe ofrecer a todos los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar. La idea de esta intervención es entrenar a los fumadores para identificar las situaciones que incrementan la probabilidad de fumar (consumo de licor, compartir con amigos fumadores, eventos estresantes, etc.) y desarrollar habilidades para afrontarlas (17).

[Grado de recomendación: GRADE (Fuerte)] (17)

Evidencia

Según la Guía Nacional de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013, se encontró el que respecto de la intervención motivacional breve un metaanálisis (19) que revisa 14 estudios que evaluaron los efectos de intervenciones breves en cuidado primario, en la reducción del consumo de alcohol. Se incluyeron desde sesiones únicas hasta terapias con cuatro sesiones, en las que se le brindaba al paciente información y consejería diseñada para lograr una reducción en el consumo de riesgo. Se incluyeron comparaciones con control y con intervención motivacional. En la comparación de intervención corta frente a no intervención, se encontró un efecto

CONFIDENCIAL

significativo en la reducción de la cantidad de bebida entre 3 y 36 meses a escala global y solo en hombres.

Otra revisión sistemática (19) incluyó estudios que compararon control con evaluación o ninguna intervención. No se observó ningún efecto de la intervención en el consumo medio de alcohol ni en el cambio en el consumo respecto al nivel basal en el seguimiento a seis meses ni a un año.

[Calidad de la evidencia: **GRADE (Moderada y Alta)]** (19)

Recomendación

La recomendación emanada de la guía es la siguiente: "En pacientes adultos en los que se documente consumo de riesgo o dependencia del alcohol, se recomienda la intervención breve o entrevista motivacional en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. La intervención debe contener elementos fundamentales de entrevista motivacional. Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol" (19).

[Grado de recomendación: **GRADE (Fuerte)]** (19)

Recomendación

Para los pacientes sin trastorno por consumo de alcohol documentado que presentan una detección positiva para el uso riesgoso, se recomienda proporcionar una intervención inicial única y breve sobre los riesgos relacionados con el alcohol y consejos de abstenerse, o limitar la bebida dentro de los límites diarios o semanales de edad y de género establecidos para el país (20).

[Grado de recomendación: **GRADE (Fuerte)]** (20)

Intervención breve en adolescentes

Evidencia

La guía de Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México; 2015 (14), manifiesta en su cuerpo de

CONFIDENCIAL

evidencia que un metanálisis con 45 estudios se encontró que los adolescentes que fueron sometidos a TCC, terapia familiar, terapia de grupo, intervención breve, entrevista emocional o terapia psicoeducativa, presentaron una disminución significativa de consumo después de ingresar a tratamiento: la medida de reducción más grande fue para el consumo de Marihuana (g = .5.8, p + .001, 95% Cl. 38.77) y policonsumo de drogas (g = .6.5, p + .001, 95% Cl. 52.77) y el menor para el consumo de alcohol (g = .31-pb .001, 95% Cl. 22.39). Los tratamientos que mostraron mejoría estadísticamente significativa fueron la terapia de grupo con intervención breve y la terapia familiar (g- 0.65. Cl, 0.3, 1.00); 0.64. Cl, 0.49, 0.78) respectivamente. g de Hedges diferencia del tamaño del efecto (14).

[Calificación de la evidencia: 1 ++ (SIGN)] (14)

Recomendaciones

Aun cuando cierta gama de opciones de tratamiento (Terapia cognitivo conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinado con intervención breve, entrevista emocional o terapia psicoeducativa) pueden ser eficaces para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes, el personal de salud adicionalmente debe considerar en la elección de la intervención, la accesibilidad del servicio para los usuarios y sus características socioeconómicas. Cuando un adolescente es detectado con consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas, es ideal ofrecerle alguna alternativa de tratamiento acorde al contexto" (14).

[Grado de la recomendación: A (SIGN)] (14)

Evidencia

La guía CENETEC (14) encontró el siguiente cuerpo de evidencia: "La aplicación de la intervención breve en 829 adolescentes atendidos en un departamento de urgencias (fueron identificados con consumo de alcohol y conductas agresivas), la intervención breve decremento la prevalencia de conductas agresivas y las consecuencias derivadas del consumo de alcohol auto reportadas después de seis meses (- 37.7 % consejo breve, - 28.4 % control; RR= 0.85, IC= 0.68-1.06) y (- 32.2 % consejo breve, - 17.5 % control;

CONFIDENCIAL

RR= 0.56, IC= 0.34-0.91) Respectivamente, en comparación con un grupo control (Sin intervención)". (14)

[Calificación de la evidencia: 2 ++ (SIGN)] (14)

Recomendación clave

La guía CENETEC (14) recomienda como punto clave: "Aplicar consejo breve en escenarios de urgencias es una excelente oportunidad para disminuir las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y agresión en adolescentes que se encuentran en riesgo de futuras lesiones. El personal de urgencias debe ofrecer intervención breve a los adolescentes que ingresan al servicio si son detectados con consumo de alcohol o conductas agresivas" (14).

[Grado de la recomendación: B (SIGN)] (14)

Evidencia

La guía de CENETEC (14) encuentra en su cuerpo de evidencia que en un metaanálisis de 21 estudios se halló que los estudiantes que participaron en consejo breve cara a cara mostraron una reducción en la cantidad de alcohol consumido por semana, mes o día, en la frecuencia de consumo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (d+s=0.15-0.19) contra los grupos de control, es decir sin intervención ninguna. En seguimiento a largo plazo se mantuvieron reducciones en la cantidad de alcohol consumida por día (d + = 0.14).

[Calificación de la evidencia: 1 ++ (SIGN)] (14)

Recomendación

Incluir en la intervención breve componentes eficaces como:

- La retroalimentación personalizada del consumo, sus riesgos y consecuencias.
- Comparaciones contra el consumo estándar de la población.
- Estrategias de moderación.
- Cuestionamiento de las expectativas positivas del alcohol.
- Educación sobre los niveles de alcohol en la sangre.

CONFIDENCIAL

- En contextos escolares es recomendable otorgar consejo breve a los estudiantes que son identificados con uso nocivo de alcohol.

[Calificación de la recomendación: A (SIGN)] (14)

Intervención breve en embarazadas

Evidencia

La guía WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (21) incluye 10 estudios en la revisión de la evidencia. La mayoría de los estudios fueron de poca importancia y hubo diferencias en los estudios del diseño y en las medidas de los resultados usadas, lo que limitó la posibilidad del metaanálisis. Como resultado, el nivel de la evidencia para la mayoría de los resultados fue bajo o muy bajo. No obstante, hubo un pequeño pero consistente efecto a favor de la detección y las intervenciones breves para el alcohol y, en menor medida, las drogas (21).

Otra evidencia (21):

• Basta con preguntar sobre el alcohol y otras sustancias para generar un cambio en el comportamiento.

• Cuando se le pregunta a la mujer de forma completa y detallada acerca del uso de alcohol o de otras sustancias, se puede aumentar la conciencia sobre sus niveles reales de consumo, lo cual puede generar una modificación en su comportamiento.

• Una breve intervención motivacional ha demostrado que reduce el riesgo de un embarazo expuesto al alcohol.

• Una intervención breve de alcohol se ha encontrado para reducir el número de bebidas y el número de días de consumo excesivo durante el puerperio.

Las mujeres embarazadas con altos niveles de consumo de alcohol pueden reducir su uso de alcohol después de una breve intervención que incluye su pareja.

• Las adolescentes embarazadas y con un trastorno por uso de sustancias reducen el consumo de sustancias después de una sola sesión, la intervención breve estandarizada.

CONFIDENCIAL

Beneficios y daños

Beneficios

- La discusión sobre el alcohol y el consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo es un momento de aprendizaje.
- Dependiendo de la sustancia de uso, las intervenciones breves se han asociado con estos resultados positivos:

✓ Reducción del consumo nocivo
✓ Reducción en el riesgo del feto
✓ Aumento de peso al nacer
✓ Aumento de la detección del consumo perjudicial y la remisión a tratamiento
✓ Mejora de la salud general de las mujeres embarazadas
✓ Mejora el bienestar psicológico materno
✓ Menor riesgo de toxicidad fetal
✓ Mejora de los resultados perinatales (por ejemplo, la reducción de los nacimientos prematuros, aumento del peso promedio al nacer, la reducción del número de niños con bajo peso al nacer). Las reducciones de defectos o anomalías congénitas

Daños

• Síntomas desagradables asociados a la reducción o el abandono del alcohol o el consumo de sustancias

• Consecuencias legales o sociales potenciales por la declaración de uso

• Consecuencias sociales - la interacción problemática con los socios / compañeros asociados con la reducción o el cese del uso de alcohol o sustancias

El cese puede interferir con las actividades de la vida diaria

• La intervención para dejar puede implicar tiempo y cargas económicas

CONFIDENCIAL

Los valores y las preferencias

A Favor:

Mujeres embarazadas y trabajadores en salud (TS)

• Oportunidad valiosa para un mayor contacto personal y apoyo

• Oportunidad valiosa para el desarrollo de estrategias de afrontamiento

• Respuestas positivas valiosas de los socios, familiares y compañeros de trabajo

• Oportunidad valiosa para identificar problemas a tiempo

• Oportunidad valiosa de intervenir

• Oportunidad valiosa para mejorar los resultados fetales

En contra:

- Mujeres embarazadas y trabajadores en salud (TS)
- Resentir la estigmatización por beber alcohol o usar de sustancias ilícitas durante el embarazo
- El resentimiento de cuestionar la vida / comportamiento privados
- El resentimiento de las consecuencias de la remisión - tiempo percibido, carga logística y cargos
- El temor de posibles respuestas negativas de los proveedores de atención de salud, socios, familiares, amigos y otros en la comunidad de la mujer
- El TS puede resentir del tiempo extra que toma la detección. Las estimaciones de tiempo de detección varían ampliamente dado el número relativamente grande de instrumentos de detección que están disponibles, que varían en longitud desde 4 preguntas a más de 100, y que solo pueden ser administradas por el médico o requieren administración de papel y lápiz El TS puede tener dificultades de interacción cuando identifica un usuario de sustancias
- El TS puede resentir el tiempo extra y la dificultad impuesta por la necesidad de referir
- El TS puede no estar dispuesto a proporcionar una intervención

CONFIDENCIAL

- El TS puede creer que no es competente para la detección: Se encontró que la mayor barrera para la implementación de la detección y la intervención breve entre los obstetras es la autoevaluación sobre la competencia para realizar la intervención.

Costos y viabilidad

Costos y uso de recursos

• El costo adicional en términos de tiempo del personal debe ser mínimo si se integran en la atención de rutina. Sin embargo, no hay buenas estimaciones de costo, ya sea para la detección o la intervención breve, dado el hecho de que una intervención breve puede ser no más que la asesoría proporcionada en la oficina o una administración estructurada y estandarizada de una intervención comportamental hecha por un consejero

• La formación del personal idóneo requiere el uso de recursos

• Un tratamiento intensivo debe ser puesto a disposición para su remisión cuando el consumo de sustancias / alcohol se identifica y a largo plazo, se requiere un apoyo sostenible

• Las intervenciones breves han sido evaluados como altamente rentables (21).

Factibilidad

(Inclusión de consecuencias económicas)

• La detección del autoinforme se ha demostrado como exacta. Se encontraron un alto grado de correspondencia entre toxicología de orina y resultados de los autoinformes para pruebas de cannabis y cocaína en 168 mujeres embarazadas. Además, se encontró que el autoinforme conduce a reportes de uso más positivos cuando estaba disponible una ventana más grande en comparación a cuando estaba disponible para la detección toxicológica, lo que lleva a la conclusión de que el autoinforme puede ser un mejor indicador de uso.

• En algún momento es necesario para el proveedor de atención completar y/o revisar los resultados de detección. Se han informado que sólo el 23% de los obstetras en EE.

CONFIDENCIAL

UU. utilizó una herramienta de evaluación estandarizada para la detección del consumo de sustancias, sin embargo, la investigación ha demostrado que este tipo de herramientas aumentan sustancialmente la tasa de detección de dicho uso. Se encontró que menos del 50% de los obstetras de EE. UU. usaron un instrumento de detección estandarizada, y de los que utilizan un instrumento de este tipo, la mayoría usaba CAGE, que no fue desarrollado para su uso con población embarazada.

• Las intervenciones efectivas implican trabajo intensivo. Proporcionar material de lectura no es tan eficaz como una breve intervención. Asesoría cara a cara sobre la abstención de alcohol (y otras sustancias) es necesaria.

• Otras investigaciones han demostrado que los no especialistas en salud mental, pueden ser entrenados para llevar a cabo intervenciones breves en contextos de salud general (21).

[Calificación de la evidencia: GRADE (Baja)](21)

Recomendaciones

La detección de uso de alcohol y otras sustancias entre todas las mujeres embarazadas se recomienda en todos los centros de atención de salud (por ejemplo, atención primaria, atención obstétrica).

Las mujeres embarazadas que informaron consumo riesgoso o nocivo de alcohol u otras sustancias deben recibir una breve intervención.

Las mujeres embarazadas dependientes del alcohol u otras sustancias deben ser referidas a un especialista, cuando existan tales servicios.

Los factores para considerar la fuerza de las recomendaciones (recomendaciones 1 y 2):

Lagunas en la investigación

Se necesita más evidencia de los países de bajos ingresos. Los temas necesarios en las próximas investigaciones incluyen la formación relativa a la detección y a las intervenciones breves, cómo detectar (qué instrumento), costo-beneficio, cuándo detectar uso de alcohol o de drogas, cuándo preguntar sobre el tabaco al mismo tiempo,

CONFIDENCIAL

y cuando combinar con otros temas (como la depresión). Hay una necesidad de más estudios sobre la eficacia en la vida real, y una revisión sistemática de los instrumentos de detección (21).

Recomendación clave

Los proveedores de salud deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que usan alcohol o drogas.

[Grado de Recomendaciones: GRADE (Fuerte)] (21)

Observaciones:

• En cuanto a la recomendación, se decidió que, a pesar de la baja calidad de la evidencia de efectividad, esta debería ser una fuerte recomendación debido a que el potencial de beneficio-reducción del consumo de alcohol / sustancia, probablemente pesa más que cualquier daño potencial de una breve intervención psicosocial. Por lo tanto, el equilibrio de beneficios frente a los daños fue claramente positivo, aunque hubo incertidumbre sobre el grado de beneficio. Además, la carga de la aplicación fue mínima (21).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre intervenciones breves que resultaron de la validación de expertos propuesta como una de las fases de construcción del Modelo:

Recomendación

La evidencia de la efectividad de las intervenciones en atención primaria de asesoría comportamental para la reducción del uso de drogas en adolescentes es limitado en cantidad, calidad y generalización. Las intervenciones que se auto administran en el hogar en el momento conveniente e incluyen la participación de los padres y los adolescentes son prometedoras; sin embargo, los jóvenes que consumen activamente o tienen usos problemáticos no estaban bien representados en los ensayos incluidos y las intervenciones basadas en la atención primaria en general, no fueron efectivos. La

CONFIDENCIAL

aplicabilidad a los centros de atención primaria de Estados Unidos también es limitada. No se encontraron evidencias de los efectos adversos de estas intervenciones.

[Grado de recomendación: I (USPSTF)] (22)

Las recomendaciones dadas por USPSTF sobre las intervenciones breves en adolescentes fue excluida durante el consenso de expertos posterior a la discusión se concluyó ya que hay otras recomendaciones con nivel de evidencia alta que sí validan la implementación de intervenciones breves en los servicios de atención primaria que ya fueron explicados en apartados anteriores en este documento.

Respecto de las recomendaciones sugeridas por NHMRCA (23) para consumidores de inhalantes: "Todos los trabajadores de la salud que tienen contacto con personas que consumen sustancias volátiles deben proporcionar una intervención breve cada vez que tengan la oportunidad de hacerlo" (si tienen la formación y habilidad adecuada para realizarlo), y "La intervención breve debe incluir una información clara y objetiva sobre la salud riesgos del uso de inhalantes y los beneficios de suspender el consumo." Posterior a la discusión el consenso de expertos las validó sin modificaciones.

La recomendación de CENETEC (14) respecto de las intervenciones breves proporcionadas para consumidores de inhalantes "El consejo breve en usuarios de sustancias inhalables debe estar enfocado en motivar el abandono y disminuir el riesgo por el consumo; esta acción puede tomar de cinco minutos a dos horas y debe ser individual", fue aprobada con modificaciones de acuerdo con lo relacionado a continuación:

El consenso de expertos consideró:

- Esta intervención no se puede realizar en la consulta externa, porque el tiempo estimado es de 2 horas
- El consejo breve se enfoca en que el paciente debe abandonar el consumo; y esto puede no crear empatía
- Las intervenciones deben basarse en lo que el usuario - paciente defina: si este define que no tiene riesgo no lo tiene y no se podría hacer

CONFIDENCIAL

- Una dificultad identificada es que la capacidad de este tipo paciente para prestar atención es muy corta
- La intervención breve presenta dificultades en el sentido en que un paciente puede acceder al servicio por su propia voluntad; pero en los casos en los cuales son llevados sin tener voluntad, genera rechazo a la intervención.

Las recomendaciones realizadas por los expertos en la segunda vuelta son las siguientes:

- Se propone suprimir la última parte de la intervención, en la cual aparece la dificultad del tiempo
- Hay distancia o rechazo entre el paciente - terapeuta
- Se propone que la intervención se modifique así: motivar el abandono y/o disminuir el riesgo de consumo
- Se propone que la intervención breve pueda también ofrecer otras alternativas y cambios

La recomendación final modificada fue la siguiente:

"La intervención breve en usuarios de sustancias inhalantes debe ser individual y estar enfocada a motivar el abandono o disminuir el consumo".

CONFIDENCIAL

Referencias

1. TIP 34: Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse |SAMHSA [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-34-Brief-Interventions-and-Brief-Therapies-for-Substance-Abuse/SMA12-3952

2. Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. J Consult Clin Psychol. octubre de 2001;69(5):858-62.

3. Miller WR, Baca C, Compton WM, Ernst D, Manuel JK, Pringle B, et al. Addressing substance abuse in health care settings. Alcohol Clin Exp Res. febrero de 2006;30(2):292-302.

4. TAIT RJ, HULSE GK. A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. Drug Alcohol Rev. 1 de enero de 2003;22(3):337-46.

5. McCambridge J, Strang J. Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: a brief application of motivational interviewing with young people. Drug Alcohol Rev. diciembre de 2003;22(4):391-9.

6. Baker JA, O'higgins H, Parkinson J, Tracey N. The construction and implementation of a psychosocial interventions care pathway within a low secure environment: a pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 1 de diciembre de 2002;9(6):737-9.

7. Brief Intervention for Alcohol Problems - Alcohol Alert Nº 43-1999 [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm

8. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

9. Helping Patients Who Drink Too Much, A CLINICIAN'S GUIDE, 2005 Edition [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en:

CONFIDENCIAL

http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm

10. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: /professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/index.html

11. Medicare C for, Baltimore MS 7500 SB, Usa M. 2015-MLN-Matters-Articles [Internet]. 2015 [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/2015-MLN-Matters-Articles.html

12. Center for Substance Abuse Treatment. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1997 [citado 13 de octubre de 2016]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64827/

13. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007 [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51

14. CENETEC. Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de Mexico; 2015.

15. Final Recommendation Statement: Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care - US Preventive Services Task Force [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/alcohol-misuse-screening-and-behavioral-counseling-interventions-in-primary-care

16. Recommended Alcohol Questions | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.niaaa.nih.gov/research/guidelines-and-resources/recommended-alcohol-questions

CONFIDENCIAL

17. Alba LH, Murillo RH, Becerra NA, Páez N, Cañas A, Mosquera CM, et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica. 15 de noviembre de 2012;33(2):186-204.

18. Smoking: harm reduction | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ph45?unlid=957645242201610265943

19. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía Nº 23 [Internet]. 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf

20. Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders.2015Disponible en:http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/.

21. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

22. Final Update Summary: Drug Use, Illicit: Primary Care Interventions for Children and Adolescents - US Preventive Services Task Force [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/drug-use-illicit-primary-care-interventions-for-children-and-adolescents

23. Council NH and MR. Consensus-Based Clinical Practice Guideline for the Management of Volatile Substance Use in Australia [Internet]. 2011 [citado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp136-and-cp136a

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 3

En personas con consumo de riesgo, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas? 329

Abreviaturas y acrónimos……329

Resumen de recomendaciones……330

Introducción……331

Recomendaciones sobre estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias……334

Evidencia para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en adultos 334

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en menores de 17 años 335

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol en mayores de 18 años: 336

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia…….337

Recomendación 1 338

Recomendación 2 338

Recomendación 3 339

Recomendación 4 339

Recomendación 5 339

Referencias……341

CONFIDENCIAL

En personas con consumo de riesgo, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas?

Abreviaturas y acrónimos

APS: Atención Primaria en Salud

ASSIST: Alcohol, smoking and substance involvement screening test

AUDIT: Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (Alcohol Uses Disorders Identification Test)

AUDIT-C: Cuestionario AUDIT de consumo de alcohol (alcohol consumption questions (AUDIT-C)

CIE - 10: Clasificación internacional de enfermedades décima versión

CIDI-SAM: Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview

DSM -5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GPC: Guía de Práctica Clínica

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCP: Fenciclidina

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

RTQ: Cuestionario revisado de tolerancia Fagerstrom

SDS: Escala de gravedad de la dependencia

CONFIDENCIAL

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 6: Recomendaciones generales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se recomienda la utilización del cuestionario ASSIST como instrumento de primera opción.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	Las entrevistas clínicas semiestructuradas, diseñadas para que sean aplicadas por evaluadores entrenados, se consideran el "patrón de oro" para establecer un diagnóstico fiable de los trastornos por consumo de sustancias. Se aprueban el módulo de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), el CIDI-SAM (Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview) y el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) como herramientas diagnósticas durante la valoración.		
	Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se recomienda ofrecer referencia a tratamiento especializado.		
	Las personas con diagnóstico de trastorno moderado o severo por		

CONFIDENCIAL

	consumo de sustancias deben ser referidas a un profesional especializado en el manejo de trastornos por uso de sustancias (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones)		

Tabla Nº 7: Recomendaciones en trastorno por consumo de alcohol

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos mayores de 18 años	En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado ≥ 4 puntos) aplique el cuestionario AUDIT completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol.	GRADE Recomendación Fuerte a Favor de la intervención.	Ministerio de Salud y Protección Social Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013. Guía Nº 23.

CONFIDENCIAL

Introducción

La importancia de realizar un diagnóstico sobre el consumo de sustancias psicoactivas radica, por un lado, en implementar un lenguaje común que sea definido por ciertas características relevantes clínicas en torno al consumo de sustancias psicoactivas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición

(DSM-5), establece que un Trastorno por consumo de sustancias describe un patrón problemático de uso de alcohol u otra sustancia que resulta en una disfunción de la vida diaria o en un malestar clínicamente significativo. Este tipo de consumo puede provocar un cambio en la manera en que funciona el cerebro, además puede provocar problemas de salud a largo plazo como enfermedades cardiovasculares, eventos cerebrovasculares y enfermedades pulmonares. También puede limitar la habilidad de un individuo para que cumpla con los roles propios de su vida familiar, laboral o personal, además de otras repercusiones que conciernen ámbitos legales, sociales o físicos (1).

Es así como el DSM-5 define el trastorno por consumo de sustancias usando 11 criterios diagnósticos y los sub-clasifica en leve, moderado y grave, si el paciente cumple con dos a tres, cuatro a cinco, y seis o más síntomas, respectivamente. Se establece también una división del trastorno de acuerdo con la sustancia utilizada (2):

- Alcohol
- Anfetaminas y otros estimulantes, incluida la cocaína
- Cafeína
- Cannabis
- Alucinógenos, incluida la PCP
- Inhalantes
- Opioides
- Fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Tabaco
- Otras sustancias o sustancias desconocidas

La estrategia del DSM-5 es definir el trastorno por consumo de sustancias como el comportamiento principal de quienes consumen sustancias de manera inapropiada. Estos criterios especifican un tipo de adicción que incluye síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos que provocan un deterioro o malestar clínicamente significativos durante el último año. Deben cumplir al menos dos de los siguientes criterios:

CONFIDENCIAL

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

    b) Se consume dicha sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

CONFIDENCIAL

Se debe tener en cuenta que para el consumo de alucinógenos e inhalantes no existe el criterio 11, pues no se ha demostrado específicamente la presencia de síndrome de abstinencia. Asimismo, si hay consumo de opiáceos, estimulantes, sedantes, ansiolíticos o hipnóticos bajo prescripción médica adecuada, no se tienen en cuenta los criterios de abstinencia o tolerancia para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (4).

Recomendaciones sobre estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias

Evidencia para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en adultos

Un estudio de pruebas diagnósticas realizado para evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del test de detección de uso de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), así como su efectividad como herramienta para la detección de un uso problemático en alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en grupos de bajo, moderado y alto riesgo de consumo, se aplicó junto con una batería de pruebas estandarizadas de evaluación y diagnóstico a una muestra de 485 pacientes, reclutados en diferentes centros de atención primaria y centros de tratamiento por consumo de drogas. Los puntos de corte del ASSIST mostraron sensibilidad y especificidad para discriminar entre el uso y el abuso de sustancias, y entre el abuso y la dependencia.

La validez concurrente fue demostrada con correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones de la entrevista neuropsiquiátrica Mini-Internacional (MINIPlus), el test de identificación de desórdenes por el consumo de alcohol (AUDIT), cuestionario revisado de tolerancia Fagerstrom (RTQ) y escala de gravedad de la dependencia (SDS).

[Nivel de Evidencia: +2 / Grado de recomendación C (SIGN)] (1)

Una herramienta para valoración o diagnóstico de alta calidad debe mostrar validez (es claro, lógico y tiene sentido), así como la confiabilidad retest e interevaluador (al aplicar nuevamente la prueba al mismo paciente, por el mismo o un clínico diferente, debe producir un resultado consistente). En este sentido, existen entrevistas clínicas semiestructuradas que son consideradas como *patrón de oro* para efectuar un diagnóstico confiable de los trastornos por consumo de sustancias. La SCID (5) utiliza preguntas que van en paralelo a los criterios diagnósticos del DSM-IV y establece los

CONFIDENCIAL

diagnósticos de abuso / dependencia actuales y a lo largo de la vida, para el alcohol y toda sustancia psicoactiva incluida en el DSM-IV. También se obtiene la edad de inicio y un estimado de la severidad del cuadro actual. Requiere que sea aplicada por un evaluador entrenado.

El CIDI-SAM (6) es una entrevista detallada, frecuentemente utilizada, que está diseñada para establecer los diagnósticos específicos de abuso y dependencia de sustancias. Alternativamente existe la parte diagnóstica del Substance Abuse Outcomes Module (módulo de desenlaces en abuso de sustancias), que ha mostrado adecuada correlación con el CIDI-SAM y tiene la ventaja de ser considerablemente más corta que el CIDI-SAM, además puede ser aplicada por el mismo paciente, lo que muestra que está diseñada para su aplicación de rutina en la práctica clínica.

Como alternativa, también puede usarse el MINI. Ha sido validada en Estados Unidos y Europa como una alternativa al SCID y el CIDI, siendo más corta para su administración (3).

[Recomendación de expertos] (7)

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en menores de 17 años:

De acuerdo con un estudio longitudinal realizado en Chile, que buscaba indagar acerca de qué características de los jóvenes y de la atención ofrecida durante la entrevista inicial, incidían en la adherencia al tratamiento ambulatorio. La muestra fue de 176 jóvenes (hombres y mujeres) en tratamiento en centros de APS, se tomaron 13 a profesionales que realizaron la entrevista inicial de diagnóstico. Los resultados mostraron que la entrevista inicial afecta la adherencia al programa (8).

Hacer preguntas cerradas, realizar una entrevista estructurada, así como hacer advertencias son las dos características que afectan significativamente de forma negativa la adherencia, por el contrario tiene un efecto positivo brindar apoyo a los jóvenes durante la entrevista inicial. Se recomienda por tanto enfatizar en los aspectos motivacionales en la entrevista inicial y no hacer la confirmación diagnóstica durante

CONFIDENCIAL

esta primera sesión a los jóvenes que están en mayor riesgo de no seguir el tratamiento, ya que conlleva aumentar la estructuración de la entrevista (9).

Se sugiere que tanto el equipo de salud general como el especialista que llevan a cabo el diagnóstico, además de realizar la entrevista con el adolescente, debe tener presente la información obtenida de otras fuentes (9).

[Nivel de Evidencia: 4 / Grado de recomendación C (SIGN)] (9)

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol en mayores de 18 años:

Un tamizaje que resulte positivo para un paciente determina la necesidad de una posterior valoración de comportamiento de riesgo en consumo de alcohol o de signos de trastorno por consumo de alcohol. El AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-C) o el AUDIT completo debe ser aplicado a todos aquellos que sean tamizados como positivos. Si el AUDIT-C puntúa ≥3, debe diligenciar el AUDIT completo, a través de las preguntas adicionales.

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el tamizaje de paciente con excesivo consumo de alcohol y como apoyo en una valoración breve (10). Consta de 10 preguntas y puede ser auto o heteroaplicado. De un puntaje total de 40 puntos, se considera "en riesgo" a partir de 8 puntos y el umbral para diagnóstico de dependencia al alcohol es de 13 puntos para las mujeres y 15 puntos para los hombres (11).

[Moderada calidad de la evidencia, recomendación fuerte a favor (GRADE)] (12)

La Guía Nacional para manejo de intoxicación y abstinencia al alcohol (13) examina la evidencia respecto de los estudios de validación de escalas, consideran que el instrumento AUDIT tiene una adecuada validez de constructo y una consistencia interna alta. Además, el AUDIT provee información valiosa no sólo para tamizar, sino para evaluar la severidad de la dependencia. El punto de corte que demostró tener un mejor desempeño general fue mayor o igual a 8 puntos.

La Guía recomienda que en el ámbito clínico se aplique el AUDIT-C, que consiste en una versión abreviada del AUDIT (las tres primeras preguntas), ya que es un

CONFIDENCIAL

instrumento más viable para ser administrado en A.P.S. Se ha reportado para el AUDIT-C varios puntos de corte, según la patología que se quiera identificar: ≥4 para detectar consumo riesgoso y ≥5 para diagnóstico de dependencia al alcohol. Como se considera su utilidad en la identificación del riesgo, se tomó como punto de corte el primero (≥4). Por lo tanto, se decidió recomendar la aplicación del AUDIT completo únicamente a los pacientes con un resultado AUDIT-C positivo (13).

[Recomendación fuerte a favor de la prueba - nivel de evidencia I] (13)

La revisión de esta guía estipula que las investigaciones en salud física, particularmente los exámenes de sangre que incluyen función hepática, no son suficientemente sensibles o específicas para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol, comparadas con métodos validados como el AUDIT. Sin embargo, para aquellas personas con problemas de salud específicos, la medición y posterior retroalimentación de los niveles de ciertos marcadores biológicos pueden funcionar como una herramienta motivacional. También pueden utilizarse en aquellos cuyo manejo farmacológico requiere control de función hepática (p. ej. naltrexona y disulfiram).

[Grado de recomendación no disponible] (13)

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre intervenciones breves que resultaron del proceso de validación:

Realizándose la presentación de la evidencia encontrada en las GPC, se concluye que el tema de establecer un diagnóstico como paso puntual dentro de la ruta de atención integral, corresponde a una circunstancia muy propia de nuestro sistema de salud, en el cual se resulta indispensable estar diagnosticado para poder acceder a las intervenciones proporcionadas por el plan obligatorio en salud. En esa medida no existe evidencia puntual en la mayoría de guías de práctica clínica revisadas que dé cuenta de la necesidad de establecer un diagnóstico con los criterios clásicos. Se sugiere el concepto de valoración integral, que realmente puede proporcionar suficientes elementos de juicio para tomar decisiones clínicas correctas.

CONFIDENCIAL

Recomendación 1

Las entrevistas clínicas semiestructuradas, diseñadas para que sean aplicadas por evaluadores entrenados, se consideran el "patrón de oro" para establecer un diagnóstico fiable de los trastornos por consumo de sustancias. Se aprueban el módulo de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), el CIDI-SAM (Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview) y el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) como herramientas diagnósticas durante la valoración.

[Grado de recomendación: Consenso de Expertos] (7)

Las recomendaciones anteriores fueron validadas por el consenso de expertos pues existe suficiente literatura con nivel de evidencia alta que sí validan la implementación de las entrevistas semiestructuradas como "patrón de oro" para el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias psicoactivas y que ya fueron explicados en apartados anteriores en este documento.

Recomendación 2

Utilizar los criterios definidos en CIE 10, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, consumo perjudicial o dependencia. Propuesta para adolescentes.

[Grado de recomendación: C SING] (9)

El consenso de expertos propuso modificarla de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- De acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 80% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida, pero teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos.
- Ampliar recomendación a todas las poblaciones.
- Incluir criterios del DSM 5.
- La recomendación por consenso general es usar el ASSIST como primera opción; y si se requieren otros instrumentos.

CONFIDENCIAL

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE 10, el DSM 5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se recomienda la utilización del cuestionario ASSIST como instrumento de primera opción.

Recomendación 3

Considere el uso de exámenes sanguíneos o séricos como ayuda en la identificación de problemas de salud. Sin embargo estos exámenes no deben ser usados de rutina para el diagnóstico de un trastorno por consumo de alcohol.

[Grado de recomendación: Consenso de Expertos] (11)

El consenso de expertos consideró excluirla en este apartado pues se define que resulta más relevante establecer este tipo de exámenes en el proceso de valoración profunda.

Recomendación 4

Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se sugiere ofrecer referencia a tratamiento especializado.

[Grado de recomendación: Consenso de Expertos] (14)

El consenso de expertos validó esta recomendación sin modificaciones.

Recomendación 5

Las personas con diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias deben ser referidas a un especialista en abuso de sustancias, un médico especialista en adicciones o un médico con experiencia en el manejo farmacológico de las adicciones.

[Grado de recomendación: Consenso de Expertos] (14)

El consenso de expertos validó esta recomendación con modificaciones, de acuerdo con la siguiente consideración:

Se recomienda ajustar el concepto de “especialista en abuso de sustancias” de acuerdo con lo estipulado en la pregunta número 5.

CONFIDENCIAL

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

Las personas con diagnóstico de trastorno moderado o severo por consumo de sustancias deben ser referidas a un profesional especializado en el manejo de trastornos por uso de sustancias (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones).

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Department of Veterans Affairs. VA / DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. 2015 p. 1–169. Report No.: Version 3.0.

2. Morrison J. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. México, DF: Manual Moderno; 2014. 393–394 p.

3. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

5. First M, Spitzer R, Gibbon M, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Version (SCID I/P). New York State Psychiatric Institute: Biometrics Research Department; 2001.

6. Cottler L, Robins L, Helzer J. The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. British Journal of Addiction. 1989;84(7):801–14.

7. Ries R, Miller SC, Saitz R, Fiellin DA. The ASAM principles of addiction medicine. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 1795 p.

8. Características del Usuario, de la Derivación y de la Atención de Salud que determinan la utilización y adherencia al tratamiento ambulatorio básico para menores de 20 años con consumo problemático de alcohol y/o droga en comunas del sector sur oriente de Santiago [Internet]. [cited 2016 Nov 20]. Available from: http://www.conicyt.cl/wp-content/themes/fondef/encuentra_proyectos/PROYECTO/A0/8/SA08I20015.html

9. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.

CONFIDENCIAL

10. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization; 2001. Report No.: Second Ed.

11. Unity's Clinical Quality Improvement Committee (CQIC).Clinical Practice Guideline for Alcohol Assessment and Intervention in a Primary Care Setting. 2014.Disponible en:https://unityhealth.com/practitioners/clinical-guidelines.

12. Unity's Clinical Quality Improvement Comitee. Alcohol Assessment and Intervention- Adult Primary Care. Unity Health Insurance. 2014;

13. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía Nº 23 [Internet]. 2013. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf

14. Galanter M, Kleber HD, Brady K. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Pub; 2014. 982 p.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 4

¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?344

Abreviaturas y acrónimos……344

Resumen de recomendaciones……344

Introducción……347

Necesidades de evaluación en atención primaria y herramientas disponibles……..348

Los profesionales especializados: las necesidades de evaluación y las herramientas disponibles. ……350

Identificación de trastornos concurrentes……350

Trastorno por uso de sustancias: Las necesidades del proveedor de tratamiento y las herramientas disponibles……351

Recomendaciones generales……352

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia…….352

Recomendación 1 353

Recomendación 2 353

Recomendación 3 354

Recomendación 4 356

Recomendación 5 356

Referencias……358

CONFIDENCIAL

¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Abreviaturas y acrónimos

ASSIST: Alcohol, smoking and substance involvement screening test

AUDIT: Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (Alcohol Uses Disorders Identification Test)

AUDIT-C: Cuestionario AUDIT de consumo de alcohol (alcohol consumption questions (AUDIT-C)

CAGE: Cutdown Annoyed Guilti Eye-opened

CIE - 10: Clasificación internacional de enfermedades décima versión

CIDI-SAM: Substance abuse module of the Composite International Diagnostic Interview

DSM -5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GPC: Guía de Práctica Clínica

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCP: Fenciclidina

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

SDS: Escala de gravedad de la dependencia

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 8: Recomendación sobre valoración breve

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Para el establecimiento del diagnóstico (valoración breve) la posición profesional es menos importante que la formación específica para realizar evaluaciones precisas. Profesionales en psicología, trabajo social, medicina y enfermería con formación específica o entrenamiento en el manejo de sustancias pueden realizar esta	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias

CONFIDENCIAL

	valoración.		Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	La valoración profunda debe ser realizada por profesionales de la salud especializados. (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones)	Recomendación por consenso de Expertos	
	Se debe asegurar que los profesionales especializados que realizan la valoración profunda tengan conocimientos sobre trastornos psiquiátricos.		
	Se debe asegurar que los profesionales que realizan la valoración profunda, estén familiarizado con los recursos de evaluación y los tratamientos disponibles.		
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Médicos, Enfermeras Jefes, Psicólogos y Trabajadores sociales con experiencia en entrevista motivacional pueden realizar la valoración profunda cuando no haya disponibilidad de un equipo de especialistas, siempre y cuando tengan entrenamiento en problemas relacionados con uso de sustancias, específicamente en los siguientes aspectos:		

CONFIDENCIAL

	1. Los signos y síntomas de abuso de sustancias. 2. Los efectos biopsicosociales del uso de alcohol y otras drogas. 3. El conocimiento de las condiciones comórbidas comunes y las consecuencias médicas del abuso. 4. Los términos utilizados en el sistema de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), su interpretación, y su relación con los hallazgos que surgieron durante el historial de evaluación. 5. El uso apropiado, la calificación, y la interpretación de los instrumentos de evaluación estandarizados.		
	La planeación del tratamiento debe ser producto de una valoración integral realizada por profesionales de la salud. El equipo interdisciplinario para esta valoración integral debe estar conformado por Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones, Terapeuta Ocupacional, Trabajadora social. Si es posible, incluir Nutricionista y Neuropsicólogo.		
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Los profesionales especializados pueden prestar asesoría remota, o servir como enlace a los equipos básicos, en las zonas apartadas del país donde no se cuente con personal capacitado.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de

CONFIDENCIAL

			Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	Los médicos de atención primaria deben estar alertas frente a la posibilidad de conflicto de intereses cuando remitan un paciente a un asesor que esté vinculado a un programa o práctica en manejo en abuso de sustancias. Pueden existir incentivos económicos o presión ideológica para interpretar los resultados de una valoración para beneficiar el ingreso de paciente a un programa o proveedor de tratamiento en particular (1). No obstante, los trabajadores en atención primaria que entiendan los propósitos de la valoración y que estén familiarizados con sus componentes, están en mejor posición para identificar y evitar asesores parcializados	N/D	National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists; 2011.

CONFIDENCIAL

Introducción

Los diferentes profesionales clínicos tienen diversas necesidades en la toma de decisiones sanitarias, cuando se trata de la valoración de los trastornos por uso de

sustancias, generalmente se pueden dividir en cuatro grupos: profesionales de atención primaria, especialistas en medicina de adicción o psiquiatría, personal de programas de tratamiento de abuso de sustancias, e investigadores. Aunque el uso de diferentes niveles de evaluación puede no parecer centrado en el paciente, el objetivo es proporcionar al paciente el grado justo de evaluación individualizada e indispensable para que se pueda acceder a la ayuda necesaria con base en las decisiones clínicas adecuadas. A través de estos ajustes, la evaluación es una parte necesaria en el manejo de los pacientes con enfermedad adictiva y es un puente crítico entre la detección y el diagnóstico, y plan de tratamiento (2).

Necesidades de evaluación en atención primaria y herramientas disponibles

Los profesionales de atención primaria, deben realizar una evaluación breve al paciente para comprobar rápidamente el diagnóstico, la severidad de la enfermedad desde la perspectiva de la morbilidad psicosocial, la comorbilidad médica, la dependencia física, la etapa de la preparación para el cambio de comportamiento, y finalmente la comorbilidad psiquiátrica. Esto debe hacerse en una o más sesiones a través de la entrevista, e incluye el examen físico del paciente, la utilización de una o más herramientas de evaluación y, si es posible, la corroboración en persona o por teléfono de fuentes colaterales (familiares, amigos, otros proveedores de cuidado de salud), posteriormente la firma del consentimiento informado para cuestiones relacionadas con el abuso de sustancias (2).

Como es el caso de otras enfermedades médicas, diferentes profesionales de atención primaria pueden tener distintos niveles de experiencia y participación en la gestión de las adicciones. Por ejemplo, algunos pueden elegir más la participación mínima, que incluiría la posibilidad de identificar el trastorno por uso de sustancias, la sustancia principal, la gravedad (por ejemplo, graves / dependientes o no), y su disposición a cambiar. Puede que otros quieran participar más estrechamente con la administración o incluso ofrecer tratamiento y coordinar la asesoría de especialidad referidos a sí mismos. En esa circunstancia, una evaluaciones más detalladas y específicas serían necesarias (3).

La práctica de atención primaria debería utilizar un enfoque estructurado para esta evaluación, pues se debe es garantizar una evaluación cuidadosa y minuciosa. La

CONFIDENCIAL

evaluación de los recursos disponibles para el profesional de A.P.S. puede ser limitante pero bastante útil para realizar una evaluación adecuada del manejo.

El proveedor puede utilizar y realizar el seguimiento de los resultados del tamizaje, donde suelen utilizar herramientas como las preguntas de control único, AUDIT-C (4), o ASSIST (5), así como pedir información sobre los patrones de utilización, las consecuencias adversas del uso, y la posible dependencia fisiológica. Las respuestas a las preguntas del tamizaje ya proporcionan información importante e incluso pueden ser utilizadas directamente para el diagnóstico. Por ejemplo, un AUDIT-C con puntuación de 7 o superior aumenta considerablemente la probabilidad de dependencia de alcohol (trastorno grave) (4).

Esta estrategia ayuda a evaluar la morbilidad psicosocial, riesgo de retirada, y sugiere la necesidad o no de desintoxicación y tratamientos especializados. Además, el profesional de atención primaria debe preguntar sobre el éxito o el fracaso previo a los tratamientos, y con la afiliación de 12 pasos o dispositivos comunitarios de autoayuda. Cualquier evaluación de la atención primaria puede incluir laboratorios como pruebas de toxicología, hemograma y perfil hepático. Las evaluaciones deben ser repetidas a lo largo del tiempo para identificar la respuesta al tratamiento y las necesidades de cambios en la estrategia. A causa de esto, las evaluaciones tienen información útil y podrían incluso determinar la meta del tratamiento (por ejemplo, número de días de consumo excesivo de alcohol) (5).

Indagar a cerca de trastornos depresivos siempre es importante, así como una revisión del historial médico y el examen físico para identificar enfermedades y síntomas que pueden estar relacionados con el uso de sustancias. Las herramientas de evaluación también pueden ser utilizadas para evaluar la disposición al cambio. Por ejemplo, el profesional puede preguntar si el paciente está listo para hacer un cambio, cuán importante es para los pacientes el cambio, y cuán seguros están los pacientes de dicho cambio, cada uno en una escala de 1 a 10. Las respuestas pueden ser usadas para generar el debate hacia el cambio (5).

CONFIDENCIAL

Los profesionales especializados: las necesidades de evaluación y las herramientas disponibles

El profesional especializado debe abordar con la misma relevancia tanto la evaluación de la gravedad de la enfermedad adictiva y en la fase de preparación para el cambio de comportamiento, como la evaluación médica para la desintoxicación, en la evaluación para trastornos psiquiátricos concurrentes, en los intentos previos de tratamiento, en las pautas de importantes remisiones y recaídas, y en el papel potencial de la farmacoterapia, esto debe ser parte integral del proceso de evaluación especializada (7).

La evaluación especializada necesita de un profesional de la medicina cuando se requiere una evaluación mucho más profunda para ir más allá de la mencionada evaluación. Además, se debe realizar una valoración formal de la depresión y la ansiedad de los pacientes, se pueden utilizar herramientas de tamizaje, tales como el Inventario de Depresión de Beck o la escala de ansiedad de Hamilton (6). Así mismo se debe detectar la aparición o el cambio en los síntomas de otros trastornos psiquiátricos. Igualmente es esencial realizar una revisión exhaustiva de tratamientos previos, duración y características de las remisiones, patrones y desencadenantes de la recaída y soportes actuales y los recursos disponibles para el tratamiento.
Esta evaluación debe identificar la disposición de los pacientes para el cambio de comportamiento, de su nivel de compromiso con un programa de recuperación, y las posibilidades de la farmacoterapia si es necesaria. Se deben entrevistar a personas allegadas al paciente, a fin de corroborar la historia del paciente (6).

Identificación de trastornos concurrentes

La relación entre trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias es variable y complicada. El *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) ha reportado que en la población general, 4,7% a 13,7% de los individuos entre las edades de 15 y 54 pueden tener un trastorno mental en conjunto con un abuso o dependencia a sustancias (7). La intoxicación por una droga puede producir síntomas psiquiátricos que se resuelven con la abstinencia, pero para aquellos que padecen una enfermedad mental, el consumo de sustancias puede enmascarar, exacerbar o ser usada

CONFIDENCIAL

para aminorar los síntomas psiquiátricos; también puede precipitar una descompensación a nivel psicológico o incrementar la necesidad de hospitalizaciones. Como los trastornos relacionados con el consumo de sustancias pueden manifestar síntomas similares a los que ocurren en los trastornos mentales, se puede incurrir en diagnósticos erróneos (8).

Algunos especialistas en adicciones pueden no reconocer o aceptar el rol de los trastornos mentales en la precipitación o mantenimiento del consumo de sustancias, también pueden no tener experiencia en pacientes con diagnósticos duales, afectando la calidad de la valoración. Del mismo modo, algunos profesionales de la salud mental pueden simplificar el abuso de sustancias como sólo un síntoma que representa un trastorno mental subyacente y no se reconocería como un problema que requiere atención específica. Si es posible, los médicos de atención primaria deben remitir los pacientes a asesores que entiendan y estén entrenados en salud mental y en la valoración del abuso de sustancias, y que estén capacitados y dispuestos a expandir el proceso de valoración cuando sea necesario, para identificar las múltiples dimensiones que puedan estar contribuyendo a los problemas del paciente (9).

Trastorno por uso de sustancias: Las necesidades del proveedor de tratamiento y las herramientas disponibles

El programa de tratamiento del trastorno por uso de sustancias, debe pasar menos tiempo en la evaluación de la disposición del paciente para el cambio de comportamiento y poner más énfasis en experiencias previas de tratamiento, la identificación y la gestión de las condiciones médicas y psiquiátricas concurrentes, la influencia de la familia, el entorno terapéutico, el entorno de vida, y en los patrones de recaída. El propósito de la evaluación se extiende a los detalles relevantes para diseñar enfoques de tratamiento individualizado (10).

El programa de tratamiento debe utilizar una valoración formal y estandarizada para el control de calidad del proceso de evaluación y acreditación. Una historia médica completa y un examen físico adecuado son obligatorios, así como la realización de una entrevista estructurada como índice de gravedad de la Adicción (ASI) (10) o incluso el módulo de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV para los trastornos por

CONFIDENCIAL

uso de sustancias psicoactivas (SCIDI) (11); el MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) (12); o la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI Módulo Abuso de Sustancias-SAM (13).

Los programas que atienden a pacientes con una alta prevalencia de diagnóstico doble, pueden utilizar la versión más extensa del SCIDI o, al menos, tendrán que usar determinadas herramientas estandarizadas para el diagnóstico de la ansiedad y la depresión. Se recomienda además precisar la identificación de los patrones de recaída y de las habilidades de afrontamiento, normalmente es una parte del proceso de evaluación del programa de tratamiento de adicciones. La corroboración de este proceso de evaluación es absolutamente necesaria (14).

Recomendaciones generales

Los médicos de atención primaria deben estar alertas frente a la posibilidad de conflicto de intereses cuando remitan a un paciente a un asesor que esté vinculado a un programa o práctica en manejo de abuso de sustancias. Pueden existir incentivos económicos o presión ideológica para interpretar los resultados de una valoración, para beneficiar el ingreso de paciente a un programa o proveedor de tratamiento en particular (1). No obstante, los trabajadores en atención primaria que entiendan los propósitos de la valoración y que estén familiarizados con sus componentes, están en mejor posición para identificar y evitar asesores parcializados.

[Consenso de expertos apoyado en la experiencia clínica] (2)

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre intervenciones breves que resultaron de proceso de validación del modelo de tratamiento:

Realizándose la presentación de la evidencia encontrada en las GPC, se concluye que los profesionales que brinden atención a personas con trastorno por uso de sustancias debe tener las competencias o la formación específica para poder ofrecer una intervención idónea.

CONFIDENCIAL

Recomendación 1

"Frente a quién debería realizar la valoración, se considera que la posición profesional es menos importante que el entrenamiento específico para realizar valoraciones acertadas. El Panel de Consenso recomienda remitir a los pacientes (si es posible) a un especialista con experiencia en abuso de sustancias para una valoración intensiva".

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (2).

El consenso de expertos propuso modificarla de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- La valoración breve la pueden hacer las siguientes profesiones: psicología, psicología clínica, trabajo social, medicina o enfermería con formación específica y entrenamiento en el manejo de sustancias.
- Se debe tener en cuenta que esta acción es un primer tamiz.
- Se debe tener en cuenta realizar la gestión con la academia en aras de fortalecer el entrenamiento de los profesionales desde el pregrado.
- La recomendación por consenso general es que los profesionales de la salud deben tener competencias específicas y formación (entrenamiento) en el manejo de escalas de clasificación DSM5 y CIE10.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

"Para el establecimiento del diagnóstico (valoración breve), la posición profesional es menos importante que la formación específica para realizar evaluaciones precisas. Profesionales en psicología, trabajo social, medicina y enfermería con formación específica o entrenamiento en el manejo de sustancias pueden realizar esta valoración".

Recomendación 2

La valoración profunda debe ser realizada por especialistas en abuso de sustancias.

[Opinión de Panel de Expertos (D)] (3)

El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

CONFIDENCIAL

- En nuestro país no existe hasta el momento especialización clínica en adicciones para médicos, por tanto los profesionales idóneos para la realización de este tipo de valoración son Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones.
- Se considera que con entrenamientos específicos pueden evaluar todas las dimensiones propuestas en la valoración integral y por tanto realizar la ubicación del paciente en los niveles y ámbitos de tratamiento que le corresponden.
- Se considera sin embargo que la elaboración del plan de tratamiento debe ser producto de una valoración integral realizada por un equipo interdisciplinario.
- Se recomienda realizar una recomendación aparte al respecto.

Las recomendaciones finales emanadas del consenso formal de expertos fueron las siguientes:

La valoración profunda debe ser realizada por profesionales de la salud especializados. (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones).

La planeación del tratamiento debe ser producto de una valoración integral realizada por profesionales de la salud. El equipo interdisciplinario para esta valoración integral debe estar conformado por Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en Adicciones, Terapeuta Ocupacional, Trabajadora social. Si es posible, incluir Nutricionista y Neuropsicólogo.

Recomendación 3

Cuando no se pueda realizar la remisión al especialista, el Panel de Consenso estima que médicos, asistentes médicos, enfermeras clínicas especializadas o practicantes con experiencia en entrevista motivacional empática pueden realizar la valoración intensiva, después de haber recibido entrenamiento en:

• Los signos y síntomas del abuso de sustancias.

• Los efectos biopsicosociales del alcohol y otras drogas, y la progresión usual del trastorno.

CONFIDENCIAL

• Condiciones comórbidas y consecuencias médicas comunes en el abuso de sustancias.

• Los lineamientos utilizados en el sistema de clasificación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, cuarta edición (DSM-IV) (15), su interpretación y su relación con los hallazgos que aparecen durante la valoración.

• El uso, interpretación y puntuación apropiadas de los instrumentos estandarizados para la valoración.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (2)

El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- Se debe tener en cuenta que de acuerdo a la recomendación, en Colombia no hay Asistentes Médicos, por tanto se debe quitar.
- El equipo estaría conformado por los siguientes perfiles: medicina, enfermería, psicología y trabajo social.
- Se debe tener en cuenta que en zonas del país muy alejadas, el (la) profesional de psicología clínica puede apoyar en esta parte de diagnóstico y tratamiento.
- También debe quedar claro que esta intervención debe ser realizada por un equipo de salud multidisciplinario con competencia, entrenamiento y formación en el manejo de adicciones.
- El equipo de expertos hace una reflexión en torno a que se debería aumentar la concentración de especialistas en todos los territorios y no únicamente en ciudades grandes.
- La intervención también debe incluir un equipo de enlace que hace el apoyo al equipo básico, porque la atención primaria debe estar apoyada.

Las recomendaciones finales emanadas del consenso formal de expertos fueron las siguientes:

Médicos, Enfermeras Jefes, Psicólogos y Trabajadores sociales con experiencia en entrevista motivacional pueden realizar la valoración profunda cuando no haya disponibilidad de un equipo de especialistas, siempre y cuando tengan entrenamiento en

CONFIDENCIAL

problemas relacionados con uso de sustancias, específicamente en los siguientes aspectos:

1. Los signos y síntomas de abuso de sustancias.

2. Los efectos biopsicosociales del uso de alcohol y otras drogas.

3. El conocimiento de las condiciones comórbidas comunes y las consecuencias médicas del abuso.

4. Los términos utilizados en el sistema de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), su interpretación, y su relación con los hallazgos que surgieron durante el historial de evaluación.

5. El uso apropiado, la calificación, y la interpretación de los instrumentos de evaluación estandarizados.

Los profesionales especializados pueden prestar asesoría remota, o servir como enlace a los equipos básicos, en las zonas apartadas del país donde no se cuente con personal capacitado.

Recomendación 4

Se debe asegurar que los profesionales especializados que realizan la valoración profunda tengan conocimientos sobre trastornos psiquiátricos.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (14)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 5

Se debe asegurar que los profesionales que realizan la valoración profunda, estén familiarizados con los recursos de evaluación y los tratamientos disponibles.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (3)

CONFIDENCIAL

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Institute of Medicine. Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

2. Sullivan E, Fleming M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. TIP 24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2008.

3. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

4. Rodríguez-Martos A, Santamariña E. Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? Subst Use Misuse. 2007;42(6):923–32.

5. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. In: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

6. Center for Substance Abuse Treatment. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1998 [cited 2016 Nov 14]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64863/

7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Percent of population with substance abuse, mental disorder, or both disorders in lifetime, age 15 to 54. Rockville, MD; 1995. (Substance Abuse and Mental Health Statistics Sourcebook.). Report No.: 95–3064.

8. Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. J Clin Psychiatry. 2006 Aug;67(8):e05.

9. Drug and alcohol services [Internet]. Joint Commissioning Panel for Mental Health. [cited 2016 Nov 14]. Available from: http://www.jcpmh.info/good-services/drug-and-alcohol-services/

CONFIDENCIAL

10. Denis CM, Cacciola JS, Alterman AI. Addiction Severity Index (ASI) summary scores: comparison of the Recent Status Scores of the ASI-6 and the Composite Scores of the ASI-5. J Subst Abuse Treat. 2013;45(5):444–50.

11. Structured Clinical Interview for DSM Disorders [Internet]. [cited 2016 Nov 14]. Available from: http://www.scid4.org/

12. 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) - MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf [Internet]. [cited 2016 Nov 14]. Available from: http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf

13. Cottler LB, Robins LN, Helzer JE. The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. Br J Addict. 1989 Jul;84(7):801–14.

14. Galanter M, Kleber HD, Brady K. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Pub; 2014. 982 p.

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 5

¿Cuáles son los criterios en Colombia para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas? 360

Abreviaturas. 360

Definiciones. 360

Evidencia. 363

Recomendaciones. 366

Referencias. 368

¿Cuáles son los criterios en Colombia para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Abreviaturas

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA)

SPA: Sustancias Psicoactivas

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

Definiciones

Se incluyen aquí, las definiciones encontradas para los conceptos de vulnerabilidad y vulnerabilidad social.

De acuerdo a como lo refiere Blaikie, P, la ***vulnerabilidad*** hace referencia a las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural. Implica una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien quedan en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad (1).

Este autor especifica frente a que algunos grupos de la sociedad son más propensos que otros al daño, pérdida y sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas. Denomina

CONFIDENCIAL

como características claves de estas variaciones: la clase, la casta, la etnicidad, el género, la incapacidad, la edad o el estatus, entre otros. Sin embargo, aclara que el concepto de vulnerabilidad incluye diferentes magnitudes, desde niveles altos hasta bajos de vulnerabilidad para gente diferente.

En este sentido, algunos autores entre los que se destaca Cardona señalan que la vulnerabilidad es un factor de riesgo interno de un sujeto o sociedad que está expuesto a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser afectado o ser susceptible de sufrir un daño (2).

Tal y como lo indica la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente (3).

En términos de la ***vulnerabilidad social***, este concepto se relaciona con variedad de aspectos sociales que corresponden a dimensiones del ser humano en las cuales el abuso conlleva a la exclusión social. Cuando un individuo es vulnerado en sus derechos, sufre consecuencias no sólo sociales sino también psicológicas. El Estado, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales quedan expuestas ante las situaciones de vulnerabilidad por lo tanto se deben crear políticas sociales que atiendan y entiendan sobre esta situación (4).

Así mismo, Chakraborty define en sus estudios que la vulnerabilidad social se relaciona con la calidad de vida de la población y específicamente con algunos grupos sociales, tales como: niños, ancianos, mujeres, inmigrantes e indígenas (5).

En concordancia con estas definiciones la CEPAL relaciona la vulnerabilidad social con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, [...] el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes (3). Además señala que entre las inconveniencias de la identificación de grupos vulnerables, es que hay tantos grupos vulnerables como riesgos identificados.

CONFIDENCIAL

Pese a que existen muchos investigadores estudiosos de los índices de vulnerabilidad social, no existe consenso en cuanto a su definición y variables de estudio.

De otro lado, Fischhoff, B y col., intentan explicar la vulnerabilidad desde los factores de riesgo (en los que se contienen las conductas riesgosas y las situaciones riesgosas) que la pueden generar (6), así:

Cuadro Nº 1: Factores de riesgo que generan vulnerabilidad social

Conducta Riesgosa	Situaciones Riesgosas (permanentes y/o emergentes)	
	Genética, Sociocultural, Familiar	Social contingente
Ingesta de alcohol	Enfermedades hereditarias	Lugar de residencia
Automedicación	Minoría étnica	Catástrofe natural
Mala alimentación	Género	Guerra
Sedentarismo	Pobreza	Desempleo
	Percepción sociocultural	

Fuente: Basada en Fischhoff y Col. Adolescent Risk and Vulnerability: concepts and measurement, Washington D.C., 2001. National Academy Press.

Sin embargo al considerar únicamente los factores de riesgo en el análisis de la vulnerabilidad, se hace necesario tener en cuenta: la capacidad de respuesta y las habilidades adaptativas. La capacidad de respuesta depende tanto de los activos de que disponen los actores (comunidad, hogar, personas, colectivo) como de los mecanismos de apoyo externo a los que tienen acceso. En cuanto a la adaptación, implica la aceptación del cambio, que supone ajustes internos para reducir o eliminar las adversidades (7).

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico - social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (3).

CONFIDENCIAL

Evidencia

En relación a la vulnerabilidad social asociada al consumo de sustancias psicoactivas se encuentra que en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas - 2013, se incluye la percepción de riesgo, en la cual se hace un acercamiento en términos de la percepción del riesgo del uso de drogas como una medida de cómo la población según sexo, grupos de edad y otras variables que se consideren de interés, evalúa el daño que la ingesta de las sustancias traerá para el sujeto.

En este estudio se hace una aproximación en términos de vulnerabilidad de la población al consumo, de acuerdo a una estimación de la magnitud de la población que estaría en mejores condiciones de protección para el caso de la oferta de consumo, es decir aquellas que tienen una posibilidad menor de consumo (8).

En la literatura revisada se encuentran algunos documentos enfocados en identificar la vulnerabilidad social al consumo de sustancias psicoactivas específicamente en población adolescente y jóvenes.

En los primeros estudios reportados frente a factores de riesgo y protección para las adicciones en adolescentes y jóvenes, se identificaron la pobreza y la privación del entorno comunitario más próximo como factores que incrementan la vulnerabilidad en esta población al consumo de SPA.

Tal es el caso de las investigaciones de Hawkins (1992), quien reportó que entre los factores de riesgo en adolescentes señala que la privación económica y social es uno de los principales cuatro factores que puede incrementar el consumo de SPA.

Al igual que Petterson et al. (1992), identificaron que los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios con altas tasas de delincuencia tienen mayor riesgo de desarrollar problemas con las drogas, asociado a las conductas delictivas.

Así mismo, Muñoz (1998) reporta que entre los factores de riesgo para el consumo de SPA en adolescentes están el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, altamente poblados y tasas elevadas de delincuencia y marginalidad, aunado o a otros factores personales y familiares, contribuye al uso precoz de las drogas y al abuso de las mismas.

CONFIDENCIAL

También, Puentes (2005) plantea que en adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad social, tales factores sociales, económicos y culturales se asocian al delito callejero al igual que al incremento de las adicciones y del abuso de sustancias psicoactivas.

En el estudio realizado por Míguez, se define el abuso como una ingesta de bebida mayor a los 70 gramos de alcohol absoluto diarios, alcanzado en los últimos 30 días anteriores a la encuesta al 6,6% de la población de 16 a 64 años. El perfil general del abuso en el mes anterior a la encuesta corresponde a un grupo predominantemente joven en situación de relativa vulnerabilidad social (educación y situación económica precaria) (9).

Desde otros estudios como el de Best et al., (2004), se señala que los comportamientos perturbadores, que incluyen aquellas conductas que socialmente son molestas para los demás y que sugieren una predisposición hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío de figuras de autoridad y normas y oposición generalizada, entre otros, representan mayor vulnerabilidad para en consumo de SPA.

De otro lado, la hipótesis de vulnerabilidad del adolescente frente al consumo de SPA es retomada por Ribera y col., (2003), recordando que mayor vulnerabilidad no significa determinación definitiva de un comportamiento, el aprendizaje social juega un rol importante. En este estudio se identifica la manifestación del sentimiento de amargura como algo que amplía aún más la vulnerabilidad en escolares de 10 a 18 años y propone que las acciones de prevención que no se propongan a investir en ese cambio y que no consideren también la vulnerabilidad social y económica a que están expuestas (o inmersas) las poblaciones, sean jóvenes, hombres, mujeres o viejos, propenden a ser limitadas o a fracasar (10).

Esta hipótesis se corrobora en el estudio de Cáceres y col., (2006), realizado en jóvenes universitarios, en el cual se identifica que los comportamientos perturbadores están asociados al consumo sustancias psicoactivas. La ausencia en el repertorio conductual de los indicadores que corresponden a los trastornos de conducta, el déficit de atención con hiperactividad, la conducta antisocial y el comportamiento desafiante parece constituir un elemento protector en los jóvenes, porque se asocia con características de

CONFIDENCIAL

baja impulsividad, una mayor tolerancia a la frustración y mejor aceptación de la norma. Con respecto al consumo, quienes logran una mayor autorregulación tienen una menor vulnerabilidad, evitan exponerse a situaciones de riesgo o pueden presentar un consumo exploratorio y esporádico y no avanzar hacia la dependencia (11).

En términos de la influencia de las variables de vulnerabilidad socio familiares en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes estudiantes, Alonso y col. (2009), muestra que los adolescentes consumen menos tabaco y alcohol cuanto mayor es el disgusto de la familia ante el consumo. En el caso del cannabis la reacción de la familia no resultó significativa en cuanto a la cantidad consumida. Los estudiantes consumen menos alcohol cuanto mejores son las relaciones familiares. Los factores relacionados con el riesgo familiar no han resultado significativos en el patrón de consumo de cannabis. Estos resultados confirman las hipótesis de partida dando relevancia a las variables sociales y familiares como factores de riesgo para la transición del uso experimental de sustancias a un uso de las mismas más habitual y frecuente en la adolescencia y las implicaciones para el desarrollo de programas preventivos (12).

De otro lado, en el estudio de Londoño (2010), afirma la existencia de soporte sobre la función que tienen las creencias frente al consumo de alcohol, máxime cuando se aúnan las expectativas positivas sobre los efectos del consumo, la baja percepción de vulnerabilidad y riesgo, y la percepción de altos beneficios sociales derivados del consumo que actúan a favor de la ingesta no controlada de bebidas alcohólicas (13).

Adicionalmente, de acuerdo a Medina (2010), existe un perfil de vulnerabilidad predictivo del consumo de drogas en hijos adolescentes, cuyos factores más importantes son: la baja cohesión familiar, las dificultades para tomar decisiones y solucionar sus problemas con la participación democrática de todos sus miembros, dificultades en la comunicación entre padres e hijos, y bajo nivel de instrucción de los padres (14).

Por su parte, los Servicios de Administración en Salud Mental y el Abuso de Sustancias - SAMHSA (2015), expresan que la gestión de los casos del consumo de SPA, se puede describir como un enfoque de salud coordinado, que incluye, la salud, el abuso de sustancias, la salud mental y los servicios sociales, que debe tener en cuenta la oferta de los servicios adecuados a las necesidades específicas de los pacientes que permitan

CONFIDENCIAL

alcanzar los objetivos establecidos. En este sentido plantean que la gestión de los casos para el tratamiento de abuso de sustancias, en particular para clientes con otros trastornos y condiciones que pueden requerir múltiples servicios durante períodos prolongados del tiempo, generalmente se enfrentan a dificultades para acceder a esos servicios (15).

Además plantean la necesidad de proporcionar a los pacientes un punto de contacto que pueda ofrecer múltiples alternativas para servicios sociales y de salud, reconociendo las necesidades particulares, por tanto se deben establecer canales de comunicación oficiales entre los diferentes organismos que faciliten la gestión y administración en cada caso según sea necesario (15).

Recomendaciones

En términos de la ***conceptualización de la vulnerabilidad y vulnerabilidad social***, a partir de los resultados encontrados se identifica que existen definiciones conceptuales alrededor de los mismos, pese a que no todos llegan a los mismos puntos de consenso, lo que permite que para el tema del modelo de tratamiento y específicamente para la pregunta relacionada se puedan tener en cuenta.

Sin embargo en términos de la cualificación de los niveles de eficiencia y grados de recomendación, no es posible aplicarlos, debido a que dichos conceptos han sido definidos por autores pero no en contextos basados en estudios con evidencia científica, sino más asociados a estudios cualitativos a partir de definiciones de expertos en el tema que se basan en referencias de procesos sociales.

En el mismo contexto, en lo relacionado con la ***vulnerabilidad social asociada al consumo de SPA***, existen también varios autores que han realizado estudios específicamente en población adolescente y joven, en los que hay asociaciones entre estas dos variables o entre factores de riesgo y consumo de SPA. En los estudios revisados se identifica que la vulnerabilidad social al consumo de SPA está asociada por factores como: ambientes con oferta de SPA y facilidad de su consecución (Ministerio de Justicia y Derecho, 2013), privación económica y social (Hawkins, 1992), vivencia en ambientes deteriorados y barrios con altas tasas de delincuencia (Petterson et al., 1992; Muñoz, 1998 y Puentes, 2005), educación y situación económica precaria

CONFIDENCIAL

(Míguez, 2000), comportamientos perturbadores que incluyen: predisposición a la inconformidad, alto grado de impulsividad, desafío de figuras de autoridad y normas y oposición generalizada, entre otros (Best et al., 2004; Ribera y col., 2003; y Cáceres y col., (2006), malas relaciones familiares y/o sociales y cohesión familiar (Alonso y col., 2009; y Medina, 2010), baja percepción de vulnerabilidad y riesgo y percepción de altos beneficios sociales derivados del consumo (Londoño, 2010).

En este sentido, el ***Nivel de Evidencia es II - 2***, para la mayoría de los documentos revisados incluyen evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles y muchos de ellos han sido realizados por más de un centro o grupo de investigación. ***El Grado de Recomendación es B***, en el entendido de que existe moderada evidencia científica para recomendar los hallazgos identificados.

En lo relacionado con los ***criterios en Colombia para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno al consumo***, se sugiere que la pregunta se modifique debido a que en los documentos revisados se identifica que los criterios para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno al consumo, son criterios asociados a condiciones sociales generales y no son específicos a un país o territorio social. Además, los estudios que abordan las variables de vulnerabilidad social y trastorno al consumo que se identifican en Colombia específicamente son tres: el de Cáceres y col., 2006, el de Londoño, C., 2009, y el de Medina, N., 2010. Los tres estudios presentan asociación con los mismos resultados identificados en los demás estudios que tienen que ver con la asociación entre estas dos variables.

Sin embargo en términos meramente técnicos se puede concluir que el ***Nivel de Evidencia es II - 2***, ya que los documentos revisados incluyen evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles y muchos de ellos han sido realizados por más de un centro o grupo de investigación. ***El Grado de Recomendación es B***, en el entendido de que existe moderada evidencia científica para recomendar los hallazgos identificados.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Blaikie, Piers; Canno, Terry; Davis, Ian; y Wisner, Ben (1996). Vulnerabilidad: el entorno social, político y económico de los desastres. Bogotá: La Red. ISBN: 958-601-664-1.

2. Cardona Omar D; (2001). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo "Una crítica y una revisión necesaria para la gestión". Bogotá: Artículo y ponencia para International Work - Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice, Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre, Wageningen, Holanda.

3. CEPAL-ECLAC, Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R.2086, 22 abril, 2002. p. 3. (documento electrónico).

4. Egea Jiménez, Carmen; Sánchez-González, Diego; Soledad Suescún, Javier Iván (coord.) (2012): Vulnerabilidad social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes. Colección Eirene. Granada, España: Universidad de Granada, 358 pp. ISBN: 978-84-338-5392-9.

5. Chakraborty, J.; Tobin, G.; y Montz, B. (2005). Population Evacuation: Assessing Spatial Variability in Geophysical Risk and Social Vulnerability to Natural Hazards Review. Vol. 6, Nº 1 : pp. 23-33 (doi: 10.1061/(ASCE)1527-6988(2005)6:1(23)).

6. Fischhoff, B., E.; Nightingale y J.; Iannota (ed.). (2001). Adolescent Risk and Vulnerability: concepts and measurement. Washington D.C.: National Academy Press.

7. Caro, E. (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. México: Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas, Participación Ciudadana e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Chile.

8. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. Informe Final. Bogotá.

CONFIDENCIAL

9. Míguez, H. (2000). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina. Argentina: Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet. Psicoactiva 18: 1-17, 2000. WEB http://www.geocities.com/athens/agora/6217/.

10. Oliveira M., R.; Luis M., A. (2005). Factores de Riesgo para el Consumo de Alcohol en Escolares de 10 a 18 Años, de Establecimientos Educativos Fiscales en La Ciudad de la Paz - Bolivia (2003-2004). La Paz: Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):880-7 880 www.eerp.usp.br/rlae.

11. Cáceres, D.; Salazar, I.; Varela, M.; y Tovar, J. (2006). Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 521-534, octubre-diciembre de 2006. ISSN 1657-9267.

12. Alfonso, J.; Huedo, T.; y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Murcia, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Anales de psicología, 2009, vol. 25, nº 2 (diciembre), 330-338 ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (http://revistas.um.es/analesps): 1695-2294.

13. Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. Bogotá, Colombia: Universidad Católica. Anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1 (enero), 27-33. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (http://revistas.um.es/analesps): 1695-2294.

14. Medina, N.; Das Gracas, M. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Sao Paulo: Universidade de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.18, n.spe, p.504-512, 2010 http://producao.usp.br/handle/BDPI/3019.

15. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Publication Nº (SMA) 15-4215. Printed 2000. Revised 2002, 2003, 2006, 2008, 2010, 2012, and2015

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 6

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y en el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo? 37072

Abreviaturas y acrónimos……37172

Resumen de Recomendaciones……37272

Introducción……381

Diseño de planes de tratamiento……386

Características de instrumentos válidos para la detección y evaluación 387

Ejemplos de instrumentos de evaluación validados 389

Recomendaciones sobre estrategias empleadas en la valoración del individuo con trastorno por consumo de sustancias……391

Evidencia 391

Recomendaciones para la valoración integral en adolescentes 392

Instrumentos para la evaluación integral en adolescentes 393

Recomendaciones……394

Recomendaciones para embarazadas……395

Recomendaciones para la valoración integral de adultos con trastorno por consumo de alcohol 395

Recomendaciones para la valoración integral de personas con trastorno por consumo de tabaco 398

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia……399

Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento 406

Recomendación 10 406

Recomendación 11 406

CONFIDENCIAL

Recomendación 12 406

Referencias……409

CONFIDENCIAL

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y en el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo?

Abreviaturas y acrónimos

ASAM: American Society of Addiction Medicine

AUDIT: Alcohol, smoking and substance involvement screening test
ISA: Índice de Severidad de Adicciones
OTI: Opiate treatment index
MAP: Perfil de adicción Maudsley
DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades décima versión
(GGT) gamma-glutamil transferasa
SPA Sustancias Psicoactivas
T-ASI Índice de Severidad de Adicciones - Teen
MMSE: Mini-Mental State Examination

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 9: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Se recomienda como primera elección la utilización de los criterios ASAM que identifican seis áreas de evaluación (dimensiones) como los más importantes de la valoración integral, la formulación de un plan de tratamiento individualizado y la toma de decisiones sobre la colocación de los pacientes. 1. Intoxicación/Abstinencia. 2. Condiciones biomédicas y sus complicaciones. 3. Condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones. 4. Disposición para el cambio. 5. Problemas potenciales del uso continuado y recaídas. 6. Ambiente de recuperación.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

CONFIDENCIAL

	En la primera sesión de valoración clínica profunda se debe realizar una entrevista que examine: 1. Los patrones de consumo actual, historia de uso de sustancias, consecuencias del abuso de sustancias. 2. Trastornos psiquiátricos coexistentes. 3. Problemas médicos mayores y estado de salud. 4. Situación de empleo y educación. 5. Mecanismos de apoyo social. 6. Fortalezas y ventajas situacionales del paciente, contexto familiar.		
	Al realizar la valoración, se debe tener en cuenta la siguiente información del usuario: 1. Necesidades médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales. 2. Historia sobre el uso de drogas. 3. Experiencia en tratamientos previos, si los ha tenido. 4. Metas en relación a su uso de drogas y preferencias en el tratamiento.		
	Las necesidades de todos los usuarios que abusan de sustancias deben ser valoradas a través de los cuatro dominios: 1. Abuso de alcohol y drogas 2. Salud 3. Funcionamiento social, familiar y ocupacional 4. Relaciones en las relaciones socio legales En caso que un adolescente presente problemas en la dimensión 4 se		

CONFIDENCIAL

	recomienda el ingreso a la ruta de responsabilidad penal.		
	Cerciórese que la valoración sea secuencial y multidimensional.		
	Una evaluación psiquiátrica profunda es esencial para guiar el tratamiento a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias.		
	Los test de laboratorio para la detección de sustancias psicoactivas son útiles en el seguimiento y desenlace del tratamiento, más que en la valoración inicial.		
Adultos	El personal tratante debe concertar con el individuo, si involucra o no, a familiares o cuidadores en la valoración y el plan de tratamiento. En todo caso, el personal tratante debe asegurar que la confidencialidad del individuo sea respetada.	N/D	Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. National Institute for Health and Care Excellence. (1)
Adolescentes 12 a 17 años	Indagar no solo en la presencia/ausencia de trastorno, sino en las características del consumo de la sustancia o patrón de consumo, para obtener una visión comprensiva del uso que hace el adolescente y de la mejor manera de abordarlo: sustancia(s) consumida(s), posible policonsumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia, intensidad del consumo (consumo excesivo episódico de alcohol, binge drinking), contexto de uso, vía de administración, consecuencias del consumo, intentos	SING A	Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.

CONFIDENCIAL

	por realizar cese del consumo.		
	Evaluar riesgos asociados al consumo de la(s) sustancia(s), principalmente los vinculados accidentes, sobredosis, autolesiones, conducta sexual de riesgo y otras relacionadas con las vías de administración específicas (uso de inyectables, métodos de uso no habituales como la inhalación de alcohol).		
	Utilizar las entrevistas de evaluación integral como instancia de intervención motivacional, de modo de favorecer el vínculo (con el profesional que atiende y con la institución), así como la adherencia al tratamiento posterior.		
	Realizar una comprensión contextual de la situación de los adolescentes y jóvenes, especialmente vinculados al uso de drogas y otras conductas, evitando con eso la estigmatización, criminalización y "medicalización" (sobre diagnóstico) de conductas que pueden ser parte de una etapa de vida.		
Embarazadas	Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas o en postparto con uso de alcohol u otros trastornos por uso de sustancias deben	GRADE Recomendación Fuerte a favor de la	WHO. Guidelines for identification and management of substance use

CONFIDENCIAL

	ofrecer evaluación una integral y una atención individualizada. Observaciones: • Una evaluación integral de las mujeres que usan alcohol o drogas durante el embarazo y el puerperio incluye una evaluación de los patrones de consumo de sustancias, comorbilidad médica o psiquiátrica, contexto familiar, así como problemas sociales.	intervención.	and substance use disorders in pregnancy.2014

Tabla Nº 10: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de alcohol

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Considere realizar una valoración exhaustiva para todos los adultos que son remitidos a un especialista y que obtengan ≥ 15 puntos en la escala AUDIT. La valoración exhaustiva debe evaluar múltiples áreas de necesidad, estar estructurada en una entrevista clínica, usar herramientas clínicas relevantes y validadas y cubrir las siguientes áreas: • Uso de alcohol, incluyendo: o Consumo: patrones de consumo de alcohol a nivel histórico y reciente, y si es posible, información adicional de un familiar o cuidador. o Dependencia o Problemas relacionados con el alcohol • Abuso de otras drogas, incluyendo medicamentos de	N/D	Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Institute for Health and Clinical Excellence (2)

CONFIDENCIAL

	venta libre • Problemas de salud física • Problemas psicológicos y sociales • Función cognitiva • Disposición para el cambio.		
	Valore los problemas de salud mental que sean comórbidos, como parte de cualquier valoración exhaustiva inicial y a lo largo del manejo del abuso del alcohol, porque muchos problemas comórbidos mejorarán con el tratamiento del abuso del alcohol.	N/D	Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Institute for Health and Clinical Excellence (2)
	Si es posible y si está indicado clínicamente, se deben monitorear los niveles de gamma-glutamil transferasa, como parte del proceso de valoración.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 11: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de tabaco

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años,	Para abordar adecuadamente el tabaquismo, es necesario conocer hasta qué punto el paciente está dispuesto a dejar de fumar y cuáles son los motivos	**B (SIGN)**	Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de

embarazadas	que le han llevado a desarrollar esa conducta; qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta tabáquica, la cual como todas las adicciones es una conducta aprendida; y qué aporta la conducta adictiva al paciente (por ejemplo, mecanismo de afrontamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo,...) y de qué recursos alternativos puede disponer el paciente. Estos aspectos se pueden explorar en primer lugar mediante la entrevista directa al paciente, en la que es muy importante conocer los intentos previos para dejar de fumar y, en ese caso, las causas de las anteriores recaídas.		tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud México. CENETEC. 2013.

Tabla Nº 12: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de inhalantes

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	La valoración inicial o post-aguda debe incluir, si es posible: Una historia clínica y social (p. ej. enfermedades y lesiones, tratamiento médicos, empleo, alojamiento, relaciones personales). Historia clínica de uso de sustancias con fines recreativos (tipos de sustancias inhaladas, frecuencia, cantidad, uso de alcohol y otras drogas) Valoración cognitiva profunda	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

CONFIDENCIAL

	si está indicada clínicamente Tamizaje en salud mental. Valoración del riesgo de violencia o autolesión. Examen físico Exámenes de laboratorio si están indicados (hemograma completo, tamizaje de tóxicos en orina), electrocardiograma si es posible. Prueba de embarazo para las mujeres, si está indicado Si cualquiera de estos puntos no pueden ser realizados en la valoración inicial, debe ser completado tan pronto sea posible (por pasos, si es necesario).		

Tabla Nº 13: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	El diseño del tratamiento debe ser individualizado, se debe establecer en colaboración con el paciente y debe enmarcarse de acuerdo con sus objetivos y necesidades. Se deben priorizar los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente. Así mismo se debe registrar la solución de estos de acuerdo con la severidad de los mismos.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos, adolescentes	Se recomienda la utilización de instrumentos estandarizados	Recomendación por consenso de	Validación por expertos mediante

CONFIDENCIAL

12 - 17 años, embarazadas	como: el Índice de Severidad de Adicciones (ISA), el opiate treatment index (OTI), o el perfil de adicción Maudsley (MAP), pues ofrecen varias ventajas sobre la entrevista clínica convencional, tanto para la adopción como el diseño del plan de tratamiento. Son instrumentos validados que ofrecen una consulta uniforme, una amplia cobertura de las áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la normalización de las interpretaciones de los mismos.	Expertos	método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Se debe ofrecer la gestión de casos a todos los usuarios crónicos de sustancias psicoactivas.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

CONFIDENCIAL

Introducción

Existen varios métodos para llegar a un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, por lo tanto resulta muy importante determinar cuál es el método más confiable. No obstante, existe amplia evidencia en literatura que resalta la necesidad de ir más allá de un diagnóstico del DSM-5 o CIE-10 para la realización de una evaluación clínica amplia y suficiente que determine el impacto real del consumo

de sustancias psicoactivas. En el idioma inglés, esta evaluación clínica recibe el nombre de *Assessment / In-Depth Assessment* (3).

Los contenidos que se evalúan en la *valoración,* así como los métodos implementados, pueden variar dependiendo de la literatura revisada, respecto de la sustancia utilizada, y de acuerdo con la población objetivo.

No obstante, en términos generales, una *valoración* evalúa:

a) Una historia detallada del uso de sustancias en el pasado y el presente, junto con los efectos ocasionados por el uso de la sustancia a nivel de funcionamiento cognitivo, psicológico, comportamental y fisiológico en el paciente,
b) Una historia clínica médica y psiquiátrica, junto con examen físico,
c) Una historia de tratamientos psiquiátricos previos y sus desenlaces,
d) Una historia familiar y social,
e) Tamizaje de las sustancias usadas, a través de sangre, aliento u orina,
f) Otros exámenes de laboratorio que ayuden a confirmar la presencia o ausencia de condiciones clínicas que frecuentemente co-ocurren con los trastornos por consumo de sustancias, y
g) Con el consentimiento previo del paciente, contactar a un familiar u otra persona significativa que pueda brindar información adicional (4).

Greenfield y Hennessy postulan que esta evaluación clínica tiene como objetivo no sólo la realización de un diagnóstico relacionado con el uso de sustancias, sino también la identificación de barreras / fortalezas / soporte para un tratamiento, la valoración y fortalecimiento de la motivación del paciente, y la formulación de un tratamiento apropiados basados en la evidencia. Consideran la implementación de diagnósticos basado en DSM-5, el cual debe ser complementado con una historia detallada del consumo, historia médica, psiquiátrica, familiar y social, examen físico y mental, además de toma adicional de información a través de otra persona cercana al paciente si se requiere. Pueden ser útiles los test toxicológicos séricos o de orina (5).

La valoración es un proceso minucioso y extenso que involucra un amplio análisis de los factores que contribuyen y mantienen el abuso de sustancias en el usuario, la

CONFIDENCIAL

severidad del problema y la variedad de consecuencias que se le asocian. El tamizaje y la valoración para una terapia breve no difieren significativamente de aquellas que se usan para tratamientos prolongados.

La entrevista que se realiza puede variar conforme a las características sociodemográficas del paciente y el tipo de trastorno relacionado con el consumo de sustancias. En un individuo que esté cursando con una intoxicación aguda, se optará por diferir la evaluación completa hasta que resuelva la intoxicación y de ser necesario, se brinda especial atención a los signos y síntomas producidos por la intoxicación, para ser derivado a atención médica urgente. Esta derivación también es prioritaria en casos de abstinencia al alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej. barbitúricos o benzodiacepinas) por el riesgo de ocasionar convulsiones y muerte (5).

En un individuo con estabilidad médica que permita la realización de la *valoración*, se debe optar por la utilización inicial de preguntas abiertas que permitan al clínico conocer cómo el paciente define el problema del consumo. Se incluye una historia de consumo a lo largo de la vida, que comprende edad de inicio del consumo, frecuencia de uso, cantidad consumida en cada uso, vía de administración de la sustancia, consecuencias asociadas al consumo de la sustancia, tratamientos previos, periodos de abstinencia y recaídas, estas últimas ayudan a determinar qué factores pueden perpetuar y precipitar el consumo. Resulta mandatorio la evaluación de las consecuencias del consumo a nivel académico, ocupacional, interpersonal, económico, médico y legal, como medida que ayuda a revelar el impacto –y severidad– del consumo de SPA en la vida del individuo (5).

La valoración secuencial y multimodal implementa la historia médica, psicológica, familiar, social, sexual y del consumo de drogas, en conjunto con un examen físico. «Secuencial» hace referencia a separar el proceso de la valoración en una serie de estadios, de los cuales pueden o no pueden continuar al siguiente estadio, dependiendo de la información obtenida previamente. En este modelo, inicialmente se realiza una valoración general. Si la información obtenida sugiere la existencia de una problemática diferente, como un trastorno mental, entonces se planea que en el siguiente estadio se aborde más profundamente esta problemática, para confirmarla y

CONFIDENCIAL

caracterizarla. Esto permite ahorrar tiempo para el usuario y el tratante. La característica «multidimensional» toma en cuenta que la variedad de factores que afectan el abuso de sustancias (grado, patrón, historia de consumo, signos y síntomas de consumo; y consecuencias del consumo) sean consideradas cuando se evalúan las problemáticas que afronta el paciente y un plan de tratamiento. Su caracterización detallada no sólo ayuda al tratante a ordenar un manejo apropiado, también provee información útil sobre los desencadenadores de recaídas, para que se puedan anticipar y tratar adecuadamente (6).

La valoración debe ser vista como un proceso que puede abarcar varias consultas o sesiones. En aquellos usuarios con abuso de sustancias que tengan problemas severos, el proceso de valoración puede involucrar un grupo de profesionales que puedan evaluar y tratar problemas y necesidades en los dominios de abuso de drogas y alcohol, salud (física y psicológica), funcionamiento social (incluyendo vivienda y empleo) y relaciones con la criminalidad (particularmente si el clínico está trabajando dentro del sistema penal o de justicia) (7).

La valoración propuesta debe involucrar una evaluación psiquiátrica profunda, por lo que se compone de:

a. Una indagación sistemática del modo en que se inició el consumo, su cantidad, frecuencia y duración; la tendencia de consumo a lo largo del tiempo; la motivación que llevó al consumo; las circunstancias específicas del consumo en el individuo (dónde, con quién, cuánto, qué vía de administración); el efecto deseado en la sustancia consumida; la dosis más reciente de cada sustancia utilizada; el tiempo transcurrido desde el último consumo, el grado de intoxicaciones experimentadas, la severidad de los síndromes de abstinencia y los efectos subjetivos obtenidos con cada sustancia. Tener en cuenta si también hay consumo de medicamentos prescritos y de venta libre.
b. Historia de todos los tratamientos previos para el consumo de sustancias, que incluye las características del tratamiento, el contexto, la modalidad, duración y si hubo uso de fármacos, su dosis y adherencia; los resultados

CONFIDENCIAL

obtenidos de estos tratamientos, duración, factores asociados e impacto de los períodos de abstención posteriores, nivel de funcionamiento ocupacional y social obtenidos y otras variables que tengan que ver con resultados. Sobre las recaídas, obtener información sobre las circunstancias asociadas (por ejemplo, si fueron propiciadas por los síntomas de la abstinencia, la exacerbación de un trastorno mental o por estresores psicosociales) y su expectativas en tratamientos pasados y futuros.

c. Una historia clínica médica y psiquiátrica exhaustiva, incluyendo examen mental y físico. Pueden utilizarse test psicológicos y neuropsicológicos, si el caso lo amerita.
d. Un paneo cuantitativo y cualitativo de sustancias psicoactivas en suero y orina, en conjunto con pruebas de laboratorio que ayuden a detectar anormalidades que suelen acompañar el consumo agudo o crónico de sustancias. Para algunas sustancias como alcohol y nicotina, las pruebas de aliento pueden resultar útiles.
e. Tamizaje para enfermedades infecciosas que suelen encontrarse en personas que tienen dependencia a sustancias (por ejemplo, VIH, tuberculosis y hepatitis).
f. Una historia familiar y social completa, tomando en cuenta consumo de sustancias y trastornos mentales en familiares. Cuando se obtenga esta información, el psiquiatra puede solicitar permiso para entrevistar a un familiar que pueda ampliar estos datos. También se deben de tener en cuenta las personas que conviven con el paciente, si consumen y facilitan sustancias psicoactivas o si ayudan al individuo a mantener la abstinencia.
g. Preferencias, motivaciones y barreras (para el tratamiento) del individuo, pues pueden ser variables entre los usuarios el deseo y disposición a ciertos fármacos y modelos de psicoterapia. Tener en cuenta las preferencias hace aumentar la probabilidad de buen desenlace y adherencia al tratamiento. En individuos que tengan comorbilidad psiquiátrica, puede considerarse una barrera adicional la exacerbación de su trastorno (4).

CONFIDENCIAL

En aquellas personas identificadas, una buena valoración es esencial en la atención continua. La valoración incluye información sobre el consumo previo y actual de sustancias psicoactivas (cantidad, tipo, duración, períodos de abstinencia y efectos de la abstinencia), uso de agujas e inyecciones, riesgo de VIH y otras enfermedades transmisibles con el contacto con la sangre, historia médica, historia legal y contactos anteriores con otros servicios de tratamiento en sustancias psicoactivas. El objetivo de la valoración es determinar el grado de dependencia, identificar complicaciones del consumo de drogas y examinar el riesgo comportamental, identificar otros problemas médicos, sociales o mentales, determinar las expectativas del tratamiento y el grado de motivación al cambio (1).

El consumo de alcohol, y una variedad de enfermedades que incluyen la hepatitis, el cáncer pancreático y la diabetes mellitus, pueden aumentar la actividad de la enzima gamma-glutamil transferasa (GGT) en la sangre. Los niveles de GGT representan el daño que padecen las células hepáticas; un aumento en la GGT se correlaciona con un aumento en la ingesta de alcohol (8). Sus niveles también pueden variar según la edad, estilo de vida y género, haciendo de la GGT un indicador imperfecto para el consumo pesado de alcohol. Sin embargo, puede ser útil en bebedores problemáticos y alcohólicos para que provean respuestas honestas durante la valoración, la evaluación del impacto del consumo en la salud y en la monitorización del progreso durante el tratamiento. Los miembros del panel de consenso de la guía recomiendan chequeos de niveles de GGT como parte del proceso de la valoración. Si se encuentra elevada, su disminución puede considerar como una meta cuantificable en el tratamiento (6).

La relevancia de la realización de una historia clínica psiquiátrica se ha explicado por la alta co-ocurrencia de trastornos mentales con el trastorno por consumo de SPA, cada trastorno puede empeorar el curso del otro (9-11). Además ayuda a identificar trastornos mentales inducidos por el consumo de sustancias y permite diferenciarlos de trastornos psiquiátricos “primarios” (5).

Finalmente, la valoración realizada de manera cuidadosa y completa provee la información necesaria para definir el tratamiento más óptimo para el paciente. Puede

CONFIDENCIAL

tener efectos terapéuticos iniciales al incrementar la motivación al cambio y el enganche a un proceso terapéutico (5).

Es un reto la identificación del nivel apropiado de manejo de los trastornos por consumo de sustancias. Deben tenerse en cuenta múltiples variables, que incluyen las preferencias del paciente, su motivación, disposición y recursos. Sin embargo, no existe evidencia clara acerca de algún factor específico que prediga el nivel o intensidad óptimos de tratamiento. La *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria* (ASAM Criteria) se ha promulgado ampliamente como un sistema para determinar el nivel de tratamiento basada en una valoración de seis dimensiones (intoxicación aguda y/o potencial de síndrome de abstinencia; condiciones y complicaciones biomédicas; condiciones y complicaciones cognitivas, emocionales y comportamentales; preparación para el cambio; potencial de recaídas, consumo y problemas continuos; y ambiente para residir y recuperarse), pero hacen falta ensayos controlados que evalúen los desenlaces basados en una valoración estandarizada de este tipo. Se necesita investigación que determine si una valoración multidimensional desarrollada a través de un software con derivación a un nivel de tratamiento, calculada algorítmicamente, muestre mejores desenlaces que el juicio clínico, el cual se puede fundamentar en las seis dimensiones de la valoración y principios para la derivación de ASAM (12).

Diseño de planes de tratamiento

Diferentes clínicos tienen diversas necesidades en la toma de decisiones sanitarias cuando se trata de la valoración de los trastornos por uso de sustancias, generalmente se pueden dividir en cuatro grupos: profesionales de atención primaria, especialistas en medicina de adicción o psiquiatría, personal de programas de tratamiento de abuso de sustancias, e investigadores. Aunque el uso de diferentes niveles de evaluación puede no parecer centrado en el paciente, el objetivo es proporcionar a este el grado justo de evaluación individualizada indispensable para que se pueda acceder a la ayuda necesaria con base en las decisiones clínicas adecuadas. A través de estos ajustes, la evaluación es una parte necesaria de la en pacientes con enfermedad adictiva y es un puente crítico entre la detección y el diagnóstico y plan de tratamiento. Hay muchas herramientas

CONFIDENCIAL

disponibles para ayudar en el proceso de evaluación. La elección de la herramienta adecuada para las necesidades clínicas del paciente y la capacidad del programa de proveedor o el tratamiento puede ser difícil. El nivel de formación del personal y la disponibilidad de (por ejemplo, acceso a base de datos informatizada) tiempo y recursos de evaluación pueden repercutir en la selección de las herramientas de evaluación (13).

Características de instrumentos válidos para la detección y evaluación

Simplicidad, bajo costo, y precisión son características importantes de la detección eficaz y de los instrumentos de evaluación (14). Los elementos que componen el instrumento de evaluación deberían tener claros los significados, deben ser distintos y parsimoniosos (es decir, sin redundancia), y deben relacionarse entre sí de forma coherente (por ejemplo, elementos que están conectados lógicamente deberían agruparse el uno con el otro en las subescalas) (15).

Además, esos instrumentos deben demostrar ciertas propiedades psicométricas. Por ejemplo, diferentes evaluadores deben ser capaces de utilizar el instrumento y obtener calificaciones similares Interrater (fiabilidad), y el mismo paciente debe obtener resultados similares de dos administraciones diferentes, espaciados (fiabilidad test-retest) (15).

Además de la fiabilidad, un instrumento debe demostrar su validez. El instrumento y sus elementos deben basarse en un marco lógico subyacente a construir. El instrumento debería tener sentido: es decir, que debe demostrar su validez. Una forma es validarlos en un "estándar de oro" medida existente, que consiste en un ensayo comparativo entre los dos instrumentos y deben arrojar resultados similares, lo que demuestra la validez convergente. Diferentes puntuaciones deben distinguir distintos resultados, demostrando la validez predictiva. Por último, el instrumento debería obtener resultados diferentes de los de otro instrumento diseñado para un propósito distinto (validez discriminante) (14).

Esta revisión proporciona algunos ejemplos de instrumentos que responden a estas pruebas y sugieren las formas en que pueden ser utilizados en la práctica clínica. Los instrumentos que se describen a continuación han sido seleccionados por su utilidad, sus fuertes propiedades psicométricas (i.e., fiabilidad y validez), los resultados y la disponibilidad de datos que avalan su uso (15).

CONFIDENCIAL

Herramientas informatizadas para la detección y evaluación de los programas basados en computadoras son una vía prometedora para aumentar el acceso y el coste-efectividad del tratamiento y evaluación. Hester y Miller (16) se han descrito las ventajas de las herramientas basadas en la informática como los siguientes:

•Se requiere poca o ninguna participación del terapeuta, lo que puede aumentar la eficacia en función del costo.

• Pueden proporcionar retroalimentación personalizada a los pacientes de una manera oportuna y visualmente atractivo.

• Pueden minimizar los tipos de prejuicios que surgen a veces en las relaciones proveedor-paciente.

• Pueden más consistentemente proporcionar recomendaciones específicas para el cambio, basándose en los resultados de la evaluación y otras evidencias empíricas.

• Ofrecen la posibilidad de almacenar información en un formato de base de datos para que pueda ser estudiada y analizada por los consultores y a lo largo del tiempo.

• Al menos algunos programas permiten recopilación automática de datos de seguimiento y para la generación de informes de resultados.

• Una evaluación dada o programa de tratamiento puede ser ampliamente difundido, manteniendo la fidelidad.

Es importante señalar que ha habido poco estudio formal de la eficacia de las herramientas basadas en la informática en relación a su costo. El costo total de una determinada herramienta informática incluye no sólo el precio de compra del programa y los cargos por uso, sino también el tiempo necesario para capacitar al personal en el uso del programa, así como los costos asociados con la integración de un programa de esa índole en el flujo de trabajo de un determinado entorno clínico. Estos costes indirectos no son discutidos en la literatura, pero debe ser considerada en cualquier análisis de costo-efectividad (16).

CONFIDENCIAL

Ejemplos de instrumentos de evaluación validados

Los instrumentos de evaluación ofrecen varias ventajas sobre las convencionales de entrevista clínica de tratamiento coincidente y la planificación del tratamiento. Un instrumento válido ofrece una investigación uniforme, cobertura de áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la estandarización de las interpretaciones de los datos (14).

La realización de entrevistas sin instrumentos no puede ofrecer estas funciones, debido a que los entrevistadores pueden variar ampliamente en el estilo (por ejemplo, uso de apertura frente a las preguntas cerradas), áreas de investigación (severidad de la dependencia de sustancias vs. Psicopatología), profundidad de investigación (cribado superficialmente en algunas zonas vs. sondeo detallado en otros), unidades de medida (severidad del uso de drogas pueden medirse en términos de cantidad, frecuencia, reciente y/o gastos) y, más importante aún, los entrevistadores pueden variar ampliamente en los supuestos que utilizan en la interpretación de los resultados de la evaluación. Los instrumentos de evaluación ofrecen varias ventajas sobre las convencionales de entrevista clínica de tratamiento coincidente y la planificación del tratamiento. Un válido instrumento ofrece una investigación nivelada, cobertura de áreas esenciales, cuantificación de los datos, y la estandarización de las interpretaciones de los datos (14).

Aunque existen muchos instrumentos de evaluación, los que se describen a continuación han sido seleccionados por su utilidad en el tratamiento de la coincidencia y la planificación del tratamiento, sus fuertes propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), y la disponibilidad de datos sobre su uso. Los instrumentos descritos aquí incorporan estos principios y proporcionan evaluaciones integrales capaces de generar suficiente información para el tratamiento coincidente y/o la planificación del tratamiento (16).

Índice de severidad de la adicción

El índice de severidad de la Adicción (ISA) es una entrevista semiestructurada diseñada para abordar siete áreas potencialmente problemáticas en pacientes que abusan de sustancias: (a) el estado médico, (b) empleo y apoyo, (c) el uso de drogas, el consumo de alcohol (d), (e) situación jurídica, (f) la familia / status social y psiquiátrica (g). En

CONFIDENCIAL

una hora, un entrevistador capacitado puede reunir información sobre la reciente (últimos 30 días) y problemas de por vida en las siete esferas (17). Después de las consecuencias negativas del uso de alcohol o drogas han sido identificados, ISA pregunta al paciente para evaluar la severidad de los problemas en cada área. Una escala de puntuación de severidad pide "¿Lo importante ahora es el tratamiento de estos problemas con el alcohol?", en una escala de 5 puntos, con respuestas potenciales que van desde "nada importante" o "muy importante".

El instrumento está diseñado para ser ejecutada por un técnico capacitado y en aproximadamente 40 minutos a 1 hora. También está disponible en un formato computarizado. Un pequeño subconjunto de elementos se utiliza en las entrevistas de seguimiento para evaluar el progreso del paciente a lo largo del tiempo. ISA puede administrarse tan frecuentemente como una vez al mes para evaluar los cambios en la severidad (18).

Usos: El ISA proporciona una visión general de los problemas relacionados con el abuso de sustancias, en lugar de centrarse en una sola área. Por lo tanto, pueden utilizarse eficazmente para explorar problemas en adultos que informan la toxicomanía como su mayor problema. Se ha utilizado con enfermos en salud mental, personas sin hogar, embarazadas, y presos de las poblaciones, pero su uso principal ha sido con los adultos que buscan tratamiento para trastornos de abuso de sustancias (18). El instrumento también ha sido ampliamente utilizado para la planificación del tratamiento y la evaluación de resultados. Evaluación de resultados, paquetes para programas individuales o para los sistemas de tratamiento están disponibles.

Diseño: El ISA contiene aproximadamente 200 artículos y siete subescalas. El tiempo requerido para la administración es de 50 minutos a una hora. La capacitación es necesaria para administrar el instrumento y el paquete de formación autodidactica está disponible. . El tiempo de puntuación es de alrededor de 5 minutos para la clasificación de severidad y ya hay disponibilidad de herramientas que permiten la puntuación computarizado e interpretación de los resultados.

El ISA proporciona dos puntuaciones: clasificaciones de severidad son valoraciones subjetivas de la necesidad del cliente para el tratamiento, derivada por el entrevistador,

CONFIDENCIAL

mientras que las puntuaciones compuestas son medidas de la severidad del problema durante los 30 días anteriores y se calculan mediante un programa de puntuación computarizado.

Validez: La ISA ha sido aplicado en varios grupos de tratamiento (alcohol, opiáceos y cocaína; público y privado; los pacientes hospitalizados y ambulatorios) y grupos de sujetos (hombres, mujeres, enfermos mentales, pacientes con abuso de sustancias, embarazada, jugadores compulsivos, personas sin hogar, estudiantes y pacientes desempleados).

Disponibilidad: No hay ningún cargo para el uso del instrumento, aunque un honorario mínimo para fotocopiar y enviar por correo puede aplicar.

Recomendaciones sobre estrategias empleadas en la valoración del individuo con trastorno por consumo de sustancias

Evidencia

Cada vez más se reconoce que el abuso de drogas afecta toda la familia y a las comunidades donde viven estas familias. En el Reino Unido existen más de 100 grupos y organizaciones para los que cuidan a quienes abusan de las drogas (19). Sin embargo, existe evidencia muy limitada que evalúe el impacto en familiares de personas que abusan de las drogas y las intervenciones enfocadas para apoyarlas; aún menos respecto a la atención dada a las necesidades de familiares y cuidadores desde sus propios derechos. La mayoría de intervenciones han apuntado a los cuidadores y familiares en dirección a mejorar el desenlace de la persona que abusa de drogas y sólo secundariamente se intervienen las necesidades del familiar / cuidador. Existe una necesidad de valorar el impacto de la problemática de consumo en familiares y cuidadores, con el objetivo de identificar los desafíos que ellos enfrentan, y evaluar las vías más efectivas para ofrecer ayuda y soporte a ellos. Hay estudios que muestran gran impacto a nivel psicológico, físico y social en familiares / cuidadores de individuos que abusan de drogas. Además, muchas familias perciben que los terapeutas y trabajadores se enfocaban en la confidencialidad cuando pudieron proveer información general acerca del tratamiento. Se recomienda que el personal tratante debe concertar con el individuo, si involucra o no, a familiares o cuidadores en la valoración y el plan de

CONFIDENCIAL

tratamiento. En todo caso, el personal tratante debe asegurar que la confidencialidad del individuo sea respetada (20).

[Grado de recomendación no disponible] (20)

Recomendación

El personal tratante debe concertar con el individuo, si involucra o no, a familiares o cuidadores en la valoración y el plan de tratamiento. En todo caso, el personal tratante debe asegurar que la confidencialidad del individuo sea respetada.

Recomendaciones para la valoración integral en adolescentes

Evidencia sobre aspectos a considerar en el diagnóstico integral

A diferencia de la detección del consumo de alcohol y de drogas en escenarios de tamizaje donde se tienen como objetivo realizar un primer diagnóstico al uso de sustancias, la evaluación y diagnóstico integral específico y especializado tienen como fin determinar si el paciente está consumiendo una o más sustancias, qué efectos tiene este consumo, cuáles áreas del funcionamiento psicosocial del paciente están comprometidas, y si el problema se ajusta a los criterios establecidos para el diagnóstico de trastornos por consumo (21).

Esta evaluación también debe permitir determinar las necesidades particulares del paciente y formular intervenciones específicas, adecuadas e individuales a partir de un cuadro biopsicosocial completo (21).

El diagnóstico integral del paciente debe incluir necesariamente la participación de padres o personas significativas en su vida en los ámbitos del colegio, la comunidad, los amigos, etc.

La evaluación del modelo de consumo de sustancias del adolescente es esencial para el diagnóstico y deben ser incluidas las siguientes variables (21):

1. Edad de inicio de consumo.
2. Sustancia o droga consumida.
3. Frecuencia del consumo actual.
4. Historia y cronología del uso de sustancias.

CONFIDENCIAL

5. Consumo sostenido.
6. Consumo socializado o no.
7. Contexto de uso (expectativas de uso, horarios, lugares, actitud y patrón de consumo de pares).
8. Vía de administración.
9. Criterios de consumo perjudicial o dependencia, de acuerdo a CIE-10(22), o bien, a manuales internacionales de clasificación vigentes (DSM) (23).
10. Motivación al consumo.
11. Intentos pasados y actuales para controlar o detener el consumo.
12. Junto con lo anterior, de acuerdo a expertos en práctica clínica, se agrega la importancia fundamental de considerar la evaluación de riesgos asociados con el uso de sustancias:
    - Riesgos asociados a la conducta sexual.
    - Riesgos asociados a accidentes.
    - Sobredosis.
    - Riesgos específicos vinculados a las vías de administración.
    - Autolesiones.

Instrumentos para la evaluación integral en adolescentes

El Teen-ASI (24) es un instrumento de una entrevista estructurada con 142 ítems, desarrollada para población adolescente, que contiene la definición por parte del evaluador de puntuaciones de validez (indican si la información puede estar distorsionada), y puntuaciones de gravedad (indican cuan severa cree el evaluador es la necesidad de tratamiento).

Tiene como propósito evaluar la gravedad de la adicción, proporciona un perfil de la adicción a través de la calificación en cada área evaluada (uso de sustancias, estatus escolar, empleo / soporte económico, relaciones familiares, relaciones interpersonales, estatus legal, estatus psiquiátrico), realiza un seguimiento y cuantifica el comportamiento en las dificultades comúnmente asociadas al abuso de sustancias con la aplicación periódica. Su aplicación es corta, tomando entre 30 a 45 minutos.

CONFIDENCIAL

La versión española de la T-ASI muestra adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado como un instrumento de investigación clínica y en adolescentes de habla hispana con trastornos psiquiátricos (24).

Los resultados de exámenes de laboratorio toxicológicos en orina, pueden ser ayudar en el diagnóstico integral, pero no son suficientes por sí solas (21). Según expertos en práctica clínica, es necesario tener cuidado y evaluar la utilidad de estas pruebas, en relación con el posible daño en el vínculo y confianza con el paciente, al realizar estas pruebas(21).

Recomendaciones

Indagar no solo en la presencia / ausencia de trastorno, sino en las características del consumo de la sustancia o patrón de consumo, para obtener una visión comprensiva del uso que hace el adolescente y de la mejor manera de abordarlo: sustancia(s) consumida(s), posible policonsumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia, intensidad del consumo (consumo excesivo episódico de alcohol, binge drinking), contexto de uso, vía de administración, consecuencias del consumo, intentos por realizar cese del consumo.

SING A (21)

Evaluar riesgos asociados al consumo de la(s) sustancia(s), principalmente los vinculados a accidentes, sobredosis, autolesiones, conducta sexual de riesgo y otras relacionadas con las vías de administración específicas (uso de inyectables, métodos de uso no habituales como la inhalación de alcohol).

SING A (21)

Utilizar las entrevistas de evaluación integral como instancia de intervención motivacional, de modo de favorecer el vínculo (con el profesional que atiende y con la institución), así como la adherencia al tratamiento posterior.

SING B (21)

CONFIDENCIAL

Realizar una comprensión contextual de la situación de los adolescentes y jóvenes, especialmente vinculados al uso de drogas y otras conductas, evitando con eso la estigmatización, criminalización y "medicalización" (sobre diagnóstico) de conductas que pueden ser parte de una etapa de vida.

SING C (21)

Recomendaciones para embarazadas

Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas o en postparto con uso de alcohol u otros trastornos por uso de sustancias deben ofrecer evaluación una integral y una atención individualizada.

Observaciones:

• Una evaluación integral de las mujeres que usan alcohol o drogas durante el embarazo y el puerperio incluye una evaluación de los patrones de consumo de sustancias, comorbilidad médica o psiquiátrica, contexto familiar, así como problemas sociales.

GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención (25)

Recomendaciones para la valoración integral de adultos con trastorno por consumo de alcohol:

Evidencia

Al revisar la literatura se identifican un grupo de componentes de una entrevista clínica estructurada en el contenido de la valoración. Estas incluyen la evaluación de la historia actual y remota de la ingesta de alcohol, potencial para desarrollar síndrome de abstinencia y probabilidad de desarrollarla, la necesidad de examinar problemas de salud física, la revisión de la salud mental y el impacto del alcohol en el funcionamiento social, personal, ocupacional y educativo. En la literatura también se ha identificado que es un asunto importante la evaluación del impacto del alcohol en la familia del individuo. En la literatura resaltan la importancia de enganchar a las personas con problemas relacionados al consumo de alcohol a un tratamiento y a negociar unas metas apropiadas. Se debe tomar en cuenta la historia de tratamientos fallidos para así poder

CONFIDENCIAL

tomar una decisión de tratamiento en conjunto con el individuo. Se recomienda que todo individuo con puntaje mayor a 15 en la escala AUDIT sea derivado a una valoración exhaustiva.

Recomendación

Considere realizar una valoración exhaustiva para todos los adultos que son remitidos a un especialista y que obtengan ≥ 15 puntos en la escala AUDIT. La valoración exhaustiva debe evaluar múltiples áreas de necesidad, estar estructurada en una entrevista clínica, usar herramientas clínicas relevantes y validadas y cubrir las siguientes áreas:

- Uso de alcohol, incluyendo:
  - Consumo: patrones de consumo de alcohol a nivel histórico y reciente, y si es posible, información adicional de un familiar o cuidador.
  - Dependencia
  - Problemas relacionados con el alcohol
- Abuso de otras drogas, incluyendo medicamentos de venta libre
- Problemas de salud física
- Problemas psicológicos y sociales
- Función cognitiva
  - Disposición para el cambio.

[Grado de recomendación no disponible] (2)**.**

Evidencia

El consumo de alcohol está fuertemente asociado con un amplio rango de problemas de salud mental, principalmente depresión, ansiedad y autolesiones. Además, muchos pacientes tienen déficits en función cognitiva que puede no ser identificada sin una investigación sistemática. La presencia de *distrés* y/o diagnósticos psiquiátricos comórbidos, particularmente si no son detectados, pueden tener un gran impacto en la adherencia al tratamiento y su progreso, conllevando a un desenlace no óptimo al tratamiento (26). Pueden existir síntomas que sean el resultado directo del consumo de alcohol, o bien, de una comorbilidad que requiere un tratamiento paralelo, pero la presencia de esta entidad puede empeorar el abuso del alcohol. También pueden existir

CONFIDENCIAL

condiciones comórbidas (por ejemplo, ansiedad social o algún déficit cognitivo) que no son visibles mientras la persona ingiere alcohol, pero que emergen a partir de la abstinencia y pueden tener un impacto en la adherencia al tratamiento.

Existe una alta prevalencia de ansiedad en conjunto con el abuso de alcohol, tanto en población general como en la clínica. Los trastornos de ansiedad y la dependencia al alcohol demuestran una relación causal recíproca a lo largo del tiempo (27). La prevalencia de ansiedad social se encuentre entre el 8% al 56% en personas que abusan del alcohol, convirtiéndola en la comorbilidad psiquiátrica más prevalente. Quienes padecen de dependencia al alcohol y ansiedad social muestran más síntomas de dependencia al alcohol, niveles más altos de depresión y mayores problemas y déficits en redes de apoyo social en comparación a quienes son dependientes al alcohol sin ansiedad social (28). La relación entre alcohol y depresión también es recíproca, es decir, la depresión puede aumentar el consumo, pero la depresión también puede ser causada o exacerbada por el abuso de alcohol (29). Por lo tanto, se recomiendan valorar los problemas de salud mental que sean comórbidos, como parte de cualquier valoración exhaustiva inicial y a lo largo del manejo del abuso del alcohol.

Recomendación

Valore los problemas de salud mental que sean comórbidos, como parte de cualquier valoración exhaustiva inicial y a lo largo del manejo del abuso del alcohol, porque muchos problemas comórbidos mejorarán con el tratamiento del abuso del alcohol.

[Grado de recomendación no disponible] (2)**.**

Recomendaciones para la valoración integral de personas con trastorno por consumo de tabaco:

Evidencia

El grado de adicción que produce la nicotina varía en los pacientes, dependiendo del producto que se consuma y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco. Para acercarse a un mejor diagnóstico terapéutico del tabaquismo hay que considerar que el abandono del consumo de tabaco por parte del paciente, no debe ser valorado como un logro en la vida del fumador, sino como parte de un proceso

CONFIDENCIAL

cambiante el cual pasa por una serie de etapas por las que el paciente podrá transitar, ir y venir hasta lograr la abstinencia (30). Para lograr este diagnóstico es necesario indagar, permitir y entender al paciente hasta qué punto él está interesado y motivado en dejar de fumar y qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta tabáquica, (por ejemplo, mecanismo de afrontamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo...) y de qué recursos alternativos puede disponer el paciente (31).

Estos aspectos se pueden explorar en primer lugar mediante la entrevista directa al paciente, en la que es muy importante conocer los intentos previos para dejar de fumar y, en ese caso, las causas de las anteriores recaídas (31).

Recomendación

Para abordar adecuadamente el tabaquismo, es necesario conocer hasta qué punto el paciente está dispuesto a dejar de fumar y cuáles son los motivos que le han llevado a desarrollar esa conducta; qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta tabáquica, la cual como todas las adicciones es una conducta aprendida; y qué aporta la conducta adictiva al paciente (por ejemplo, mecanismo de afrontamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo,...) y de qué recursos alternativos puede disponer el paciente. Estos aspectos se pueden explorar en primer lugar mediante la entrevista directa al paciente, en la que es muy importante conocer los intentos previos para dejar de fumar y, en ese caso, las causas de las anteriores recaídas.

[Grado de recomendación B (SIGN)] (32).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre valoración integral que resultaron de dicha validación:

Recomendación 1

Se recomienda como primera elección la utilización de los criterios ASAM que identifican seis áreas de evaluación (dimensiones) como los más importantes de la

CONFIDENCIAL

valoración integral, la formulación de un plan de tratamiento individualizado y la toma de decisiones sobre la colocación de los pacientes.

1. Intoxicación/Abstinencia.

2. Condiciones biomédicas y sus complicaciones.

3. Condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones.

4. Disposición para el cambio.

5. Problemas potenciales del uso continuado y recaídas.

6. Ambiente de recuperación.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (13)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 2

En la primera sesión de valoración clínica profunda se debe realizar una entrevista que examine:

1. Los patrones de consumo actual, historia de uso de sustancias, consecuencias del abuso de sustancias.

2. Trastornos psiquiátricos coexistentes.

3. Problemas médicos mayores y estado de salud.

4. Situación de empleo y educación.

5. Mecanismos de apoyo social.

6. Fortalezas y ventajas situacionales del paciente, contexto familiar.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (3)

CONFIDENCIAL

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 3

Al realizar la valoración, se debe tener en cuenta la siguiente información del usuario:

1. Necesidades médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales.

2. Historia sobre el uso de drogas.

3. Experiencia en tratamientos previos, si los ha tenido.

4. Metas en relación a su uso de drogas y preferencias en el tratamiento.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (20)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 4

Las necesidades de todos los usuarios que abusan de sustancias deben ser valoradas a través de los cuatro dominios:

1. Abuso de alcohol y drogas

2. Salud

3. Funcionamiento social

4. Relaciones con la criminalidad

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (7)

El consenso de expertos propuso modificarla de acuerdo con las siguientes consideraciones:

CONFIDENCIAL

- Le hace falta incluir el aspecto familiar.
- En lo relacionado con la responsabilidad penal de adolescentes deben ser remitidos por el administrador de justicia para un tratamiento, lo que va a permitir evidenciar la adherencia al programa. En este sentido una sugerencia sería que se vaya para la ruta de responsabilidad penal.
- Se sugiere que se utilicen en población de responsabilidad penal, sin embargo se propone que el dominio 3 podría ampliarse a funcionamiento social, familiar y ocupacional.
- La dimensión 2 de salud.
- La dimensión 4 quedaría como relaciones socio legales.
- Todas las dimensiones quedarían igual para todo el ciclo de vida.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

"Las necesidades de todos los usuarios que abusan de sustancias deben ser valoradas a través de los cuatro dominios:

1. Abuso de alcohol y drogas

2. Salud

3. Funcionamiento social, familiar y ocupacional

4. Relaciones en las relaciones socio legales

En caso que un adolescente presente problemas en la dimensión 4 se recomienda el ingreso a la ruta de responsabilidad penal".

CONFIDENCIAL

Recomendación 5

Cerciórese de que la valoración sea secuencial y multidimensional.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)]

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 6

Una evaluación psiquiátrica profunda es esencial para guiar el tratamiento a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (5)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 80% alcanzado. Se realizaron las siguientes observaciones:

- La comorbilidad es demasiado alta; y entre más joven la población, mayor es la comorbilidad.
- Los niveles de riesgo asociados al consumo y debe tener todos los elementos asociados al consumo.
- En este caso por ser una enfermedad mental debida a un trastorno en la comunicación interneuronal, por tanto la perspectiva médica no se puede perder.

No se incluyen modificaciones en la recomendación.

Recomendación 7

Los profesionales del cuidado de la salud deben usar test de laboratorio (por ejemplo, mediante muestras de fluidos orales u orina) como parte de una completa evaluación del uso de drogas, pero este no debe ser el único método utilizado para el diagnóstico y la valoración del usuario **[Grado de recomendación no disponible]** (1).

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera

CONFIDENCIAL

vuelta, con un consolidado del 60% alcanzado. El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- El tamizaje biológico no debe ser incluido como prueba única para establecer el diagnostico.
- La pruebas biológicas para sustancias psicoactivas solo pueden prestar un apoyo en la valoración integral si se sospechan consumos no declarados que ameriten atención clínica.
- Las pruebas biológicas son más útiles para el tratamiento y el seguimiento del paciente.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

Los test de laboratorio para la detección de sustancias psicoactivas son útiles en el seguimiento y desenlace del tratamiento, más que en la valoración inicial.

Recomendación 8

Monitoree los niveles de gamma-glutamil transferasa como parte del proceso de valoración.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (3)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 60% alcanzado. El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- Esta pregunta queda limitada a los casos donde el trastorno tenga una comorbilidad médica, de lo contrario se solicitarían muchos exámenes médicos que pudieran elevar costos innecesarios.
- La valoración de pruebas gamma-glutamil transferasa y valor hepático, podrían ser útiles desde el punto de vista orgánico; por tanto, de acuerdo a la valoración de pacientes en algunos casos se podría solicitar las pruebas.
- Con respecto los criterios de ASAM, debe haber una valoración médica completa.

CONFIDENCIAL

- Se hace un llamado a tener en cuenta que la idea de este plan es manejo multidisciplinario y por tanto se debe evaluar el compromiso orgánico y multisistémico.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

"Si es posible y si está indicado clínicamente, se deben monitorear los niveles de gamma-glutamil transferasa, como parte del proceso de valoración".

Recomendación 9

La valoración inicial o post-aguda en personas con trastorno por consumo de inhalantes debe incluir, si es posible:

Una historia clínica y social (p. ej. enfermedades y lesiones, tratamiento médicos, empleo, alojamiento, relaciones personales).

Historia clínica de uso de sustancias con fines recreativos (tipos de sustancias inhaladas, frecuencia, cantidad, uso de alcohol y otras drogas).

Valoración cognitiva breve (p. ej. prueba Mini-Mental).

Tamizaje en salud mental, utilizando un instrumento validado (p. ej. Kessler Psychological Distress Scale – K10, Strong Souls).

Valoración del riesgo de violencia o autolesión.

Examen físico.

Exámenes de laboratorio (hemograma completo, screening de tóxicos en orina), electrocardiograma si es posible.

Prueba de embarazo para las mujeres, si está indicado.

Otros exámenes, si están indicados.

Si cualquiera de estos puntos no pueden ser realizados en la valoración inicial, debe ser completado tan pronto sea posible (por pasos, si es necesario).

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (33)

CONFIDENCIAL

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 80% alcanzado. El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- El tiempo de la recomendación se debe tener en cuenta acorde a la realidad del país.
- Se sugiere que quede así: si es posible y si está indicado clínicamente la valoración cognoscitiva.
- Se debe retirar de la recomendación el MMSE pues no es útil para detectar alteraciones leves y las escalas pues las que aparecen en la recomendación no están validadas.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

La valoración inicial o post-aguda para personas con trastorno por consumo de inhalantes debe incluir, si es posible:

Una historia clínica y social (p. ej. enfermedades y lesiones, tratamiento médicos, empleo, alojamiento, relaciones personales).

Historia clínica de uso de sustancias con fines recreativos (tipos de sustancias inhaladas, frecuencia, cantidad, uso de alcohol y otras drogas).

Valoración cognitiva profunda si está indicada clínicamente.

Tamizaje en salud mental.

Valoración del riesgo de violencia o autolesión.

Examen físico

Exámenes de laboratorio si están indicados (hemograma completo, tamizaje de tóxicos en orina), electrocardiograma si es posible.

Prueba de embarazo para las mujeres, si está indicado.

CONFIDENCIAL

Si cualquiera de estos puntos no pueden ser realizados en la valoración inicial, debe ser completado tan pronto sea posible (por pasos, si es necesario).

Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento

Recomendación 10

El diseño del tratamiento debe ser individualizado, se debe establecer en colaboración con el paciente y debe enmarcarse de acuerdo con sus objetivos y necesidades. Se deben priorizar los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente. Así mismo se debe registrar la solución de estos de acuerdo con la severidad de los mismos.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (12)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 11

El Índice de Severidad de Adicciones (ISA) ofrece varias ventajas sobre la entrevista clínica convencional, tanto para la adopción como el diseño del plan de tratamiento. Es un instrumento validado que ofrece una consulta uniforme, una amplia cobertura de las áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la normalización de las interpretaciones de los datos.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (13)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 80% alcanzado. El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- No debe ser excluyente sino que permite realizar un seguimiento y permite estandarizar la progresión. A juicio de ASAM ofrece ventajas sobre el primer diseño del plan a partir de la valoración profunda.

CONFIDENCIAL

- Se pone en evidencia que el ISA toma aproximadamente 50 minutos, entonces valdría la pena pensar en eso en términos de costo efectividad; es decir el problema con el ISA es el tiempo.
- Es importante para orientar al paciente para donde debe ir, por lo tanto es ventajoso el perfil de adicción de Maudsley, o el OTI.
- Es necesario tener en cuenta como recomendación por ISA por la amplia utilización del instrumento.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

Se recomienda la utilización de instrumentos estandarizados como: el Índice de Severidad de Adicciones (ISA), el opiate treatment index (OTI), o el perfil de adicción Maudsley (MAP), pues ofrecen varias ventajas sobre la entrevista clínica convencional, tanto para la adopción como el diseño del plan de tratamiento. Son instrumentos validados que ofrecen una consulta uniforme, una amplia cobertura de las áreas esenciales, la cuantificación de los datos, y la normalización de las interpretaciones de los mismos.

Recomendación 12

La gestión de casos se debe ofrecer a todos los usuarios de sustancias volátiles crónicas, si es posible.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (33)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 80% alcanzado. El consenso de expertos propuso modificar la recomendación de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- La gestión de caso entendida es fundamental para todos porque paralelo a las rutas de atención, se debe construir las rutas de restitución de derechos porque a todos se han vulnerado los derechos, y la única salida es la gestión de casos, en los municipios de las EPS es obligatorio tener el gestor de casos. Sin embargo esto se pone en discusión porque en nuestro país existen muchas barreras de acceso.

CONFIDENCIAL

- La sugerencia de la recomendación es que sea para todas las sustancias psicoactivas la gestión de caso y para todas las poblaciones.

La recomendación final emanada del consenso formal de expertos fue la siguiente:

Se debe ofrecer la gestión de casos a todos los usuarios crónicos de sustancias psicoactivas.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. National Institute for Health and Care Excellence. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. 2007 (Actualización Jul 2016).

2. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists; 2011.

3. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

4. Kleber H, Weiss RD, George TP, Raymond F. AJ. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Substance Use Disorders - Second Edition. American Psychiatry Association; 2006 Agosto p. 1–276.

5. Galanter M, Kleber H, Brady K. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2015. 960 p.

6. Sullivan E, Fleming M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. TIP 24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2008.

7. Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London; 2007.

8. Persson J, Magnusson P, Borg S. Serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a group of organized teetotalers. Alcohol. 1990;7(2):87–9.

9. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2007 May;64(5):566–76.

CONFIDENCIAL

10. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Miles KM, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. Schizophr Bull. 2000;26(1):179–92.

11. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, et al. The effect of depression on return to drinking: a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1998 Mar;55(3):259–65.

12. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. In: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

13. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [cited 2016 Oct 26]. Available from: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

14. Michael F. Fleming MD M. Screening, assessment and intervention for substance use disorders in general health care settings. Subst Abuse. 2002 Sep 1;23(sup1):47–65.

15. The NIDA Quick Screen | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: https://www.drugabuse.gov/publications/resource-guide-screening-drug-use-in-general-medical-settings/nida-quick-screen

16. NIAAA Publications [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh291/36-40.htm

17. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis. 1980 Jan;168(1):26–33.

18. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat. 1992;9(3):199–213.

19. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Substance misuse interventions for vulnerable under 25s |Updated 2014. [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ph4

CONFIDENCIAL

20. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007 [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51

21. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.

22. WHO | International Classification of Diseases [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/classifications/icd/en/

23. Home | APA DSM-5 [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx

24. EMCDDA | Teen Addiction Severity Index (T-ASI) [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4004EN.html

25. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

26. Weaver T, Madden P, Charles V, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community menta health and substance misuse services. British Journal of Psychiatry. 2003;183:304–13.

27. Kushner M, Sher K, Beitman B. The relation between alcohol problems and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry. 1990;147:685–95.

28. Thevos A, Thomas S, Randall K. Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. Substance Abuse. 1999;20.

29. Merikangas K, Angst J, Eaton W, et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. British Journal of Psychiatry. 1996;168(Suppl. 30):58–67.

30. Prochaska J, Di Clemente C, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behavior. American Psychologist. 1992;47:1102–14.

CONFIDENCIAL

31. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención.2012.Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA_108_08_EyR1.pdf.

32. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención. México; 2009.

33. National Health and Medical Research Council. Consensus-based clinical practice guideline for the management of volatile substance use in Australia. Melbourne, Australia: Australian Government; 2011.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 7

En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo? 415

Abreviaturas y acrónimos……415

Resumen de recomendaciones……416

Introducción……418

Efectos adversos del consumo de sustancias durante el embarazo (5) 420

Alcohol 420

Cigarillo 421

Marihuana……421

Cocaína-anfetaminas……422

Opiáceos……422

Tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo (5) ……422

Alcohol 423

Cigarrillo……423

Marihuana……424

Cocaína y otros estimulantes……424

Opiáceos……425

Resumen del riesgo del consumo de las sustancias más comúnmente usadas durante el embarazo (6) 426

Programas de desintoxicación y abandono para la dependencia de sustancias psicoactivas durante el embarazo 426

Recomendaciones generales……427

Recomendaciones respecto al uso de alcohol 427

Recomendaciones respecto al uso de tabaco 428

CONFIDENCIAL

Recomendaciones respecto al uso de opiáceos 428

Recomendación respecto al uso de benzodiacepinas 429

Recomendaciones con respecto al uso de estimulantes 430

Tratamiento farmacológico (mantenimiento y prevención de recaídas) para la dependencia de sustancias psicoactivas durante en el embarazo 430

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de opiáceos 431

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia……431

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de alcohol 432

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de tabaco 432

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de anfetaminas, cannabis, cocaína o agentes volátiles 433

Referencias……435

CONFIDENCIAL

En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Abreviaturas y acrónimos

ENDS: Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina

TEAF: Espectro del trastorno alcohol fetal

OMS: Organización Mundial de la Salud

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

RCI: Retraso del crecimiento intra uterino

TRN: Terapia de reemplazo nicotínico

ASAM: American Society Of Addiction Medicine

ADHD: Déficit de atención/ trastorno de hiperactividad

CBT: Terapia cognitiva corpomental

DM: Dextrometorfan

IUGR: Restricción del crecimiento intrauterino

LSD: Ácido Lisérgico Dietilamida

NAS: Síndrome de abstinencia neonatal

MDMA: 3,4 Metilenedioximetanfetaminas

OAT: Terapia con agonistas opioides

SIDS: Síndrome de muerte súbita del lactante

SGA: Bajo peso para la edad gestacional

CONFIDENCIAL

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 14: Programas de abandono de sustancias durante el embarazo

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Programas de abandono de sustancias durante el embarazo			
Mujeres en embarazo	Los proveedores sanitarios deben, a la mayor brevedad, aconsejar a las mujeres embarazadas dependientes del alcohol o de las drogas que suspendan el uso de las mismas. De igual manera, ofrecer o referir a los servicios de desintoxicación bajo supervisión médica, cuando sea necesario y aplicable.	Fuerte-Muy baja	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (1).
Mujeres en embarazo dependientes de tabaco	La USPSTF recomienda que los clínicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco y, a su vez, se les aconseje dejar el consumo y asistir a intervenciones conductuales para que apoyen este proceso.	Recomendación A	Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement (2).
Mujeres en embarazo dependientes de opioides	Siempre que esté disponible, se debe utilizar el tratamiento de mantenimiento con opioides en las mujeres embarazadas dependientes, en lugar de intentar la desintoxicación de opioides.	Fuerte-Muy baja	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (1).
Tratamiento farmacológico (mantenimiento y prevención de recaídas) para la dependencia de sustancias durante en el embarazo			
Mujeres en embarazo	No se recomienda la farmacoterapia para el tratamiento de rutina de dependencia de estimulantes de tipo anfetamina, cannabis, cocaína, o agentes volátiles en pacientes embarazadas.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias

CONFIDENCIAL

			Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Mujeres en embarazo dependientes de tabaco	La USPSTF refiere que la evidencia actual no es suficiente para evaluar el balance entre beneficios y daños de las intervenciones de farmacoterapia para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Mujeres en embarazo dependientes de tabaco	La USPSTF concluye que la evidencia actual no es suficiente para recomendar los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (ENDS) para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Mujeres en embarazo con dependencia de alcohol	Se recomienda realizar un análisis individual de riesgo-beneficio para cada mujer embarazada con dependencia de alcohol, dado que la seguridad y eficacia de los medicamentos usados no se ha establecido en este grupo de pacientes.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Mujeres en embarazo con dependencia de opioides	Debe aconsejarse a las pacientes embarazadas con dependencia de opioides continuar o comenzar la terapia de mantenimiento con opioides, ya sea con metadona o buprenorfina.	Fuerte-Muy baja	World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014 (1).

CONFIDENCIAL

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de salud importante en las mujeres embarazadas, debido a que no solo afecta la madre, sino que también perjudica a los bebés en gestación. El consumo genera múltiples inconvenientes, tales como aborto espontáneo, bajo peso al nacer, defectos congénitos, entre otros (6).

La sustancia más utilizada durante el embarazo es el tabaco, seguido por el alcohol, cannabis y otras sustancias ilícitas. Adicionalmente, se ha reportado el uso de varias sustancias en el embarazo y es frecuente la comorbilidad psiquiátrica, factores de estrés ambiental y cuidado prenatal interrumpido (5).

Para la Guía de Práctica Clínica de la Organización Mundial de la Salud, el concepto de "trastornos por uso de sustancias" incluye el síndrome de dependencia y el uso nocivo de sustancias psicoactivas estimulantes, como el alcohol, cannabis, de tipo anfetamínico (ATS), cocaína, opioides y benzodiacepinas. Sin embargo, el presente documento también tiene en cuenta las recomendaciones para el tratamiento del consumo de tabaco (1).

En Estados Unidos, las mujeres constituyen un 40% de las personas que presentan en algún momento de la vida un trastorno por consumo de sustancias y el 26% de esta población cumple con criterios para un trastorno por consumo de alcohol o de sustancias en los últimos doce meses. Además, las mujeres que se encuentran en mayor riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias se encuentran en edad reproductiva (18 - 44 años), en especial, entre las edades de los 18 a 29 años. Esto significa que las mujeres que van a quedar en embarazo tienen un mayor riesgo de experimentar el abuso de sustancias (5).

De acuerdo con una encuesta nacional realizada en Estados Unidos en 2012, el 5,9% de las mujeres embarazadas usaron sustancias ilícitas, el 8,5% tomó alcohol y el 15,9% fumó cigarrillo, lo que resulta en más de 380.000 recién nacidos expuestos a sustancias ilícitas, más de 550.000 expuestos al alcohol y más de un millón expuestos al tabaco. Patrones similares de uso han sido observados en Europa y en Australia. Allí, la sustancia más utilizada en el embarazo es la nicotina, seguida por el alcohol, la marihuana y la cocaína. No obstante, algunos estudios demuestran que el policonsumo

CONFIDENCIAL

es del 50%. Llama la atención que recientemente se ha incrementado el consumo de opiáceos durante el embarazo. Tanto así, que entre 2000 y 2009, en Estados Unidos se reportó un aumento hasta de cinco veces del consumo de opiáceos durante el embarazo (5).

Según la Organización Mundial de la Salud, la marihuana es la sustancia ilícita más comúnmente usada a nivel mundial durante el embarazo, seguida por estimulantes tipo anfetamínico y opiáceos. El uso de sustancias durante el embarazo puede dar lugar a consecuencias maternas y fetales. La preocupación por el impacto negativo que pueden generar las sustancias psicoactivas en el desarrollo del feto pueden motivar a algunas mujeres a dejar de consumir algunas sustancias o alcohol durante el embarazo. Aun así, es preocupante que la reducción del uso de sustancias observada durante el embarazo no se mantenga durante la lactancia. Por el contrario, durante la lactancia, su uso aumenta de forma dramática desde los seis a los doce meses postparto. Teniendo en cuenta lo anterior, el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo aún constituye un motivo de preocupación fundamental de salud pública (5).

Es común que las mujeres embarazadas con trastornos por uso de sustancias se sientan estigmatizadas y que, por tal motivo, no revelen de forma espontánea su consumo. Esto se convierte en una barrera de acceso para su atención y representa un reto para las personas que atienden esta población. Es necesario aprender a superar este estigma con el propósito de brindar la mejor atención posible y desarrollar una buena alianza terapéutica con la mujer embarazada en consumo de sustancias. A su vez, esto incrementa la búsqueda y la adherencia al tratamiento (6).

Las mujeres embarazadas con trastornos por uso de sustancias tienen necesidades médicas complejas que requieren atención de tipo colaborativo. Se aconseja que los trabajadores de la salud eduquen a las mujeres embarazadas sobre las posibles consecuencias médicas, sociales y legales del uso prenatal de sustancias, tanto para ellas como para sus bebes. De ahí que varios de los programas con atención prenatal, en conjunto con un tratamiento de consumo de sustancias, mostraran mejores resultados. Las mejoras incluyen la disminución del uso de sustancias en el periodo prenatal y la disminución de la necesidad de asistencia respiratoria al nacer para sus recién nacidos

CONFIDENCIAL

(6). Los componentes importantes de estos programas incluyen una única ubicación para todos los servicios, deben contar con servicios de inclusión de servicios sociales, cuidados de enfermería, educación, asesoramiento y una coordinación de la atención entre la atención primaria, psiquiatría, obstetricia y demás proveedores que se necesiten (6).

Los trastornos por consumo de sustancias siguen siendo, desafortunadamente, uno de los diagnósticos más comúnmente omitidos y mal abordados entre las mujeres embarazadas, esta población es menos propensa a recibir atención prenatal que sus pares embarazadas que no usan sustancias ilícitas, a menudo debido al temor de la estigmatización y de las repercusiones legales (6).

Efectos adversos del consumo de sustancias durante el embarazo (5)

Alcohol

El alcohol consumido durante el embarazo se absorbe rápidamente en la sangre fetal. En consecuencia, el feto está expuesto al mismo nivel de alcohol en la sangre que la madre.

Lo anterior se traduce en toxicidad al alcohol y potencial teratogenicidad, ya que el hígado fetal es incapaz de desintoxicar el alcohol (6).

El uso excesivo de alcohol durante el embarazo se ha asociado con varios resultados negativos, entre ellos: mayor riesgo de aborto, muerte fetal, mortalidad infantil, anomalías congénitas, bajo peso y talla al nacer y parto prematuro. El síndrome de alcohol fetal es la causa más común prevenible de retraso mental (1) (3). Dicho síndrome hace parte del Trastorno del Espectro Alcohol Fetal (TEAF) que describe la gama de efectos que pueden ocurrir en un individuo que fue expuesto a alcohol en el útero, tales como discapacidades físicas, mentales, de comportamiento y de aprendizaje. Estas afectaciones pueden acarrear implicaciones para toda la vida (4).

El síndrome de alcohol fetal es la manifestación más severa de la exposición intrauterina al alcohol e incluye las siguientes afectaciones: 1) características faciales anormales, como hendiduras palpebrales cortas, surco naso labial liso y borde del labio superior fino, 2) estatura muy baja y 3) anormalidades del sistema nervioso central,

CONFIDENCIAL

como microcefalia, epilepsia, déficit cognitivo y del aprendizaje, y trastornos del comportamiento (6).

Cigarrillo

Fumar durante el embarazo se ha relacionado con daños en la estructura del cordón umbilical, mayor riesgo de abortos y de embarazo ectópico, baja talla, desprendimiento prematuro de la placenta, partos prematuros y aumento de la mortalidad infantil. El hecho de que los recién nacidos sean fumadores pasivos, se relaciona con mayores tasas de infecciones respiratorias y de oído, síndrome de muerte súbita del lactante, trastornos del comportamiento y cognitivos (5). La nicotina se transfiere en cantidades relativamente altas en la leche materna. A diferencia de la mayoría de las exposiciones a otras sustancias, las cantidades más altas de nicotina pasan a través de la leche materna y no de la placenta. Además, fumar más de 10 cigarrillos por día disminuye la producción de leche. La exposición al tabaco en la leche materna puede alterar los patrones de sueño de los bebés (6).

Marihuana

Algunas mujeres embarazadas consideran que el consumo de marihuana es inofensivo. Sin embargo, se ha relacionado con varios efectos nocivos, que incluyen partos prematuros, bajo peso y talla al nacer, e ingresos a la unidad de cuidado intensivo neonatal. El uso de marihuana prenatal también ha sido asociado con consecuencias adversas para el crecimiento cerebral fetal y del adolescente, disminución de la atención, pobre rendimiento académico y trastornos del comportamiento (5). Por su parte, el cannabis es lipofílico, pasa fácilmente a través de la barrera placentaria y hacia la leche materna. Se ha encontrado que las concentraciones en la leche materna son hasta ocho veces más altas en comparación con los niveles plasmáticos maternos. También se ha informado que la exposición al cannabis a través de la leche materna causa efectos en el neurodesarrollo, retraso en el desarrollo motor, letargo y una alimentación menos frecuente (6).

CONFIDENCIAL

Cocaína-anfetaminas

Los riesgos del uso de cocaína durante el embarazo incluyen ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, bajo peso al nacer, parto prematuro y baja talla para la edad gestacional. Al igual que la cocaína, el uso de metanfetaminas durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, pérdidas fetales, problemas en el desarrollo y en el comportamiento, pre eclampsia, hipertensión gestacional y muerte fetal intrauterina.

Opiáceos

El uso de opiáceos durante el embarazo se relaciona con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, problemas respiratorios, hemorragia en el tercer trimestre, toxemia y mortalidad. El consumo de estas sustancias está asociado con un mayor riesgo de síndrome de abstinencia neonatal. Entre el 45% y el 94% de los recién nacidos expuestos a opiáceos en el útero incluyendo buprenorfina y metadona, pueden verse afectados por el síndrome de abstinencia neonatal (NAS). El síndrome consta de un conjunto de signos y síntomas, que incluyen irritabilidad, dificultad para alimentarse, temblores, hipertonía, diarrea, convulsiones y estrés respiratorio.

La exposición a opiáceos durante el embarazo también está asociada con la deficiencia del crecimiento postnatal, microcefalia, problemas del comportamiento y muerte súbita infantil (5). Aunque la evidencia sugiere que el consumo de opiáceos ilícitos y de prescripción no se ha relacionado directamente con teratogenicidad (6).

Con frecuencia, las mujeres con trastorno por uso de opiáceos también experimentan cuidado prenatal inadecuado, mala nutrición, problemas crónicos de salud, violencia doméstica, pobreza, sobredosis. De la misma manera, esta situación puede resultar en una relación disfuncional materno-infantil temprana (5) (6).

Tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo (5)

Actualmente, existe un número reducido de terapias eficaces para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo, lo que implica una buena orientación comportamental.

CONFIDENCIAL

Alcohol

Se ha demostrado que las intervenciones breves, en especial las que utilizan entrevista motivacional, reducen el consumo de alcohol prenatal. Un reciente ensayo aleatorio, en el que se utilizó una intervención breve telefónica, sugiere que este método puede lograr resultados similares a los del método de intervención en persona. Algunas intervenciones adicionales para reducir el consumo prenatal que recientemente se han descrito incluyen la detección por medio de los trabajadores de la comunidad, asesoramiento por parteras, multimedia y esfuerzos educativos con el fin de mejorar la conciencia de consumo (5).

En ese orden de ideas, dado que algunas mujeres pueden minimizar el consumo de alcohol durante el embarazo, las que han sido identificadas como "en riesgo" deben ser cuidadosamente monitoreadas con biomarcadores de alcohol, como los metabolitos etil glucurónido y ésteres etílicos de ácidos grasos (6).

Cigarrillo

Al igual que con el alcohol, el consejo frente a los cambios comportamentales es el principal tratamiento para dejar de fumar en mujeres embarazadas. Lastimosamente, las intervenciones psicoterapéuticas han tenido un éxito moderado. De hecho, los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar no han sido evaluados en relación con su eficacia en mujeres embarazadas y postparto. Los ensayos clínicos aleatorizados en mujeres embarazadas con terapia de reemplazo de nicotina han demostrado tener una limitada eficacia en el aumento de tasas de abstinencia.

La intervención de mayor éxito para dejar de fumar en el embarazo consiste en el manejo de contingencias (CM) con incentivos financieros (5). El embarazo es una oportunidad muy importante para dejar de fumar. De hecho, la capacitación sobre los riesgos del consumo en la embarazada y en la pareja puede llevar a que esta última también deje de fumar. Existen pocos estudios sobre el tratamiento farmacológico para abandono del hábito de fumar durante el embarazo. Un meta análisis mostró que el uso de terapia de reemplazo de nicotina incrementó el abandono del hábito de fumar, en comparación con la ausencia de farmacoterapia en mujeres embarazadas, sin embargo, existe evidencia insuficiente sobre los efectos de esta terapia al nacimiento.

CONFIDENCIAL

La terapia de reemplazo de nicotina sirve como un substituto para los cigarrillos, mientras que la nicotina se retira gradualmente, lo cual reduce la exposición fetal a monóxido de carbono. Un reciente estudio mostró que el bupropión usado en mujeres embarazadas contribuye a que dejen de fumar, pero otros estudios le atribuyen malformaciones cardiacas en el feto si es tomado durante los primeros tres meses de embarazo, en contraste, existen meta análisis que muestran bajo riesgo de teratogenicidad. En cuanto a la vareniclina, no hay estudios acerca de su uso en mujeres en embarazo, por lo cual no está indicada en esta población. En general, debido a que existe información muy limitada sobre los riesgos de la terapia farmacológica para dejar de fumar durante el embarazo, esta debe usarse solo en fumadoras pesadas y en monoterapia (6).

Marihuana

Los tratamientos dirigidos al consumo de marihuana prenatal son insuficientes. La recomendación actual para la reducción de consumo de marihuana durante el embarazo incluye el tamizaje temprano de cannabis durante el mismo para aumentar la detección precoz del consumo. La entrevista motivacional, las terapias de contingencia y la terapia cognitivo comportamental han mostrado cierto éxito en la reducción del consumo de marihuana en las mujeres, pero no se han evaluado específicamente en embarazadas. En ese sentido, las intervenciones que se dirijan especialmente al consumo de marihuana son de vital importancia (5). Los padres deben ser educados en higiene del sueño y en "dormir seguro", ya que el uso de la marihuana en padres triplica el riesgo de aparición del síndrome de muerte súbita del infante. La Academia Americana de Pediatría no recomienda la lactancia materna si hay antecedentes de consumo regular de cannabis durante la misma (6).

Cocaína y otros estimulantes

Al igual que con la marihuana, la terapia cognitiva comportamental, manejo de contingencias y la entrevista motivacional son algunos de los tratamientos usados para el tratamiento de consumo de cocaína durante el embarazo. El manejo de contingencias es la intervención que muestra mayor potencial de éxito (5) (6).

CONFIDENCIAL

Hoy en día no existen tratamientos farmacológicos basados en la evidencia para el uso prenatal de cocaína. No obstante, un reciente estudio aleatorizado controlado con placebo apoya el uso de progesterona oral micronizada como una intervención para el uso de cocaína postparto (5).

Los tratamientos para el uso de otros estimulantes como la metanfetaminas son limitados. Las investigaciones sobre la terapia basada en refuerzo combinada con una intervención focalizada hacia las mujeres embarazadas entre los usuarios con metanfetaminas reportó con el tiempo una reducción del consumo de las mismas. Frente a este análisis, es necesario investigar más profundamente (5).

Opiáceos

El tratamiento de mantenimiento con metadona es el tratamiento estándar que se utiliza en la actualidad en mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opiáceos. Lo anterior obedece a que se realiza en un entorno que cuenta con supervisión médica, y disminuye la morbilidad materna y neonatal (5) (6). El mantenimiento con metadona ofrece una mayor prevención de recaídas con un régimen de dosificación constante, lo cual reduce las conductas de riesgo, mejora la asistencia a los controles prenatales y conduce a mejores resultados neonatales (5).

Por otro lado, la retirada de la medicación mediante la reducción gradual de la dosis de un medicamento opiáceo se ha asociado con una alta tasa de recaídas aumentando complicaciones fetales. La buprenorfina ha sido usada recientemente como otro medicamento potencial para el tratamiento por consumo de opiáceos durante el embarazo. Precisamente, se realizó un ensayo controlado aleatorizado que comparó la metadona y la buprenorfina en mujeres embarazadas consumidoras de opiáceos. El estudio demostró que los bebés de las madres que recibieron buprenorfina necesitaron menos tratamiento para el control de síndrome de abstinencia neonatal, además necesitaron de una menor instancia intrahospitalaria en comparación con los bebes de las mujeres que recibieron metadona (5).

El manejo de contingencias en el tratamiento por el consumo de opiáceos durante el embarazo también ha mostrado eficacia, puesto que aumenta significativamente la

CONFIDENCIAL

abstinencia. Esto indica que, cuando se adiciona metadona o buprenorfina al tratamiento del manejo de contingencias, aumenta el éxito del mismo (5).

Ni la metadona ni la buprenorfina están aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para el tratamiento de mantenimiento en un trastorno por uso de opiáceos en el embarazo, pese a que ambos han demostrado ser clínicamente seguros y eficaces para disminuir el riesgo de recaídas. Adicionalmente, ambos medicamentos arrojaron mejores resultados tanto prenatales como neonatales. Estos tratamientos farmacológicos deben ser acompañados por un tratamiento psicosocial (6) La Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM), recomienda la lactancia materna para las madres que estén en terapia de mantenimiento con metadona o buprenorfina. Tanto la buprenorfina como la metadona están presentes en cantidades relativamente bajas en la leche materna y los beneficios durante la lactancia son bien conocidos (6).

Resumen del riesgo del consumo de las sustancias más comúnmente usadas durante el embarazo (6)

Programas de desintoxicación y abandono para la dependencia de sustancias psicoactivas durante el embarazo

Para la problemática de dependencia a los opiáceos, existe la opción de prescribir opiáceos de acción prolongada como la metadona y la buprenorfina, además de recomendar el abandono de los mismos. Si bien el tratamiento conlleva un riesgo de síntomas de abstinencia de opiáceos neonatal, dichos medicamentos son necesarios, siempre y cuando se mantengan en niveles estables que no sean tóxicos. La cesación de opiáceos posee un riesgo más alto de recaída a patrones inestables de uso de opiáceos de acción corta como la heroína. Por lo tanto, la decisión está entre un tratamiento de mantenimiento con opiáceos –con un riesgo conocido de abstinencia neonatal, pero un bajo riesgo de recaída– y la desintoxicación de opiáceos. Si esta última tiene éxito, no conlleva a ningún riesgo de abstinencia neonatal. Pero, si no tiene éxito, tiene un alto riesgo de complicaciones neonatales, que incluyen el síndrome de abstinencia de opiáceos neonatal y el retraso del crecimiento intrauterino (RCI), además de resultados maternos adversos, como sobredosis (1).

CONFIDENCIAL

Recomendaciones generales

Los proveedores sanitarios deben, con la mayor brevedad, aconsejar a las mujeres embarazadas dependientes del alcohol, o de las drogas, suspender el uso de los mismos. Así mismo, deben ofrecer o referir los servicios de desintoxicación bajo supervisión médica, cuando sea necesario y aplicable (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

Las mujeres embarazadas dependientes del alcohol o drogas que estén de acuerdo con someterse a la desintoxicación tienen que recibir el apoyo para el tratamiento de abstinencia por el uso de dichas sustancias. Deben ser hospitalizadas, si tienen la indicación médica.

La desintoxicación se puede realizar en cualquier etapa del embarazo, pero en ningún momento se deben usar antagonistas para acelerar el proceso de desintoxicación, como la naloxona, o naltrexona (en el caso de la abstinencia de opiáceos).

La Guía de Práctica Clínica de la OMS ratifica que la recomendación es fuerte pese a la baja calidad de la evidencia sobre la efectividad de la intervención sanitaria. Existe una clara evidencia del daño al feto en desarrollo por el uso de sustancias de la gestante. El beneficio de cesar el consumo de alcohol y/o sustancias bajo supervisión médica es mayor que cualquier daño potencial secundario al consumo de alcohol o sustancias psicoctivas, tanto para la madre como para el feto.

Recomendaciones respecto al uso de alcohol

Los síntomas de abstinencia que desarrollan las mujeres en embarazo después de la cesación por consumo de alcohol deben ser manejados con una benzodiacepina de acción prolongada a corto plazo (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

Por lo general, el tratamiento de la abstinencia de alcohol también incluye la administración de tiamina.

CONFIDENCIAL

El manejo del síndrome de abstinencia por alcohol puede facilitarse mediante el uso de una escala de síndrome de abstinencia de alcohol, por ejemplo, CIWA-Ar (Alcohol Withdrawal Assessment Scoring Guidelines).

La hospitalización se debe considerar para el manejo del síndrome de abstinencia de las mujeres embarazadas con dependencia del alcohol.

El síndrome de abstinencia al alcohol puede ser una afección grave e, incluso, mortal, que provoca convulsiones y delirio. En ese sentido, la literatura que ha estudiado a poblaciones que no están en estado de embarazo ha comprobado la eficacia de las benzodiacepinas de acción prolongada para la prevención de convulsiones y delirio por la abstinencia de alcohol. Dada la gravedad de dicha abstinencia y la falta de daños significativos de las benzodiacepinas usadas en plazos cortos, la evidencia apoya el uso de las benzodiacepinas en el tratamiento de la abstinencia de alcohol en la población general. La Guía de Práctica Clínica de la OMS decidió que esta recomendación debe ser fuerte, a pesar de la baja calidad de los estudios en mujeres embarazadas (1).

Recomendaciones respecto al uso de tabaco

La USPSTF recomienda que los clínicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco, que les aconsejen dejar de consumir tabaco y que les proporcionen intervenciones conductuales para dejar de consumir (2).

En ese orden de ideas, la USPSTF encontró evidencia convincente de que las intervenciones comportamentales mejoran sustancialmente el síndrome de abstinencia al cigarrillo durante el embarazo. Aunado a ello, incrementan el peso al nacer, y reducen el riesgo de parto prematuro (2).

Recomendaciones respecto al uso de opiáceos

En lugar de intentar la desintoxicación de opiáceos en las mujeres embarazadas dependientes, se debe utilizar el tratamiento de mantenimiento con opiáceos, siempre que esté disponible (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

El tratamiento de mantenimiento de opiáceos en este contexto se refiere a los tratamientos con metadona o buprenorfina.

CONFIDENCIAL

Las pacientes embarazadas con dependencia de opiáceos que deseen someterse a desintoxicación deben ser advertidas sobre la alta probabilidad de recaer en el uso de los mismos tras la retirada de opiáceos de prescripción, o ilícitos. Esta posibilidad disminuiría en caso de llevar a cabo el tratamiento de mantenimiento farmacológico de opiáceos

El retiro de la medicación asistida de opiáceos debe intentarse solamente en una unidad de hospitalización, con una reducción gradual de la dosis de metadona o buprenorfina. También debe considerarse la atención hospitalaria para la iniciación y la optimización de dicho tratamiento de mantenimiento. El tratamiento psicosocial debe ser un componente integral del tratamiento.

Las mujeres embarazadas que no completen la suspensión de la medicación asistida deben continuar recibiendo farmacoterapia agonista opiácea.

La Guía de Práctica Clínica de la OMS ratifica que la recomendación debe ser fuerte, pese a la baja calidad de la evidencia de la eficacia de los ensayos clínicos aleatorizados. Estos estudios demostraron que la tasa de recaída por consumo de opiáceos después de la desintoxicación es alta, y que los riesgos de daño a la madre y al feto por la desintoxicación son catastróficas, en comparación con el bajo riesgo de daño por el tratamiento de mantenimiento con opiáceos.

Recomendación respecto al uso de benzodiacepinas

Las mujeres embarazadas con dependencia a benzodiacepinas se deben someter a una reducción gradual de la dosis mediante benzodiacepinas de acción prolongada (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

Para el manejo de abandono de benzodiacepinas, las benzodiacepinas de acción prolongada deben utilizarse solamente por un tiempo limitado. De hecho, durante el tiempo más corto que sea médicamente posible.

Así mismo, las intervenciones psicosociales deben ser ofrecidas a lo largo del periodo de abstinencia de benzodiacepinas.

CONFIDENCIAL

La hospitalización se debe considerar en el control del síndrome de abstinencia en las mujeres embarazadas con dependencia a benzodiacepinas.

La Guía de Práctica Clínica de la OMS ratifica que la recomendación debe ser fuerte a pesar de la baja calidad de la evidencia. Lo anterior obedece a que el uso de benzodiacepinas durante el embarazo se asocia con un riesgo significativo de daño. Al mismo tiempo, la interrupción brusca de las benzodiacepinas puede dar lugar a un síndrome de abstinencia grave, que incluya convulsiones y psicosis. Por lo tanto, la reducción gradual es la única alternativa posible. En ese sentido, la Guía indica que dicho enfoque es factible y seguro en la experiencia clínica.

Recomendaciones con respecto al uso de estimulantes

En el manejo del síndrome de abstinencia en mujeres embarazadas con dependencia de estimulantes, las medicaciones psicofarmacológicas pueden ser útiles para ayudar a controlar síntomas de trastornos psiquiátricos. No obstante, no se requieren rutinariamente (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

A excepción del manejo por intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, el tratamiento de abandono de estimulantes de tipo anfetamina (ATS), o la adicción a la cocaína, no incluye medicaciones psicofarmacológicas como enfoque primario en el tratamiento de pacientes embarazadas. No existe evidencia suficiente para afirmar que la suspensión de estas sustancias psicoactivas con medicación asistida beneficie a las mujeres embarazadas con dichos trastornos. Se debe considerar la hospitalización durante el manejo del síndrome de abstinencia en las mujeres embarazadas con dependencia de estimulantes.

Tratamiento farmacológico (mantenimiento y prevención de recaídas) para la dependencia de sustancias psicoactivas durante en el embarazo

Las investigaciones sobre el uso de medicamentos en pacientes embarazadas que usan sustancias son limitadas. La Guía de la OMS menciona que la farmacoterapia ha demostrado un buen desempeño en el tratamiento del trastorno por consumo de

CONFIDENCIAL

opiáceos. De hecho, la metadona y la buprenorfina tienen una eficacia similar para los desenlaces evaluados (1).

Sin embargo, la metadona tiende a posibilitar la continuidad de la madre en el tratamiento con un RR: 0,90 (IC 95 % 0,70 a 1,17). Por su parte, la buprenorfina se asocia con mejores resultados neonatales, específicamente en aumento de peso al nacer. A su vez, la buprenorfina mostró reducción de la prematuridad con RR 0.28 (C 95 % 0,13 a 0,61). Y, en otra vía, no existe evidencia sobre la seguridad y la eficacia de la combinación de buprenorfina/naloxona en el embarazo (1).

Adicionalmente, la literatura evidencia que las intervenciones psicosociales en conjunto con la farmacoterapia han generado mejores resultados que utilizar solo la farmacoterapia (1).

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de opiáceos

Se debe aconsejar a las pacientes embarazadas con dependencia de opiáceos que continúen o comiencen la terapia de mantenimiento con opiáceos medicados, ya sea con metadona o buprenorfina (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

Las pacientes embarazadas con dependencia de opiáceos deben ser alentadas a iniciar la farmacoterapia de opiáceos agonistas. Esta debe combinarse con intervenciones psicosociales.

Se debe recomendar a las mujeres embarazadas con dependencia de opiáceos que ya están bajo tratamiento con la terapia de mantenimiento con metadona que no tomen el tratamiento con buprenorfina, debido al riesgo de abstinencia. Del mismo modo, se debe aconsejar a las embarazadas con dependencia de opiáceos que están tomando buprenorfina que no se cambien a la metadona, a menos que no están respondiendo bien al tratamiento actual.

Preferiblemente, las embarazadas con dependencia de opiáceos deben utilizar la formulación de buprenorfina como monoterapia sobre la formulación naloxona/buprenorfina.

CONFIDENCIAL

Independientemente de la elección de la medicación, las intervenciones psicosociales deben ser un componente integral del tratamiento.

En otra vía, las embarazadas con dependencia a opiáceos que deseen recibir farmacoterapia antagonista opiácea deben recibir asesoría para que no opten por tal elección (1).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones que resultaron del proceso de validación de expertos sobre los tratamientos que han mostrado efectividad en relación con el cese o disminución de patrón del consumo durante el embarazo:

Se llegó a la conclusión por consenso general por parte de los expertos que todas las recomendaciones que se expusieron a validación respecto a esta pregunta fueran incluidas dentro del modelo sin mayores modificaciones, estas recomendaciones son:

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de alcohol

Se recomienda realizar un análisis individual de riesgo beneficio del uso de medicación para cada mujer embarazada con dependencia de alcohol, dado que la seguridad y eficacia de los medicamentos usados no se ha establecido para este grupo de pacientes (1).

A continuación se mencionan algunas consideraciones a tener en cuenta (1):

Deben ofrecerse intervenciones psicosociales a las pacientes embarazadas con dependencia de alcohol.

La Guía OMS sostiene que no existe evidencia sobre el uso de medicamentos para la prevención de recaídas en el consumo de alcohol en el embarazo (Acamprosato, disulfiram, nalmefeno, naltrexona) (1).

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de tabaco

La USPSTF refiere que la evidencia actual no es suficiente para evaluar el balance entre beneficios y daños de las intervenciones de la farmacoterapia utilizada para apoyar el proceso de abandono del tabaco en mujeres embarazadas (2). Es más, la USPSTF encontró evidencia insuficiente sobre los beneficios de la Terapia de Reemplazo

CONFIDENCIAL

Nicotínico (TRN). Además, no existe evidencia suficiente sobre los beneficios de bupropión de liberación prolongada o vareniclina para lograr la cesación de tabaco en mujeres embarazadas (2).

Finalmente, la USPSTF concluye que la evidencia actual no es suficiente para recomendar los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (ENDS) para el abandono del tabaco en mujeres embarazadas (2). No hay estudios que evalúen el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (ENDS) en mujeres embarazadas o adolescentes. El mecanismo de cómo los ingredientes de los ENDS afectan al feto también se desconoce (2).

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de anfetaminas, cannabis, cocaína o agentes volátiles

No se recomienda la farmacoterapia para el tratamiento de rutina de dependencia de estimulantes de tipo anfetamina, cannabis, cocaína o agentes volátiles en pacientes embarazadas (1).

El tratamiento de las pacientes embarazadas que consumen cannabis, estimulantes tipo anfetamina, cocaína y agentes volátiles, debe estar enfocado en las intervenciones psicosociales.

Es importante recalcar que algunos países de altos ingresos han elaborado directrices nacionales que cubren algunos los temas de uso de sustancias en mujeres embarazadas (4) (7). Aun así, los países de ingresos bajos y medianos carecían de ellas. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud en 2014 publica su Guía, que constituye un documento de referencia importante para Colombia.

Dicho proyecto inició como una respuesta a las peticiones de las organizaciones, instituciones e individuos para contar con orientaciones técnicas que han sido desarrolladas con la mejor evidencia disponible, con base en los conceptos de Medicina Basada en la Evidencia (1).

No obstante, una de las limitaciones reside en el poco desarrollo de investigaciones para esta problemática. Dado lo importante de este tema, la OMS emite en dicha Guía recomendaciones, aunque la evidencia disponible no sea lo suficientemente robusta (1).

CONFIDENCIAL

Así, la Guía se convierte en un lineamiento importante para el país, junto con otras consideraciones de referentes internacionales que pueden ser aplicables en la Ruta de Atención Integral. En especial, para este grupo poblacional vulnerable que, debido a sus características, es objeto de una mirada particular por los efectos que genera en la salud, no solo de la madre, sino también en la del bebé.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. WHO | Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. WHO. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

2. Final Recommendation Statement: Tobacco Use in Adults and Pregnant Women: Counseling and Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions

3. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

4. Ministry of Health. 2010. Alcohol and Pregnancy: A practical guide for health professionals. Wellington: Ministry of Health.

5. Forray A. Substance use during pregnancy. F1000Research. 2016;5.

6. McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al. Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders. Psychosomatics. 2016 Apr;57(2):115–30.

7. Chang G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014 Jun;41(2):205–12.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 8

En adolescentes con trastorno por consumo de SPA, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo 438

Abreviaturas……438

Resumen de recomendaciones 419

Introducción y generalidades……443

Evaluación médica y en el servicio de urgencias (3) ……445

Desintoxicación 446

Tamizaje de drogas de abuso 448

Nivel de cuidado (6) ……428

Nivel 0.5: Intervención temprana 448

Nivel 1: Tratamiento ambulatorio 449

Nivel 2: Tratamiento intensivo ambulatorio / hospitalización parcial 449

Nivel 3: Tratamiento residencial 450

Nivel 3.1: Tratamiento residencial de baja intensidad 450

Nivel 3.5: Tratamiento residencial de mediana intensidad 451

Nivel 3.7: El tratamiento residencial de alta intensidad 452

Nivel 4: Manejo médico intensivo en paciente hospitalizado 453

Tratamiento psicosocial……453

Planificación del tratamiento 454

Puntos clave a trabajar 455

Intervenciones individuales 456

Intervenciones familiares 457

Intervenciones grupales 458

Intervención comunitaria 458

Ámbitos de tratamiento……458

Hospitalización (9) 458

CONFIDENCIAL

Tratamiento intramural - residencial (10) 459

Tratamiento intensivo ambulatorio 459

Ventajas (11) 461

Tratamiento ambulatorio……462

Comunidad terapéutica (12) ……462

Recomendaciones nivel de evidencia alta……462

Tratamiento farmacológico……463

Recomendaciones nivel de evidencia alta……463

Etanol 464

Tabaco 464

Recomendaciones nivel de evidencia alta……465

Marihuana 465

Estimulantes 465

Alucinógenos (Ácido lisérgico, psilocibina, fenciclidina y mescalina) 465

Hipnótico-sedantes 466

Inhalantes 466

Opiáceos 467

Tratamiento farmacológico de síndrome de abstinencia 467

Tratamiento farmacológico de la sobredosis (22) 467

Medicación para prevención de recaídas (22) 468

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia……468

Referencias 471

CONFIDENCIAL

En adolescentes con trastorno por consumo de SPA, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo?

Abreviaturas y acrónimos

ACRA: Modelo de Reforzamiento Comunitario Adolescente

ASAM: A*merican Society of Addiction Medicine*

EPS: Entidad Promotora de Salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 15: terapias psicosociales y farmacológicas

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
En personas menores de 20 años	Se ha demostrado que, tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas, resultan ser más efectivas que el no tratamiento o el placebo.	Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años, 2013 (2).
En personas menores de 20 años	La obtención de la abstinencia en los adolescentes es el aspecto ideal a alcanzar. Sin embargo, también se deben incluir tratamientos basados en la reducción del	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá,

CONFIDENCIAL

	daño y gestión de riesgos. Todo bajo un plan de tratamiento individual.		27 y 28 de octubre de 2016.
En personas menores de 20 años	En la planeación del tratamiento individual se deben incluir los siguientes aspectos: motivación y compromiso, estrategias de intervención motivacional, participación de la familia, técnicas para mejorar las habilidades sociales, resolución de problemas, prevención de recaídas, abordaje farmacológico y/o psicosocial de las morbilidades psiquiátricas, relaciones entre pares y funcionamiento académico y ocupacional.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	El tiempo y la intensidad del tratamiento deben ser apropiados para cada adolescente, según las necesidades y características del		

CONFIDENCIAL

	consumo. En la práctica clínica, se ha demostrado la afectividad de tratamientos cortos, incluso de 3 meses. Además, los adolescentes pueden necesitar el ingreso a varias modalidades de tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos y/o la abstinencia.		
En personas menores de 20 años	Se deben incluir intervenciones individuales (intervención motivacional, manejo de contingencias y otras técnicas utilizadas en la terapia cognitivo comportamental), las cuales han demostrado ser efectivas. Así mismo, en lo posible, se deben hacer intervenciones de carácter familiar e intervenciones en la comunidad circundante del adolescente. Lo anterior con el	Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años, 2013 (2).

CONFIDENCIAL

	objetivo de alcanzar una integración social más eficaz, aumento de las redes de pertenencia y apoyo, el fortalecimiento de las relaciones entre pares y una inserción escolar más efectiva.		
En personas menores de 20 años	Se recomienda que las intervenciones psicosociales siempre hagan parte del tratamiento en los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. A su vez, estas deben ser diseñadas de manera individualizada. En caso de requerir tratamiento farmacológico, la elección del mismo debe tener en cuenta en cuenta las necesidades individuales del paciente.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adolescentes y niños	Algunos de los abordajes que se utilizan para que los adolescentes dejen de	Evidencia nivel / grado A	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica

CONFIDENCIAL

	fumar incluyen el aumento de la motivación, la influencia social, la aproximación de reducción del consumo, entre otros.		GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, 2009 (16).
Adolescentes y niños	Se recomienda que, durante la consulta, los profesionales de la salud indaguen sobre el consumo de cigarrillo en los niños, adolescentes y sus padres. Además, pueden asesorar a los pacientes respecto a la suspensión del consumo y concientizarlos sobre los peligros del tabaquismo pasivo.	Recomendación nivel/grado A	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, 2009 (16).
Adolescentes y niños	En los adolescentes fumadores, se recomienda realizar consejería, ya que ha demostrado ser efectiva.	Recomendación nivel / grado A	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, 2009 (16).
Adultos, personas jóvenes y	Se recomienda ofrecer tratamiento a todas las personas	Recomendación por consenso de	Validación por expertos mediante método Delphi del

CONFIDENCIAL

embarazadas	con antecedentes de consumo crónico de inhalantes. A su turno, proporcionar información sobre los daños que causa el consumo a corto y largo plazo, así como los beneficios para la salud y las ventajas de reducción o el cese de consumo.	expertos.	Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos, personas jóvenes y embarazadas	Antes de ser admitido en un centro de rehabilitación residencial o ambulatorio, se recomienda realizar una valoración médica y de salud mental exhaustivas para identificar si existen condiciones que requieran tratamientos específicos.	Recomendación por consenso de expertos.	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

CONFIDENCIAL

Introducción y generalidades

La adolescencia es definida como la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de una persona. Estos procesos le permiten alcanzar la madurez y, de esta manera, el individuo se incorpora en forma plena a la sociedad. En esta etapa, se presentan diversos cambios que determinan un conjunto de

fortalezas para la vida. De lo contrario, pueden aumentar las condiciones de inseguridad social y peligros para la salud (1).

La edad de la adolescencia se ha ido extendiendo. En la actualidad, la madurez biológica se alcanza a edades más cortas y la madurez social se alcanza cada vez más tarde. La adolescencia y la juventud no se pueden definir en un grupo específico de edad, puesto que tienen diferentes representaciones sociales en las distintas culturas.

Algunas organizaciones internacionales han aprobado las siguientes definiciones basadas en grupos de edades: *Adolescentes: personas entre 10 y 19 años; *Jóvenes: personas de 15 a 24 años; *Gente Joven o Personas Jóvenes: personas de 10 a 24 años (1).

Esta etapa se caracteriza por inmadurez neurocognitiva y psicosocial, propia de la edad, que se explica por la inmadurez cerebral. Al alcanzar la adultez temprana, culmina el proceso de madurez cerebral. Esto explica por qué las conductas de los adolescentes son más impulsivas, mientras que las de los adultos son más racionales y mediatas. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia genera y se manifiesta con características y compromisos diferentes a los que se observan en los adultos, lo cual hace que las políticas públicas de intervención correspondientes a este grupo de edad sean distintas a las de la población general (2).

De hecho, es bien sabido que en la adolescencia se inicia con mayor frecuencia el consumo de sustancias psicoactivas, pues se tiende a “normalizar” su consumo en ámbitos recreativos y en espacios sociales. Además, se trata de una etapa con mayor tendencia al policonsumo, en comparación con los adultos. Es importante resaltar que existen momentos clave de riesgo para el inicio del consumo de sustancias, los cuales coinciden con periodos transicionales importantes en la vida de los adolescentes. Por ejemplo, ir al colegio por primera vez, o bien, la transición de educación básica a media. Lo anterior obedece a que, durante estas etapas, los adolescentes están bajo el estrés de mayores retos académicos, sociales y emocionales. Este tipo de circunstancias incrementan las posibilidades de contacto con las sustancias psicoactivas, con consumidores de las mismas y con actividades sociales en donde son consumidas (2).

Ahora bien, es necesario señalar que en esta etapa puede haber un compromiso general del estado de salud como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Sin

CONFIDENCIAL

embargo, es menos común, en comparación con los adultos. Ello hace que el adolescente no perciba la gravedad del problema de consumo y tienda a minimizar las consecuencias del mismo. Dado que no se presentan cambios físicos importantes, se recomienda vigilar los cambios de comportamiento que puedan obedecer al consumo de sustancias, tales como desinhibición, hiperactividad, apatía, somnolencia o agitación, cambios cognoscitivos y de pensamiento, como dificultad para concentrarse, cambios en la atención, perturbaciones perceptivas y delirios, así como cambios de ánimo que pueden fluctuar entre la depresión y la euforia (2).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el consumo peligroso de etanol en los adolescentes es un asunto de salud pública, ya que está relacionado con situaciones como accidentes de tránsito, muerte prematura y violencia (2). Por consiguiente, la tendencia mundial en el abordaje de consumo de sustancias en los adolescentes es desarrollar programas de tratamiento separados de los programas para adultos y contar con estrategias de tratamiento individualizadas acorde con las necesidades de cada paciente (2).

Evaluación médica y en el servicio de urgencias (3)

Los servicios de urgencias se han convertido en un espacio importante para el diagnóstico y tratamiento inicial de adolescentes con trastornos por abuso de sustancias. Con frecuencia, la evaluación de los adolescentes pasa por alto la fase de indagar sobre el consumo de sustancias, de modo que se pierde la oportunidad de detectar un problema de consumo.

En ese orden de ideas, la atención a todos los adolescentes con problemas de consumo debe incluir una evaluación médica completa. Esta obligación se extiende a los prestadores de servicios de tratamiento para esta condición. Es importante mencionarlo, puesto que, en diversas ocasiones, los prestadores asumen que los adolescentes son físicamente sanos por su edad y se equivocan al no realizar una valoración médica inicial. Esta fase de la atención resulta fundamental, pues el direccionamiento del tratamiento podría depender de los hallazgos encontrados en la evaluación inicial o en el seguimiento médico.

CONFIDENCIAL

Vale la pena señalar que los adolescentes con problemas de consumo de sustancias tienen un alto riesgo de presentar enfermedades comórbidas y de adquirir enfermedades de transmisión sexual. También tienen mayor riesgo de quedar en embarazo.

Suele suceder que los adolescentes con problemas de consumo acuden a los servicios de urgencias por cuadros de intoxicación aguda, y con menos frecuencia, por síndrome de abstinencia o por síntomas de dependencia a alguna sustancia en comparación con los adultos.

Un punto clave de la evaluación médica reside en que aquellos adolescentes que presentan un trastorno severo por consumo de sustancias, por lo general, presentan policonsumo. Por ende, el médico debe estar familiarizado con los signos y síntomas de las sustancias más usadas por ellos, así se facilita un enfoque de diagnóstico preciso. Adicionalmente, se sugiere que, si existe sospecha clínica de abuso de drogas, se realice un panel de tamizaje de drogas de abuso en orina.

Los exámenes de laboratorio de toxicología para la detección de consumo de sustancias psicoactivas (los cuales se pueden tomar, principalmente, en orina, sangre y pelo) son útiles en los servicios de urgencias y en los servicios de atención primaria, ya que pueden respaldar un diagnóstico, vale la pena aclarar que resultados por sí solos no representan un diagnóstico, razón por la cual se sugiere que formen parte de una evaluación integral y continua en los pacientes con problemas de consumo de sustancias (2). La utilidad de las pruebas de tamizaje de drogas en orina es limitada, debido a que la mayoría de las sustancias de abuso únicamente son detectadas si el consumo ocurrió pocos días antes de la prueba (para más información consulte la siguiente referencia: Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 549 - 565).

Desintoxicación

El SAMHSA define la desintoxicación como un conjunto de intervenciones dirigidas al manejo de la intoxicación aguda y los síndromes de abstinencia, que se traduce en una limpieza de toxinas del organismo del paciente que está agudamente intoxicado y/o que es dependiente de sustancias de abuso. La desintoxicación busca minimizar el daño físico causado por el abuso de sustancias psicoactivas, además puede prevenir complicaciones que amenacen la vida del paciente, que podrían presentare si el paciente no recibe tratamiento. No obstante, es importante aclarar que un programa de

CONFIDENCIAL

desintoxicación no está diseñado para resolver problemas psicológicos, sociales o comportamentales asociados al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. De ahí que la desintoxicación por sí sola no es un tratamiento para la rehabilitación como tal (5).

Un proceso de desintoxicación está constituido por tres pasos, que pueden darse de forma concomitante o no (5):

1. **Evaluación:** Se refiere a la toma de laboratorios con el fin de detectar la presencia de las sustancias psicoactivas, la medición de su concentración y la detección de condiciones físicas y/o mentales concomitantes. En ese sentido, incluye una evaluación exhaustiva de las condiciones médicas y psicológicas del paciente, además de su situación social. Este proceso permite escoger el tratamiento posterior a la desintoxicación que sea más apropiado para ese paciente. Es decir, la evaluación sirve como base inicial para planeación del tratamiento.
2. **Estabilización:** Este paso incluye los procesos médicos y psicosociales que ayudan a los pacientes que se encuentran en intoxicación aguda, o síndrome de abstinencia, a conseguir una estabilidad médica. A menudo, esta fase se apoya con el uso de medicamentos, aunque algunos enfoques de desintoxicación no los utilizan.
3. **Fomentar el ingreso del paciente a un tratamiento:** Consiste en la preparación del paciente para la entrada al tratamiento del abuso de sustancias, con énfasis en la importancia de llevar una continuidad del tratamiento. En el caso de los pacientes que demuestren motivación para completar el proceso desintoxicación, pero que no se comprometen al ingreso de un tratamiento de abuso de sustancias, un contrato escrito al ingreso puede fomentar la continuidad de la desintoxicación hacia un proceso de tratamiento de abuso de sustancias. Resulta fundamental aclarar que este contrato no es legalmente vinculante y es firmado por los pacientes de manera voluntaria cuando están médicamente estables.

Un proceso de desintoxicación que no incorpore los tres pasos anteriores se considerará como un proceso de desintoxicación incompleto.

CONFIDENCIAL

Tamizaje de drogas de abuso

Favor remitirse a la pregunta 12, donde este tema se abordará de manera amplia.

Nivel de cuidado (6)

Se refiere a los criterios para elegir el nivel y lugar de tratamiento de los pacientes con desórdenes relacionados con el consumo de sustancias, los cuales fueron planteados por la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM). Los niveles de cuidado en adolescentes ASAM PPC-2R son similares a los niveles de cuidado descritos en adultos y han sido endosados por un grupo de consenso de expertos. Los niveles están descritos en la siguiente tabla:

NIVEL 0.5	Intervención temprana
NIVEL 1	Tratamiento ambulatorio
NIVEL 2	Tratamiento ambulatorio intensivo
NIVEL 2.1	Ambulatorio intensivo
NIVEL 2.5	Hospitalización parcial
NIVEL 3	Tratamiento residencial
NIVEL 3.1	Manejo clínico residencial de baja intensidad
NIVEL 3.5	Manejo clínico residencial de intensidad moderada
NIVEL 3.7	Manejo clínico monitorizado médicamente residencial de alta intensidad
NIVEL 4	Manejo clínico médicamente intrahospitalario con tratamiento intensivo

Nivel 0.5: Intervención temprana

Los servicios de intervención temprana están diseñados para explorar y direccionar a los adolescentes con problemas o factores de riesgo que están relacionados con el uso temprano de sustancias. El objetivo del tratamiento es ayudar al adolescente a reconocer los potenciales peligros secundarios al uso de sustancias antes de que la dependencia se alcance.

CONFIDENCIAL

Los servicios del nivel 0.5 pueden ser ofrecidos por médicos de atención primaria, colegios, servicios sociales o agencias de justicia juvenil. Todos estos organismos e instituciones deben estar bajo la supervisión de programas de intervención. Las poblaciones que necesitan atención en este nivel son (i) niños con padres que hayan experimentado abuso de sustancias y/o hermanos con problemas de consumo de sustancias, y (ii) adolescentes con problemas emocionales o de comportamiento (6).

Nivel 1: Tratamiento ambulatorio

Es el que se utiliza con más frecuencia y, además, es el nivel inicial de cuidado de los adolescentes. Está indicado en adolescentes que cumplen con criterios de menor severidad. Una de las ventajas de este nivel reside en que los objetivos terapéuticos pueden llevarse a cabo dentro del contexto en el que vive el paciente, donde los comportamientos aprendidos durante el tratamiento pueden ser llevados a cabo y practicados. Este tratamiento está indicado para adolescentes que muestran actitudes de cambio y que se encuentran en estadios tempranos de consumo.

También es una alternativa apropiada para los pacientes con resistencia a tratamiento, ya que este nivel es menos intensivo que otros y tiene como objetivo generar motivación para ingresar a un tratamiento. Esto mejora algunas respuestas a varias circunstancias que afecten al adolescente, además puede preparar al paciente para el ingreso a un tratamiento más intensivo, si lo requiere. Así, evita el ingreso a un nivel de cuidado mucho más alto.

Esta fase pone énfasis en la prevención de recaídas y en el fortalecimiento de factores protectores. A su turno, esta fase está focalizada en la anticipación de dificultades y en la orientación a los adolescentes a través de la exposición a factores estresores, proporcionando una serie de estrategias para evitar que vuelvan al consumo de sustancias o que aumenten el mismo (6).

Nivel 2: Tratamiento intensivo ambulatorio / hospitalización parcial

Se ofrece con una intensidad de, al menos, 6 horas por semana de una programación de tratamiento estructurada. Aun así, el número de horas de tratamiento por semana debe ajustarse a la necesidad de cada paciente. Seis horas a la semana podría ser muy poco para algunos adolescentes, que podrían necesitar de 9, 12 o, incluso, 15 horas a la

CONFIDENCIAL

semana de tratamiento. Las horas y la intensidad de tratamiento sugerido se deben ajustar a la severidad del problema del adolescente.

Por lo general, el programa de hospitalización parcial, también llamado *hospital día*, ofrece 20 o más horas por semana. Se caracteriza por tener un contacto diario, o casi diario, con el personal tratante.

La diferencia entre los pacientes en tratamiento ambulatorio intensivo (nivel 2.1) y la hospitalización parcial (nivel 2.5) difiere en la severidad del trastorno que presenta el adolescente. Algunos programas de *hospital día* pueden proveer un tratamiento parecido al residencial, pero con la ventaja de que el paciente permanece en su ambiente familiar, lo que le proporciona seguridad y estabilidad. Algunos programas de *hospital día* ofrecen servicios de educación para que los adolescentes no pierdan sus actividades escolares. Por su parte, otros programas de *hospital día* que no ofrecen programas de educación pueden buscar una alternativa para que el paciente continúe estudiando en coordinación con el colegio (6).

Nivel 3: Tratamiento residencial

Hay que tener en cuenta que este nivel, a su vez, se divide en los siguientes subniveles.

Nivel 3.1: Tratamiento residencial de baja intensidad

Este tratamiento ofrece muchas horas a la semana, pero con sesiones de baja intensidad. Adicionalmente, brinda un ambiente de vivienda estable con personal capacitado las 24 horas al día. Las personas encargadas supervisarán a los pacientes de manera exhaustiva, de modo que podrán prevenir o minimizar recaídas y trabajar en el manejo continuo de problemas potenciales.

Además, se caracteriza porque los adolescentes pueden compartir espacio con otros adolescentes que se encuentran en tratamiento intensivo ambulatorio.

El tratamiento está indicado para adolescentes que quieren recuperar habilidades sociales; a los adolescentes que buscan prevenir recaídas; mejorar su desenvolvimiento social por medio de prácticas interpersonales y de grupo; o bien, mejorar las habilidades de cuidado personal mediante la organización de actividades del diario vivir. Esto se logra al promover responsabilidades personales dentro de las actividades diarias, por

CONFIDENCIAL

ejemplo, el trabajo y el estudio. Estas actividades logran reintegrar al adolescente dentro de la comunidad o dentro de la familia.

Por tanto, tiende a ser más largo que otros niveles residenciales de mayor intensidad. Este tiempo es necesario para sostener y consolidar las ganancias terapéuticas obtenidas en este nivel o en otros niveles de más intensidad. Lo anterior debe tener en cuenta que los adolescentes pueden presentar inmadurez en el desarrollo, susceptibilidad a la influencia de los pares o falta de control de impulsos (6).

Nivel 3.5: Tratamiento residencial de mediana intensidad

El tratamiento incluye programas de mediana intensidad, como hogares de grupos terapéuticos, comunidades terapéuticas, centros de tratamiento de modelo psicosocial o programas extendidos de rehabilitación residencial. El objetivo de este tratamiento es conseguir un cambio personal fundamental en el adolescente, quien tiene severos problemas psicológicos y sociales. Además, no solo se enfoca en el uso de sustancias por parte del adolescente, sino que también considera su comportamiento, emociones, actitudes, valores, aprendizaje, estilo de vida, familia y cultura.

Este tipo de tratamiento está dirigido a adolescentes que cumplan con patrones de comportamiento mal adaptativo, temperamentos extremos y anormalidades cognitivas en relación con desordenes o síntomas de trastorno mental. También está enfocado en adolescentes con desórdenes de comportamiento opositor desafiante y patrones de comportamiento disruptivos. En ese sentido, el objetivo del tratamiento es la superación del comportamiento oposicionista a través de la combinación de soporte motivacional, aprendizaje de límites y reglas, técnicas de control de la ira, manejo y resolución de conflictos, y adquisición de valores morales y estrategias efectivas de contención de comportamiento.

Este nivel es apropiado para adolescentes que tengan problemas de delincuencia y estén bajo vigilancia del sistema judicial juvenil, o que tengan un historial de comportamientos ilegales y antisociales.

Muchos de los adolescentes que fallan en los tratamientos ambulatorios por falta de compromiso personal, o bien, de su familia o colegio o comunidad, deben ingresar a

CONFIDENCIAL

este nivel de atención. Este tipo de tratamiento induce a los adolescentes a aprender a vivir con otros pares y a formar parte de un grupo con el cual se identifiquen, de modo que esto los ayude a recuperarse y hacer introspección sobre la necesidad de tratamiento (6).

Nivel 3.7: El tratamiento residencial de alta intensidad

Este tratamiento es apropiado para adolescentes con problemas severos que requieren tratamiento residencial con monitoreo médico, pero que no necesitan de todos los recursos de un cuidado agudo intrahospitalario. Este programa ha sido llamado modelo médico. Los servicios que ofrece incluyen detoxificación, titulación farmacológica y modificación del comportamiento de alta intensidad. Este nivel está indicado para los adolescentes que han sido refractarios al tratamiento en otros niveles de menor intensidad o para quienes vienen referidos del nivel cuatro intrahospitalario.

Del mismo modo, no solo está indicado para el tratamiento de consumo de sustancias, sino también para las comorbilidades psiquiátricas como trastornos depresivos, trastorno bipolar y trastorno déficit de atención con hiperactividad, o síntomas como hipomanía, comportamientos agresivos o problemas de control de impulsos. Así, la abstinencia forzada inicialmente por la estancia en este nivel le enseña al adolescente a vivir y tolerar algunas experiencias cognitivas y emocionales sin estar bajo la influencia de la sustancia psicoactiva.

Los adolescentes con un síndrome de abstinencia de moderado a severo, o en riesgo de padecerlo, también deben ser incluidos en este nivel de tratamiento. Por ejemplo, la detoxificación de heroína o de otros opiáceos de prescripción ilícita que requieren tratamiento de sustitución, estos adolescentes necesitan de monitoreo médico y de cuidados de enfermería, además tienen indicación los adolescentes con trastornos persistentes o de comportamiento inducidos por sustancias por ejemplo cuadros psicóticos u otras condiciones que puedan llevar a desorganización, compromiso del juicio y aumento de impulsividad, en estos casos puede requerir de periodos más largos de vigilancia de alta intensidad (6).

CONFIDENCIAL

Nivel 4: Manejo médico intensivo en paciente hospitalizado

Está indicado para los pacientes que requieren cuidado agudo por una unidad de psiquiatría o médica, la cual tiene que contar con todos los recursos disponibles para esta atención. Es el caso de adolescentes que tienen problemas severos por consumo de sustancias, que requieren de atención médica y de cuidados de enfermería o del soporte de un equipo multidisciplinario. Por ejemplo, en el caso de la atención de un síndrome de abstinencia, condiciones médicas complicadas o de trastornos mentales.

El ingreso a nivel 4 está relacionado con ingresos a urgencias que requieran la atención de un peligro inminente que pueda comprometer la vida del paciente. Este tratamiento tiende a ser corto y consiste en controlar la crisis que provocó la emergencia, su intervención, estabilización y la preparación del paciente para remitirlo a un nivel menos intensivo de tratamiento (6).

Tratamiento psicosocial

En general, el enfoque clínico de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias se puede catalogar en tres aspectos: reducción del daño, tratamiento orientado al mantenimiento y tratamiento orientado a la abstinencia. Estos enfoques deben ser planificados y deben tener como objetivo reducir o prevenir los daños secundarios del consumo de sustancias (7).

La reducción del daño tiene el propósito de prevenir o reducir las consecuencias negativas para la salud y otras consecuencias secundarias del abuso de sustancias. Este objetivo incluye tanto al consumidor como a la sociedad (7).

En el Reino Unido, la terapia del tratamiento que busca mantener la abstinencia consiste en el mantenimiento farmacológico de las personas que tienen un problema de dependencia a opiáceos a través de la prescripción de medicamentos de sustitución de opiáceos (buprenorfina y metadona) (7).

El tratamiento orientado a la abstinencia tiene como objetivo conseguir la misma. No obstante, es importante advertir a los pacientes que al conseguir esta abstinencia pueden tener mayor riesgo de presentar sobredosis en caso de una recaída. Por esta razón, es fundamental que dentro del tratamiento no solo se realice desintoxicación, sino además terapia psicosocial (7).

CONFIDENCIAL

Planificación del tratamiento

La planificación de la atención tiene que ser individualizada y debe incluir las siguientes consideraciones (7):

- Tipo y patrón de uso.
- Diagnóstico.
- Comorbilidades físicas y mentales.
- Edad y género.
- Tipo de tratamiento y expectativas del paciente.

Un tratamiento apropiado para pacientes con problemas por consumo de sustancias debe contemplar los siguientes aspectos (7):

- No hay un tipo de tratamiento que sea efectivo para todas las personas que tengan problemas de consumo.
- Los tratamientos deben estar disponibles, deben ser fácilmente accesibles, y se deben iniciar cuando las personas lo soliciten.
- El tratamiento debe cumplir con la capacidad suficiente para hacer frente a las múltiples necesidades del consultante.
- El tratamiento debe ser dinámico. Es decir, puede tener modificaciones a lo largo del tiempo.
- El tratamiento no siempre tiene que ser voluntario para que sea exitoso.
- Para la mayoría de las personas que requieran tratamiento a largo plazo, por ejemplo, usuarios con dependencia a opiáceos, la terapia de sustitución con buprenorfina o metadona constituye un elemento muy importante.
- Los servicios de atención deben abarcar problemas coexistentes de salud, tanto física como mental, a lo largo de todo el tratamiento.

Además, un programa efectivo de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe contener nueve elementos clave (8):

1. **Evaluación y el tratamiento correspondiente:** Abordaje de problemas médicos, psiquiátricos y psicológicos.
2. **Tratamiento integral:** Debe abarcar todos los aspectos posibles de la vida del adolescente.
3. **Incluir a la familia dentro del tratamiento:** Este aspecto mejora el pronóstico.

CONFIDENCIAL

4. **Construcción de un programa apropiado:** Esto es, que se acople a los adolescentes. Tiene que cumplir con características diferentes a los tratamientos de los adultos.
5. **Incorporación y retención de los adolescentes en el tratamiento:** Crear un ambiente de confianza entre el adolescente y el terapista.
6. **Personal de atención calificado:** El personal debe estar entrenado en el manejo de adolescentes que presentan desórdenes mentales con el uso de sustancias.
7. **Competencia cultural y de género:** El programa base debe estar dirigido a las diferentes necesidades de niñas y niños, así como sus diferencias culturales. Del mismo modo, se deben incluir las minorías.
8. **Cuidado continuo:** Los programas deben incluir entrenamiento en prevención de recaídas y planes posteriores al tratamiento.
9. **Resultados de tratamiento:** Una rigurosa evaluación debe ser requerida para medir el éxito y mejorar los servicios del tratamiento.

Puntos clave a trabajar

Constituye la pieza central de los tratamientos a largo plazo y debe tener en cuenta los siguientes puntos (4) (7):

- Realizar una evaluación del riesgo y establecer las necesidades de cada usuario.
- Crear y mantener una relación terapéutica.
- Establecer claramente los objetivos del tratamiento.
- Discutir, implementar, evaluar y revisar el plan de tratamiento para alcanzar los objetivos establecidos.
- El plan de tratamiento debe incluir la coordinación y colaboración de todos los proveedores de atención.
- Las intervenciones de tratamiento debe basarse en un modelo biopsicosocial.
- Se recomienda el uso de una o más técnicas derivadas de uno o más modelos terapéuticos para garantizar la adherencia del usuario al tratamiento.

Factores pronósticos para la culminación del tratamiento (4):

- Severidad de los problemas de etanol y de otras sustancias.
- Grado de conciencia de la enfermedad y de los síntomas asociados.
- Nivel de autoestima.

CONFIDENCIAL

Las modalidades de tratamiento, o estrategias psicosociales, que han reflejado una mejoría de los pacientes al reducir los desórdenes por consumo de sustancias en adolescentes incluyen: la terapia familiar multidimensional y funcional, la terapia cognitivo comportamental, la terapia motivacional, el modelo Minnesota de 12 pasos, el manejo de reforzamiento de contingencia, el enfoque de reforzamiento en comunidad de adolescentes y los modelos de tratamientos integrados como la terapia cognitivo comportamental con terapia motivacional; la terapia familiar y reforzamiento de manejo de contingencia; y terapia cognitivo comportamental con modelo de Minnesota de 12 pasos (4).

Dentro de las intervenciones descritas como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, se plantean las enunciadas a continuación.

Intervenciones individuales

La terapia cognitivo comportamental individual ha demostrado ser efectiva para reducir el uso de sustancias y minimizar los problemas en adolescentes por consumo de sustancias. Así, se sugiere utilizarla en todos los programas de tratamiento, ya sea de forma individual o grupal. De la misma manera, recomiendan su uso en los programas de prevención de recaídas, ya que le ayuda a los adolescentes a modificar pensamientos y conductas que inducen a recaídas. A largo plazo, puede promover cambios de conducta que van de la mano con la recuperación (2).

La aplicación del manejo de contingencias constituye una técnica eficaz para mantener a los pacientes en tratamiento, así como para aumentar su adherencia y promover la abstinencia (2).

Por otra parte, la entrevista motivacional es la indicada para ayudar a los pacientes que muestran ambivalencia respecto a su decisión de cambio. A su vez, tiene como objetivo ayudar a las personas a modificar sus hábitos (2).

La guía de actualización de evidencia 56 de NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) 2014, recomienda ofrecer una o más entrevistas motivacionales, de acuerdo con las necesidades de cada joven, y sugiere que cada sesión tenga una duración de, al menos, una hora. En estas se debe discutir con el adolescente sobre (8):

- El consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales.

CONFIDENCIAL

- Reflexionar sobre los diferentes problemas asociados con el consumo. Por ejemplo, problemas físicos, mentales, legales, escolares, etc.

1. Establecer metas para reducir o detener el consumo de sustancias.

Ahora bien, la consejería ayuda a la resolución de problemas concretos y se enfoca en alcanzar metas a corto plazo (2).

Intervenciones familiares

La terapia familiar se basa en una serie de intervenciones que tienen en cuenta que el trastorno de consumo de sustancias en adolescentes interactúa de forma circular con el funcionamiento de la familia. Por lo tanto, dentro del tratamiento se requiere instaurar una serie de cambios significativos en el entorno familiar. De esta manera, pueden atenuarse los factores que llevan al trastorno así como se aumentan los factores de recuperación (2).

En tratamientos ambulatorios para adolescentes con trastorno por consumo de sustancias, se evidenció que la terapia familiar combinada con terapia motivacional, y con terapia cognitivo comportamental, generó mejores resultados (2).

Igualmente, se ha demostrado que las terapias familiares reducen problemas conductuales como la delincuencia o los síntomas de agresividad, depresión y ansiedad (2).

La guía de actualización de evidencia 56 de NICE 2014, recomienda que el apoyo basado en la familia en los jóvenes de 11 a 16 años con alto riesgo de consumo de sustancias incluya un programa de apoyo estructurado de dos o más años. Este debe ser elaborado en compañía de los padres o cuidadores del niño y dirigido por el personal experto en terapia de familia. El programa debería incluir (8):

- Al menos, tres entrevistas motivacionales breves dirigidas a los padres por año.
- Evaluar la interacción familiar.
- Ofrecer capacitación en las habilidades parentales.
- Estimular a los padres para supervisar el comportamiento y el rendimiento escolar de los hijos.
- Realizar retroalimentación.
- Se debe ofrecer terapia familiar más intensiva, de acuerdo a la necesidad de cada caso.

CONFIDENCIAL

Intervenciones grupales

Consiste en reunir a un grupo de personas que comparten un problema de consumo similar con el objetivo de impulsar su proceso de cambio (2).

Aunque este tipo de terapias está recomendado para adultos, existe evidencia de que este tipo de intervención puede tener un efecto negativo en el tratamiento de adolescentes con trastorno por consumo de sustancias. Especialmente, en adolescentes con trastornos conductuales (1) (4). Sin embargo, Waldron y Turner en el 2008 refieren que la terapia cognitivo comportamental grupal debe ser considerada en aquellos casos en que los recursos para el tratamiento son insuficientes. Del mismo modo, los autores mencionan que este tipo de terapia promueve la reducción de consumo en los adolescentes (2).

Intervención comunitaria

El modelo de reforzamiento comunitario adolescente (ACRA) parece ser efectivo para conseguir la recuperación y abstinencia frente al consumo de sustancias, según el Substance Abuse and mental Health Services Administration (SAMHSA). De hecho, se trata de una intervención costo-efectiva que ha demostrado mejoría en el ámbito social, en los problemas de conducta y en los síntomas depresivos (2).

ACRA es un modelo de tratamiento que tiene en cuenta el papel importante que tiene el medio ambiente al influir a favor o en contra del consumo de sustancias psicoactivas. También se enfoca en la interacción entre los individuos y sus comunidades (2).

Ámbitos de tratamiento

Se han descrito varios ámbitos de tratamiento, entre los que se encuentran hospitalización, tratamiento residencial, tratamiento ambulatorio intensivo y tratamiento ambulatorio (9).

Hospitalización (9)

Incluye la hospitalización del paciente que necesita de supervisión por parte de un personal multidisciplinario. A su turno, pone énfasis en el manejo médico de desintoxicación u otras crisis médicas o psiquiátricas, por lo general, durante un periodo corto de tiempo.

CONFIDENCIAL

Tratamiento intramural - residencial (10)

Los tratamientos residenciales están indicados para pacientes que necesiten un ambiente seguro, libre de drogas y para quienes, en algunos casos, requieran tratamientos de salud mental. Los tratamientos residenciales consisten en una supervisión de 24 horas en un lugar adecuado para esto.

Este tipo de tratamiento está indicado para pacientes con problemas severos por consumo de sustancias, que carecen de motivación o apoyo social suficiente para mantenerse en abstinencia por su cuenta, pero que no cumplen con los criterios clínicos de hospitalización.

Los resultados generales de este tipo de tratamiento en adolescentes arrojan una disminución significativa en el uso de alcohol y marihuana, al comparar el consumo de un año antes del tratamiento con un año después del mismo. Además, los adolescentes manifestaron tener menos pensamientos de suicidio, baja hostilidad y aumento en la autoestima. Del mismo modo, el año siguiente al tratamiento se demostró que más adolescentes fueron al colegio y reportaron mejor rendimiento escolar.

En general, investigaciones previas indican que un mínimo de 90 días de tratamiento para programas residenciales libres de drogas es predictivo de una evolución positiva de tratamiento en adultos. Los mejores resultados de tratamiento han sido reportados en adolescentes que lograron o accedieron al mismo tiempo de tratamiento, lo cual confirma que estos tratamientos pueden producir un impacto positivo en este grupo poblacional.

Tratamiento intensivo ambulatorio

Este tipo de tratamiento ha sido cada vez más reconocido y utilizado. Existen múltiples modalidades de mismo y formas de implementación. Aun así, en la actualidad no existe un método universalmente estandarizado (11).

La guía de 2001 de la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM) define un rango de 9 horas por semana en un programa de hasta 20 horas a la semana para hospitalización parcial. No obstante, la cantidad de horas en ese tipo de tratamientos puede aumentar hasta 70. Pueden existir variaciones en la intensidad del tratamiento y el tipo de servicio entre los diferentes proveedores (11).

CONFIDENCIAL

Según SAMSHA, este tratamiento requiere mínimo de nueve horas de asistencia semanal, con incrementos de tres a ocho horas al día durante cinco a siete días a la semana, por lo general. Este ajuste también se conoce como *hospital día* u hospitalización parcial y, a menudo, se recomienda para pacientes en las primeras etapas de tratamiento o en transición de entornos residenciales o de hospitalización (9).

El diseño debe ser personalizado en consideración de las necesidades psicosociales de cada paciente. Con el fin de escoger la intensidad y nivel de supervención de la terapia, se debe tener en cuenta (11):

- Provisión de un ambiente seguro.
- Capacidad de autocuidado del adolescente.
- Motivación y disposición del adolescente y la familia en la cooperación del tratamiento.
- La presencia de condiciones médicas y /o psiquiátricas.
- La disponibilidad de tratamientos diseñados exclusivamente para adolescentes.
- Preferencia del adolescente y la familia para un tipo o ambiente de tratamiento particular.
- Fracasos de tratamientos previos.

Componentes sugeridos del tratamiento (11)

- **Orientación**. Se refiere al primer contacto del adolescente con el tratamiento y marca la pauta para el mismo. Así, delinea expectativas y define compromisos. El principal objetivo de la orientación es calmar la ansiedad y fortalecer la motivación para el tratamiento.
- **Planificación de actividades diarias.** Tiempo de programación estructurada para la planeación de actividades en casa, colegio y salidas recreacionales. Esto permite al adolescente construir una dirección para el mantenimiento de la abstinencia.
- **Monitoreo entre pares**. Permite a los adolescentes responder de manera apropiada a la presión de un grupo de pares.
- **Resolución de conflictos.** Es esencial para mediar las diferencias entre los pacientes y el personal de atención, así como para manejar las resistencias del paciente en el cumplimiento de las expectativas del programa.

CONFIDENCIAL

- **Contrato del cliente.** Consiste en un convenio escrito entre el paciente y el consejero. El contrato hace referencia al comportamiento y hacia un estado libre de sustancias durante el tratamiento. El objetivo es prepararlo para que conozca los objetivos del tratamiento, las expectativas, las consecuencias y las líneas de tiempo.
- **Educación**. Este es un componente muy importante. Algunos proveedores ofrecen educación dentro el programa y otros pueden trabajar en conjunto con las instituciones educativas a las que el adolescente pertenezca.
- **Orientación vocacional.** Se refiere a la orientación profesional, habilidades de búsqueda de empleo y entrenamiento prevocacional. Suministra herramientas a los adolescentes de independencia y, con ello, evita recaídas o que se involucren en actividades ilegales.

Cada programa ambulatorio debe contar con los siguientes componentes como parte fundamental de su servicios: tamizaje, valoración completa, plan de tratamiento, manejo de crisis las 24 horas, farmacoterapia, terapia grupal e individual, educación al paciente y a la familiar, monitoreo biológico mediante tamizaje de drogas y evaluación del programa al egreso.

El equipo de profesionales a cargo de los pacientes debe tener un comportamiento comprensivo y nunca debe ser punitivo o de juzgamiento (11).

Ventajas (11)

Los beneficios financieros incluyen un tratamiento de larga duración a bajo costo. Los pacientes pueden permanecer en sus trabajos y continuar su educación (en los casos de los adolescentes, pueden continuar con su proceso educativo), sus obligaciones sociales y laborales sin tener ninguna interrupción.

De hecho, los tratamientos intensivos ambulatorios son flexibles y pueden ser individualizados para cada paciente, además de mejorar la individualidad y la confidencialidad.

El manejo de las recaídas en esos pacientes debe ser integral y dirigirse a identificar los problemas que pueden surgir en un contexto de la vida real, lo cual facilita el aprendizaje positivo de experiencias.

CONFIDENCIAL

Tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio menos intenso se caracteriza por una asistencia de menos de nueve horas por semana. Incluye intervenciones una o dos veces por semana, individuales, grupales o familiares.

Los pacientes que asisten a los programas ambulatorios deben tener sistemas de apoyo adecuados. Por ejemplo, disposición de la familia para el tratamiento, transporte y la motivación necesaria para asistir constantemente (9).

La atención ambulatoria es usada como herramienta para un cuidado y seguimiento posteriores a los tratamientos intensivos en programas públicos y privados (9).

Comunidad terapéutica (12)

Las comunidades terapéuticas ofrecen tratamientos a largo término. Es decir, de 12 a 18 meses para adolescentes que presentan problemas severos. La comunidad hace parte del proceso de tratamiento. Los residentes se mueven a través de diferentes etapas, lo cual incrementa sus responsabilidades y privilegios. En ese sentido, el trabajo, la educación, las actividades grupales, seminarios, comidas con los compañeros y el personal forman la base del autodesarrollo. Tanto la presencia del personal que se encuentra en recuperación como el apoyo de la familia son aspectos importantes de las comunidades terapéuticas.

Los resultados de un estudio arrojaron que el 31% de los adolescentes superó la fase residencial del tratamiento, mientras que el 52% lo abandonó. Los que completaron un año después del tratamiento presentaban mejores resultados que quienes no completaron el tratamiento, resultados reflejados en una disminución del uso de sustancias y de la actividad criminal.

Recomendaciones nivel de evidencia alta

Los tratamientos para adolescentes con trastorno por consumo de sustancias deben incluir intervenciones individuales (intervención motivacional, manejo de contingencias y otras técnicas utilizadas en la terapia cognitivo comportamental), las cuales han demostrado ser efectivas. En lo posible, se debe hacer intervención de carácter familiar e intervenciones con la comunidad circundante del adolescente. Con el objetivo de alcanzar una integración social más eficaz, un aumento de las redes de pertenencia y

CONFIDENCIAL

apoyo, así como el fortalecimiento de las relaciones entre pares y una inserción escolar más efectiva **(Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)** (2).

Tratamiento farmacológico

Aunque existe amplia evidencia sobre el uso del tratamiento farmacológico en adultos, para el caso de los adolescentes la evidencia es escasa, ya que son pocos los que llegan a requerir este tipo de intervención (2).

Para los adolescentes, se recomienda este tipo de intervención en caso de estados de emergencia, tales como intoxicación aguda, desintoxicación de sustancias, control de síntomas, síndrome de abstinencia, control de ansiedad de consumo, prevención de recaídas y manejo de comorbilidades (2).

El tratamiento farmacológico debe considerarse luego de realizar un monitoreo biológico de sustancias y de una valoración para determinar síntomas de intoxicación o de síndrome de abstinencia. La administración de estos medicamentos debe ser supervisada y controlada. Estos procedimientos hacen parte de un plan de intervención individualizada que, además, incluye intervenciones psicosociales (2).

También se debe evaluar la presencia de comorbilidades psiquiátricas, estado de embarazo e ideación suicida (2).

Se recomienda el uso de la guía para manejo farmacológico sobre el abuso de sustancias en población joven, publicada por la National Treatment Agency for Substance Misuse, Inglaterra, 2008. Para mayor información sobre esta guía, se sugiere consultar la siguiente página web: http://www.nta.nhs.uk/uploads/guidance_for_the_pharmacological_management_of_substance_misuse_among_young_people_in_secure_environments1009.pdf.

Recomendaciones nivel de evidencia alta

Se ha demostrado que las terapias psicosociales y las farmacológicas para los adolescentes que presenten un trastorno de consumo por sustancias psicoactivas resultan ser más efectivas que el no tratamiento o el placebo **(Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A)** (2)**.**

CONFIDENCIAL

Etanol

La farmacoterapia en trastornos por consumo de alcohol en adolescentes está indicada para el tratamiento del síndrome de abstinencia, en la desintoxicación, para reducir el deseo de consumo, para la prevención de recaídas y para el manejo de comorbilidades médicas y psiquiátricas (13).

Respecto al síndrome de abstinencia, las benzodiacepinas, especialmente las de acción prolongada como el diazepam, están indicadas en este síndrome. Al respecto, se sugiere realizar un soporte nutricional y electrolítico hasta estabilizar el paciente. Este tratamiento debe realizarse en un ambiente intrahospitalario (13).

Otros medicamentos sugeridos para el tratamiento del síndrome de abstinencia no complicado son los beta bloqueadores, como el propranolol, además de la clonidina, el baclofen y el topiramato (13).

En el tratamiento de mantenimiento de la abstinencia, el acamprosato, el disulfiram y la naltrexona oral deben ser considerados para la población adulta con trastorno por consumo de alcohol. No obstante, según SAMHSA, la prescripción de estos medicamentos debe ser realizada con precaución en niños y adolescentes, puesto que la seguridad y eficacia no han sido evaluadas en esta población. Para el caso de naltrexona inyectable intramuscular, no se recomienda su uso en este grupo poblacional (14).

Otros autores describen que los fármacos usados en la terapia de mantenimiento y abstinencia en adultos, tal como el acamprosato, quetiapina, baclofen, ondansetron, nalmefene y topiramato, han sido efectivos en la prevención de recaídas y modulación del consumo crónico de alcohol en adolescentes. Sin embargo, es necesario realizar más estudios controlados con estos medicamentos en esta población (13).

Tabaco

La terapia de reemplazo de nicotina, que incluye los parches, los chicles, los inhaladores y el spray nasal, así como el bupropión y la vareniclina, están aprobados como terapia para dejar de fumar en adultos. Aun así, no hay suficientes estudios que demuestren la eficacia del bupropión y de la vareniclina en adolescentes. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de terapia de sustitución de nicotina en adolescentes que tengan un trastorno moderado o severo por consumo de tabaco (15).

CONFIDENCIAL

Recomendaciones nivel de evidencia alta

Algunos de los abordajes que se utilizan para que los adolescentes dejen de fumar incluyen el aumento de la motivación, la influencia social, la aproximación de reducción del consumo, entre otros. Estos tratamientos se han aplicado en programas preventivos o como parte de un tratamiento específico para dejar de fumar **(Evidencia nivel/grado A)** (16).

Se recomienda que los profesionales de la salud indaguen durante la consulta por el consumo de cigarrillo a los niños, adolescentes y sus padres, además de aconsejarlos para la suspensión del consumo y explicar los peligros del tabaquismo pasivo **(Recomendación nivel / grado A)** (16)**.**

En los adolescentes fumadores, se recomienda realizar consejería, ya que ha demostrado ser efectiva **(Recomendación nivel / grado A)** (16)**.**

Marihuana

Se describen diferentes tratamientos para el abordaje del trastorno por consumo de marihuana que incluyen la terapia comportamental, así como el manejo farmacológico (17). Aun así, el manejo clínico para el tratamiento del síndrome de abstinencia, el cual es científicamente reconocido, debe ser sintomático (18).

Estimulantes

El síndrome de abstinencia por este grupo de sustancia generalmente es autolimitado, en caso de requerir manejo se recomienda la administración de benzodiacepinas y terapia de reposo. El uso de topiramato, baclofen y modafinilo aún requiere estudios en adolescentes para determinar su eficacia (18).

Alucinógenos (ácido lisérgico, psilocibina, fenciclidina y mescalina)

No existen estudios recientes en adolescentes que evalúen el uso de los alucinógenos y sus secuelas. La mayoría de la literatura disponible estudia su influencia en adultos, por lo cual estos datos son extrapolados en la práctica clínica en los adolescentes (19).

En la intoxicación aguda por alucinógenos, para el tratamiento de la agitación y la ansiedad se recomienda el uso de las benzodiacepinas. Mas, si estas no son suficientes, el haloperidol puede ser añadido (19).

Debido a que este grupo de sustancias puede producir un trastorno persistente de la percepción, agentes como la clorpromazina, fenotiazinas y risperidona deben usarse con

CONFIDENCIAL

precaución, ya que estos medicamentos podrían causar un efecto paradójico y empeorar los síntomas de este trastorno (19).

Hipnótico-sedantes

Para los adolescentes que han tomado benzodiacepinas por más de 4 semanas, el primer método para detener el consumo reside en una disminución gradual de la dosis. Esto puede tomar desde varias semanas hasta meses, dependiendo de los síntomas presentados por cada paciente. Si los síntomas de ansiedad persisten o se vuelven a presentar, lo indicado sería utilizar una medicación no benzodicepínica como la buspirona o el gabapentín. Es importante señalar que estos medicamentos son menos efectivos para controlar la ansiedad que las benzodiacepinas (18).

Otros autores recomiendan el cambio a una benzodiacepina de vida media larga, como el diazepam durante la detoxificación, mientras que otros autores recomiendan el uso de anticonvulsivantes como la carbamazepina o el fenobarbital. Pese a lo anterior, todavía faltan varios estudios para validar diferentes regímenes de tratamiento (18).

Inhalantes

El tratamiento para el trastorno por consumo de inhalantes debe incluir un abordaje por psiquiatría y por otras especialidades médicas. La necesidad de impactar en unos aspectos o en otros depende del momento en el cual se haga el diagnóstico y la intervención. Por ejemplo, la necesidad de desintoxicación, valoración por psiquiatría o la necesidad de ingreso a un centro de atención en drogadicción (20).

Existen pocos estudios sobre el tratamiento psicofarmacológico más adecuado para el manejo de los síntomas psicóticos persistentes inducidos por inhalantes. El uso de carbamazepina se ha estudiado en pacientes sin historia de esquizofrenia y se concluyó que este medicamento es tan útil como el haloperidol, sin los efectos secundarios extrapiramidales, y está indicado para los pacientes que no presenten agitación psicomotora grave. Si se presentan alteraciones del comportamiento o agitación severa se recomienda el uso de antipsicóticos de forma intermitente. Con el fin de controlar los síntomas, se ha propuesto la risperidona como un antipsicótico. Si la sintomatología psicótica persiste, es imperativo realizar un diagnóstico diferencial de esquizofrenia (20).

CONFIDENCIAL

Opiáceos

Tratamiento farmacológico de síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia agudo puede ser manejado con éxito por agonistas opioides, alfa 2 agonistas, anti inflamatorios no esteroideos, anticolinérgicos y/o antiácidos. Síntomas como el insomnio, agitación y/o ansiedad deben ser agresivamente manejados con agentes como la hidroxicina, difenilhidramina, trazodona, clonidina, benzodiacepinas. Actualmente, se recomienda el uso de buprenorfina más que la clonidina, ya que la buprenorfina actúa directamente sobre el receptor opioide. De este modo, se consigue un control más eficaz en la resolución de los síntomas de la abstinencia aguda (22).

La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores mu y tienen una alta afinidad por los mismos. Puede suministrarse durante algunos días, o por periodos más largos, si se usa a dosis de mantenimiento para la prevención de recaídas. También puede utilizarse en tratamientos de sustitución de opiáceos como único fármaco. No obstante, se debe usar en combinación con la naloxona. Dado que la buprenorfina puede desplazar otros opioides, la primera dosis no debe administrarse hasta que el adolescente tenga síntomas de abstinencia moderada, con el propósito de evitar la posibilidad de un síndrome de abstinencia precipitado (22).

Tratamiento farmacológico de la sobredosis (22)

Los pacientes que ingresan con sobredosis pueden necesitar de resucitación de emergencia, lo que incluye soporte ventilatorio. En caso de sospecha de una intoxicación por sobredosis de opiáceos, se debe pensar en la posibilidad de administrar un antagonista opiáceo como la naloxona, la cual puede administrarse por múltiples vías (intramuscular, intravenosa, nasal, subcutánea o intratraqueal).

La naloxona desplaza a otros opioides de los receptores opiáceos, lo cual revierte la sobredosis. Aun así, hay que cuidar la dosis administrada, ya que se puede precipitar un síndrome de abstinencia. Pueden ser necesarias múltiples dosis de naloxona, puesto que depende de las dosis y la vida media del opiáceo consumido.

En respuesta a la epidemia de abuso de opiáceos, muchas comunidades están proporcionando kits de naloxona para el tratamiento inmediato de la sobredosis. Estos kits son entregados a primeros respondedores, a saber, adictos y familias de adictos, los

CONFIDENCIAL

cuales deben estar apropiadamente entrenados para su uso o administración, esto con la intención de conseguir una disminución de muertes por sobredosis.

Medicación para prevención de recaídas (22)

Aunque se encuentra poca información sobre el uso y aplicación de los tratamientos farmacológicos para la dependencia de opiáceos en adolescentes, el uso de medicamentos para prevenir la reincidencia cada vez ganan más importancia dentro del tratamiento. Cuando los pacientes con trastorno por consumo de opiáceos no han sido tratados con medicamentos, es común la deserción y la recaída entre los jóvenes. Ahora bien, la metadona no está disponible fácilmente para menores de 18 años, pero se puede considerar su uso en pacientes adultos jóvenes. La combinación entre naloxona y buprenorfina como terapia de mantenimiento ha resultado prometedora en la prevención de recaídas. Su uso ha logrado en los pacientes periodos más largos de abstinencia. De hecho, ha reducido el número de sobredosis y de abandono al tratamiento.

Otra terapia farmacológica prometedora para la prevención de recaídas y la dependencia a opioides es la naltrexona de liberación prolongada (XR-NTX). Esta reduce las recaídas a los otros opioides, mejora la adherencia al tratamiento y ha mostrado buenos resultados, pues disminuye la sobredosis en adolescentes y adultos jóvenes.

Hoy en día, se desconoce cuál de estos medicamentos es el mejor para los adolescentes. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que los resultados son mejores cuando se integra el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico.

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones que resultaron del proceso de validación sobre qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución del consumo en adolescentes:

Se llegó a la conclusión por consenso general por parte de los expertos de que todas las recomendaciones que se expusieron a validación respecto a esta pregunta fueran incluidas dentro del modelo pero con la sugerencia de que deben estar indicadas en todas las sustancias tanto legales como ilegales, por lo tanto se dejaron así:

- Se recomienda que la obtención de la abstinencia en los adolescentes es el aspecto ideal a alcanzar. Aun así, también se deben incluir tratamientos basados

CONFIDENCIAL

en la reducción del daño y gestión de riesgos. Todo bajo un plan de tratamiento individual**.**

- Es importante resaltar que, una vez culmine cualquier modalidad de tratamiento, es fundamental una planificación del seguimiento. Esta estrategia aumenta el éxito del tratamiento (el seguimiento puede ser presencial o telefónico) (4).
- Se recomienda que en la planeación del tratamiento individual se deben incluir aspectos como motivación y compromiso; estrategias de intervención motivacional; participación de la familia; técnicas para mejorar las habilidades sociales; resolución de problemas; prevención de recaídas; abordaje farmacológico y/o psicosocial de las morbilidades psiquiátricas; relaciones entre pares; funcionamiento académico y ocupacional**.**
- Se recomienda que el tiempo y la intensidad del tratamiento deben ser apropiados para cada adolescente, según las necesidades y características del consumo. En la práctica clínica, se ha demostrado la afectividad de tratamientos cortos, incluso de 3 meses. Así mismo, los adolescentes pueden necesitar el ingreso a varias modalidades de tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos y/o la abstinencia.
- Se recomienda que las intervenciones psicosociales involucren siempre a los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y que sean diseñadas de manera individualizada. En caso de requerir tratamiento farmacológico, la elección del mismo debe ser en consideración de las necesidades individuales del paciente.
- Se recomienda ofrecer tratamiento a todas las personas con antecedentes de consumo crónico de sustancias psicoactivas. También es adecuado proporcionar información sobre los daños a corto y largo plazo por el consumo, así como los beneficios para la salud y las ventajas de reducción o el cese de consumo.
- Antes de ser admitido en un centro de rehabilitación residencial o ambulatorio, se recomienda realizar una valoración médica y de salud mental exhaustiva para identificar si existen condiciones que requieran tratamientos específicos.
- Además, dentro del ejercicio de validación, se formularon otras recomendaciones por parte del panel de expertos respecto al tratamiento en

CONFIDENCIAL

adolescentes, en conclusión se puso énfasis en recomendar que los adolescentes no deben recibir tratamiento en los mismos centros o sitios en los que se reciben a los adultos.

- Así mismo, se expuso con preocupación que la mayoría de deserciones de los tratamientos se presentan en adolescentes, por lo tanto se recomienda revisar el tiempo de duración de los mismos para que sean mínimo de 3 meses, tratamientos más cortos, en la mayoría de los casos, no han mostrado muchos beneficios, entre más tiempo duren los pacientes en tratamiento hay más probabilidades de conseguir tiempos más largos en remisión y una intervención más sostenida, lo cual en la mayoría de las ocasiones da buenos resultados.
- Se recomienda que en todos los casos se debe especificar la modalidad de tratamiento independientemente del nivel de atención.
- Se sugiere que se realicen estudios de investigación en la población colombiana para poder realizar recomendaciones frente a los tiempos apropiados de tratamiento en cada nivel de atención.
- Se recomienda que tres meses puede ser un tiempo adecuado de tratamiento, sin embargo, la dificultad que se presenta en la actualidad es la negociación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) sobre los tratamientos y el tiempo de los mismos, ya que cada paciente tiene unas necesidades distintas y las consideraciones alrededor del tiempo son diferentes e individualizadas, por lo tanto, en muchos casos se puede requerir de más de tres meses de tratamiento.
- Se sugiere especificar qué es tratamiento y qué es post tratamiento, siendo recomendable tener unos tiempos mínimos y máximos de tratamiento por modalidad.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Consejeria Jovenes.indd - aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 17]. Available from: http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf

2. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013.

3. William Racine C, Bates Billick S. Emergency Room and Medical Evaluation. In: Clinical Handbook of Adolescent Addiction. Wiley-Blackwell; 2013. p. 36–47.

4. Oscar G, Bukstein, MD., M.P.H. Yifrah Kaminer, MD.,M.B.A. Adolescent Substance Use Disorders: Transition to Susbtance, Prevention, and Treatment. In: Textbook of Substance Abuse Treatment. Fifth Edition. The American Psychiatric Publishing; 2015.

5. TIP 45 Detoxification and Substance Abuse Treatment - SMA13-4131.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 17]. Available from: https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA13-4131/SMA13-4131.pdf

6. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. In: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

7. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Drug Misuse Psychosocial Interventions: National Clinical Practice Guideline Number 51. 2008.

8. National Institute por Health and Care Excellence. Evidence Update 56 – Interventions to reduce substance misuse among vulnerable young people. 2014.

9. Microsoft Word - TIP24_8-19-08_.doc - Bookshelf_NBK64827.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 18]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64827/pdf/Bookshelf_NBK64827.pdf

10. Reef Karim. Adolescent Behaviors Out of Control: An Introduction To Adolescent Residential Treatment. In: Clinical Handbook of Adolescent Addiction. Wiley-Blackwell; 2013.

CONFIDENCIAL

11. Tifffany Tsai. Adolescent Intensive Outpatient Treatment. In: Clinical Handbook of Adolescent Addiction. WILEY-BLACKWELL. 2013.

12. Steven L. Jaffe, Ashraf Attalla, Diana I. Simeonova. Adolescent Treatment and Relapse Prevention. In: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

13. Margret CP, Ries RK. Assessment and Treatment of Adolescent Substance Use Disorders: Alcohol Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):411–30.

14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice: A Treatment Improvement Protocol TIP 49. 2009.

15. Camenga DR, Klein JD. Tobacco Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):445–60.

16. Secretaria de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. 2009.

17. Simpson AK, Magid V. Cannabis Use Disorder in Adolescence. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):431–43.

18. Fong TW. Psychopharmacology for the addicted adolescent. In: Clinical Handbook of Adolescent Addiction. Wiley-Blackwell; 2013. p. 311–20.

19. Hardaway R, Schweitzer J, Suzuki J. Hallucinogen Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):489–96.

20. C. Roncero Alonso, E. Bruguera Cortada, J,L. Matalí Costa, M. Casas Brugué. Inhalantes: clínica y tratamiento. In: Tratado SET de Trastornos Adictivos. España: Editorial Médica Panamericana; 2006.

21. cp136_management_volatile_substance_use_2011_guideline.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from:

CONFIDENCIAL

https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp136_management_volatile_substance_use_2011_guideline.pdf

22. Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):473–87.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 9

Abreviaturas y acrónimos……..……476

Resumen de recomendaciones……..……477

Introducción……491

Ámbitos de tratamiento 491

Consideraciones generales……..……493

Apoyo a las familias y cuidadores 494

Resumen de evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas..495

Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 498

Evidencia de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 500

Recomendaciones de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 505

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol 507

No se recomienda el uso de otros medicamentos 511

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol 511

Evidencia de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol 512

Recomendaciones de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol 514

Evidencia de los tratamientos farmacológico para el trastorno por consumo de tabaco 514

Tratamientos alternativos 515

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos 515

Terapia de opioides agonistas 516

La metadona y la terapia de mantenimiento con metadona 517

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos 518

Evidencia de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos 519

CONFIDENCIAL

Recomendaciones de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos 520
Evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis 521
Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis 522
Intervenciones psicosociales 522
Evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes 522
Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes 524
Intervenciones psicosociales 525
Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia…….525
Recomendación 1 525
Recomendación 2 526
Recomendación 3 526
Recomendación 4 526
Recomendación 5 527
Recomendación 6 527
Recomendación 7 527
Recomendación 8 527
Educación para la salud en la gestión de trastorno por consumo de inhalantes (TCI) 528
Evidencia de terapias psicológicas para TCI 528
Recomendación 9 529
Referencias……..……...531

CONFIDENCIAL

Abreviaturas y acrónimos

AA: Alcohólicos Anónimos

A.P.S.: Atención Primaria en Salud

DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 edition.

ERC: Enfoque de refuerzo comunitario

DEA: Drug Enforcement Administration

ECA: Estudio Clínico Aleatorizado

IC: Intervención conductual.

MC: Manejo de contingencias

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence (UK)

OMS Organización Mundial de la Salud

TMM: Tratamiento de mantenimiento con metadona

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA)

TAO: Tratamiento con agonistas opiáceos

TES: Sistema de educación terapéutica

TCA: Trastorno por consumo de alcohol

TCI: Trastorno por consumo de inhalantes

TCO: Trastorno por consumo de opiáceos

TCC: Terapia cognitivo comportamental

UDI: Usadores de drogas intravenosas

UNODC: United National Office on Drugs and Crime

VA/DoD. Department of Veterans Affairs Department of Defense

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

CONFIDENCIAL

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 16: Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

Población	Recomendaciones	Calificación	Fuente
Adolescentes Adultos Embarazadas	No hay evidencia que la educación moral, el ejercicio físico la laborterapia, o los programas asistenciales sean efectivos en el tratamiento de la drogodependencia.	N/A	Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings. World Health Organization 2009.
Adultos	La misma calidad de intervenciones psicosociales debe estar disponible tanto en pacientes hospitalizados, como entornos residenciales y entornos comunitarios. Estas normalmente incluyen el manejo de conductual de contingencias, la terapia de pareja y terapia cognitiva conductual. Los servicios deben alentar y facilitar la participación en grupos de autoayuda.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	El manejo de contingencias debe ser introducido en los servicios de tratamiento de forma escalonada, a través de la formación del personal y el desarrollo de sistemas de prestación de servicios que deben ser evaluados cuidadosamente. El resultado de esta evaluación debería ser utilizada para informar la pertinencia o no de su implementación a gran escala.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.

CONFIDENCIAL

Adultos	Servicios de tratamiento deben asegurar que la mayor parte de la gestión del manejo de contingencias, este a cargo de personal capacitado en la entrega incentivos.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	La terapia comportamental de pareja debe ser considerada para las personas que están en estrecho contacto con un paciente que se presenta para el tratamiento de trastorno por uso de estimulantes u opioides (Incluyendo aquellos que continúan usando drogas ilícitas mientras recibe mantenimiento con metadona o después de completar la desintoxicación de opiáceos). La intervención debe: • Centrarse en el uso indebido de drogas del usuario del servicio • Consistir de por lo menos una sesión semanal durante 12 semanas.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.
Adultos	Puede considerarse el tratamiento residencial para personas que están buscando la abstinencia y que tienen importantes comorbilidades físicas, de salud mental, o problemas sociales (por ejemplo, vivienda). La persona debe haber completado un programa de desintoxicación hospitalaria o residencial y no haber respondido a tratamiento psicosocial basado en la comunidad.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.

CONFIDENCIAL

Adultos	En pacientes con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en remisión temprana o posterior a una recaída, se sugiere dar prioridad a otras necesidades a través de la toma de decisiones compartida (por ejemplo, en relación con otra condición de salud mental, la vivienda, el entorno apoyo para la recuperación, el empleo, u otros factores relevantes relacionados con la recuperación) entre problemas biopsicosociales identificados y los servicios organizados que pueden brindar solución dichas necesidades.	GRADE Recomendación débil a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015
Adultos	Se aconseja evaluar periódica y sistemáticamente la respuesta al tratamiento, utilizando un instrumento/s estandarizado válido cuando sea posible. Los indicadores de la respuesta al tratamiento incluyen el curso del consumo de la sustancia/s, el deseo, los efectos secundarios de la medicación, los síntomas emergentes, etc.	GRADE Recomendación débil a favor de la intervención	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de sustancias que reciben atención especializada, se recomienda estar en contra de retirar automáticamente de tratamiento a quienes no responden al manejo instaurado o presentan recaídas.	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 17: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Para pacientes con trastorno moderado-severo por uso de alcohol, recomendamos ofrecer uno de los siguientes medicamentos: ➢ Disulfiram ➢ Acamprosato ➢ Naltrexona vía oral o de liberación prolongada ➢ Topiramato	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015

Tabla Nº 18: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de alcohol

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de alcohol recomendamos ofrecer una o más de las siguientes intervenciones teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores. ➢ Terapia conductual de pareja para trastornos por uso de alcohol. ➢ Terapia cognitivo-conductual para los trastornos por uso de sustancias. ➢ Enfoque de refuerzo comunitario. ➢ Terapia motivacional. ➢ Intervenciones del tipo 12- pasos.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 19: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de tabaco

Población	**Recomendaciones**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Los sustitutos de nicotina, la vareniclina, el bupropion SR y la nortriptilina, son tratamientos eficaces para dejar de fumar.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	La clonidina es un medicamento eficaz para dejar de fumar. Por su perfil de seguridad se debe usar bajo supervisión médica como tratamiento de segunda línea.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.

CONFIDENCIAL

Adultos	La combinación de parches de nicotina y chicle o spray nasal, es eficaz para dejar de fumar. Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que hayan tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	El uso de parches de nicotina en combinación con bupropión SR no ha mostrado incremento en las tasas de cesación del hábito de fumar, frente al uso de bupropion SR solo.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	La evidencia actual es insuficiente para recomendar, a favor o en contra, el uso de otras combinaciones de medicamentos para la cesación del hábito de fumar.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia

CONFIDENCIAL

			Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	No se debe ofrecer acupuntura, acupresión, terapia láser ni electro estimulación, como tratamiento para la cesación del hábito de fumar.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	No existe suficiente evidencia que respalde el uso de la hipnosis ni de medicamentos homeopáticos como tratamiento para dejar de fumar.	Recomendación por Consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 20: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de tabaco

Población	Recomendaciones	Calificación	Fuente
Adultos	Se debe dar consejería cara a cara (breve o intensiva) asociada a la medicación, en todos los pacientes que estén tratando de dejar el hábito de fumar.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.
Adultos	El modelo más apropiado para la estandarización de la consejería por profesionales de la salud en nuestro medio, es el modelo de las "cinco aes".	Recomendación Débil a favor de la intervención. (Consenso)	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.

CONFIDENCIAL

Adultos	Todo trabajador de la salud que ofrezca consejería para la cesación de la adicción al tabaco, debe contar con el entrenamiento apropiado.	Recomendación Débil a favor de la intervención. (Consenso)	Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.

Tabla Nº 21: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos

Población	Recomendaciones	Calificación	Fuente
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de opioides, recomendamos ofrecer uno de los siguientes medicamentos teniendo en cuenta las preferencias del paciente: ➢ Buprenorfina / Naloxona ➢ Metadona en un programa de tratamiento para opiáceos.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015
Adultos	Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quien la buprenorfina está indicada, recomendamos individualizar la elección del tratamiento apropiado (es decir, un tratamiento en programa de opioides o en consultorio) teniendo en cuenta las preferencias del paciente.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Substance misuse interventions for vulnerable under 25s |Updated 2014.

CONFIDENCIAL

Adultos	Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quienes el tratamiento con agonistas está contraindicado, inaceptable, o no disponible, y que han establecido abstinencia durante un período suficiente de tiempo, recomendamos ofrecer (Si está disponible): ➢ Naltrexona inyectable de liberación prolongada	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Naltrexone for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines | NICE
Adultos	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la naltrexona oral para el tratamiento de trastornos por uso de opioides.	N/A	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015

Tabla Nº 22: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos

Población	**Recomendaciones**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Para el inicio del tratamiento en consultorio con manejo de buprenorfina, recomendamos intervención médica enfocada en adicciones (sesiones 20 min 2 veces a las semana) sola, o en combinación con otra intervención psicosocial.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015

CONFIDENCIAL

Adultos	Para pacientes tratados con buprenorfina en consultorio médico, además de la gestión medica centrada en adicciones, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra alguna de las intervenciones psicosociales específicas. La elección de la intervención psicosocial debe hacerse teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos	En los programas de tratamiento para opiáceos, sugerimos ofrecer asesoramiento individual y manejo de contingencias, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores.	Recomendación débil a favor de la intervención	Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines | NICE
Adultos	Para las personas que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona se deben introducir programas de manejo de contingencia para reducir el consumo de drogas ilegales y/o promover el compromiso con los servicios.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.
Adultos	Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quien la utilización de farmacoterapia está contraindicada, inaceptable o no está disponible, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra una determinada intervención psicosocial.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

Tabla Nº 23: Recomendaciones para tratamiento del trastorno por consumo de cannabis

Poblaci	**Recomendaciones**	**Calificació**	**Fuente**

CONFIDENCIAL

ón		**n**	
Adultos	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cannabis.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de cannabis, recomendamos que se ofrezca una de las siguientes intervenciones como tratamiento inicial, teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores: ➢ Terapia cognitiva comportamental ➢ Terapia conductual motivacional ➢ Terapia combinada cognitiva comportamental / motivacional.	Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015
Adultos	Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (en particular, la terapia cognitivo conductual) deben ser considerados para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad comórbidos en personas con trastorno por consumo de cannabis o estimulantes.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.

Tabla Nº 24: Recomendaciones de tratamiento para del trastorno por uso de estimulantes

Población	**Recomendaciones**	**Calificación**	**Fuente**

CONFIDENCIAL

Adultos	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de alguna farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cocaína o metanfetamina.	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos	Para los pacientes con trastorno por uso de estimulantes, recomendamos ofrecer una o más de las siguientes intervenciones como tratamiento inicial, teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores: ➢ Terapia cognitivo comportamental. ➢ Terapia conductual centrada en la recuperación general ➢ Orientación sobre las droga ➢ Enfoque de refuerzo comunitario ➢ Manejo de contingencias en combinación con uno de los anteriores.	GRADE Recomendación fuerte a favor de la intervención	Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015
Adultos	Para las personas que principalmente tienen uso indebido estimulantes los servicios tratamiento deben introducir programas de gestión de contingencia (Si están disponibles) para reducir el consumo de drogas ilegales, promover la abstinencia y/o promover el compromiso con los servicios. La frecuencia de la revisión debe fijarse en tres pruebas por semana durante las primeras 3 semanas, dos ensayos por semana durante las siguientes 3 semanas, y uno por semana a partir de entonces hasta que la estabilidad se	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007-Revised 2016.

CONFIDENCIAL

	haya alcanzado.		
Adultos	Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (en particular, la terapia cognitivo conductual) deben ser considerados para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad comórbidos en personas con trastorno por consumo de cannabis o estimulantes.	N/D	National Institute for Health Care Excellence.NICE Drug use disorders in adults. 2012.

Tabla Nº 25: Recomendaciones de tratamiento para trastorno por consumo de inhalantes

Población	**Recommendations**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos	Para todos los usuarios crónicos de las sustancias volátiles inhaladas, se recomienda organizar una terapia psicológica que considere uno o más de los siguientes aspectos: • Asesoramiento general (orientación centrada en la persona) • Inclusión familiar • Terapia cognitivo - comportamental • Entrevista motivacional • Terapia de grupo • Tutoría entre pares	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
Adultos	Se recomienda la rehabilitación residencial para los siguientes grupos de consumidores de sustancias inhalables, que no han respondido a otras estrategias de intervención: • Los usuarios crónicos • Los usuarios regulares que también utilizan	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias

CONFIDENCIAL

	otras sustancias. (Multi consumidores) • Los usuarios que tienen problemas de salud mental concomitantes • Las usuarias embarazadas, donde se anticipa un uso progresivo.		Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.

Introducción

El consumo de alcohol y otras drogas de abuso a menudo causan problemas físicos y emocionales significativos debido al desarrollo de la tolerancia, o de forma indirecta, por los largos períodos de privación de sueño, la mala nutrición y la falta de cuidados personales que a menudo se asocian el uso pesado de sustancias. El propósito de la fase de estabilización del tratamiento no es producir una sobriedad duradera sino preparar a un paciente inestable para hacerlo en una etapa posterior de supervisión y manejo clínico esto se puede dar considerando dos aspectos que si bien son diferentes resultan complementarios en la atención de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Ámbitos de tratamiento

La continuidad de los ámbitos de tratamiento, del más intenso al menos intenso, son la hospitalización del paciente, el tratamiento residencial, el tratamiento ambulatorio intensivo, y el tratamiento ambulatorio (1).

La hospitalización del paciente incluye el tratamiento y la supervisión de un equipo multidisciplinario que hace hincapié en el manejo médico de desintoxicación u otro tratamiento médico para las crisis psiquiátricas, por lo general por un período corto de tiempo. Actualmente, la atención hospitalaria es por lo general restringido a pacientes con:

- Sobredosis graves y depresión respiratoria grave o coma.
- Severos de síndrome de abstinencia complicados con múltiples drogas o antecedentes de delirium tremens.
- Enfermedades médicas agudas o crónicas que podrían complicar la retirada.

CONFIDENCIAL

- Marcada comorbilidad psiquiátrica que son un peligro para ellos mismos o para otros
- Sustancia aguda dependencia y antecedentes de la falta de respuesta a otras formas menos intensivas de tratamiento

El tratamiento residencial en un centro vivo-in con supervisión las 24 horas es mejor para los pacientes con abrumadores problemas de consumo de sustancias que carecen de la motivación o el apoyo social suficiente para alojar abstinentes por su cuenta, pero no cumplen los criterios clínicos de hospitalización. Muchas instalaciones residenciales ofrecen seguimiento médico de desintoxicación y son adecuadas para personas que necesitan ese nivel de atención, pero no necesitan tratamiento de otros problemas médicos o psiquiátricos. Estas instalaciones varían en intensidad y duración de la atención de largo plazo y son autónomas de las comunidades terapéuticas, son menos supervisadas y son casas desde las que los residentes están haciendo la transición de vuelta a la comunidad.

Programas residenciales especializados se adaptan específicamente a las necesidades de los adolescentes, las mujeres embarazadas o en el postparto y sus hijos dependientes, aquellos bajo la supervisión del sistema de justicia criminal, o alcohólicos públicos para quienes el tratamiento no funcionó (2).

El tratamiento ambulatorio intensivo requiere un mínimo de 9 horas de asistencia semanal, por lo general en incrementos de 3 a 8 horas al día durante 5 a 7 días a la semana. Este ajuste también se conoce como hospitalización parcial en algunos Estados y, a menudo se recomienda para pacientes en las primeras etapas del tratamiento o la transición de los entornos residenciales o de hospital (3).

Este medio ambiente es adecuado para pacientes que no necesitan supervisión de tiempo completo y dan buenos soportes disponibles, pero necesitan más estructura que suele estar disponibles en menos intensidad para pacientes ambulatorios (4).

Este tratamiento incluye programas de guarderías y programas de noche, a fin que pueden ofrecer una gama completa de servicios.

La frecuencia y duración de las sesiones generalmente se disminuyen ya que los pacientes demuestran un progreso, menos riesgo de recaída y una mayor dependencia de los apoyos de la comunidad libre de drogas (1).

CONFIDENCIAL

Menos intenso es un tratamiento ambulatorio con la asistencia prevista de menos de 9 horas por semana, por lo general, incluyendo una o dos veces por semana individual, grupal o familiar, así como otros servicios. Como ya se ha señalado, estos programas pueden variar de un tratamiento de mantenimiento con metadona ambulatoria a los enfoques libres de drogas (4).

Los pacientes que asisten a programas ambulatorios deben tener algún sistema de apoyo adecuado, disposiciones adecuadas de vida, transporte a los servicios, y la motivación considerable para asistir constantemente, beneficiándose de estos esfuerzos menos intensivos. La atención ambulatoria es utilizada tanto por los programas públicos y profesionales del sector privado en programas de intervención primaria, así como un cuidado posterior extendido y de seguimiento (2).

Consideraciones generales

Las siguientes son consideraciones generales respecto del tratamiento de los trastornos por consumo de SPA en adultos, recopiladas a partir de diversas Guías.

- No hay evidencia que la educación moral, el ejercicio físico la laborterapia, o los programas asistenciales sean efectivos en el tratamiento de la drogodependencia (5).
- Para que las personas que abusan de las drogas puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y atención, el personal de salud debe explicar las diferentes opciones para orientar a la abstinencia, así como a las intervenciones de mantenimiento orientado y a la reducción de daños en la persona desde el contacto inicial con los servicios de salud y en posteriores revisiones formales (6).
- El personal de salud debe discutir con las personas que abusan de las drogas, si se debe involucrar a sus familias y a cuidadores en sus planes de evaluación y tratamiento. Sin embargo, el personal debe garantizar el derecho del usuario del servicio que su confidencialidad es respetada (7).
- Con el fin de reducir la pérdida de contacto cuando las personas que hacen un mal uso de la transferencia de las drogas entre los servicios, el personal debe

CONFIDENC

asegurar la existencia de planes claros y consensuados para facilitar la transferencia efectiva (8).

- Todas las intervenciones para las personas que hacen uso indebido de drogas, deben ser ejecutados por personal competente en la prestación del servicio y recibiendo constantemente supervisiones adecuadas (1).
- Las personas que hacen mal uso de los medicamentos deben recibir el mismo cuidado, respeto y privacidad como cualquier otra persona (9).

Apoyo a las familias y cuidadores

- El personal debe pedir a las familias y a sus cuidadores información relevante y discutir preocupaciones con respecto al impacto del abuso de drogas en sí mismos y otros miembros de la familia, incluidos los niños (10).
- El personal también debe ofrecer a los miembros de la familia y a sus cuidadores una evaluación personal, familiar, social así como de las necesidades de salud mental (11).
- El personal debe proporcionar información y asesoramiento verbal y escrito, sobre el impacto del uso indebido de drogas en el servicio, a los usuarios, familias y cuidadores (12).
- CCuando las necesidades de las familias y cuidadores de personas que abusan de las drogas han sido identificadas, el personal debe ofrecer autoayuda guiada, por lo general consiste en una sola sesión con la preparación de un material escrito informativo que favorezca y facilite el contacto con los grupos de apoyo, tales como los grupos de autoayuda los cuales se deben centrar específicamente en abordar las familias y las necesidades de los cuidadores (13).
- Cuando las familias de las personas que abusan de las drogas no se han beneficiado o están sin probabilidades de beneficiarse, a partir de los grupos de apoyo de autoayuda guiada y/o continúa teniendo problemas significativos; el personal debe considerar ofrecer sesiones individuales de la familia, sesiones que deben (1):
    1. Proporcionar información y educación sobre el uso indebido de drogas.
    2. Ayuda a identificar las fuentes de estrés relacionados con el abuso de drogas.

CONFIDENCIAL

3. Explorar y promover conductas de afrontamiento efectivas.
4. Consistirá normalmente en al menos cinco sesiones semanales.

Resumen de evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Las intervenciones breves también han sido evaluadas como un complemento al tratamiento formal de programas de drogadicción. Esta sección se ocupa de que si una intervención adicional para tales personas que ya participan en el tratamiento formal, mejora los resultados de abstinencia y de consumo de drogas.

El uso de las intervenciones breves como un adjunto al tratamiento formal de drogas, tiene efectos importantes sobre el uso de drogas en comparación con la atención estándar Miller 2003 (6). No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención breve y de atención estándar para los días de abstinencia de las drogas ilícitas o para el tratamiento abstinencia. Este hallazgo es consistente para las muestras de pacientes internos y externos, y para usuarios de atención primaria de cocaína y heroína.

Del mismo modo, Carroll 2006 (12) no encontró estadísticamente diferencias significativas en los días usando sustancias primarias.

Mitcheson 2007 (6), en un grupo de ensayo aleatorio Reino Unido, tampoco encontró estadísticamente diferencias significativas entre los grupos de intervención breves y de control. Sin embargo, el grupo de intervención breve informó una reducción estadísticamente significativa en el consumo de heroína en comparación con el control. Por el contrario, Stotts 2001 (6) encontró que una intervención breve adyuvante reduce el consumo de cocaína durante la desintoxicación de cocaína. Sin embargo, la intervención parecía ser más eficaz para las personas con baja motivación al inicio del estudio. Esto ofrece una posible explicación de por qué el efecto de la intervención breve fue más pronunciado en este estudiar que los otros.

Los participantes en otros estudios que reciben tratamiento formal de drogas puede que ya han sentido motivados para cambiar su consumo de drogas y por lo tanto no requería una intervención de motivación adicional.

CONFIDENCIAL

La mayoría de los meta-análisis de las intervenciones breves no indican el contexto en el cual la intervención se lleva a cabo (por ejemplo, Burke et al., 2003) (7). Los resultados de la revisión sistemática actual, discutido anteriormente, sugieren que esto es importante. Personas que consumen cannabis o mal uso de estimulantes y no están en tratamiento formal de drogas, parecen responder bien a las intervenciones breves, tanto en términos de aumento de los niveles de abstinencia y la reducción del consumo de drogas. Hay algunas pruebas que sugieren que las personas que hacen mal uso de opioides y que no están en tratamiento formal de drogas también pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones.

Por el contrario, para las personas que ya reciben tratamiento formal de drogas, una intervención adicional no parece tener mucho efecto sobre la abstinencia o la disminución del uso de drogas en la mayoría de los estudios.

Aunque un estudio sí encontró evidencia de beneficio, esto se explica principalmente por participantes con menor motivación al inicio del estudio; como con personas con mal uso de estimulantes, aunque también se encontraron resultados similares para las personas que consumen cannabis o heroína.

Ashton (2005) (13), en una revisión de las intervenciones breves, sugiere que este tipo de intervenciones son eficaces para las personas que son ambivalentes sobre el cambio, pero ineficaz para las personas que están motivados para cambiar y que ya están recibiendo tratamiento.

Los resultados fueron mixtos para las comparaciones de las intervenciones breves con intervenciones más largas para las personas que hacen uso indebido de cannabis o anfetaminas. Todos los estudios fueron para personas que buscan tratamiento farmacológico de prevención de recaídas TCC individual, con una duración entre cuatro y nueve sesiones, se asoció con mayores niveles de abstinencia y las reducciones en el consumo de drogas para las personas que hacen uso indebido de cannabis, aunque las intervenciones de tal duración de los tratamientos son efectivamente breves.

Sin embargo, no se encontraron diferencias para grupo de prevención de recaídas TCC para el uso indebido de cannabis o de prevención de recaídas individuo TCC para el uso

CONFIDENCIAL

indebido de anfetaminas. Se requiere más investigación para evaluar la eficacia de intervenciones breves en comparación con la TCC individual y de grupo de prevención de recaídas, otras intervenciones, y con las personas que hacen uso indebido de drogas distintas del cannabis.

Una revisión sistemática de Cochrane (6) identificada realizó la comparación de intervenciones psicosociales con otro intervenciones en mujeres embarazadas y en pacientes ambulatorios de los programas de tratamiento de drogas ilícitas. La revisión incluyó 14 estudios (n = 1298), incluyendo 9 estudios (n = 704) de contingencia comparando gestión (MC) para controlar y 5 estudios (N = 594) comparar la entrevista motivacional para controlar. Se juzgó la calidad de las pruebas a ser baja a moderada. No había las diferencias de las tasas de nacimientos prematuros (RR = 0,71; 95% CI = 0,34-1,51, 3 estudios clínicos, n = 264, moderada Las pruebas de calidad), la toxicidad materna en el parto (RR = 1,18; IC del 95% = 0,52 a 2,65; 2 ensayos, n = 217, Las pruebas de calidad moderada), bajo peso al nacer (RR = 0,72; IC del 95%: 0,36 a 1,43; 1 ensayo, n = 160, pruebas de calidad moderada), la retención (RR = 0,99, IC del 95%: 0,93 a 1,06, 9 ensayos, n = 743, pruebas de baja calidad) o la abstinencia (RR = 1,14; IC 95%: 0,75 a 1,73, 3 ensayos, n = 367, de baja calidad evidencia). Los autores observaron que una mejor se necesita base de pruebas.

La nueva evidencia proviene de una de Cochrane revisión sistemática y 2 ECA (12). La revisión sistemática Cochrane era identificada en las entrevistas de motivación en las personas con el abuso de sustancias. La revisión incluyó 59 estudios (n = 13342) comparando la motivación de entrevista a ningún tratamiento, tratamiento como de costumbre, evaluación y retroalimentación u otro tratamiento. La entrevista motivacional tenía una efecto significativo sobre el abuso de sustancias después de la intervención en comparación con el control (SMD 0,79, 95% CI 0,48-1,09), pero menos de un efecto en el corto (DME = 0,17; IC del 95% = 0,09-0,26) y medio de seguimiento (DME = 0,15; IC del 95% = 0.04-0,25) y no tiene efecto significativo a largo plazo Seguir.

La entrevista motivacional tenía un efecto significativo sobre el abuso de sustancias para medio de seguimiento (DME = 0,38; IC del 95%: 0.10-0,66), pero no hubo un

CONFIDENCIAL

efecto de corto seguimiento. No se encontraron diferencias significativas para cualquier periodo de seguimiento cuando se realizaron las entrevistas motivacionales comparado con el tratamiento usual o cualquier otra intervención. Los autores describen que la evidencia es en su mayoría de baja calidad y que se necesita investigación adicional, que es probable obtener otros resultados al cambiar las estimaciones de los efectos y la confianza en ellos (14).

Un ECA 3 fue identificado en la atención habitual (n = 20) sesiones de orientación en comparación al utilizado en entrevistas de motivación para la persona y su pareja, incentivos monetarios para la abstinencia, y la desintoxicación seguido de tratamiento con naltrexona (n = 20) en los hombres que se inyectan opiáceos. La intervención tuvo significativamente las muestras de orina semanales negativos más altos que la control (p <0,001) e informó significativas disminuciones en el uso y benzodiacepinas. Las inyecciones de buprenorfina (p <0,004) (6).

Un ECA 4 fue identificado en una tela de base cognitiva del comportamiento de la intervención de auto-ayuda, que incluía módulos interacción cognitivo conductual y un diario de consumo en comparación con un grupo de control que tenía módulos de información en línea psicoeducativas, para la reducción del abuso de la cocaína (N = 196). Retención de tratamiento fue significativamente más alta en el grupo de intervención que en el control grupo (p = 0,04). No hubo significativas diferencias de dependencia de la cocaína entre los dos grupos (p = 0,75). Cantidad de cocaína utilizados se redujo significativamente en ambos grupos (P = 0,009). Sin embargo, los autores señalan que la baja en las tasas de respuesta en el seguimiento limita el poder del estudio (8).

Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Durante los contactos de rutinas y oportunistas (por ejemplo, en la aguja y el intercambio de jeringas), el personal debe proporcionar información y asesoramiento a todas las personas que abusan de las drogas sobre la reducción y exposición a los virus transmitidos por la sangre. Esto debe incluir consejos sobre cómo reducir comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales y en uso de los dispositivos para

CONFIDENCIAL

inyectarse. El personal debe considerar ofrecer pruebas en busca de virus transmitidos por la sangre (7).

Intervenciones psicoeducativas basadas en grupos que dan información sobre cómo reducir la exposición a los virus transmitidos por la sangre y/o sobre la reducción de los comportamientos de riesgos sexuales y de inyección para las personas que abusan de las drogas no deben ser proporcionados de manera rutinaria (13).

Intervenciones breves oportunistas se centran en la motivación, estas deben ser ofrecidas a personas de limitados contactos con los servicios de medicamentos (por ejemplo, los asistentes a un intercambio de agujas y jeringas o centros de atención primaria) (15).

Si se detecta preocupaciones acerca del uso indebido de drogas por el usuario del servicio o la identifica el personal estas intervenciones deben ser (1):

• Consistirá normalmente en dos sesiones con una duración de 10-45 minutos

• Explorar la ambivalencia sobre el consumo de drogas y el posible tratamiento, con el objetivo de aumentar motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información no crítica.

Intervenciones breves oportunistas se centran en la motivación; estas deben ser ofrecidas a las personas no en contacto con los servicios de medicamentos (por ejemplo, en la asistencia primaria o secundaria, ocupacional la salud o la educación terciaria) si las preocupaciones acerca del uso indebido de drogas son identificadas por la persona o miembro del equipo. Estas intervenciones deben (1):

• Consistirá normalmente en dos sesiones con una duración de 10-45 minutos.

• Explorar la ambivalencia sobre el consumo de drogas y el posible tratamiento, con el objetivo de aumentar motivación para cambiar el comportamiento, y proporcionar información no crítica.

El personal rutinariamente debe proporcionar a las personas que abusan de las drogas información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben

CONFIDENCIAL

basarse en principios de 12 pasos; por ejemplo, Narcóticos Anónimos y Cocaína Anónimos.

Si una persona que abusa de las drogas ha expresado su interés en asistir a una terapia de 12 pasos de un grupo de autoayuda, el personal debe considerar facilitar el contacto inicial de la persona con el grupo, por ejemplo, al hacer el nombramiento, organizar el transporte, acompañarlo a la primera sesión y hacer frente a cualquier preocupación.

Evidencia de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Una revisión Cochrane (6) investigó las intervenciones psicosociales para el tratamiento por consumo de psicoestimulantes. Se incluyeron 3.663 participantes, Veintisiete ECA. Para la reducción de las tasas de consumo y la reducción de las tasas de abandono del consumo de cocaína, los resultados que se encontraron eran a favor de las intervenciones con algún tipo de manejo de contingencias. Los autores concluyeron que en general no había datos que apoyaran un tratamiento con un enfoque único.

Un meta-análisis de 10 pacientes fue de 2.340 identificados, el cual investigó la eficacia del tratamiento psicosocial para el cannabis, cocaína, opiáceos y abuso de varias sustancias y su dependencia. Los resultados mostraron que los tratamientos psicosociales eran beneficiosos, especialmente para el consumo de cannabis. Ellos eran menos eficaces para el uso de varias sustancias (7).

La nueva evidencia proviene de uno de Cochrane revisión sistemática y 6 ECA. Una actualización de una revisión sistemática Cochrane se identificó que incluyó 9 ensayos (n = 1792) de las intervenciones para la variedad de drogas que utilizan los delincuentes. Los estudios fueron todos en riesgo claro de sesgo debido a una falta de información. La revisión ha informado de que para el tratamiento habitual comparada a la intervención psicosocial no hubiera diferencias significativas en las tasas de captura, (2 estudios; n = 489; RR = 0,82; IC del 95% = 0,45 a 1,52, pruebas de baja calidad) o por consumo de drogas (1 estudio; n = 77; RR = 0,65; IC del 95% = 0,20 a 2,12, baja calidad de evidencia). Sin embargo, hubo una significativa reducción de reingreso (3 estudios; n = 630, RR = 0,46; IC del 95% = 0,34-0,64, calidad moderada evidencia) (8).

CONFIDENCIAL

Los autores señalan que se necesita más evidencia para aumentar la precisión en las estimaciones del efecto. Un ECA 12 se identificó en 24 semanas de intervención médica en comparación con la intervención médica e interdisciplinaria con 12 semanas de Manual guiada por la TCC en personas con dependencia a los opioides (n = 141). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos para frecuencia de uso de opioides auto-reporte (p = 0,96), utilizar el tiempo (p = 0,44) o semanas consecutivas de abstinencia de opiáceos (p = 0,84). Un ECA 13 fue identificado en una intervención por teléfono, que incluye cuatro sesiones de entrevista motivacional y TCC, en comparación con el retraso en el tratamiento para usuarios de consumo de cannabis (n = 110 completando el seguimiento). En el seguimiento, el grupo de intervención tenía una participación importante reducciones en los síntomas de dependencia (p <0,001) y los problemas relacionados (p <0,001). A las 4 semanas, se aumentó la confianza para la reducción del consumo de cannabis siendo significativamente mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. A las 12 semanas (P = 0,002), el grupo de intervención fue significativamente más que el control en la abstinencia grupo (p = 0,019). Un ECA comparó 1 año un grupo con intervención psicosocial (n = 90) y un grupo de atención comunitaria (n = 90) en personas con trastornos por abuso de opioides que han sido liberados de centros de tratamiento de detención obligatoria. No se encontraron diferencias significativas para la pruebas de orina en el consumo de drogas entre la percepción subjetiva de la 2 grupos (p> 0,05) (12).

Un ECA multicéntrico identificó en 15 tratamiento activo (n = 149) en comparación con retraso tratamiento (n = 130) en adultos (16 - 63 años) en centros ambulatorios de tratamiento de la adicción en Alemania que hacen mal uso de cannabis (n = 279). Los tratamientos fueron de 10 sesiones que utilizaron una combinación de TCC, Aumento de motivación, terapia y entrenamiento de resolución de problemas. Un número significativamente mayor de personas en el tratamiento activo informó abstinencia en comparación con el grupo de tratamiento tardío (p <0,001). Personas en el grupo de tratamiento activo también informó resultados positivos para los resultados secundarios tales como la frecuencia del consumo de cannabis, la gravedad de dependencia, número de la dependencia del cannabis y el número y la gravedad de problemas relacionados con el cannabis (6).

CONFIDENCIAL

Sin embargo, las Estadísticas de este no se informaron en el resumen, sólo que los tamaños del efecto fueron de alta a moderada y no hay comparación con el retraso que se dio en el grupo de tratamiento. El ensayo informa que los niveles de abstinencia, registrados a partir de la orina, se redujeron en el plazo de 3 meses en el grupo de tratamiento activo pero no hubo ningún cambio de los resultados secundarios (estadísticas no informados). Las intervenciones psicosociales (2007) Niza directriz CG51 10 de 27. Un ECA 16 se identificó comparando 10 sesiones de terapia (n = 90) a un grupo de control recibir tratamiento tardío (n = 32) en adultos > 16 años con dependencia del cannabis. Los grupo de intervención tuvieron significativamente niveles más altos de abstinencia que el grupo control (P <0,001) y la frecuencia de consumo de cannabis por semana también fueron significativamente mejorados (P <0,001). Un ECA 17 se identificó comparando el tratamiento como de costumbre, que consiste en un programa ambulatorio intensivo con el tratamiento habitual más 12 meses de cuidado continuo mejorado, que consiste en la TCC para las habilidades de afrontamiento e incentivos monetarios para la asistencia, en las personas con dependencia de la cocaína (n = 152). Cocaína la toxicología de la orina (p = 0,0025) y la abstinencia compuesto (p = 0,017) fue significativamente mayor en el grupo de control que en el grupo de intervención (8).

Un experto en el tema expresó la opinión de que puede haber consecuencias y riesgos asociados con la transmisión sanguínea de virus. El experto expresó la preocupación sobre el tratamiento de los cuidadores por servicio, proveedores y facilitadores (12).

Las intervenciones centradas en la familia son para la recuperación similar a la de una paciente con cáncer y sin embargo, el tratamiento de estos cuidadores es discriminatorio y abusivo. Por tanto, no hay pruebas para apoyar este punto de vista (13).

A muchos médicos ahora se les pide que practiquen en un paradigma de “recuperación”. Ha significado que muchos médicos interpretan esto como insistir a los pacientes a que se sometan a la reducción de la prescripción medicamentosa en contra de su voluntad. El experto en el tema señala que la guía tiene que ser actualizada para que refleje el uso de intervenciones psicosociales, y para recuperar la evidencia de la efectividad de la práctica de tal manera. Sin embargo, no hay evidencia en esta área específica

CONFIDENCIAL

identificada. Otro comentario fue que en las directrices de la medida, el resultado principal fue la retención en el tratamiento. Ahora se supone que superar el tratamiento es la medida más aproximada de recuperación. Esto significa que una guía actualizada puede centrarse en la mejor manera de dejar el tratamiento y entrar en la comunidad local de la recuperación. Sin embargo, no hay evidencia identificada en esta área (14).

Se identificó una revisión sistemática (6) que analizó la farmacoterapia y la psicoterapia en abstinencia y la dependencia del cannabis. (Oral tetrahidrocannabinol) (sólo disponible para una indicación de la esclerosis múltiple) Se demostró que era un prometedor tratamiento específico de síntomas de abstinencia. Los resultados también mostraron que las terapias cognitivas y conductuales y las terapias de estimulación motivacional son eficaces y mostró que las terapias breves tienen un buen cumplimiento y eficacia. La revisión también indicó que los incentivos de vales han demostrado mejoría en el cumplimiento y en la reducción del consumo de cannabis en ciertas poblaciones. Por costo-efectividad de la revisión indicó que las intervenciones más rentables se encontraron en las intervenciones breves cognitiva y conductual combinada con terapias y aumento de las terapias de motivación.

Una revisión general sobre el consumo de cannabis (8), mostró que la proporción de tratamiento proporcionado por consumo de cannabis había aumentado. Se dijo que había en este tiempo, tratamientos farmacológicos basados en la evidencia para la gestión de cannabis. Además, las intervenciones con la evidencia más fuerte para el éxito fueron declarados como TCC breve y manejo de contingencias de manera estructurada, intervenciones basadas en la familia eran la opción de tratamiento para los adolescentes. Para jóvenes involucrados con el crimen o con grave enfermedad mental, se requiere de más terapias intensivas del equipo interdisciplinario.

Se identificó otra revisión (12) donde se investigaron los problemas asociados con uso de la marihuana. Se discute el conocimiento actual de las limitaciones y las posibles áreas de intervención y el avance de la investigación. Una revisión Cochrane 8 evaluó la eficacia de intervenciones psicosociales para las personas con abuso de cannabis y/o dependencia. Seis incluyeron los estudios de 1.297 participantes, pero metanálisis fue posible, debido a la heterogeneidad.

CONFIDENCIAL

Los resultados sugieren que los enfoques de asesoramiento pueden ser beneficiosos para la dependencia del cannabis y de las sesiones individuales de TCC también pueden ser eficaces. Por otra parte, dos estudios sugieren que la adición de vales basados en incentivos puede mejorar el tratamiento si se utiliza con otras intervenciones psicoterapéuticas efectivas. Las tasas de abstinencia también fueron encontradas pequeñas y tiende a favorecer la TCC individual de 9 sesiones o más. En general, los estudios incluidos reportan reducciones estadísticamente significativas en cannabis con la frecuencia de uso y la dependencia de síntomas. Sin embargo, otras medidas relacionadas con problemas con el consumo de cannabis no eran consistentemente diferentes. Los autores dedujeron de que no hay conclusiones claras, se pueden diseñar debido a heterogeneidad de los estudios (16).

Una revisión de Cochrane (8) investigó módulos de intervenciones psicosociales para el tratamiento más favorable. Del mismo modo, el meta-análisis sobre el tratamiento psicosocial para el abuso de sustancias informaron que el efecto más fuerte de contingencia está en las intervenciones de tratamiento. La directriz recomienda que el manejo de las contingencias sea consistente con la directriz de recomendaciones. En la vigilancia de 8 años las nuevas pruebas proviene de una revisión sistemática Cochrane y 6 ECA. Mientras que un ECA no informó diferencias significativas, los otros informaron diferencias significativas para los resultados en favor de las intervenciones psicosociales, aunque las intervenciones entregan exactas diferencias entre estudios. Mientras que la guía nos hace recomendar los tratamientos específicos, o la especificaciones del tratamiento, estos son claros a partir de lo abstracto, lo que hace recomendar algunos tratamientos psicosociales para el abuso de drogas en los momentos previos a las recomendaciones que “Un gama de intervenciones psicosociales que son efectivas en el tratamiento del abuso de drogas; estas deben incluir el manejo de contingencias y La terapia conductual de parejas de drogas, especificando problemas y una serie de pruebas basadas en la intervenciones psicológicas, como la terapia del comportamiento cognitiva.

CONFIDENCIAL

Recomendaciones de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Manejo de contingencias

Los servicios de medicamentos deben introducir programas de manejo de contingencias para reducir el consumo de drogas ilegales y/o promover el compromiso con los servicios para las personas que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona (8).

Los servicios de medicamentos deben introducir programas de manejo de contingencias para reducir el consumo de drogas ilegales, promover la abstinencia y/o promover el compromiso con los servicios para las personas que principalmente tienen uso indebido de estimulantes.

En los programas de manejo de la entrega de contingencias el personal debe asegurarse de que:

- El objetivo se acordó en colaboración con el usuario del servicio.
- Los incentivos se proporcionan de manera oportuna y consistente.
- El usuario del servicio comprende plenamente la relación entre el objetivo del tratamiento y el horario de incentivos.
- El incentivo que se percibe como refuerzo y es compatible con un estilo de vida saludable / libre de drogas.

El manejo de contingencias destinadas a reducir el uso ilícito de drogas para las personas que reciben metadona como tratamiento de mantenimiento o que principalmente tiene mal uso de estimulantes debe basarse en los siguientes principios (8):

• El programa debe ofrecer incentivos (por lo general vales que pueden ser canjeados por bienes o servicios de la elección del usuario de servicios o privilegios como para llevar a casa las dosis de metadona) que dependan de cada presentación de una prueba negativa con las drogas (por ejemplo, libre de la cocaína o los opiáceos no prescritos).

• Si se utilizan los vales, que deben tener los valores monetarios que se originan en la región y aumentan con cada período adicional, continuo de abstinencia.

CONFIDENCIAL

• La frecuencia de la revisión debe fijarse en tres pruebas por semana durante las primeras 3 semanas, dos ensayos por semana durante las siguientes 3 semanas, y uno por semana a partir de entonces hasta que la estabilidad es alcanzado.
• Análisis de orina debe ser el método preferido de la prueba, pero las pruebas de fluidos orales pueden estar considerados como una alternativa.

Manejo de contingencias para mejorar el autocuidado

Para las personas en riesgo de problemas de salud física (incluyendo enfermedades transmisibles) resultante a partir de su uso indebido de drogas, los incentivos materiales debe ser considerados para fomentar la reducción de daños. Los incentivos deben ser ofrecidos en una sola vez o durante un tiempo limitado, depende de la concordancia con el perfeccionamiento de cada intervención, en particular, para:

• La hepatitis B / C y la prueba del VIH

• Vacunación contra la hepatitis B

• Pruebas de tuberculosis.

Los servicios farmacéuticos deben asegurar que la mayor parte del personal debe estar capacitado y competente en los métodos de prueba acerca del paciente que le sean apropiadas y en la entrega y manejo de las contingencias individuales para cada usuario (15).

El manejo de contingencias debe ser introducido a los servicios farmacéuticos de forma escalonada, en el que la formación del personal y el desarrollo de sistemas de prestación de servicios son evaluados cuidadosamente. El resultado de esta evaluación debería ser utilizado para informar en la implementación a gran escala de manejo de contingencias (16).

Terapia comportamental de pareja

La terapia comportamental de pareja debe ser considerada (8):

1. Para las personas que están en estrecho contacto con una pareja que no consuma drogas.

CONFIDENCIAL

2. Personas que hacen mal uso de los tratamientos de los estimulantes o mal uso de los opioides (Incluyendo aquellos que continúan usando drogas ilícitas mientras recibe mantenimiento con opiáceos tratamiento o después de completar la desintoxicación de opiáceos).

La intervención debe:

1. Centrarse en el uso indebido de drogas del usuario en el servicio.
2. Consistencia en el número de sesiones semanales, 12 sesiones semanales.

Terapia cognitivo comportamental y terapia psicodinámica

La terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica se centraron en el tratamiento del uso indebido de drogas, esta no debe aplicarse sistemáticamente a las personas que se presentan para el tratamiento del cannabis o el uso indebido de estimulantes o los que reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos (10).

Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (en particular, la terapia cognitivo conductual) deben ser considerados para el tratamiento de la depresión y los trastornos de ansiedad comórbidos, para las personas que hacen uso indebido de cannabis o estimulantes, y para aquellos que han logrado la abstinencia o se estabilizan en el tratamiento de mantenimiento de opioides.

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol

La naltrexona, acamprosato, disulfiram, y el topiramato se recomiendan para el tratamiento de la TCA se basa en ECA y varios metanálisis (17). Los ensayos clínicos revisados se basan en los criterios del DSM-IV para la dependencia del alcohol, que es equivalente a los criterios del DSM-5 para TCA moderada-severa. Estos medicamentos deben ser ofrecidos en conjunto con una intervención psicosocial y considerando las preferencias de los pacientes informados adecuadamente. La dosificación de estos de la farmacoterapia debe ser coherente con los juicios de medicación y las recomendaciones publicadas.

En ausencia de contraindicaciones, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del uso rutinario de uno de estos medicamentos recomendados por encima

CONFIDENCIAL

de la otra; por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

Acamprosato

Acamprosato puede actuar normalizando central desregulación glutamatérgica en trastorno por consumo de alcohol (TCA), y así aliviar los síntomas de abstinencia de alcohol prolongado. Numerosos ensayos en Europa han encontrado acamprosato eficaz en la reducción de días de beber, el aumento de la abstinencia total, y la prolongación del tiempo hasta la recaída; sin embargo, en EE. UU. algunos ensayos no mostraron beneficios. Estos resultados discordantes pueden haberse dado debido a las diferencias metodológicas entre los estudios norteamericanos y europeos incluyendo: sitio de pre-tratamiento, la desintoxicación, la duración de la abstinencia de pre tratamiento, la duración del tratamiento en estudio, medicamentos concomitantes, la naturaleza y la intensidad del tratamiento psicosocial de acompañamiento, las medidas de resultado utilizadas, y la gravedad de los participantes TCA (18).

Las tres dosis por día y gran tamaño en la tableta presentan un reto para muchos pacientes y puede afectar negativamente a la adherencia al tratamiento. Este medicamento debe ser considerado en pacientes con TCA que también toman opioides recetados o que tienen daño hepático o deterioro significativo, pues es el único medicamento de primera línea recomendado por el Grupo de Trabajo de CPG SUD que no está sujeto al aclaramiento hepático (19).

Los pacientes que son apropiados para el acamprosato incluyen aquellos que están altamente motivados, que presentan abstinencia antes del inicio de la investigación, y no se desaniman por la dosificación de tres veces por día carga. Algunos pacientes y proveedores pueden optar por otros agentes tomados una vez al día, dependiendo de las preferencias del paciente y sus valores (20).

Disulfiram

Los pacientes que toman disulfiram deben evitar la ingestión de alcohol debido a la expectativa de una reacción tóxica si se consume alcohol; por lo tanto, se ha sugerido que la evaluación óptima de disulfiram y su eficacia ha resultado de ensayos, donde la

CONFIDENCIAL

concienciación de los pacientes del tratamiento activo permitió el tratamiento para tener su pleno efecto preventivo (18).

El disulfiram admite un paradigma en el tratamiento conductual, que si el consumo de alcohol es sistemático rápidamente seguido se ven los efectos adversos en la forma de la reacción disulfiram con el alcohol (20).

La tendencia humana para evitar el castigo no sólo puede afectar el consumo de alcohol, sino también la adhesión a disulfiram, reduciendo así su eficacia cuando la administración no está supervisada (19).

Un metanálisis de 22 ECA de disulfiram, no mostró ninguna ventaja para el disulfiram en comparación con las condiciones de control en sesgados ensayos, modesta ventaja en juicios sin supervisión, y un tamaño de efecto moderadamente grande en supervisado versus no supervisados (18). Debido a la acción de este medicamento depende de la expectativa de los efectos adversos, el fármaco no debe administrarse a pacientes que son incapaces de considerar las consecuencias del consumo de alcohol mientras toma este medicamento.

El disulfiram es lo mejor para los pacientes que han hecho una elección informada de este tipo de tratamiento, son altamente compatibles y están bajo estrecha supervisión médica.

Debido al riesgo de toxicidad significativa, los riesgos y beneficios de este medicamento deben ser considerados cuidadosamente. Este medicamento sólo debe usarse cuando la abstinencia es el objetivo y cuando se ha iniciado con la adicción que centró la consejería. La verificación de la abstinencia y la realización del consentimiento informado de la discusión con el paciente deben estar documentadas.(21)

Naltrexona

La naltrexona es un antagonista opiáceo disponible para administración oral una vez al día y en una suspensión de liberación prolongada para inyección intramuscular una vez al mes. Las dos formulaciones no han sido comparadas directamente a evaluar si la

CONFIDENCIAL

formulación inyectable de acción prolongada mejora la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos (19). Sin embargo, la naltrexona inyectable debe ser considerada cuando la adherencia a la medicación es una preocupación importante, y el paciente acepta el tratamiento que requiere con inyecciones mensuales por un proveedor (20).

La naltrexona inyectable debe ser almacenada en refrigeración, así como la prestación de servicios implementados a los miembros de servicio en ubicaciones remotas pueden ser problemáticas. En un ensayo multicéntrico (combinación de medicamentos e intervenciones conductuales) comparando la naltrexona oral y/o acamprosato para duplicar el placebo con la adicción se centró la gestión médica (véase la adicción se centró la gestión médica para obtener información adicional) o combinados de la intervención conductual (IC), pacientes que recibieron manejo médico centrado en la adicción con naltrexona, IC, o ambos, obtuvieron mejores resultados sobre el consumo, resultados que aquellos que recibieron el acamprosato o placebo doble (18).

Topiramato

El Topiramato se creó para disminuir los efectos implementados en el refuerzo del alcohol y la propensión a beber reduciendo la ansiedad por el alcohol a través del antagonismo de los receptores de glutamato y la inhibición de la liberación de dopamina (8).

El topiramato no es el que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó para TCA pero se recomienda aquí porque hay pruebas de calidad moderada que favorece la reducción significativa en el consumo excesivo de alcohol y la promoción de la abstinencia con su uso, así como un reciente ensayo piloto mostrando el beneficio con veteranos que presentaban TCA y TPEPT (8).

Estos beneficios podrán estar acompañados por documentados efectos secundarios que incluyen parestesia / entumecimiento, anorexia, trastornos del gusto, cognitivo y erupción cutánea.

Afortunadamente, algunos de los efectos secundarios comunes pueden generalmente ser controlados mediante la reducción de la dosis de topiramato. Una dosis de 200 mg al día

CONFIDENCIAL

ha demostrado ser eficaz, y es menos propensa a causar efectos secundarios que las dosis más altas; por lo tanto, la dosis diaria de 200 mg es el régimen recomendado (8).

No se recomienda el uso de otros medicamentos

Dos ECA de baclofen proporcionó pruebas de baja calidad para la eficacia del fármaco pero tuvo resultados inconsistentes con respecto al consumo. Los estudios adicionales de mejor calidad global son necesarios para hacer una recomendación a favor o en contra del uso de baclofen para TCA. Retiro abrupto de Baclofen puede estar asociado con alucinaciones y convulsiones (20).

No hay grandes estudios randomizados, doble ciego, de ácido valproico; sin embargo, dos ensayos pequeños que proporcionan calidad baja a moderada evidencia de un efecto positivo sobre el consumo de alcohol (18).

El uso de la buspirona, citalopram, fluoxetina, y quetiapina en pacientes con TCA no mostró ninguna ventaja o beneficio incoherentes en los estudios suelen proporcionar una muy baja o baja calidad general de evidencia (18).

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol

Para pacientes con trastorno moderado-severo por uso de alcohol, recomendamos ofrecer uno de los siguientes medicamentos:

- Disulfiram
- Acamprosato
- Naltrexona vía oral o de liberación prolongada
- Topiramato

[Calificación de la evidencia: Fuerte (Revisado, Nuevo - Reemplazado)] (8)

Evidencia de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol

Una breve descripción de estas intervenciones psicosociales y de las pruebas para su uso en pacientes con TCA se pueden encontrar a continuación. Información adicional acerca de estas intervenciones, así como la conveniencia de su uso para pacientes con tipos específicos de SUD, puede encontrarse en el apéndice C. La mayoría de las versiones de la terapia de pareja conductual (BCT) se centran en reducir el consumo de alcohol en el paciente identificado y en mejorar la satisfacción marital en general para ambos socios.

CONFIDENCIAL

Para mejorar el funcionamiento de relación, BCT utiliza una serie de asignaciones de comportamiento para aumentar sentimientos positivos, actividades compartidas y comunicación constructiva porque el mejoramiento de estos factores relación también es propicio a la sobriedad (18).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) para TCA se centra en enseñar a los pacientes a modificar tanto el pensamiento y el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol, así como cambiar a otras áreas de la vida funcionalmente relacionadas con el uso de alcohol. Los pacientes aprenden a rastrear sus actividades y pensamiento e identificar las afectivas y consecuencias en el comportamiento de los pensamientos y actividades, incluyendo aumentos en ansia y los episodios de consumo de alcohol. A continuación los pacientes aprenden técnicas para cambiar ideas y comportamientos que contribuyen al uso de alcohol, y a fortalecer la capacidad de adaptación, mejorar el estado de ánimo y el funcionamiento interpersonal, y aumentar el apoyo social. El tratamiento incorpora la práctica estructurada fuera de sesión, incluidas las actividades programadas, auto monitorización, pensado grabar y desafiante, y la práctica de habilidades interpersonales (20).

El enfoque de refuerzo comunitario (ERC) es una amplia intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la TCA, que se centra en contingencias ambientales que el impacto y la influencia de la conducta del paciente. Dado que contingencias ambientales juegan un papel crucial en la conducta adictiva y recuperación, ERC utiliza familiares, sociales, recreativas, ocupacional y eventos para apoyar al individuo a cambiar sus comportamientos con la bebida, de modo que un sobrio estilo de vida es más gratificante que uno que está dominado por el alcohol. ERC integra varios componentes de tratamiento, incluyendo aumento de refuerzo positivo, el aprendizaje de nuevos comportamientos de afrontamiento, y la participación de otras personas importantes en el proceso de recuperación. En algunas versiones de ERC, incentivos también son proporcionados por comportamientos positivos, tales como asistir a tratamiento, tomando medicación, o practicar la abstinencia (11).

La terapia de mejora motivacional (MET) es una intervención psicosocial intensiva para pacientes con TCA. Utiliza los principios de la entrevista motivacional (IM) para que se

CONFIDENCIAL

tome conciencia de la ambivalencia acerca del cambio, promover el compromiso para cambiar y mejorar la auto-eficacia. MET difiere de MI en que es una intervención más estructural que se basa en un mayor grado en la evaluación sistemática con retroalimentación personalizada (8).

El estilo terapéutico que utiliza MI para obtener las reacciones de un paciente a los comentarios de la evaluación, el compromiso con el cambio, y la colaboración en el desarrollo de un plan individualizado de cambio.

Facilitación de 12 pasos (TSF) terapia pretende aumentar la participación activa del paciente en Alcohólicos Anónimos (AA) u otros 12 pasos de grupo basados en recursos de ayuda mutua. Este enfoque es sistematizado en un manual y se entrega como 12 sesiones de terapia individual, en la que el terapeuta fomenta activamente la participación en AA y paseos del paciente a través de los cuatro primeros pasos del programa de AA. La primera parte de cada sesión incluye la revisión de los eventos relevantes de la semana pasada (incluyendo insta a utilizar, bebiendo el comportamiento y actividades orientadas a la recuperación) y una tarea. La porción central introduce nuevos materiales relacionados con los 12 pasos. La conclusión de la sesión incluye una tarea y el desarrollo de un plan de actividades orientadas a la recuperación (asistencia a reuniones, patrocinador del contacto) (11).

La confianza en la calidad de la evidencia sobre la eficacia de estas intervenciones para el tratamiento de la TCA es moderada, con beneficios que superan los daños. Debido a las variaciones en los valores del paciente y las preferencias de los enfoques de intervención psicosocial, recomendamos que ofrece un menú de opciones con una toma de decisiones compartida (SDM). Las principales preocupaciones respecto de la utilización de estas intervenciones que requieren un gran esfuerzo de capacitación para aplicar con fidelidad y son intensivos en recursos para ofrecer. La evidencia de la investigación se basa casi exclusivamente en estudios en los que estas intervenciones fueron entregadas individualmente a los pacientes, mientras que la mayoría de los australianos en el tratamiento VA y DoD es entregado en grupos. Por último, poco se sabe acerca de la eficacia de algunas de estas intervenciones dentro de subgrupos

CONFIDENCIAL

específicos, más notablemente la eficacia de la BCT de mujeres y lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (8).

Recomendaciones de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol

Para los pacientes con trastorno por uso de alcohol recomendamos ofrecer una o más de las siguientes intervenciones teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación de los proveedores / competencia (18):

- Terapia de pareja conductual para trastornos por uso de alcohol
- Terapia cognitivo-conductual para los trastornos por uso de sustancias
- Enfoque de refuerzo comunitario
- terapia mejora motivacional
- Facilitación de 12 pasos

[Fuerte para | revisados (Nuevo - sustituido)] (18)

Evidencia de los tratamientos farmacológico para el trastorno por consumo de tabaco

Las guías y documentos revisados recomiendan la utilización de bupropión de liberación lenta (bupropión ST), como medicamento de primera línea para la cesación (22), (23), (24), (25), (26). En un metaanálisis de Cochrane basado en 36 estudios con 11.000 personas, se compara el bupropión SR con el placebo y se demuestra que las tasas de abstinencia a seis meses se duplican (17% *Vs*. 9%; RR: 1,69; IC95%: 1,53-1,85) (25). Un metaanálisis muestra las tasas de abstinencia a seis meses usando 2 mg de vareniclina al día, comparada con el placebo (24). Las tasas de abstinencia usando 1 mg al día duplican aquellas obtenidas con el placebo (25,4% *Vs*. 13,8%; OR=2,1; IC95%: 1,5-3,0) y los resultados tienden a ser mejores con la dosis de 2 mg al día (33,2% *Vs*. 13,8%; OR=3,1;

IC 95%: 2,5-3,8); sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre las dos dosis, hallazgo corroborado en una revisión sistemática reciente (OR=1,25; IC95%: 1,0-1,5) (24). El consenso de expertos recomendó iniciar el uso de vareniclina con 0,5

CONFIDENCIAL

mg/día, titulando progresivamente esta dosis según la respuesta del paciente y sin exceder de 2 mg/día (25).

Otra GPC, recomienda el uso de nortriptilina como tratamiento de primera línea para el tabaquismo (27). Las tasas de abstinencia informadas son similares a las obtenidas con otros medicamentos ampliamente utilizados (22,5% *Vs*. 10% con placebo; OR=1,8; IC 95%: 1,3-2,6) (27). La nortriptilina causa sedación, estreñimiento, retención urinaria y otros efectos secundarios menores; no obstante, los ensayos clínicos que evalúan su uso en terapia de cesación no han reportado efectos secundarios mayores (27).

Tratamientos alternativos

La acupuntura y otras técnicas relacionadas no han demostrado ser superiores al placebo en la cesación del tabaquismo por tanto se recomiendan no ofrecer esta opción (25). La evidencia no muestra beneficios netos de la hipnosis para mejorar las tasas de cesación a largo plazo (25); sin embargo, los estudios son escasos, por lo que el consenso de expertos consideró que no existe evidencia suficiente que respalde el uso de la hipnosis como tratamiento para la cesación de la adicción al tabaco (25).

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos

En general los medicamentos agonistas y antagonistas opioides como la buprenorfina y la metadona son recomendados para el tratamiento de trastornos por uso de opioides basado en pruebas de alta calidad de varios ECA y meta-análisis. Pruebas de alta calidad son compatibles con el uso de medicación asistida, con metadona o buprenorfina durante el tratamiento psicosocial mejorando los resultados del trastorno por consumo de opiáceos (TCO) (12).

La naltrexona inyectable de liberación prolongada también es recomendada para el tratamiento de mantenimiento de TCO basado en pruebas de calidad moderada. Además de la calidad de la evidencia (enumerados debajo de cada medicamento), nuestras recomendaciones están basadas en las decisiones relativas a otros tres dominios: el balance de efectos deseables e indeseables de la medicación, los valores y las preferencias de los pacientes, y otras consecuencias conexas, tales como la preparación de la misión del DoD. Si un paciente se niega o aplaza la medicación en el tratamiento

CONFIDENCIAL

asistido, sugerimos utilizar un enfoque motivacional para fomentar la reconsideración. Una estrategia de motivación es proporcionar opciones de tratamiento, ya que pueden existir variaciones en los valores y las preferencias de los pacientes con TCO (8).

Terapia de opioides agonistas

Los tratamientos con agonistas opiáceos (TAO) para TCO consisten en la administración de un medicamento, como la metadona o buprenorfina sublingual o bucal, en combinación con una amplia gama de servicios médicos, consejería y servicios de rehabilitación (28).

Mediante la administración de un opioide para evitar el síndrome de abstinencia, reducir el apetito, y para reducir los efectos de los opiáceos ilícitos, el paciente con TCO es capaz de concentrarse más fácilmente en las actividades de recuperación. Además, se ha asociado con una reducción en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el comportamiento de riesgo y las conductas delictivas relacionadas con la droga (29).

Cuando se compara con los intentos de abstinencia bajo supervisión médica, la TAO es más exitosa en lograr el objetivo a largo plazo de reducir la utilización de opioides y los negativos asociados médicos, legales y sociales, incluyendo la muerte por sobredosis (28).

En general, los beneficios de los tratamientos recomendados superan los daños potenciales. Mientras ofrecen metadona o buprenorfina es recomendado, tener en cuenta los valores y las preferencias de los pacientes para los tratamientos pues estos pueden variar, especialmente para el servicio militar activo y aquellos en posiciones sensibles de seguridad. Algunos pacientes pueden desear cuidado con buprenorfina, algunos pueden desear en tratamiento con metadona o buprenorfina OTP, mientras que otros pueden rechazar la medicación agonista completo (29).

Buprenorfina

En Estados Unidos en contraste con el tratamiento con metadona, la buprenorfina puede ser proporcionada por médicos que hayan recibido una dispensa de la SAMHSA y tienen un permiso especial de la Drug Enforcement Administration (DEA) (8).

CONFIDENCIAL

Un ECA ha demostrado la eficacia del tratamiento con buprenorfina. Además, la buprenorfina ha demostrado ser eficaz en una variedad de contextos del mundo real para diferentes poblaciones de pacientes, incluyendo aquellos que no tienen hogar o que están infectados con el VIH (30). Un Metaanálisis de estudios que compararon el tratamiento con buprenorfina en el tratamiento con metadona, indican que, en general, ambos son equivalentes en términos de suprimir el uso de opioides ilícitos, sino que la metadona tiene ligeramente mejor retención de tratamiento (30).

Se ha encontrado pruebas de alta calidad que la buprenorfina es más eficaz que la naltrexona oral o el tratamiento con placebo para mejorar el consumo de opioides y el tiempo hasta la recaída. Pruebas moderadas también admite mayor versus dosis inferiores de buprenorfina para mejorar la retención del tratamiento (29).

Se observaron pruebas de alta calidad para el mantenimiento con buprenorfina (14 semanas) sobre el cono (cuatro semanas) para mejorar la retención del tratamiento y pruebas de calidad moderada, la buprenorfina para mejorar los resultados en el consumo de opioides. Las altas pérdidas durante el seguimiento en el grupo que recibe el cono de cuatro semanas en peligro la confianza en el promedio de las tasas de consumo de opiáceos entre las dos condiciones. Otras consideraciones, tales como el uso de recursos, también favorecen el mantenimiento debido a los costos financieros y de capital humano de recaída, incluida la muerte por sobredosis de opioides (8).

La metadona y la terapia de mantenimiento con metadona

Las pruebas de alta calidad favorecen la metadona sobre el placebo o no intervención farmacológica para la utilización de opioides y retención del tratamiento, los beneficios de la terapia de mantenimiento con metadona (TMM) compensan daños a una amplia variedad de medidas de resultado secundarias. La metadona ha demostrado reducir la morbilidad y la delincuencia asociada con el uso de la heroína, mejorar la participación social y profesional, la productividad y evitar la propagación de enfermedades de transmisión sanguínea asociadas con el hecho de compartir agujas (28).

A pesar de la fuerte evidencia de un beneficio, tanto de los médicos y los pacientes tienen diferentes preferencias en cuanto a la TMM. Algunos médicos, por ejemplo, están preocupados por los efectos adversos de la metadona incluyendo tiempo

CONFIDENCIAL

prolongado desde el inicio de la onda Q hasta el final de la onda T (intervalo QT) y depresión respiratoria. La metadona es más ampliamente disponible debido al marco regulatorio que restringe el tratamiento con metadona con directrices estrictas para la dosificación, la supervisión del tratamiento y servicios asociados. Además, TMM tiene implicaciones para la preparación de la misión personal de servicio activo. El personal militar no se despliega si están sobre el TMM (29).

Décadas de experiencia con TMM han arrojado pruebas adicionales para mejorar los resultados del tratamiento. La dosis óptima de la metadona para la retención en el tratamiento es ≥60 mg/día. Además, las estrategias de dosificación flexible son mejores que las estrategias de dosis fijas para mejorar la retención. En virtud de prácticas habituales, un destino estable >dosis es de 60 mg/día, y muchos pacientes requerirán dosis considerablemente mayores para lograr un bloqueo farmacológico de reforzar los efectos de los opiáceos ilícitos. Riesgo de recaída a la utilización de opioides en dosis más bajas deben sopesarse contra los riesgos de efectos adversos como la sedación, estreñimiento, hiperalgesia, prolongación de la conducción cardiaca (8).

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos

Para los pacientes con trastorno por uso de opioides, recomendamos ofreciendo uno de los siguientes medicamentos teniendo en cuenta las preferencias del paciente:

- Buprenorfina / naloxona
- Metadona en un programa de tratamiento de opiáceos

[Fuerte para | revisados (Nuevo - sustituido)] (29)

Para los pacientes con trastorno por uso de opioides agonistas opiáceos para quienes el tratamiento está contraindicado, inaceptable, no disponible o descatalogado y que han establecido la abstinencia durante un período suficiente de tiempo (véase la narrativa), recomendamos que ofrece:

Naltrexona inyectable de liberación prolongada

[Fuerte para | revisados (Nuevo - sustituido)] (8)

CONFIDENCIAL

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la naltrexona oral para el tratamiento de trastornos por uso de opioide

[Fuerte NA | revisados (Nuevo - sustituido)] (31)

En la apertura de un consultorio de buprenorfina, recomendamos la adicción de la gestión médica sola o en combinación con otra intervención psicosocial.

(**Fuerte para | revisados, Nuevo - sustituido)** (29)

Evidencia de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos

Una breve descripción de estas intervenciones psicosociales y las pruebas para su uso en pacientes con TCO se pueden encontrar a continuación. Información adicional sobre estas intervenciones, así como la conveniencia de su uso para pacientes con tipos específicos.

En Estados Unidos según el reglamento federal, un médico debe tener "la capacidad para consultar a los pacientes para el adecuado asesoramiento y otros servicios auxiliares adecuados (8).

El manejo de contingencias (MC) es una intervención de tipo motivacional que utiliza principios de refuerzo conductual (tales como proporcionar vales, dinero u otra recompensa) para incentivar un cambio de comportamiento. No encontraron efectos positivos para contingencias sobre la proporción de los resultados de la prueba de orina negativas opioides sobre el número de pruebas posibles, en una muestra de pacientes que reciben buprenorfina y manejo médico (16). Por el contrario, dos estudios demostraron que la adición de una versión computadorizada de un método de terapia de comportamiento conocido como enfoque de refuerzo comunitario (ERC) podría mejorar los resultados si se compara con el MC solo o la atención estándar sola. Lo llamado "atención estándar" usualmente consta inicialmente de tratamiento con medicamentos más semanales, sesiones de consejería de apoyo individualizado, que aborden los problemas psicosociales como los experimentados por cada paciente. En contraste, la ERC es un enfoque cognitivo-conductual que incluye asesoramiento en habilidades de vida específico (por ejemplo, el afecto y la regulación del comportamiento, las

CONFIDENCIAL

habilidades psicosociales, fármaco-negativa) y ejercicios de práctica a través de módulos de capacitación normalizados (6).

Los datos epidemiológicos indican una elevada mortalidad asociada a TCO y ensayos clínicos indican un alto riesgo de recidiva después de la desintoxicación de opioides. Por lo tanto, no hubo pruebas suficientes sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales en la población de pacientes que no estaban en terapia asistida con medicamentos (8).

Recomendaciones de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos

Para los pacientes en tratamiento con buprenorfina en consultorio, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de alguna de las intervenciones psicosociales específicas además de la adicción se centró la gestión médica. La elección de la intervención psicosocial debe hacerse teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación de los proveedores / competencia.

(N/A | revisados, Nuevo - sustituido) (8)

En la configuración de un programa de tratamiento por opiáceos, sugerimos ofrecer asesoramiento individual y/o manejo de contingencias, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación de los proveedores / competencia.

(Débil para| revisado, Nuevo - sustituido) (31)

Para pacientes con trastorno por uso de opioides y para quien la utilización de la farmacoterapia en el trastorno de opioides está contraindicada, es inaceptable o no está disponible, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de una intervención psicosocial determinada.

[N/A revisado, Nuevo - sustituido] (29)

Evidencia para el tratamiento del Trastorno por consumo de Cannabis

En algunos pacientes buscan asistencia farmacológica en la tala o la abstención del uso de la marihuana. Sin embargo, ningún medicamento ha demostrado ser eficaz. Los ensayos de medicamentos, examen de candidato terapias en la literatura de marihuana,

CONFIDENCIAL

se caracterizan por su pequeño tamaño muestra (n = 20-100), de corta duración (del orden de 12 semanas), los altos índices de deserción escolar (típicamente 50-70% al final del estudio), y la ausencia del efecto del tratamiento atribuible a la intervención droga. Alguna forma de psicoterapia fue proporcionada a ambos grupos de tratamiento y de control, y la intensidad de uso de marihuana disminuyó en ambos grupos a tasas similares a lo largo de la duración de los estudios (8).

Cuatro de los cinco ECA no mostraron un efecto de tratamiento primario en el grupo de fármacos experimentales. Esto incluye un estudio de bupropión de liberación sostenida, nefazodona, la fluoxetina buspirona, y atomoxetina. Un único gabapentina estudio demostraron mejoras significativas en los síntomas de la abstinencia y el uso de la marihuana, pero el tamaño de la muestra fue pequeño (n = 50, corroborando estudios adicionales son necesarios. La fluoxetina mostró eficacia para los síntomas depresivos, pero no mejora el uso de la marihuana (8).

Una revisión sistemática de regular calidad evalúa la eficacia de la terapia conductual (BT) en los consumidores de cannabis. Cada estudio incluyó la terapia cognitivo-conductual (TCC) como uno de los grupos de intervención. El BT superó considerablemente a la intervención del grupo control en un 66% en los resultados agrupados incluyendo la frecuencia y severidad de uso y medidas de funcionamiento psicosocial. Los tamaños del efecto de BT fueron superiores en comparación con los controles de lista de espera y active los controles (p. ej., aquellos que recibieron sólo la gestión de casos). BT solas no superan considerablemente los controles activos, y las tasas de abstinencia fueron bajas en ambos grupos. La calidad de las pruebas fue clasificada como moderado en comparación con lista de espera. Un ensayo multicéntrico encontró que entre los pacientes con dependencia de cannabis, dos sesiones de terapia mejora motivacional (MET), no logró reducir el uso de la marihuana más de 15 meses de seguimiento tanto como nueve sesiones de intervención multicomponente que también incluyó el CBT y manejo de casos (16).

No existe evidencia suficiente para recomendar o contra cualesquiera otras intervenciones psicosociales para el trastorno por uso de cannabis; sin embargo hay

CONFIDENCIAL

trabajos preliminares en pacientes con trastorno por uso de cannabis y condiciones concurrentes de salud mental (8).

Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis

Farmacoterapia

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cannabis.

Grado

[N/A revisado (Nuevo - Reemplazado)] (8)

Intervenciones psicosociales

Para los pacientes con trastorno por uso de cannabis, le recomendamos que ofrezca una de las siguientes intervenciones como tratamiento inicial, teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación de los proveedores/competencia:

- Terapia cognitiva
- Terapia conductual motivacional
- Mejora la terapia combinada La terapia cognitiva conductual/motivación

[Fuerte grado de terapia mejora para revisado (Nuevo - Reemplazado)] (8)

Evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes

Las pruebas no apoyan el uso de terapia agonista indirecto de la dopamina (por ejemplo, disulfiram, el modafinilo, bupropion, metilfenidato, la dexanfetamina, mezcla de sales de anfetaminas), doxazosina o topiramato para el tratamiento del trastorno por uso de cocaína o trastorno por uso de metanfetamina. Un pequeño número de estudios han mostrado resultados mixtos con algunos estudios que muestran beneficios modestos, mientras que un número no han mostrado ningún beneficio. Para complicar la situación aún más, hay evidencias de que el disulfiram en algunas dosis empeora el trastorno por uso de cocaína, mientras que en una dosis de 250 mg/día, disminuye el consumo de cocaína (2).

Nuevos estudios sobre el uso de la dexanfetamina para tratar el trastorno por uso de metanfetamina es necesaria, como un estudio inicial mostró que su uso aumenta su

CONFIDENCIAL

participación en el tratamiento aunque no disminuye su uso. Dado el abuso potencial de dexanfetamina, los autores no recomiendan su uso sin más pruebas (7).

Dada la amplia variación en los resultados de los estudios, tenemos poca confianza en las pruebas para guiar el tratamiento, ya sea a favor o en contra de la utilización de terapia agonista indirecto de la dopamina para la cocaína o estimulantes trastorno. Dada la ausencia de una clara evidencia de beneficio, los clínicos deben tener en cuenta otras implicaciones específicas para el medicamento. Por ejemplo, la probabilidad de que el uso indebido y la desviación en pacientes tratados con metilfenidato, la dexanfetamina, y las sales mixtas de anfetamina deben ser considerados. Un pequeño número de ECA ha explorado el uso de topiramato para disminuir el uso de la cocaína. Un estudio mostró una reducción en el uso, mientras que otros dos estudios no mostraron diferencias en el consumo de cocaína. En un estudio se demostró que no hubo diferencias significativas en la tasa de abstinencia en el uso de la metanfetamina trastorno con el uso de topiramato en comparación con el placebo (8).

Terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha encontrado para ser eficaz para el tratamiento del trastorno por uso de cocaína. Además, drogas, consejería individual que se basa en un tratamiento de adicciones 12 pasos modelo, mejoró los resultados sobre grupo orientación sobre las drogas y también fue superior a la terapia cognitiva y un enfoque psicodinámico en un gran estudio de múltiples sitios (32).

El manejo de contingencias (MC) tiene la mayor evidencia de efectividad para el uso de la cocaína trastorno, cuando se utiliza como coadyuvante a otra intervención psicosocial. Otra RS reciente ha encontrado que el MC consistentemente es más eficaz que la TCC durante el tratamiento, con menos pruebas de superioridad durante El seguimiento pos tratamiento, la ampliación de la duración en el que el refuerzo de la abstinencia es siempre amplía los efectos positivos de la MC (8).

El enfoque de refuerzo comunitario (ERC), una intervención integral que combina el CBT, el asesoramiento a las parejas, y otros componentes centrados en la recuperación, así como MC en algunos casos, ha superado a condiciones de comparación (por ejemplo, asesoramiento de 12 pasos, drogas, consejería, y ERC sin voucher incentivos), en varios estudios. En algunos estudios, la combinación de MC y otras intervenciones

CONFIDENCIAL

comportamentales, como ERC o CBT, ha sido más eficaz que las condiciones de comparación (2).

Existe mucha menos evidencia sobre los tratamientos eficaces para los trastornos de otros estimulantes. Una RS encontró que las intervenciones conductuales, incluyendo CBT, además de entrevista motivacional (IM), y a mí, no eran más efectivas que la intervención mínima o pasiva con respecto a la no-cocaína consumo de estimulantes resultados. Sin embargo, alta intensidad o tratamientos coadyuvantes, como gay-específicos CBT, MC plus, MC plus TAU y MC con placebo, produjo mejores resultados que el uso de estimulantes solo tratamientos activos (CBT o TAU). Cabe señalar que la mayoría de estas intervenciones de alta intensidad incluyen MC., de modo que el efecto positivo que pueden realmente ser identificados para MC por encima de otras intervenciones de comportamiento activo (16).

La confianza en la calidad de la evidencia sobre la eficacia de estas intervenciones para el tratamiento de cocaína y otros estimulantes trastornos es moderada para las intervenciones de MC y baja para otras intervenciones comportamentales (6).

Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes

Farmacoterapia

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de cualquier tratamiento farmacológico para el tratamiento del trastorno por uso de cocaína o trastorno por uso de metanfetamina.

[N/A revisado (Nuevo - Reemplazado)] (8)

Intervenciones psicosociales

Para los pacientes con trastorno por uso de estimulantes, recomendamos ofrecer una o más de las siguientes intervenciones como tratamiento inicial, teniendo en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación de los proveedores / competencia:

La terapia conductual cognitiva la terapia conductual centrada en la recuperación general

- Orientación sobre las drogas

CONFIDENCIAL

- Enfoque de refuerzo comunitario
- Manejo de contingencias en combinación con uno de los susodichos

[Fuerte grado para revisado (Nuevo - Reemplazado)] (8)

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre terapia farmacológicas que resultaron del proceso de validación:

Realizándose la presentación de la evidencia de calidad baja o insuficiente encontrada en las diferentes GPC.

Recomendación 1

Para pacientes con trastorno moderado - severo por uso de alcohol en quienes la primera línea de farmacoterapia está contraindicada o resultó ineficaz, sugerimos ofrecer gabapentina.

[Grado de recomendación: Recomendación débil a favor de la intervención] (8)

Evidencia

La gabapentina se sugirió como una opción para los pacientes con TCA y para quienes la farmacoterapia de primera línea está contraindicada o ineficaz. Los efectos de la gabapentina probablemente ocurren a través de la modulación del *γaminobutyric acid* (GABA), la actividad en la amígdala asociado con TCA.

Un ECA con 150 pacientes indicó gabapentina mejoró significativamente las tasas de abstinencia y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas; sin embargo, el ajuste de un solo sitio y la alta tasa de deserción en este estudio plantean dudas en cuanto a su generalización y posibles sesgos (8).

Otro ensayo indicó que la adición de gabapentina a la naltrexona oral potable mejoran sobre los resultados obtenidos sobre la naltrexona sola (8). La necesidad de más de una dosis diaria de la adherencia al tratamiento puede hacerse difícil para algunos pacientes. También, hay crecientes preocupaciones sobre el potencial de uso indebido de gabapentina si se toma en dosis que exceden en mucho las recomendaciones terapéuticas (8). Sin embargo, cuando se utiliza según las instrucciones, la gabapentina

CONFIDENCIAL

tiene un elevado margen de seguridad, y muchos de los proveedores de atención primaria tienen experiencia prescribiéndolo la droga para los no-TCA indicaciones.

La recomendación fue excluida por el panel de expertos:

- De acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda excluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 20% alcanzado, es decir por debajo de lo requerido para ser incluida.

Recomendación 2

No existe suficiente evidencia que respalde el uso de la hipnosis ni de medicamentos homeopáticos como tratamiento para dejar de fumar.

[Grado de recomendación: Recomendación débil a favor de la intervención] (25)

Recomendación validada por el consenso de expertos sin modificación.

Recomendación 3

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la naltrexona oral para el tratamiento de trastorno por uso de opioides.

[Grado de recomendación: N/A] (8)

Con base en el análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida sin modificaciones.

Recomendación 4

Para pacientes tratados con buprenorfina en consultorio médico, además de la intervención médica centrada en adicciones, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra alguna de las intervenciones psicosociales específicas. La elección de la intervención psicosocial debe hacerse teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la capacitación o competencia específica de los proveedores.

De acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida sin modificaciones.

CONFIDENCIAL

Recomendación 5

Para pacientes con trastorno por uso de opioides para quien la utilización de farmacoterapia está contraindicada, inaceptable o no está disponible, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra una determinada intervención psicosocial.

[Grado de recomendación: N/A] (8)

De acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida sin modificaciones.

Recomendación 6

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de cannabis.

[Grado de recomendación: N/A] (8)

Recomendación 7

No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra la utilización de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por uso de estimulantes.

[Grado de recomendación: N/A] (8)

Recomendación 8

Evidencia

Educación para la salud en la gestión de trastorno por consumo de inhalantes (TCI)

No fueron encontrados ensayos controlados aleatorios o series de casos clínicos relevantes para la educación sobre la TCI. El Comité acordó que las especificaciones para el uso de las estrategias de educación dirigidos a los usuarios de sustancias volátiles que no se podrían hacer, debido a la falta de pruebas y que hay incertidumbre entre los expertos en la gestión de TCI sobre los efectos de la educación (33).

Guía de práctica clínica basada en el consenso para la gestión del consumo de sustancias volátiles en Australia a pesar de las preguntas clínicas sobre la educación TCI en que se basan las búsquedas bibliográficas se restringe a los usuarios de sustancias volátiles, el

CONFIDENCIAL

Comité también examinó los Beneficios potenciales de la educación dirigidos a las familias de los usuarios. El Comité acordó que la educación para las familias y compañeros de los usuarios pueden ser beneficiosa en la reducción de TCI (33).

Evidencia de terapias psicológicas para TCI

Cuando se suministra terapia cognitivo-conductual para una persona que tiene una discapacidad intelectual, el tratamiento debe adaptarse a la capacidad del individuo. Se identificó un estudio no aleatorio de casos y controles, y seis series de caso. Un estudio control no aleatorio caso evaluó la efectividad del tratamiento para TCI (pegamento inhalado) observó que la terapia de aversión en combinación con terapia de grupo fue efectiva (33).

El Comité observó que la prestación de tratamientos por parte de personal inexperto o inadecuado especialmente en las terapias psicológicas puede causar daño mayor a la población de usuarios de sustancias volátiles. Por lo tanto, todas las terapias psicológicas en este grupo deben llevarse a cabo como parte de un programa estructurado y entregado por el personal capacitado y con experiencia (33).

Recomendación clave

Para todos los usuarios crónicos de las sustancias volátiles inhaladas, se recomienda organizar una terapia psicológica que considere uno o más de los siguientes aspectos:

• Asesoramiento general (orientación centrada en la persona)

• Inclusión familiar

• Terapia cognitivo - comportamental

• Entrevista motivacional

• Terapia de grupo

• Tutoría entre pares

[Grado de recomendación: Consenso de expertos] (33)

Posterior a la presentación de la evidencia y de acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un

CONFI

consolidado del 100% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida sin modificaciones.

Recomendación 9

Evidencia de tratamientos residenciales para TCI

Resumen de evidencia

En un estudio de series de casos se encontró que un programa residencial intensivo apoyado en actividades se asoció con una reducción a corto plazo en el uso de sustancias (incluyendo TCI) (33).

Una serie de datos de casos sugiere que un programa de actividades de recreación y habilidades para la vida era un componente clave de un enfoque multifacético eficaz para la gestión de TCI. El nivel inicial de los participantes de TCI no puede predecir resultados (33).

Una serie de datos de casos sugiere que un programa de actividades de ocio en modalidad residencial puede ser un componente eficaz de un enfoque multifacético para tratar TCI crónico (33).

Una serie de casos de pre y post-tratamiento de los varones adolescentes con conducta disruptiva, tratados en un programa de rehabilitación residencial que incluye resultados de asesoramiento, se compararon posteriormente en subgrupos con y sin TCI. Se predijo trastorno de conducta más grave en el post-tratamiento para la serie que duró menos de un internamiento residencial (33).

Un estudio de series de casos que evalúa un programa de rehabilitación residencial informó beneficios sin embargo no predijo desenlaces a largo plazo (33).

En general, el conjunto de pruebas referidas a la eficacia de la rehabilitación residencial para el tratamiento del TCI era inconsistente. Tres estudios informaron beneficios, mientras que dos arrojaron resultados pobres.

Recomendación clave

Se recomienda la rehabilitación residencial para los siguientes grupos de consumidores de sustancias inhalables, que no han respondido a otras estrategias de intervención:

• Los usuarios crónicos.

• Los usuarios regulares que también utilizan otras sustancias. (Multi consumidores).

• Los usuarios que tienen problemas de salud mental concomitantes.

• Las usuarias embarazadas, donde se anticipa un uso progresivo.

[Grado de recomendación: Consenso de expertos] (33)

Posterior a la presentación de la evidencia y de acuerdo al análisis estadístico, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado, es decir sobre lo requerido para ser incluida sin modificaciones.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

2. Galanter M, Kleber HD, Brady K. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Pub; 2014. 982 p.

3. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

4. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

5. WHO | Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings [Internet]. WHO. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/wpro_withdrawl/en/

6. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Guidance and guidelines.2007 [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51

7. American Psychiatric Association Practice Guidelines [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://psychiatryonline.org/guidelines

8. Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders.2015Disponible en:http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/.

9. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Interventions to reduce substance misuse among vulnerable young people Evidence Update April 2014.

10. WHO | Opiate Treatment Index [Internet]. WHO. [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/opiatetreatmentindex/en/

CONFIDENCIAL

11. Final Recommendation Statement: Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care - US Preventive Services Task Force [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/alcohol-misuse-screening-and-behavioral-counseling-interventions-in-primary-care

12. Drug use disorders in adults | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/qs23

13. Center for Substance Abuse Treatment. Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2000 [citado 21 de noviembre de 2016]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64287/

14. TIP 55: Behavioral Health Services for People Who Are Homeless|SAMHSA [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-55-Behavioral-Health-Services-for-People-Who-Are-Homeless/SMA15-4734

15. Needle and syringe programmes | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ph52

16. National Institute for Health Care Excellence.NICE.Substance misuse interventions for vulnerable under 25s |Updated 2014. [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ph4

17. Burucker J, Kropp S. [Levels of evidence in drug therapy for alcohol use disorders and illicit drug use]. Fortschr Neurol Psychiatr. diciembre de 2012;80(12):684-93.

18. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg115?unlid=5662798812016111610473 5

CONFIDENCIAL

19. Center for Substance Abuse Treatment. Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009 [citado 21 de noviembre de 2016]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64041/

20. Unity's Clinical Quality Improvement Committee (CQIC).Clinical Practice Guideline for Alcohol Assessment and Intervention in a Primary Care Setting. 2014.Disponible en:https://unityhealth.com/practitioners/clinical-guidelines.

21. Branch A. Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines - NSW - NSW Health [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/GL2008_011.html

22. Smoking: workplace interventions | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ph5

23. SSA-108-08_TABAQUISMOEVR.pdf [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA-108-08_TABAQUISMOEVR.pdf

24. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: /professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/index.html

25. Alba L.H., Murillo R.H., Becerra N.A., Páez N., Cañas A., Mosquera C.M., et al. Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica. 15 de noviembre de 2012;33(2):186-204.

26. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 20 de octubre de 2015;163(8):622-34.

CONFIDENCIAL

27. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking [Internet]. Ministry of Health NZ. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking

28. National Guidelines: Interim methadone prescribing [Internet]. Ministry of Health NZ. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.health.govt.nz/publication/national-guidelines-interim-methadone-prescribing

29. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ta114?unlid=275485084201611158585 5

30. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. | National Guideline Clearinghouse [Internet]. [citado 21 de agosto de 2016]. Disponible en: https://www.guideline.gov/summaries/summary/39351/buprenorphinenaloxone-for-opioid-dependence-clinical-practice-guideline

31. Naltrexone for the management of opioid dependence | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ta115?unlid=7710537632016520134054

32. Kleber HD, Weiss RD, Anton RFJ, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. abril de 2007;164(4 Suppl):5-123.

33. Council NH and MR. Consensus-Based Clinical Practice Guideline for the Management of Volatile Substance Use in Australia [Internet]. 2011 [citado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp136-and-cp136a

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 10

¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales en el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas? ...536

Definiciones……536

Evidencia……537

Acupuntura y auriculoterapia. 537

Hipnosis. 538

Yoga. 53939

Remedios herbales. 53939

Espiritualidad. 540

Recomendaciones……541

Acupuntura y auriculoterapia. 541

Comunidades terapéuticas. 541

Hipnosis. 542

Yoga. 542

Remedios herbales. 542

Espiritualidad. 543

Referencias……544

CONFIDENCIAL

¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales en el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas?

Para dar paso a la respuesta a esta pregunta, se asemejará para facilitar la búsqueda de estudios relacionados con el tema, que las intervenciones no convencionales hacen referencia a los tratamientos alternativos o terapias alternativas.

Definiciones

Respecto a la utilización de los términos ***complementario y alternativo*** en medicina, la OMS expresa que los términos "medicina complementaria" o "medicina alternativa" aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional (1).

Respecto de los productos de la medicina tradicional complementaria incluyen hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes. En algunos países los a base de hierbas pueden contener, tradicionalmente, principios activos naturales orgánicos o inorgánicos que no sean de origen vegetal (por ejemplo, materiales de origen animal y mineral) (1).

Las prácticas de medicina tradicional complementaria incluyen medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qi gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas (1).

A partir de estas definiciones, se habla de la Medicina Alternativa y Complementaria (CAM), reconociéndose como un enfoque por la National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de Estados Unidos (2010), que se define como un conjunto de diversos sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que en general no se consideran parte de la medicina convencional: así:

CONFIDENCIAL

La ***terapia alternativa o no convencional***, se refiere a los tratamientos que no han sido comprobados como eficaces para tratar una enfermedad en particular y que se toman en lugar del tratamiento convencional. Ejemplos de esto incluyen la terapia de peróxido de hidrógeno, sulfato de hidrazina y té de essiac, entre otros.

La ***terapia complementaria***, haciendo referencia a los métodos de apoyo que se utilizan para intensificar los tratamientos comprobados. Ejemplos de esto incluyen entrenamientos de relajación, acupuntura y biorretroalimentación o "biofeedback". Los métodos complementarios no curan la enfermedad, sino que ayudan a controlar los síntomas y a mejorar el bienestar del paciente.

Evidencia

En este punto se recopilará la información más relevante acerca de las intervenciones no convencionales en el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Acupuntura y auriculoterapia

En lo referente con la acupuntura, como terapia no convencional, en un artículo de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía de México, publicado en el año 2006, se concluye que la acupuntura muestra resultados positivos en la reducción de síntomas asociados, como: insomnio, cefalea, irritabilidad y depresión, sin embargo el deseo de fumar, es un aspecto que depende directamente de la voluntad del paciente (3).

En lo relacionado con la auriculoterapia, Rodríguez, E. (2006), quien realizó un estudio sobre el efecto de la auriculoterapia en la reducción de la ansiedad en pacientes cocainómanos, afirmando que los resultados identificados son altamente significativos con la aplicación de la auriculoterapia sobre la ansiedad en pacientes cocainómanos (4).

Por su parte, Félix y col. (2007), realizaron una valoración del síndrome de abstinencia por drogadicción tipo estómago / bazo-páncreas, tratado con electroacupuntura tres veces por día durante treinta minutos y farmacopuntura dos veces al día durante una semana, evidenciando que al término del tratamiento de desintoxicación con electroacupuntura durante siete días, la mayoría de la sintomatología desapareció, con excepción de insomnio, parestesias, lumbalgia, fatiga y anorexia (5).

CONFIDENCIAL

En este mismo sentido Méndez, V. (2010), afirma que al igual que en otros estudios de investigación realizados la auriculoterapia con tachuelas y agujas disminuyen significativamente el craving en pacientes adictos a la cocaína, siendo más notable la reducción con las tachuelas con respecto a las agujas (6).

Por tanto, López y col, (2013), ratifican la necesidad de complementar los tratamientos convencionales con otras alternativas, entre las cuales destaca la acupuntura en sus diferentes modalidades, la cual pese a que no tenga estudios concluyentes, sus bases fisiológicas sugieren que tienen efectos a nivel local y central que pueden ayudar a superar la adicción. En tanto, son una buena opción y con beneficios tales como: el bajo costo, las escasas contraindicaciones, el bajo riesgo de eventos colaterales, entre otros. Este autor propone que de acuerdo a las características de los consumidores en Colombia y las barreras de acceso personales y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se generen nuevas investigaciones con la utilización de la acupuntura y sus modalidades (7).

De otro lado, Álvarez y col. (2013), plantean que para el tratamiento del tabaquismo se debe contemplar la integración de diferentes disciplinas científicas, así como de diversos métodos utilizados internacionalmente, entre los cuales figuran: la terapia sustitutiva con nicotina, el uso de parches, la psicoterapia, la hipnosis, la acupuntura (con resultados inferiores a los métodos anteriores) y el uso del cigarrillo electrónico, el cual evita los síntomas de abstinencia y puede ser de ayuda para aquellos que quieren dejar de fumar (8).

Hipnosis

En lo relacionado con la hipnosis, Karlin y McKeon (1976), afirman que esta técnica tiene grandes ventajas por su versatilidad, en la combinación de diferentes técnicas en la misma sesión. Igualmente, Dengrove (1973) y Ellis (1986) explican que la hipnosis reduce el tiempo que se emplea para el tratamiento. Por su parte, Stanton (1979, 1981) argumenta que los procedimientos hipnosugestivos sirven como catalizadores terapéuticos debido a que generan expectativas y creencias en el poder de la hipnosis, convirtiéndose así en una profecía autocumplida. En este sentido Cerdeña y col. (1999),

CONFIDENCIAL

partiendo de los estudios meta-analíticos expone que la hipnosis incrementa la eficacia de las terapias a las cuales se integra (10).

Específicamente, Mendoza M.A. (2000) plantea que en el tratamiento del hábito de fumar, la hipnosis ayuda a eliminar o atenuar los síntomas del síndrome de abstinencia; así mismo, afirma que la auto-hipnosis rápida tiene una ventaja y es debida a que una vez la persona la ha aprendido, la puede aplicar a cualquier otro problema que tenga (11).

Sin embargo, a partir de la evidencia científica encontrada, se plantea la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación exhaustivos en los que se tenga un control metodológico que permita evaluar la eficacia de los tratamientos contra las adicciones. Tal y como lo plantea Molina del Peral, J. (2001), quien además de lo anterior considera necesario que los terapeutas que hagan uso de esta técnica de hipnosis para el tratamiento de las adicciones tengan un conocimiento de este campo, pues existe un gran número de "hipnólogos", que no son profesionales, pero que se sienten capacitados para intervenir cualquier patología, lo cual puede producir daños a los pacientes (10).

Yoga

Respecto a la utilización del yoga como alternativa del tratamiento contra las adicciones, Brito, C. (2010) afirma que es una herramienta útil para el tratamiento de adicciones ya que involucra a la persona en sus distintos niveles. También explica que la práctica regular de Yoga disminuye los automatismos, la conducta impulsiva y la tendencia a ir a los extremos del paciente con problemas de adicción, incorporando gradualmente conciencia y mesura en sus actos y tolerar la frustración. Argumenta además que para demostrar su efectividad, la práctica de yoga debe realizarse con regularidad y por un período significativo, que permita tener efectos a largo plazo, tales como la revalorización de sí mismo, la reconciliación con el propio cuerpo, encontrar paz interior, y la apertura hacia una espiritualidad encarnada (12).

Remedios herbales

En los Criterios de ASAM (2014), se describen los remedios herbales con potencial antiadictivo, entre los cuales se destacan los remedios herbales chinos a base de opioides, que han sido estudiados desde la mitad del siglo XIX en la medicina

CONFIDENCIAL

tradicional china, para el tratamiento de la adicción sobre todo en el alivio del síndrome de abstinencia; estos se producían a partir de combinaciones de más de una docena de hierbas que actúan sobre los receptores opioides que tendría los beneficios de una mayor eficacia general con toxicidad reducida (13).

Sin embargo, muy pocos de esos remedios han sido estudiados científicamente o cuentan con resultados basados en la evidencia científica. El mal uso continuado y abuso de opioides, estimulantes y alcohol ha llevado a la búsqueda de terapias alternativas. Las drogas modernas desarrolladas a partir de las plantas incluyen la warfarina, ergotamina, vincristina y el taxol, entre otros. Por tanto, es razonable que el desarrollo de medicamentos para el abuso de drogas y alcohol deba buscar aislamientos activos de las hierbas medicinales tradicionales (13).

Muchos investigadores consideran que una combinación de plantas medicinales con efectos sinérgicos puede proveer un mejor resultado. Aunque es difícil probar el sinergismo de los remedios herbales multicomponentes, el concepto del enfoque multidirigido es familiar para la medicina occidental como la base de la quimioterapia para la mayoría de los cánceres y una terapia retroviral altamente activa para el VIH. También es concebible el enfoque multidirigido mejoraría la eficacia global y reducción de la toxicidad. Por ejemplo, Chung y colaboradores (73) reportó las afinidades de los productos naturales utilizados con éxito la unión al receptor in vitro para el tratamiento de la enfermedad psicótica en la medicina tradicional coreana (13).

A pesar de que las terapias alternativas pueden proveer nuevos tratamientos para los tratamientos con fármacos existentes, se requieren estudios rigurosos que evalúen los riesgos y beneficios de tales tratamientos. Por tanto deben incentivarse las investigaciones biológicas que consideren modelos farmacológicos in vitro o in vivo para caracterizar el mecanismo de acción y los efectos sinérgicos de los componentes son cruciales para promover el desarrollo de las terapias complementarias y alternativas exitosas para el abuso de sustancias (13).

Espiritualidad

Mora, E. (2005) a partir de un estudio realizado en torno a la espiritualidad en el tratamiento de las drogodependencias específicamente en lo relacionado con el consumo

CONFIDENCIAL

de cocaína, concluye que la espiritualidad y específicamente los factores o aspectos estudiados ejercen una influencia positiva en los ámbitos emocional personal, familiar y social de la persona drogodependiente en recuperación. Este autor describe que esta influencia positiva es un coadyuvante para lograr la disminución o ausencia del consumo de cocaína-crack u otras sustancias psicoactivas, en la fase de tratamiento y durante el mantenimiento de los logros (14).

De otro lado, de acuerdo a como lo describe Gutiérrez, R.,y col. (2007), este concepto se basa en la aceptación de una fuerza espiritual procedente de un poder superior para la recuperación del alcoholismo que implica aceptar la espiritualidad, que hace referencia a una experiencia de transformación o de "despertar espiritual" como resultado de asistir a los grupos de Alcohólicos Anónimos y de la práctica de los 12 pasos (14). En este estudio se concluye que la práctica periódica de los 12 pasos incrementa la probabilidad de experimentar el despertar espiritual en los alcohólicos anónimos que mantienen abstinencia total. Así mismo, se afirma que para los alcohólicos anónimos, los tres primeros pasos pueden facilitar el inicio de la abstinencia y el camino hacia el "despertar espiritual". Y que una mayor espiritualidad (asociada con más pasos) tiene implicaciones importantes para la recuperación del alcohólico, en particular para aquellos que son más constantes en su ejercicio (15).

Recomendaciones

De acuerdo a la evidencia encontrada se estiman las siguientes recomendaciones:

Acupuntura y auriculoterapia

En la literatura revisada se identifica que existe un ***Nivel de Evidencia II - 2***, pues existen varios estudios de cohortes y casos y controles, que han sido realizados por más de un centro o grupo de investigación. Respecto al ***Grado de Recomendación corresponde a un Grado B***, pues existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica como terapia alternativa no convencional.

Comunidades terapéuticas

En la valoración para esta forma de intervención se encuentra que en los estudios revisados hay un ***Nivel de Evidencia III***, pues muchos de ellos se deben a opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; o en otros casos corresponden a estudios

CONFIDENCIAL

descriptivos o informes de comités de expertos. En lo que se refiere al ***Grado de Recomendación es un Grado I***, es decir existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) en términos de estudios investigativos que permitan hacer una recomendación en torno a la utilización de la terapia no convencional referida a las comunidades terapéuticas.

Hipnosis

En torno a esta posibilidad terapéutica alternativa frente al consumo de sustancias psicoactivas se puede identificar que el ***Nivel de Evidencia es II - 3***, pues en algunos estudios existe evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; sin embargo en otros, se identifican resultados provenientes de estudios que no tienen una asignación aleatoria. En cuanto al ***Grado de Recomendación es un Grado I,*** pues la evidencia existente es insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación.

Yoga

En lo que respecta al yoga como terapia alternativa frente al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra que el ***Nivel de Evidencia es II - 3***, debido a que en algunos estudios existe evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; pero en otros, los estudios realizados plantean resultados provenientes de estudios que no tienen una asignación aleatoria. Para el caso del ***Grado de Recomendación es un Grado I,*** debido a que existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación.

Remedios herbales

De acuerdo a la revisión de literatura para analizar los remedios herbales como terapia alternativa en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, se evidencia que el ***Nivel de Evidencia es II - 3***, debido a que si bien en algunos estudios existe evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención, en otros estudios no se evidencian resultados provenientes de estudios que tengan una asignación aleatoria. En lo relacionado con el ***Grado de Recomendación es un Grado B***, en el entendido en que la evidencia existente es moderada para recomendar como una terapia alternativa no convencional, los remedios herbales.

CONFIDENCIAL

Espiritualidad

Respecto a la información encontrada en torno a la espiritualidad como terapia alternativa, se identifica que el ***Nivel de Evidencia corresponde a un Nivel III***, pues algunos de los estudios se basan en opinión de expertos, basados en su propia experiencia clínica; en otros casos los estudios son descriptivos o informes de comités de expertos. En lo que se refiere al ***Grado de Recomendación es un Grado I***, en razón de que existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023. Organización Mundial de la Salud, 2013.

2. Daza, M.; Plazas A.; y Guayara S.. (2014). Uso de terapias alternativas y complementarias por el paciente oncológico: apreciación de enfermería. Bogotá: Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería. Disponible en: http://hdl.handle.net/10554/15542.

3. Govantes, M. (2006). Efecto de la acupuntura en el manejo integral de la adicción al tabaco. México: Instituto Politécnico Nacional. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. Disponible en: http://hdl.handle.net/123456789/8590.

4. Rodríguez, E. (2006). Estudio sobre el efecto de la auriculoterapia sobre la ansiedad en pacientes cocainómanos. México. Instituto Politécnico Nacional. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.

5. Félix, C.; Valdez, R.; Tai, N.; y Moreno, M. (2007). Valoración del síndrome de abstinencia por drogadicción tipo estómago/bazo–páncreas, tratado con electroacupuntura. México: Universidad Autónoma de Zacatecas. Revista Investigación Científica Vol. 3, Nº 3, Nueva época. Septiembre - Diciembre 2007.

6. Méndez, N. (2010). Efecto coadyuvante de la auriculoterapia en la modificación del craving de pacientes adictos a la cocaína. México: Instituto Politécnico Nacional. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. Disponible en: http://hdl.handle.net/123456789/8289.

7. López, H.; Cote, M.; y Rojas H. (2013). Acupuntura un tratamiento viable para las adicciones en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. 2013 Vol. 61 Nº 3: 301-310.

8. Álvarez, M.; Colás, V.; Álvarez, C.; Domecq, M.; y Revé, M. (2013). Efectividad de la auriculopuntura en el tratamiento de fumadores activos. Cuba: II Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN 2013;17(11):8051.

CONFIDENCIAL

9. Murcia, M.; y Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. Colombia: Universidad de San Buenaventura, Cali. Revista CES Psicología. Volumen 7 Número 2 Julio-Diciembre 2014 pp. 153-172.

10. Molina del Peral, J.A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. España: Madrid. Psicólogo Clínico. Práctica privada. Revista Adicciones, 2001 • Vol.13 Núm. 1 • Págs. 31/38.

11. Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. Universidad de La Laguna. Revista Psicothema. 2000. Vol. 12, Núm. 3, pp. 330-338.

12. Brito, C. (2010). Yoga en el tratamiento de las adicciones. La experiencia de dos años de práctica de yoga con pacientes del Centro de Rehabilitación de Takiwasi. Perú: Takiwasi. Centro de Rehabilitación y de Investigación en Medicina Tradicional. Vol. 9, Núm. 2 (Julio - Diciembre), 2010, pp. 253-278.

13. Ries, R., Fiellin, D., and Saitz, R. The ASAM Principles of Adicción Medicine. Chapters: 27, 29 and 71. Fifth Edition. 2014.

14. Mora, E., y col (2005). Vida y pensamiento. Revista Teológica de la Universidad Bíblica Latinoamericana. San José Costa Rica. Volumen 25 Número 1. Primer Semestre 2005.

15. Gutiérrez, R., y col. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de alcohólicos anónimos (AA). México: Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Mental, Vol. 30, Nº 4, julio-agosto 2007.

CONFIDENCIAL

Contenido pregunta 11

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?548

Abreviaturas 548

Resumen de recomendaciones.....549

Introducción y generalidades.....55151

Definiciones 552

Tratamiento de seguimiento 552

Caída, recaída y recuperación 552

Evaluación del tratamiento (1) 552

Tratamiento de seguimiento 554

Recomendación nivel de evidencia alta 555

Indicadores del tratamiento de seguimiento 555

Barreras de acceso 556

Prevención de recaídas 556

Recomendaciones nivel de evidencia alta 557

Algunos aspectos importantes en los planes de seguimiento respecto a los inhalantes (4) ……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..558

Manejo de contingencias (10) 558

Recomendación nivel de evidencia alta 559

Tamizaje biológico - pruebas de sustancias psicoactivas 559

Puntos clave 559

Introducción…….559

Panel de sustancias de abuso (prueba de drogas) 561

Ventanas de detección en orina de varias sustancias en pruebas de drogas……..561

CONFIDENCIAL

Muestras biológicas para tamización de sustancias de abuso……..562

Ventajas y desventajas de varias muestras usadas para las pruebas de drogas.....563

Orina 566

Sangre 566

Saliva 567

Cabello 567

Aliento 567

Sudor 567

Meconio 567

Indicaciones para la toma de panel de sustancias de abuso (12) 568

Indicaciones 568

Otros escenarios para toma de pruebas de drogas 569

Interpretación de las pruebas de drogas 570

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 572

Referencias 574

CONFIDENCIAL

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad?

Abreviaturas

AAP: Academia Americana de Pediatría

FDA: Food and Drug Administration

LSD: Dietilamida de ácido lisérgico

NIDA: National Institute on Drug Abuse

PCP: Fenciclidina

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

THC: Tetrahidrocannabinol

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

CONFIDENCIAL

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 26: Recomendaciones para un tratamiento intensivo

Población	Recomendación	Calificación	Fuente
Adultos	Para los pacientes que han iniciado un tratamiento intensivo, ya sea de forma ambulatoria o residencial, se recomienda fomentar y	Fuerza de recomendación: fuerte. Categoría: no	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of

	ofrecer herramientas para la prevención de recaídas sistemáticas, o bien, soporte de recuperación individualizado.	revisado - modificada	Substance Use Disorders - Department of Veterans Affairs Department of Defense Version 3.0 – 2015 (1).
Adultos	Para los pacientes con trastornos por uso de sustancias en remisión temprana, o posterior a una recaída, se recomienda promover la participación activa en los programas grupales de ayuda mutua mediante uno de los siguientes enfoques sistemáticos, lo anterior debe tener en cuenta la preferencia del paciente y la capacitación y/o competencia específica de los proveedores: • Vinculación entre pares. • Soporte de red. • Intervenciones de facilitación tipo 'doce pasos'.	Recomendación fuerte a favor de la intervención	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders - Department of Veterans Affairs Department of Defense Version 3.0 – 2015 (1).
Adultos	Las técnicas de prevención de la recaída en consumo de tabaco no suelen incrementar la eficacia por sí mismas. Sin embargo, combinadas con otras en los programas multicomponentes, pueden resultar altamente eficaces. Por ello, actualmente, el tratamiento psicológico de elección consiste en la motivación del abandono y prevención de las recaídas. Esta metodología se aplica en modalidad individual o grupal.	Nivel / Grado 1	Secretaría de salud Gobierno Federal de México. Guía de práctica clínica GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. 2009 (2)
Personas menores de 20 años	Las intervenciones de seguimiento efectivas son las técnicas derivadas del manejo de contingencias y la prevención de recaídas,	Nivel/Grado 1/A	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y

CONFIDENCIAL

	así como la realización de intervenciones presenciales en los espacios regulares de vida de los adolescentes, contactos telefónicos u otras estrategias de vinculación. Se desarrollan, al menos, durante un año.		dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013 (3).
Adultos, adolescentes y embarazadas	Las intervenciones de seguimiento deben ser realizadas como parte integral del tratamiento. Además, deben estar dirigidas a acompañar y apoyar el mantenimiento de los logros terapéuticos mediante la continuidad de los cuidados.	Recomendación por consenso de expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016. *
Adultos, adolescentes y embarazadas	Se recomienda proporcionar seguimiento a todos los consumidores de cualquier sustancia psicoactiva.	Recomendación por consenso de expertos	Validación por expertos mediante método Delphi.*
Adultos, adolescentes y embarazadas	Se recomienda que, tanto los centros de rehabilitación residencial como los ambulatorios, incluyan planes de seguimiento una vez el paciente sea dado de alta del centro.	Recomendación por consenso de expertos	Validación por expertos mediante método Delphi. *
Adolescentes	Dentro de los cuidados posteriores para los jóvenes que se encuentran en recuperación del consumo de sustancias, se recomienda incluir la remisión a un programa de actividades o desarrollo juvenil.	Recomendación por consenso de expertos	Validación por expertos mediante método Delphi. *
Embarazadas	En cuanto a las mujeres embarazadas que se están recuperando del consumo de sustancias, se recomienda que la reinserción social incluya: • Estimulación que garantice	Recomendación por consenso de expertos	Validación por expertos mediante método Delphi.*

CONFIDENCIAL

	la continuidad en los programas de control prenatal. • Remisión a ginecobstetra para seguimiento de embarazo de alto riesgo y cuidado postnatal.		

Introducción y generalidades

Por lo general, la mayoría de los médicos ponen énfasis en que muchos, o la mayoría de los pacientes en tratamiento se beneficiarían si continuaran en seguimiento después de participar en un proceso de tratamiento intensivo. Por lo tanto, se aconseja que el plan de seguimiento se realice sobre la base de preferencia del paciente, el cual deberá tener varias opciones de tratamiento y seguimiento. Con tal propósito, deben utilizarse intervenciones basadas en la evidencia siempre que sean posibles. Así las cosas, el plan de seguimiento debe enfocarse en estrategias para la prevención de recaídas y limitación de la gravedad de estas, además de abordar otros aspectos que puedan interferir con la recuperación. Estos servicios de seguimiento pueden ser proporcionados a través de sesiones individuales o grupales en el sitio de tratamiento. Sin embargo, algunos estudios manifiestan que el plan de seguimiento puede ser llevado a cabo por vía telefónica (1).

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) se ha pronunciado acerca del tiempo de permanencia y seguimiento a las personas con trastornos por consumo. Al respecto, sugiere que la permanencia de los pacientes durante periodos de tratamiento más largos, esto es, 90 días o más, se ha relacionado con resultados exitosos (1).

Es importante recalcar que, al principio del tratamiento, algunos pacientes pueden no desear la abstinencia temprana. Anteriormente, estos pacientes eran retirados del tratamiento o manejados con planes de tratamiento iguales a los pacientes con deseo de abstinencia temprana. Hoy en día, es posible mejorar los resultados de los pacientes que no desean abstinencia temprana. Se logra mediante la retención de estos pacientes en el tratamiento pero con modificaciones adecuadas e individualizadas en el mismo. Está descrito que las estrategias de participación de menor intensidad pueden ser una

CONFIDENCIAL

oportunidad para buscar la mejoría en pacientes que experimentan recaídas, o que no responden al tratamiento, ya que los pueden preparar para la participación en intervenciones más intensivas, o de otro tipo, para promover la recuperación (1).

Definiciones

Tratamiento de seguimiento

El tratamiento posterior a la atención (seguimiento) se refiere a todos los aspectos de la atención prestada después de que la persona sale de un programa de rehabilitación, donde ha recibido tratamiento para el consumo de sustancias volátiles y otras sustancias psicoactivas. El objetivo de este tratamiento es ayudar a la persona a volver a su entorno familiar y prevenir el riesgo de recaída (4).

Caída, recaída y recuperación

Se entiende como ***caída*** el episodio inicial de uso de una sustancia después de un periodo de abstinencia; así mismo, se entiende como ***recaída*** el uso continuo de la sustancia después de la caída, o bien, el retroceso en el intento de una persona por cambiar o modificar cualquier conducta objetivo. La ***recuperación*** se refiere a un comportamiento que es consistente con la intención de volver al camino que conduce a un cambio de comportamiento positivo (5).

Evaluación del tratamiento (1)

Al tratar a pacientes que se encuentren en atención para un trastorno por consumo de sustancias, se debe evaluar de forma periódica y sistemática la respuesta al tratamiento. Para ello, debe utilizarse un instrumento estandarizado y válido, siempre que sea posible. El monitoreo periódico de los pacientes muestra el progreso de los mismos. Además, ofrece al equipo tratante la capacidad de identificar barreras para el adecuado progreso, ya que se le da seguimiento a los problemas identificados en la admisión del paciente e identifica nuevos problemas emergentes. Esto facilita los cambios necesarios en el tratamiento. El plan de seguimiento debe incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

- Identificación de los puntos claves durante el tratamiento.
- Cambio de modalidad o interrupción de tratamiento.
- Seguimiento mediante pruebas de laboratorio u otro tipo de monitoreo acordado.

CONFIDENCIAL

- Adherencia por parte del paciente.

En el caso de los pacientes que no obtuvieron respuesta al tratamiento, o que respondieron en un principio, pero posteriormente reanudaron el uso problemático de sustancias psicoactivas, se sugiere a los proveedores que, en lugar de dar de alta a los pacientes, reconsideren la modificación del tratamiento en uno de los siguientes aspectos:

- Añadir o sustituir por otra medicación y/o intervención social.
- Cambio en la intensidad del tratamiento y/o objetivos del mismo:
    - Incrementar la intensidad al cuidado.
    - Ajustar la dosis de la medicación.
    - DDisminuir la intensidad del tratamiento a un nivel mínimo de atención que resulte aceptable para el paciente.

Dada la falta de una base empírica fuerte que demuestre la eficacia de este enfoque sobre los modelos tradicionales de tratamiento, la confianza sobre la calidad de la evidencia es muy baja. En ese sentido, la investigación adicional resulta imprescindible para comparar los riesgos y beneficios de la aprobación de este tipo de enfoque basado en la respuesta al tratamiento. No obstante, los beneficios de retener a los pacientes en el tratamiento a través de la modificación del modelo de atención, con el fin de mejorar la respuesta, superan ampliamente los daños para el paciente. A su vez, es importante resaltar que la retención de los pacientes que no respondieron a los tratamientos requiere de esfuerzo y tiempo adicional por parte del personal a cargo.

Por último, es importante señalar que algunos de los pacientes que no responden al tratamiento simplemente no están interesados en el mismo, hecho que es independiente de los esfuerzos realizados para retenerlos o de las opciones de tratamiento disponibles.

Tratamiento de seguimiento

Erróneamente se cree que, en el momento en que la desintoxicación y el tratamiento para los desórdenes por consumo de sustancias psicoactivas terminan, culmina el proceso. Esto desconoce que la ausencia de seguimiento y cuidado posterior es un factor que genera muchas recaídas y reincidencias en el consumo. De ahí que el seguimiento constituya una actividad muy importante para el mantenimiento de la abstinencia.

CONFIDENCIAL

Resulta fundamental para conseguir una reinserción social, familiar y laboral efectiva (6).

El seguimiento debe ser parte del tratamiento propuesto por cualquier operador que lo ofrezca y, por lo tanto, debe ser asumido por el mismo (6). La evidencia indica que la planificación del alta por del parte grupo tratante y el seguimiento del usuario de sustancias psicoactivas luego de terminar el tratamiento intensivo aumentan la efectividad del mismo (3). Es importante aclarar que puede haber grandes variaciones en lo referente a las preferencias de los pacientes y a las preferencias de los proveedores. Estas preferencias deben ser tomadas en cuenta para planificar con cuál método y con qué frecuencia se debe hacer el seguimiento al tratamiento (1). El seguimiento puede realizarse de diferentes formas. Por ejemplo, visitas en el lugar de trabajo o estudio; seguimiento telefónico; visitas domiciliarias; terapia de grupo o grupos de autoayuda que operen en la comunidad (6).

Según Alvarado (2005-2008) (7), de acuerdo con un estudio realizado en población de diferentes edades en Chile, se estableció que el éxito del tratamiento no solo dependía del tiempo de permanencia en el mismo, sino también del hecho de mantener alguna comunicación con el grupo tratante después del egreso del tratamiento. Del mismo modo, el estudio demostró que los resultados terapéuticos en relación con la abstinencia, percepción del estado de salud y funcionalidad social demandaban al menos un año de seguimiento luego de la terminación del tratamiento (3).

A partir del estudio de Kaminer y Cols de 2008, se evidenció que el seguimiento telefónico breve fue tan efectivo como el seguimiento personal para el mantenimiento de los objetivos del tratamiento. Aun así, el mismo autor concluyó que cinco sesiones de seguimiento durante tres meses después de finalizar el tratamiento pueden resultar insuficientes para conservar los logros del mismo en adolescentes con trastornos por consumo de alcohol (3).

En una revisión de la literatura en adultos, MckAI (2006) dedujo que el seguimiento continuo, estructurado e intensivo por un año o más ha mostrado resultados más efectivos en los pacientes con trastorno severo por consumo de sustancias y en pacientes que no logran alcanzar la evolución esperada (3).

CONFIDENCIAL

Los estudios anteriores concuerdan con otros en la posibilidad de aparición de mayores tasas de recaída cuando no hay un seguimiento continuo suministrado u ofrecido después de la terminación de un tratamiento (3).

Llama la atención que las intervenciones telefónicas breves como método de seguimiento tienen varias ventajas. Por ejemplo, interacciones más breves, costos reducidos por el ahorro en transporte de los jóvenes y sus familias, programación de la intervención más flexible y la facilidad para la comunicación gracias a los avances tecnológicos disponibles en los teléfonos celulares, a las cuales los jóvenes tiene acceso (3).

Recomendación nivel de evidencia alta

Para los pacientes adultos con trastornos por uso de sustancias en remisión temprana o posterior a una recaída, se recomienda promover la participación activa en los programas grupales de ayuda mutua. Este proceso se desarrolla a través de uno de los siguientes enfoques sistemáticos, con base en la preferencia del paciente y la capacitación y/o competencia específica de los proveedores. **Recomendación fuerte a favor de la intervención (1)**:

• Vinculación entre pares

• Soporte de red

• Intervenciones de facilitación de doce pasos.

Indicadores del tratamiento de seguimiento

Las siguientes estrategias se han propuesto como indicadores dentro del proceso de seguimiento (6)**:**

- Tiempo de abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas.
- Asistencia a grupos de autoayuda o de apoyo.
- Gravedad y número de recaídas.
- Desempeño laboral o escolar.
- Manejo del tiempo libre.
- Interacción con pares no consumidores.
- Descenso en las actividades delincuenciales.
- Ajuste en los vínculos familiares.

CONFIDENCIAL

Barreras de acceso

Uno de los problemas más comunes dentro de los planes de seguimiento es la accesibilidad al mismo, ya que los pacientes que viven en zonas alejadas o rurales, o pacientes en condición de discapacidad, pueden presentar limitaciones con el transporte. Esto puede implicar una adherencia débil al tratamiento. Para estos casos, se debe considerar el seguimiento telefónico (1).

Prevención de recaídas

La prevención de recaídas consiste en brindar ayuda a los pacientes que reconocen potenciales situaciones de alto riesgo o emocionales (disparadores), que los han llevado en ocasiones anteriores al abuso de sustancias. El objetivo es aprender un repertorio de respuestas para contener la ansiedad de consumo cuando se ven expuestos a estas situaciones de riesgo. Así mismo, es necesario desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento para el manejo de los factores de estrés externos y aprender a aceptar la *caída y recaída* en el consumo de sustancias como parte del proceso de recuperación, así como a interrumpirla antes de que se presenten las consecuencias adversas secundarias (8).

Las estrategias básicas para la prevención de recaídas son: estrategias cognitivo comportamentales, reconocimiento de una señal y/o comportamiento para una posible recaída y la evitación de la misma, la promoción de habilidades asertivas y la reestructuración cognitiva de experiencias pasadas. Todo lo anterior debe ir acompañado de la administración de medicamentos que modulen la excitabilidad neuronal (tabla 1). Estas técnicas deben ser aprendidas durante los tratamientos intensivos y deben ponerse en marcha después de la terminación del mismo (7) (9).

Tabla Nº 27: Medicamentos recomendados para la prevención de recaídas (8)

Prevención de recaídas	**Objetivo del tratamiento**	**Ejemplos**
	Aversión hacia el consumo de etanol	Disulfiram (Antabuse)
	Reducir la ansiedad de consumo de alcohol	Naltrexona Acamprosato
	Bloqueo de los efectos reforzadores	Naltrexona

CONFIDENCIAL

	de los opiáceos	
	Tratamiento de la psicopatología subyacente o inducida que puede producir recaídas	Antidepresivos Estabilizadores del ánimo (litio y ácido valproico)

Respecto al alcohol y su consumo crónico, y en general, en relación con el consumo de otras sustancias psicoactivas, es importante resaltar que las recaídas son comunes. Incluso, en los pacientes que reciben intervenciones efectivas basadas en la evidencia (1) (9). Por lo tanto, la prevención de las mismas debe ser parte del tratamiento de seguimiento. Además, este seguimiento debe ser parte del plan del tratamiento y debe estar incluido desde la planeación inicial del mismo. Tanto en pacientes que reciben tratamientos ambulatorios como residenciales, el seguimiento está indicado con el objetivo de mantener una remisión en el consumo de sustancias de larga duración. El plan de seguimiento debe ser planeado. En especial, en el caso de los adolescentes, esta población es más vulnerable a una progresión natural hacia un trastorno por consumo de sustancias posterior a consumos experimentales iniciales (9)**.**

Recomendaciones nivel de evidencia alta

- Para los pacientes adultos que han iniciado un tratamiento intensivo, ya sea de forma ambulatoria o residencial, se recomienda fomentar y ofrecer herramientas para la prevención de recaídas sistemáticas, o bien, un soporte de recuperación individualizado. **Fuerza de recomendación: fuerte, categoría: no revisado - modificada (1).**
- Para pacientes adultos que consumen tabaco, las técnicas de prevención de la recaída no suelen incrementar la eficacia por sí mismas. Sin embargo, combinadas con otras en los programas multicomponentes, sí son eficaces. Por ello, actualmente, el tratamiento psicológico de elección consiste en lo siguiente: motivación del abandono y prevención de las recaídas, aplicado en modalidad individual o grupal. **Nivel/ Grado 1** (2).

CONFIDENCIAL

Algunos aspectos importantes en los planes de seguimiento respecto a los inhalantes (4)

Quienes usan sustancias volátiles experimentan una desventaja significativa y necesitan de evaluación continua, así como atención durante la recuperación, puesto que se enfrentan a situaciones que hacen que quieran empezar a utilizarlas nuevamente. Por tal razón, es importante planear el tratamiento, el cual debe ser aplicado después de la salida de rehabilitación. Lo idóneo es que el tratamiento sea proporcionado por el mismo personal, el cual debe enfocarse en apoyar y ayudar al paciente a adquirir habilidades que eviten el consumo de sustancias volátiles y otras. A menudo, estos servicios deben tener una política de "puertas abiertas", donde las personas sientan que pueden volver en caso de sentirse en riesgo de recaída o en caso de que estén en recaída. El personal que atiende a las mujeres en embarazo que se encuentran en recuperación por consumo de sustancias volátiles debe hacer todos los esfuerzos posibles para inducirlas a permanecer en seguimiento por un servicio de atención prenatal durante todo el embarazo. A su turno, las pacientes se deben remitir a servicios obstétricos especializados para la evolución de embarazo de alto riesgo. Como siempre, un miembro del personal de tratamiento debe ser el responsable de la coordinación de la referencia a estos servicios.

Manejo de contingencias (10)

El manejo de las contingencias está basado en una premisa, según la cual la búsqueda de la sustancia y el uso de la misma son directamente modificables por (i) la manipulación de situaciones relevantes del entorno, (ii) el uso de recompensas de forma positiva para aumentar la asistencia, (iii) la participación en el tratamiento y la consecución de la abstinencia de la sustancia de abuso. En adolescentes, este manejo se encuentra bajo estudio. No obstante, la entrega de bonos de recompensa a adolescentes consumidores de sustancias con pruebas de orina negativas ya se ha implementado en algunas situaciones y tratamientos.

Recomendación nivel de evidencia alta

- Para personas menores de 20 años, las intervenciones de seguimiento efectivas son las técnicas derivadas del manejo de contingencias y la prevención de recaídas, así como la realización de intervenciones presenciales en los espacios regulares de vida

CONFIDENCIAL

de los adolescentes, contactos telefónicos u otras estrategias de vinculación, al menos durante un año. **Nivel / Grado 1/A** (3).

Tamizaje biológico - pruebas de sustancias psicoactivas

Dentro de los planes de tratamiento y de seguimiento el tamizaje biológico es usado como herramienta para el seguimiento.

Por la importancia que las pruebas de sustancias han tomado en los últimos años se consideró que este tema debería ser revisado, a continuación se explican las características y las indicaciones más importantes sobre las pruebas de sustancias.

"Una prueba de drogas por sí sola no puede determinar la existencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias, además las pruebas de drogas no proporcionan información suficiente para tomar decisiones acerca de la disposición de un caso" (11).

Puntos clave

- El uso de las pruebas de laboratorio de rutina en los adolescentes, ya sea en atención primaria, en el colegio o en el hogar, ***no son recomendables.*** Aunque pueden llegar a ser útiles en diversas situaciones clínicas (12).
- La ***recolección y la interpretación*** de estas pruebas de laboratorio es compleja y requiere un ***entrenamiento*** (12).
- Las pruebas de drogas ofrecen información limitada y ***deben ser interpretadas en un contexto clínico*** (10).

Introducción

Los médicos tienen la responsabilidad de la detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, tienen la obligación de intervenir y reducir los riesgos que conlleva un trastorno por consumo de sustancias. Para los médicos que trabajan con adolescentes, el tamizaje de alcohol y otras sustancias psicoactivas es fundamental para realizar una intervención breve y en caso de requerirlo, remisión para valoración por parte de personal especializado, este enfoque de tamizaje es respaldado por varios organismos profesionales, como la Academia Americana de Pediatría (AAP) (12).

A primera vista, el tamizaje de rutina por análisis de orina u otros fluidos corporales en adolescentes podría parecer una estrategia razonable para la detección del consumo de

CONFIDENCIAL

sustancias, pero este enfoque tiene el riesgo de obtener resultados erróneos y malas interpretaciones. Esto puede producir desconfianza en el adolescente y, como resultado, se perderían las oportunidades de generar una discusión sobre el consumo de sustancias (12).

Pese a que las pruebas de detección de drogas de rutina no se recomiendan en adolescentes, este procedimiento ha sido sugerido porque puede proporcionar información útil para complementar una historia clínica, o bien, porque permite monitorear regularmente a los pacientes en trastorno por el consumo de sustancias (12).

El término *prueba de drogas* puede ser confuso, puesto que se refiere a una prueba que detecte la presencia de todas las sustancias. Aun así, las pruebas de drogas pueden referirse a una prueba que detecte drogas o fármacos específicos solamente cuando están presentes por encima de los umbrales de niveles de corte predeterminados (10) (13).

Cuando se combina la información de la historia clínica del paciente, la información suministrada por otros miembros de la familia, así como los cuestionarios de tamizaje psicosocial y pruebas de drogas, puede suceder lo siguiente:

- Se afectan las decisiones clínicas en un paciente consumidor de sustancias, las cuales influyen en su condición médica.
- Se afectan las decisiones clínicas sobre la farmacoterapia, especialmente en sustancias controladas.
- Ayuda a los médicos a evaluar el uso de opiáceos en el tratamiento del dolor crónico y/o el cumplimiento de la farmacoterapia para el tratamiento de mantenimiento con opiáceos.
- Ayuda al médico a evaluar la eficacia del plan de tratamiento de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
- ***Ayuda en la detección, evaluación y diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias, ya que las pruebas de drogas por sí solas NO constituyen indicadores de un trastorno por consumo de sustancias.***

CONFIDENCIAL

- Permite identificar a las mujeres que están embarazadas, que desean estarlo que estén usando sustancias psicoactivas o alcohol. A su vez, identificar riesgos neonatales.
- Permite monitorear la abstinencia en un paciente con un trastorno por consumo de sustancias, además de ayudar a identificar recaídas en consumo de sustancias.
- Permite verificar o contradecir la historia de un paciente, o la información suministrada por la familia sobre un uso de sustancias (13).

Panel de sustancias de abuso (prueba de drogas)

Un panel de drogas de abuso es una lista de sustancias o clases de sustancias psicoactivas que se pueden detectar en una muestra (13).

Aunque es posible la detección para una única sustancia, varias sustancias se pueden detectar al mismo tiempo a través de una única muestra biológica.

En la mayoría de los casos, se usa un panel de inmunoensayo, previamente establecido para la detección de las drogas de abuso por el SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Este panel fue establecido en 1980 bajo la ley del trabajo libre de drogas. Incluye cinco sustancias de abuso: anfetaminas, marihuana, metabolitos de cocaína, opiáceos y fenciclidina.

Pese a lo anterior, la mayoría de paneles de sustancias disponibles pueden detectar otras sustancias de abuso diferentes a las propuestas por el SAMSHA, como benzodiacepinas, barbitúricos y otros opiáceos (12).

Ventanas de detección en orina de varias sustancias en pruebas de drogas

La ventana de detección o el tiempo de detección es la cantidad de tiempo en que las sustancias o sus metabolitos pueden ser detectadas en una muestra biológica (13).

El alcohol y las sustancias de abuso varían considerablemente en sus ventanas de detección. Esto se debe en gran parte a su grado de solubilidad en las grasas. Por ejemplo, el tetrahidrocannabinol (THC), y otros compuestos altamente solubles en grasa, pueden tener una vida media de eliminación más larga y detectarse en la orina hasta semanas después de su último uso, entre los usuarios pesados (1).

Las diversas ventanas de detección entre las diferentes sustancias psicoactivas pueden evidenciarse en la tabla número 28.

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 28: Ventanas de detección entre las diferentes sustancias psicoactivas

Sustancia	Orina	Cabello	Saliva	Sudor
Alcohol	10-12 horas	N/A	Hasta 24 horas	N/A
Anfetaminas	2-4 días	Hasta 90 días	1 - 48 horas	7 - 14 días
Meta anfetaminas	2-5 días	Hasta 90 días	1 - 48 horas	7 - 14 días
Barbitúricos	Hasta 7 días	Hasta 90 días	N/A	N/A
Benzodiacepinas	Hasta 7 días	Hasta 90 días	N/A	N/A
Cannabis (marihuana)	1 - 30 días	Hasta 90 días	Hasta 24 horas	7 - 14 días
Cocaína	1 - 3 días	Hasta 90 días	1 - 36 horas	7 - 14 días
Codeína (opiáceo)	2 - 4 días	Hasta 90 días	1 - 36 horas	7 - 14 días
Morfina (opiáceo)	2 - 5 días	Hasta 90 días	1 - 36 horas	7 - 14 días
Heroína (opiáceo)	2 -3 días	Hasta 90 días	1 - 36 horas	7 - 14 días
PCP (Fenciclidina)	5 - 6 días	Hasta 90 días	N/A	7 - 14 días

Ácido lisérgico (LSD), hongos, cannabinoides sintéticos, éxtasis (3,4 metilendioximetanfetamina) no son detectados por pruebas de drogas disponibles. Tomado y modificado de (12).

Muestras biológicas para tamización de sustancias de abuso (12)

Existen múltiples fuentes de muestras biológicas que comúnmente se denominan matrices biológicas en la literatura científica, tales como orina, sangre, saliva, cabello, aliento, sudor y meconio. Estos tejidos y fluidos corporales presentan diferentes tasas y duración de excreción que se traducen en diferentes ventanas de detección. Cuando una sustancia psicoactiva es ingerida, es absorbida por el tracto gastrointestinal y distribuida a los tejidos del cuerpo. Las sustancias que se inyectan o se inhalan eluden la absorción gastrointestinal y se distribuyen a los tejidos directamente. Muchas sustancias psicoactivas son solubles en lípidos y deben someterse al metabolismo hepático para hacerlas solubles en agua, lo que les permite ser excretadas en la orina. La sangre y el aliento reflejan los niveles séricos, momento a momento, de una sustancia ingerida y

CONFIDENCIAL

ofrecen la detección más temprana, aunque con ventanas de detección más cortas. Por su parte, el sudor y la saliva reflejan la presencia de una sustancia dentro del organismo varias horas después de su uso. La orina ofrece una ventana de detección más larga. Por lo general, varía de un día después del consumo hasta varias semanas. El cabello y el meconio ofrecen las ventanas más largas de detección, desde una semana a meses posteriores al consumo.

Ventajas y desventajas de varias muestras usadas para las pruebas de drogas

Tabla Nº 29: Ventajas y desventajas en muestras usadas para las pruebas de drogas

MUESTRA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Orina	• Disponibilidad en cantidades suficientes. • Concentraciones más altas de las drogas y/o sus metabolitos que en sangre. • Mayor disponibilidad de las pruebas de detección de drogas. • Técnicas de detección adecuadamente investigadas.	• Ventana de detección corta o intermedia. • Fácil adulteración o sustitución. • Puede requerir que la recolección de la muestra sea observada. • Puede producir síndrome de vejiga tímida, con lo cual no se puede obtener la muestra.
Saliva	• Colección de espécimen no invasivo. • Fácil recolección. • Reduce el riesgo de alteración. • La recolección del espécimen es observada directamente. • Capacidad para detectar la sustancia el mismo día de su uso en algunos casos. • Detección de residuos de drogas en la boca.	• Volumen limitado del espécimen. • Posibilidad de contaminación de los residuos de drogas en la boca que no se pueden correlacionar con los niveles en sangre. • Corta ventana de detección. • Los pacientes deben estar supervisados en un lapso de diez a treinta minutos antes de la toma de la muestra. • Salivación reducida por uso de estimulantes. • Necesidad de disolvente para remover eficazmente las drogas adsorbidas al dispositivo de recolección de la muestra.

CONFIDENCIAL

		• Potencial de contaminación de la cavidad oral con el uso reciente de la marihuana, que altera el resultado de la concentración real de los cannabinoides excretados desde la sangre hacia la saliva.
Sudor	• Detecta el uso reciente (menos de 24 horas) o permite una prueba acumulativa mediante un parche para el sudor que se utiliza en un lapso de siete a catorce días después del consumo. • Colección del espécimen no invasivo. • Difícil de adulterar. • Poco entrenamiento para recuperar la muestra. • Puede ser una alternativa económica frente a las muestras de orina.	• Experiencia limitada para la recolección de las muestras. • Riesgo de que el paciente, ya sea de manera accidental o intencional, se retire el dispositivo de recolección del sudor en parche. • Puede verse alterado por contaminantes externos. • Requiere de dos visitas: una para la colocación y otra para el retiro del parche.
Sangre	• Por lo general, detecta el uso reciente. • La metodología de detección en el laboratorio está bien establecida.	• Costoso, excepto para la detección de alcohol. • Limitada ventana de detección. • La toma de muestra es invasiva (venopunción). • Riesgo de infección. • La recolección del espécimen requiere de entrenamiento. • No es recomendable para los individuos que tengan acceso venoso difícil.
Cabello	• Ventana de detección más larga. • Puede detectar cambios en el consumo de drogas a través del tiempo (de siete a diez días hasta tres meses después del uso de	• No se pude detectar el uso de drogas durante un lapso de siete a diez antes de la toma de la muestra. • Dificultad para interpretar

CONFIDENCIAL

	drogas, dependiendo del largo del cabello examinado). • Recolección directa del espécimen. • Recolección del espécimen no invasiva • Fácil transporte y almacenamiento. • Difícil de alterar o sustituir. • Muestra fácilmente disponible dependiendo, dependiendo de la longitud de la muestra.	resultados. • Costoso y requiere mucho tiempo para preparar la muestra para la prueba. • Pocos laboratorios disponibles para la realización de esta prueba. • La detección de bajas concentraciones de drogas resulta difícil (por ejemplo, un solo episodio de consumo). • Puede estar sesgado con el color del cabello (el cabello oscuro puede concentrar más de algunas de estas sustancias): o Metanfetaminas. o Cocaína. o Opiáceos. Debido a la fuerte unión a la melanina del cabello. • Posibilidad de contaminación ambiental. • Las muestras o especímenes pueden ser removidas por afeitado.
Aliento	• Método bien establecido para pruebas de alcohol. • Fácilmente disponible.	• Solo se usa en la detección de alcohol. • Corta ventana de detección. • Puede ser difícil obtener una muestra adecuada, especialmente con pacientes que están intoxicados o no cooperan. • Poco en común en el ámbito clínico.
Meconio	• Puede detectar el abuso materno de drogas y la exposición del feto a las drogas. • Amplia ventana de detección de	• Pruebas no disponibles en todos los sitios. • Se requieren pasos adicionales para la extracción.

CONFIDENCIAL

	drogas (tercer trimestre de la gestación). • Recolección no invasiva desde el pañal. • Por lo general, cantidad adecuada de la muestra.	• Las pruebas de confirmación son más difíciles que para la orina.

Tomado y modificado de (12).

Orina

De todas la muestras biológicas, la orina es la muestra más utilizada y estudiada. Sin embargo, su recolección es un poco invasiva, dado que se requiere un protocolo de recolección sofisticado, que no está disponible fácilmente, o bien, la recolección tiene que realizarse bajo la observación directa del personal de salud o de los padres para evitar la manipulación de la misma. Lo anterior puede ser incómodo para el adolescente (12).

Los resultados de los paneles por inmunoensayo son cualitativos. Es decir, una droga o su metabolito se denotan presente o ausente, sin cuantificar la cantidad. En el enfoque de dos etapas, una detección por inmunoensayo positiva es seguida por una prueba confirmatoria a través de espectrometría de masas o cromatografía de gases. Estas últimas arrojan un resultado cuantitativo. Los resultados cuantitativos pueden ser utilizados para realizar un muestreo en serie y determinar si la concentración de metabolitos está aumentando o disminuyendo, lo que puede sugerir si el paciente continúa en consumo o si entró en abstinencia del mismo (12).

Sangre

Las pruebas de sustancias en muestras de sangre sólo se realizan en situaciones de emergencia, debido a que, para obtener la muestra, se requiere de una técnica invasiva. A diferencia de las muestras de orina, las muestras de sangre detectan compuestos de alcohol y de sustancias psicoactivas como tal, y no sus metabolitos (12).

Saliva

Las secreciones orales pueden contener la sustancia original o su metabolito aproximadamente 24 a 48 horas después de su último uso. Es importante resaltar que el uso de *spray* para el aliento, enjuague bucal, u otros enjuagues bucales que contengan

CONFIDENCIAL

alcohol, no afecta los resultados del análisis de sustancias siempre y cuando no se utilice treinta minutos antes de la recolección de la muestra (12).

Cabello

Las pruebas de sustancias para el cabello tienen la ventaja de detectar las sustancias días o meses, o incluso, años más tarde, en algunos casos desde su último consumo. Los metabolitos de las sustancias están presentes en el cabello una semana después del uso de la sustancia. Los metabolitos se mantienen allí porque permanecen atrapados en el núcleo del cabello. A medida que este crece, el cabello ofrece una cronología aproximada del uso de la sustancia durante un periodo de tiempo prolongado.

Debido al largo periodo de detección de las muestras de cabello, estas son útiles para la detección del uso crónico de sustancias. En ese sentido, no está indicada para la detección de uso esporádico.

Ahora bien, es importante señalar que la decoloración o la coloración del cabello pueden alterar la recolección de metabolitos de la muestra, de manera que se altera la prueba (12).

Aliento

Se utiliza exclusivamente para la estimación instantánea del contenido de alcohol en sangre y da una medición real en tiempo real. Se usa con más frecuencia en la aplicación de la ley o en los servicios de urgencias (12).

Sudor

La Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA) ha aprobado un parche para la recolección de sudor como prueba de sustancias que se aplican sobre la piel 3 o 7 días antes de ser enviado a un laboratorio para su interpretación (12).

Meconio

Se obtiene de los recién nacidos y se utiliza como medida para detectar el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la madre en el último trimestre del embarazo. La prueba de meconio también puede dar información sobre cuál sustancia está implicada, y así, poder manejar de forma adecuada un síndrome de abstinencia neonatal (12).

CONFIDENCIAL

Indicaciones para la toma de panel de sustancias de abuso **(12)**

De acuerdo con la Asociación Americana de Medicina de la Adicción, el tamizaje de sustancias puede ser utilizada para desalentar el uso de sustancias psicoactivas; como motivación para el ingreso a un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias; para identificar recaídas tempranas y para mejorar los resultados del tratamiento a través del monitoreo como método de supervisión a largo plazo. Las pruebas de sustancias pueden ser útiles cuando la historia de consumo es negativa en un contexto de signos y síntomas clínicos que sugieren su uso.

Indicaciones

- *Atención en urgencias*: Las pruebas de sustancias son comúnmente utilizadas en situaciones de emergencia. Por ejemplo, cuando un adolescente presenta una alteración del estado mental. Algunos escenarios clínicos comunes en los cuales se debe sospechar consumo de sustancias incluyen intentos de suicidio, accidentes de tránsito, convulsiones inexplicables, síncope, arritmias, síntomas de una intoxicación en particular o síndrome de abstinencia. En tales casos, el consentimiento informado para la realización de la prueba es inferido.
- *Evaluación de trastornos de salud mental o del comportamiento*: En atención primaria o en los servicios de atención en salud mental, el consumo de sustancias por parte de un adolescente puede inferirse por la presencia de síntomas subyacentes o complicaciones de trastorno como depresión, ansiedad, hiperactividad y falta de atención, fracaso escolar o dificultades interpersonales. En estas situaciones, la tamización de sustancias de manera voluntaria, es decir, bajo el asentimiento del adolescente y el consentimiento de un tutor, puede servir como un complemento útil a una historia clínica cuidadosa. Una prueba de sustancias positiva podría indicar el uso de sustancias en un adolescente que negó antes su consumo. A su vez, esto podría dar lugar a una conversación honesta sobre ese tema.
- *TTratamiento de los trastornos por consumo de sustancias*: las pruebas de sustancias se realizan como un componente rutinario en los adolescentes que se encuentran en tratamientos por trastornos por consumo de sustancias de forma ambulatoria.

CONFIDENCIAL

- *En tratamientos para trastornos por consumo de sustancias de modalidad residencial o internado*: Las pruebas de sustancias ayudan a mantener un ambiente terapéutico libre de sustancias.
- *En el seguimiento durante el tratamiento por consumo de sustancias:* Las pruebas deben realizarse en momentos aleatorios, ya que los adolescentes suelen ser conscientes de la corta ventana de detección en las pruebas de orina. De tal forma, podrían simplemente abstenerse del uso de las sustancias varios días antes de una prueba programada. Las pruebas también se deben realizar frecuentemente. Por ejemplo, al menos una vez a la semana para detectar cualquier uso de la sustancia durante el tratamiento.

Es importante aclarar que una prueba de sustancias positiva no debe ser nunca el motivo para la terminación de un programa de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias. Esta circunstancia debe conducir a una conversación cuidadosa entre el adolescente y el médico tratante para reconsiderar el esquema de tratamiento actual (12).

Otros escenarios para toma de pruebas de drogas

Las pruebas de sustancias también pueden ser usadas en muchos lugares de trabajo. Por ejemplo, el sector transporte. Las políticas con respecto a cómo, cuándo y dónde los empleadores pueden realizar estas pruebas de sustancias a sus empleados son establecidos por cada empresa y por cada Gobierno. Algunas jurisdicciones han propuesto pruebas para la detección de sustancias en el colegio. No obstante, la Academia Americana de Pediatría se opone a este enfoque por varias razones, a saber: evidencia insuficiente que desaliente el uso de sustancias en los adolescentes; dificultad para la correcta interpretación de los resultados y las consecuencias potenciales adversas, tales como medidas disciplinarias; disminución de la participación en el deporte y en otras actividades del colegio; violación de la confidencialidad y un incremento en el uso de sustancias que no están incluidas en el panel de tamizaje (12).

Interpretación de las pruebas de drogas

Como cualquier otra prueba de laboratorio, las pruebas de drogas pueden arrojar tanto falsos positivos como falsos negativos. Razón por la cual los resultados deben ser

CONFIDENCIAL

interpretados de acuerdo con el contexto, historia clínica y comportamiento del paciente (12).

Una prueba de drogas será negativa a pesar del consumo de sustancias por las siguientes cuatro circunstancias (12):

- La ventana de detección de la sustancias ya ha pasado. Recuerde que la ventana de detección para la mayoría de las sustancias es de 2 o 3 días y no se detecta su uso después de este periodo. Una excepción importante es el uso pesado y crónico de marihuana, lo cual puede dar una excreción prolongada, para un máximo de 4 semanas.
- El paciente utiliza una sustancia psicoactiva no detectada por el panel de pruebas. Por ejemplo, los cannabinoides sintéticos no se detectan por las ppruebas estándar para el cannabis y deben ser solicitados por separado, si su uso es sospechado.
- Las concentraciones de la sustancia en la muestra biológica son menores que el límite de detección de la prueba. Esta circunstancia es poco común en las pruebas cromatográficas, pero puede ocurrir con las pruebas de inmmunoensayo, dado que tiene un umbral establecido de corte típicamente diseñado para eliminar falsos positivos por reacciones cruzadas, o cantidades traza de un fármaco o metabolito que se pueden encontrar en productos alimenticios.
- La muestra biológica ha sido sustituida o adulterada. Esto sucede debido a que algunos pacientes con trastornos por consumo de sustancias pueden tener motivos para falsificar los resultados de la pruebas, para sustituir las muestras o la dilución intencional de la orina puede resultar en un falso negativo.

Un resultado positivo en la prueba de drogas significa que se detectó una sustancia en particular en, o por encima, de los límites de detección de la prueba. Por lo general, las pruebas confirmatorias se realizan cuando las pruebas de drogas son positivas. Si el paciente admite el uso de las sustancias, no habrá necesidad una prueba confirmatoria (13). Además, las pruebas de drogas positivas confirman el uso reciente de una sustancia específica (14).

CONFIDENCIAL

Los resultados falsos positivos deben ser confirmados por otra metodología de detección. La interpretación de los resultados positivos a veces puede ser compleja. Especialmente, si un paciente es monitoreado en su estado de abstinencia después de un consumo pesado de sustancias. Distinguir entre el patrón normal de eliminación del cuerpo de las sustancias y entre un patrón de nuevo consumo de las mismas puede ser difícil. El médico no debe tomar decisiones o acciones basadas en los resultados de pruebas de detección de drogas y debe tener en cuenta la evaluación física y comportamental del paciente. Claramente, los resultados de una prueba de drogas NUNCA deben constituir el único criterio utilizado para un diagnóstico de un trastorno de consumo de sustancias (13).

Una vez el médico piense que una prueba de sustancias sería clínicamente útil, debería tener una discusión con el adolescente y con los padres con respecto a los beneficios (esto es, apoyo al cese o a la reducción del uso de sustancias) y a las limitaciones de la prueba. El médico debe estar dispuesto a despejar cualquier inquietud sobre la prueba y debe comunicar al adolescente el beneficio potencial de la misma. Por ejemplo, la confirmación de una historia en la cual no ha habido un uso reciente de sustancias mejora la confianza de los padres. Siempre se debe obtener asentimiento por parte del adolescente y permiso por parte de los padres (1).

Se prefiere que la toma de las pruebas de drogas sea al azar sobre la toma de pruebas de drogas programadas, ya que las primeras implican notificar al adolescente o a sus padres de que la prueba se va a tomar de manera inmediata. Esto impide la abstención voluntaria del adolescente del consumo días antes de la prueba, cuando esta es programada. El asesoramiento al adolescente y a su familia es importante, puesto que, dentro del plan de tratamiento, la toma de prueba de drogas es esencial como parte del plan. A su turno, se aconseja que estas pruebas aleatorias sean realizadas de vez en cuando, en días consecutivos a la prueba de drogas inmediatamente anterior, con el propósito de evitar el consumo de sustancias en días inmediatos posteriores a la prueba (12).

El aumento de la frecuencia en la toma de prueba de drogas puede desalentar al paciente por el uso de las mismas (13).

CONFIDENCIAL

Una serie de pruebas de drogas negativas durante varias semanas proporciona un fuerte apoyo para confirmar la abstinencia y puede ser un indicador de mejoría de un paciente que se encuentre en tratamiento por consumo de sustancias (12) (14).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

A continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones que resultaron del proceso de validación sobre las estrategias de seguimiento que han mostrado más efectividad posterior al tratamiento:

Se llegó a la conclusión por consenso general por parte de los expertos de que todas las recomendaciones que se expusieron a validación respecto a esta pregunta fueran incluidas dentro del modelo pero con la sugerencia de que deben estar indicadas en todas las sustancias tanto legales como ilegales y deben estar dirigidas hacia la población adolescente, adulta y embarazadas, por lo tanto se dejaron así:

- Se recomiendan intervenciones de seguimiento las cuales deben ser realizadas como parte integral del tratamiento, dirigidas a acompañar y apoyar el mantenimiento de los logros terapéuticos mediante la continuidad de los cuidados.
- Se sugiere proporcionar seguimiento para todos los consumidores de sustancias tanto legales como ilegales.
- SSe recomienda que tanto los centros de rehabilitación residencial como los ambulatorios deben incluir planes de seguimiento una vez el paciente ha sido dado de alta.
- En cuanto a las mujeres embarazadas que se están recuperando del consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, se recomienda que la reinserción social incluya: estimulación que garantice la continuidad en los programas de control prenatal, remisión a ginecobstetra para seguimiento de embarazo de alto riesgo y cuidado postnatal.

Además dentro del ejercicio de validación, se formularon otras recomendaciones por parte del panel de expertos respecto a las estrategias de seguimiento, en conclusión, respecto a el manejo de las recaídas, se debe trabajar en prevención de recaídas y manejo de recaídas, sería inadecuado trabajar solamente en el manejo de recaídas ya que

CONFIDENCIAL

la estrategia de prevención puede ser una valiosa herramienta para la consecución de tratamientos más efectivos.

En cuanto al tamizaje biológico, este debe hacer parte del plan de seguimiento ya que puede ser de utilidad para identificar recaídas tempranas, su uso puede mejorar los resultados del tratamiento a través del monitoreo biológico como método de supervisión a largo plazo y la toma de las pruebas puede desalentar al paciente por el uso de las mismas, entre otras ventajas (12) (13).

Actualmente existen sectores de la población o instituciones gubernamentales o particulares que ofrecen programas de apoyo y/o de desarrollo de actividades o destrezas para la población juvenil consumidora, el ingreso a estos programas puede ser una estrategia de tratamiento dentro de los planes de seguimiento y la manera de acceder a estos servicios debe quedar incluida en el modelo de la ruta de articulación intersectorial.

Las estrategias o planes de seguimiento deben hacer parte del plan de tratamiento en cualquier persona que consulte por un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y estas estrategias deben ser formuladas o descritas al inicio del tratamiento.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Department of Veterans Affairs Department of Defense.VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders.2015Disponible en:http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/.

2. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención. 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA_108_08_EyR1.pdf.

3. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años. 2013.

4. cp136_management_volatile_substance_use_2011_guideline.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp136_management_volatile_substance_use_2011_guideline.pdf

5. Antoine Douaihy, Dennis C. Daley, G, Alan Marlatt, Dennis M. Donovan. Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. Fifth Edition. 2014.

6. Microsoft Word - Actualizacion_Guia_Atencion_Farmacodependencia.doc - Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf

7. Alvarado ME. Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención en las instituciones en convenio con CONACE – FONASA. 2006.

8. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

CONFIDENCIAL

9. Margret CP, Ries RK. Assessment and Treatment of Adolescent Substance Use Disorders: Alcohol Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. julio de 2016;25(3):411-30.

10. Steven L. Jaffe, Ashraf Attalla, Diana I. Simeonova. Adolescent Treatment and Relapse Prevention. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

11. Substance Abuse Specialists in Child Welfare Agencies - DrugTestinginChildWelfare.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.ncsacw.samhsa.gov/files/DrugTestinginChildWelfare.pdf

12. Hadland SE, Levy S. Objective Testing: Urine and Other Drug Tests. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. julio de 2016;25(3):549-65.

13. Clinical Drug Testing in Primary Care - SMA12-4668.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4668/SMA12-4668.pdf

14. Robert.L. DuPont, Bruce A. Goldberger, Mark S.Gold. The Science and Clinical Uses of Drug Testing. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. Fifth Edition. 2014.

CONFIDENCIAL

Pregunta 13

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños?

Las recomendaciones fueron trabajadas por el grupo del componente reducción de daños del Convenio 656 de 2016 entre el MSPS y UNODC.

Contenido pregunta 12

AUTORES Y COLABORADORES 4

Equipo formulador del Modelo MSPS – UNODC 4

Equipo metodológico 4

Equipo desarrollador 4

Estudiantes de Pasantía para apoyar la revisión sistemática Universidad del Rosario 4

Profesionales expertos que participaron en el proceso de validación 5

Resumen de recomendaciones 8

Tabla Nº 9: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA……372 9

Tabla Nº 10: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de alcohol…376 9

Tabla Nº 12: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de inhalantes……378 9

Tabla Nº 18: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de alcohol……481 9

Tabla Nº 23: Recomendaciones para tratamiento del trastorno por consumo de cannabis……489 9

Introducción 12

Resumen ejecutivo 15

Generalidades 15

Justificación 15

CONFIDENCIAL

Alcances y objetivos del modelo 17

¿Por qué se hace el modelo? 17

¿Para qué se hace el modelo? 17

¿Quiénes usarán este modelo? 18

¿A quiénes se dirige el modelo? 18

Preguntas clínicas que busca responder el modelo 18

Pregunta Clínica # 1 18

Metodología 20

Conformación del grupo formulador 21

Revisión e incorporación de la evidencia científica 21

Validación por consenso de expertos 22

Socialización del modelo 22

Resultados 22

Aspectos de tamizaje, intervención breve y remisión 22

Aspectos de valoración integral y ubicación de pacientes en niveles de atención 27

Aspectos de tratamiento 33

Análisis de brechas y recomendaciones finales 40

Referencias 43

Contenido Sección I: Antecedentes y contextualización del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento 45

SECCIÓN I 46

Antecedentes y contextualización del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento 46

Antecedentes 46

Contexto mundial del consumo de sustancias psicoactivas y su tratamiento 47

Contexto del consumo de sustancias psicoactivas y el tratamiento en América Latina 54

Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 62

CONFIDENCIAL

Antecedentes de la política de drogas del Estado colombiano 65

Antecedentes del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 70

Contexto colombiano actual del tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas 72

Justificación para la formulación de un modelo de atención para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 77

Referencias 78

Contenido Sección II: Marco epistemológico y conceptual de modelos de atención al consumo de sustancias psicoactivas 83

SECCIÓN II 85

Marco epistemológico y conceptual de modelos de atención al consumo de sustancias psicoactivas 85

Introducción 85

¿Qué es un modelo de tratamiento? 86

Estrategias de intervención para el consumo problemático de sustancias psicoactivas 87

El modelo de los 12 pasos 87

Comunidad terapéutica 88

Modelo espiritual - religioso o Teo-terapia 89

Modelo médico - clínico - psiquiátrico 90

Modelo psicológico - interdisciplinario 90

Modelo de Minnesota 91

Modelo pedagógico - reeducativo 91

Modelos alternativos 91

Modelo Matrix 92

Modelo SBIRT 92

Modelos de atención para el consumo de sustancias psicoactivas 95

El modelo ético-jurídico 96

El modelo médico-sanitario 96

CONFIDENCIAL

El modelo socio-cultural 96

El modelo ecológico 97

El modelo geopolítico estructural 98

El modelo biopsicosocial 98

El trastorno por consumo de SPA como una enfermedad crónica: El manejo en el modelo de cuidado crónico 103

El manejo contemporáneo de las enfermedades crónicas 103

El modelo de manejo en el cuidado crónico 105

Hacia un modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas 105

Tratamiento de pacientes crónicos con trastornos por uso de sustancias dentro del sistema de salud106

La etapa de identificación/intervención temprana 108

Objetivos clínicos en la etapa de identificación/intervención temprana 108

La etapa de estabilización 108

Objetivos clínicos en la etapa de estabilización 108

La etapa de tratamiento clínico 109

Objetivos clínicos en la etapa de tratamiento 109

La etapa de gestión personal 110

Objetivos de la etapa de gestión personal 111

Perspectivas actuales de intervención 111

Principios de tratamiento eficaces NIDA (National Institute on Drug Abuse) 113

Definiciones básicas Organización Mundial de la Salud (OMS) 116

Referencias 137

Contenido Sección III: Marco político y normativo frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 142

SECCIÓN III 143

Marco político y normativo frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 143

Descripción cronológica del consumo de drogas en el país y el papel del Estado 143

CONFIDENCIAL

Marco normativo nacional. 147

Normatividad relacionada con el consumo de SPA 148

Normatividad relacionada con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y tratamiento por consumo SPA 150

Normatividad frente a la prestación de los servicios en salud por consumo de SPA 159

Fallos de la Corte Constitucional 161

Marco global internacional 162

Bibliografía 167

SECCIÓN IV 170

Marco Estratégico Frente al Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 170

Marco de Referencia 170

Situación de salud y el consumo de drogas en Colombia 173

Retos del modelo de tratamiento 175

Referencias 177

Contenido Sección V: Alcances y objetivos del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 178

SECCIÓN V 179

Alcance y objetivos del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 179

Introducción 179

¿Por qué se hace el modelo? 179

¿Para qué se hace el modelo? 180

¿Quiénes usarán este modelo? 180

¿A quiénes se dirige el modelo? 181

Preguntas clínicas que busca responder el modelo 181

Aspectos de tamizaje e intervención breve 182

Aspectos de valoración, ubicación en niveles de atención, y diseño de planes de tratamiento 182

Aspectos de tratamiento y seguimiento 183

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VI 186

Metodología 186

Introducción 186

Objetivos del diseño metodológico 187

Objetivo general 187

Objetivos específicos 187

Metodología 187

Conformación del grupo elaborador 188

Revisión e incorporación de la evidencia científica 189

Desarrollo de estrategias de revisión de la literatura 194

Diseño e implementación de las estrategias de búsqueda 196

Selección de evidencia 197

Evaluación de la calidad 197

Resultados 198

Incorporación de la evidencia 202

REFERENCIAS 208

Contenido Sección VII: Validación por consenso de expertos y socialización del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 213

SECCIÓN VII 214

Validación por consenso de expertos y socialización del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 214

Introducción 214

Proceso de validación 215

Fases 215

Grupo coordinador 215

Invitación expertos a conformar grupo panel 216

Selección panel de expertos 216

CONFIDENCIAL

Validación recomendaciones 220

Aplicación modelo matemático Torgerson (convertir escala ordinal en escala intervalos) 225

Resultados validación por consenso de expertos 227

Socialización del modelo 242

Referencias 244

SECCIÓN VIII 245

Recomendaciones clínicas 245

Contenido pregunta 1 245

¿Cuáles son los instrumentos de tamizaje psicosocial para la clasificación de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas recomendados? 246

Abreviaturas y acrónimos 246

Resumen de recomendaciones 246

Tamizaje para la identificación del consumo de sustancias psicoactivas 251

Introducción 251

Instrumentos para el tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas 254

Tabla Nº 3: Instrumentos de tamizaje para el consumo de sustancias psicoactivas 255

Tamizaje en adultos 257

Tabla Nº 4: Instrumentos adicionales de tamizaje reportados por la literatura 258

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en población adulta 265

Tamizaje en mujeres embarazadas 266

Tabla Nº 5: Instrumentos de detección de consumo de sustancias en cuidado prenatal o mujeres embarazadas 267

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje en mujeres embarazadas 270

Tamizaje en población adolescente 271

Como instrumentos para tamización amplia para adolescentes se describe: (12) 272

Con relación a los instrumentos de tamizaje específicos en adolescentes, recomiendan: (12) 273

Recomendaciones nivel de evidencia alta para el tamizaje de adolescentes 274

CONFIDENCIAL

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 274

Referencias 276

Pregunta 2 280

En población general, ¿cuáles programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas han demostrado efectividad? 280

Contenido pregunta 2 280

En personas consumidoras de sustancias psicoactivas, ¿cuál es la efectividad de las intervenciones breves aplicadas en A.P.S. para reducir el consumo? 282

Abreviaturas y acrónimos 282

Resumen de recomendaciones 282

Tabla Nº 1: Recomendaciones generales en consumo de sustancias psicoactivas 282

Tabla Nº 3: Recomendaciones en consumo de tabaco 287

Tabla Nº 4: Recomendaciones en consumo de inhalantes 288

Tabla Nº 5: Recomendaciones para usadores de drogas intravenosas (UDI) 289

¿Qué son las intervenciones breves en el contexto del consumo de sustancias psicoactivas? 289

Práctica actual 290

Objetivos que se deben buscar en una intervención breve 290

Necesidades del tratamiento durante la etapa de cambio 291

FRAMES (acrónimo en inglés) 291

Una intervención breve consta de 5 pasos que incorporan FRAMES: 291

La intervención breve con el modelo “5 Aes” 292

Intervenciones breves en programas de tratamiento de abusos de sustancias 294

Intervenciones breves afuera de contextos de tratamientos en abuso de sustancias 294

Conocimiento y habilidades esenciales 294

Intervenciones breves 295

Detección y valoración 296

Áreas a valorar 296

CONFIDENCIAL

Sesión de apertura 296

Estrategias de permanencia 297

Tratamiento final 297

Personal que puede administrar una intervención breve 298

Recomendaciones y evidencia 298

Intervenciones breves en adultos 299

Intervención breve en adolescentes 314

Intervención breve en embarazadas 317

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 322

Recomendación 322

Referencias 325

Contenido pregunta 3 328

En personas con consumo de riesgo, ¿cuáles son las estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas? 329

Abreviaturas y acrónimos 329

Resumen de recomendaciones 330

Tabla Nº 6: Recomendaciones generales en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas ... 330

Tabla Nº 7: Recomendaciones en trastorno por consumo de alcohol 331

Introducción 331

Recomendaciones sobre estrategias efectivas para establecer el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias 334

Evidencia para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en adultos 334

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en menores de 17 años: 335

Recomendaciones para el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol en mayores de 18 años:336

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 337

Recomendación 1 338

CONFIDENCIAL

Recomendación 2 338
Recomendación 3 339
Recomendación 4 339
Recomendación 5 339
Referencias 341
Contenido pregunta 4 343
¿Cuál es el personal idóneo para realizar el diagnóstico y la valoración del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas? 344
Abreviaturas y acrónimos 344
Resumen de recomendaciones 344
Introducción 347
Necesidades de evaluación en atención primaria y herramientas disponibles 348
Los profesionales especializados: las necesidades de evaluación y las herramientas disponibles. 350
Identificación de trastornos concurrentes 350
Trastorno por uso de sustancias: Las necesidades del proveedor de tratamiento y las herramientas disponibles 351
Recomendaciones generales 352
Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 352
Recomendación 1 353
Recomendación 2 353
Recomendación 3 354
Recomendación 4 356
Recomendación 5 356
Referencias 358
¿Cuáles son los criterios en Colombia para determinar la vulnerabilidad social en personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas? 360
Abreviaturas 360

CONFIDENCIAL

Definiciones 360

Cuadro Nº 1: Factores de riesgo que generan vulnerabilidad social 362

Evidencia 363

Recomendaciones 366

Referencias 368

Contenido pregunta 6 370

En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿cuáles estrategias empleadas en la valoración, y en el diseño de planes de tratamiento han demostrado efectividad para el cambio en el patrón de consumo? 371

Abreviaturas y acrónimos 371

Resumen de recomendaciones 372

Tabla Nº 9: Recomendaciones generales para la valoración del trastorno por consumo de SPA 372

Tabla Nº 10: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de alcohol 376

Tabla Nº 11: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de tabaco 377

Tabla Nº 12: Recomendaciones para la valoración del trastorno por consumo de inhalantes..... 378

Tabla Nº 13: Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento 379

Introducción 380

Diseño de planes de tratamiento 386

Características de instrumentos válidos para la detección y evaluación 387

Ejemplos de instrumentos de evaluación validados 389

Recomendaciones sobre estrategias empleadas en la valoración del individuo con trastorno por consumo de sustancias 391

Evidencia 391

Recomendaciones para la valoración integral en adolescentes 392

Instrumentos para la evaluación integral en adolescentes 393

Recomendaciones 394

Recomendaciones para la valoración integral de adultos con trastorno por consumo de alcohol:.. 395

CONFIDENCIAL

Recomendaciones para la valoración integral de personas con trastorno por consumo de tabaco: 397
Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 398
Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento 406
Recomendación 10 406
Recomendación 11 406
Recomendación 12 407
Referencias 409
Contenido pregunta 7 413
En embarazadas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué tratamientos han mostrado efectividad para generar cesación o disminución en el patrón de consumo? 415
Abreviaturas y acrónimos 415
Resumen de recomendaciones 416
Introducción 418
Efectos adversos del consumo de sustancias durante el embarazo (5) 420
Alcohol 420
Cigarrillo 421
Marihuana 421
Cocaína-anfetaminas 422
Opiáceos 422
Tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo (5) 422
Alcohol 423
Cigarrillo 423
Marihuana 424
Cocaína y otros estimulantes 424
Opiáceos 425
Resumen del riesgo del consumo de las sustancias más comúnmente usadas durante el embarazo (6) 426

CONFIDENCIAL

Programas de desintoxicación y abandono para la dependencia de sustancias psicoactivas durante el embarazo 426

Recomendaciones generales 427

Recomendaciones respecto al uso de alcohol 427

Recomendaciones respecto al uso de tabaco 428

Recomendaciones respecto al uso de opiáceos 428

Recomendación respecto al uso de benzodiacepinas 429

Recomendaciones con respecto al uso de estimulantes 430

Tratamiento farmacológico (mantenimiento y prevención de recaídas) para la dependencia de sustancias psicoactivas durante en el embarazo 430

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de opiáceos 431

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 432

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de alcohol 432

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de tabaco 432

Recomendaciones farmacoterapia para al uso de anfetaminas, cannabis, cocaína o agentes volátiles433

Referencias 435

Contenido pregunta 8 436

En adolescentes con trastorno por consumo de SPA, ¿qué tratamientos han mostrado generar cesación o disminución en el patrón de consumo? 438

Abreviaturas y acrónimos 438

Resumen de recomendaciones 438

Introducción y generalidades 443

Evaluación médica y en el servicio de urgencias (3) 445

Desintoxicación 446

Tamizaje de drogas de abuso 448

Nivel de cuidado (6) 448

Nivel 0.5: Intervención temprana 448

CONFIDENCIAL

Nivel 1: Tratamiento ambulatorio 449
Nivel 2: Tratamiento intensivo ambulatorio / hospitalización parcial 449
Nivel 3: Tratamiento residencial 450
Nivel 3.1: Tratamiento residencial de baja intensidad 450
Nivel 3.5: Tratamiento residencial de mediana intensidad 451
Nivel 3.7: El tratamiento residencial de alta intensidad 452
Nivel 4: Manejo médico intensivo en paciente hospitalizado 453
Tratamiento psicosocial 453
Planificación del tratamiento 454
Puntos clave a trabajar 455
Intervenciones individuales 456
Intervenciones familiares 457
Intervenciones grupales 458
Intervención comunitaria 458
Ámbitos de tratamiento 458
Hospitalización (9) 458
Tratamiento intramural - residencial (10) 459
Tratamiento intensivo ambulatorio 459
Ventajas (11) 461
Tratamiento ambulatorio 462
Comunidad terapéutica (12) 462
Recomendaciones nivel de evidencia alta 462
Tratamiento farmacológico 463
Recomendaciones nivel de evidencia alta 463
Etanol 464
Tabaco 464
Recomendaciones nivel de evidencia alta 465

CONFIDENCIAL

Marihuana 465

Estimulantes 465

Alucinógenos (ácido lisérgico, psilocibina, fenciclidina y mescalina) 465

Hipnótico-sedantes 466

Inhalantes 466

Opiáceos 467

Tratamiento farmacológico de síndrome de abstinencia 467

Tratamiento farmacológico de la sobredosis (22) 467

Medicación para prevención de recaídas (22) 468

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 468

Referencias 471

Contenido pregunta 9 474

Recomendaciones de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos 520 475

Abreviaturas y acrónimos 476

Resumen de recomendaciones 477

Tabla Nº 16: Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas 477

Tabla Nº 17: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol 480

Tabla Nº 18: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de alcohol 480

Tabla Nº 19: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de tabaco481

Tabla Nº 20: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de tabaco 484

Tabla Nº 21: Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos 485

CONFIDENCIAL

Tabla Nº 22: Recomendaciones de intervenciones psicosociales para tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos 486

Tabla Nº 23: Recomendaciones para tratamiento del trastorno por consumo de cannabis 487

Tabla Nº 24: Recomendaciones de tratamiento para del trastorno por uso de estimulantes 488

Tabla Nº 25: Recomendaciones de tratamiento para trastorno por consumo de inhalantes 490

Introducción 491

Ámbitos de tratamiento 491

Consideraciones generales 493

Apoyo a las familias y cuidadores 494

Resumen de evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 495

Recomendaciones generales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 498

Evidencia de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. 500

Recomendaciones de intervenciones psicosociales estructuradas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas 505

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol 507

No se recomienda el uso de otros medicamentos 511

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de alcohol 511

Evidencia de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol 511

Recomendaciones de tratamiento psicosocial para trastorno por consumo de alcohol 514

Evidencia de los tratamientos farmacológico para el trastorno por consumo de tabaco 514

Tratamientos alternativos 515

Evidencia de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos 515

Terapia de opioides agonistas 516

La metadona y la terapia de mantenimiento con metadona 517

Recomendaciones de tratamiento farmacológico para trastorno por consumo de opiáceos 518

CONFIDENCIAL

Recomendaciones de intervenciones psicosociales en el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos 520
Evidencia para el tratamiento del Trastorno por consumo de Cannabis 520
Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis 522
Intervenciones psicosociales 522
Evidencia para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes 522
Recomendaciones para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes 524
Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 525
Recomendación 1 525
Recomendación 2 526
Recomendación 3 526
Recomendación 4 526
Recomendación 5 527
Recomendación 6 527
Recomendación 7 527
Recomendación 8 527
Educación para la salud en la gestión de trastorno por consumo de inhalantes (TCI) 527
Recomendación 9 529
Referencias 531
Contenido pregunta 10 535
¿Cuál es el papel de las intervenciones no convencionales en el tratamiento de personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas? 536
Definiciones 536
Evidencia 537
Acupuntura y auriculoterapia 537
Hipnosis 538
Yoga 539

CONFIDENCIAL

Remedios herbales 539
Espiritualidad 540
Recomendaciones 541
Acupuntura y auriculoterapia 541
Comunidades terapéuticas 541
Hipnosis 542
Yoga 542
Remedios herbales 542
Espiritualidad 543
Referencias 544
Contenido pregunta 11 546
En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que han recibido tratamiento, ¿qué estrategias de seguimiento han demostrado efectividad? 547
Abreviaturas 547
Resumen de recomendaciones 548
Introducción y generalidades 551
Definiciones 552
Tratamiento de seguimiento 552
Caída, recaída y recuperación 552
Evaluación del tratamiento (1) 552
Tratamiento de seguimiento 553
Recomendación nivel de evidencia alta 555
Indicadores del tratamiento de seguimiento 555
Barreras de acceso 556
Prevención de recaídas 556
Recomendaciones nivel de evidencia alta 557
Algunos aspectos importantes en los planes de seguimiento respecto a los inhalantes (4) 558

CONFIDENCIAL

Manejo de contingencias (10) 558
Recomendación nivel de evidencia alta 558
Tamizaje biológico - pruebas de sustancias psicoactivas 559
Puntos clave 559
Introducción 559
Panel de sustancias de abuso (prueba de drogas) 561
Ventanas de detección en orina de varias sustancias en pruebas de drogas 561
Muestras biológicas para tamización de sustancias de abuso 562
Ventajas y desventajas de varias muestras usadas para las pruebas de drogas 563
Orina 566
Sangre 566
Saliva 566
Cabello 567
Aliento 567
Sudor 567
Meconio 567
Indicaciones para la toma de panel de sustancias de abuso (12) 568
Indicaciones 568
Otros escenarios para toma de pruebas de drogas 569
Interpretación de las pruebas de drogas 569
Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 572
Referencias 574
Pregunta 13 576
En personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que no desean suspender el consumo, ¿qué intervenciones han demostrado efectividad en reducción de daños? 576
De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda? 597

CONFIDENCIAL

Siglas y acrónimos 597

Resumen de recomendaciones 597

Introducción 599

Criterios de ASAM 599

Niveles de atención ASAM 600

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia 602

Recomendación 1 602

Recomendación 2 604

Recomendación 3 604

Recomendación 4 605

Recomendación 5 605

Recomendación 6 605

Recomendación 7 606

Recomendación 8 606

Recomendación 9 606

Referencias 607

SECCIÓN VIII 609

Análisis de brechas análisis del marco normativo y los modelos de tratamiento existentes y la armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS 609

De la noción de brecha 609

Brechas en salud 612

Identificación de brechas para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas 613

Dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud 613

Portafolio de servicios ajustados al POS 614

Forma de financiamiento del modelo 616

CONFIDENCIAL

Ruta de atención y articulación con las redes de servicios sectoriales e intersectoriales 617

Identificación de brechas en armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS 619

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud. 620

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud 622

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano 624

Brechas Relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS 625

Brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país. 626

Referencias 627

Contenido Sección IX 632

SECCIÓN IX 633

Recomendaciones generales para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas en Colombia 633

Introducción 633

Recomendaciones del consenso de expertos 634

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud 634

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud 636

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano 638

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS 639

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país 642

CONFIDENCIAL

De acuerdo con la valoración de las personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, ¿qué nivel de atención se recomienda?

Siglas y acrónimos

ASAM: Sociedad Americana de Medicina de la Adicción

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIC : Plan de intervenciones colectivas

EPS: Entidad Promotora de Salud

CUPS: Clasificación única de procedimientos en salud

Resumen de recomendaciones

Tabla Nº 30: Utilización de criterios ASAM

Población	**Recomendación**	**Calificación**	**Fuente**
Adultos, adolescentes 12 - 17 años, embarazadas	Se recomienda la utilización de los criterios ASAM para la colocación de pacientes en el nivel de atención correspondiente de acuerdo con la valoración realizada. Los criterios proporcionan una nomenclatura para describir el continuo de servicios tratamiento para la adicción, como sigue: Nivel 0.5: La intervención temprana Nivel 1: Servicios de consulta externa Nivel 2: Servicios ambulatorios intensivos / hospitalización parcial Nivel 3: Residencial / Servicios médicos para pacientes hospitalizados Nivel 4: Servicios de hospitalización con tratamiento médico intensivo	Recomendación por consenso de Expertos	Validación por expertos mediante método Delphi del Modelo de Atención Integral para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, 27 y 28 de octubre de 2016.
	El continuo de los ámbitos de tratamiento, desde el más intensivo al menos intensivo, debe incluir: 1. Tratamiento hospitalario. 2. Tratamiento residencial.		

CONFIDENCIAL

	3. Tratamiento ambulatorio intensivo. 4. Tratamiento ambulatorio.		
	Se recomienda una atención continua prestada ya sea por uno o varios proveedores, que debe contar con las siguientes características: (a) la transferencia sin problemas entre los niveles de atención. (b) la congruencia filosófica entre los diversos proveedores de atención. (c) la llegada oportuna de la historia clínica del paciente al siguiente proveedor.		
	Los profesionales que toman las decisiones de colocación deben complementar los criterios ASAM con su propio juicio clínico, su conocimiento del paciente, y su conocimiento de los recursos disponibles.		
	A medida que el paciente avanza en el tratamiento en cualquier nivel de atención, se debe evaluar periódicamente su progreso en las seis dimensiones (ASAM).		
	Los pacientes deben ser reclasificados en función de sus necesidades, nivel progreso y de respuesta al tratamiento.		
	En los casos en los que los pacientes empeoran o no mejoran en un determinado nivel de atención o con un determinado tipo de programa se deben hacer cambios en el nivel de atención y los programas deben basarse en una nueva evaluación del plan de tratamiento, con modificaciones para lograr una mejor respuesta terapéutica.		

CONFIDENCIAL

	Si se presenta falta de respuesta o recaída, el movimiento no está siempre en la dirección del cuidado de menor intensidad a un ambienta más restrictivo.		

Introducción

Un sistema de tratamiento es una continuidad de intervenciones, que va desde las demandas iniciales (intoxicación) hasta los cuidados posteriores enfocados a fases más específicas. Por ello, la Organización Mundial de la Salud propone una secuencia constituida por seis niveles de actuación que, en su conjunto, constituyen un sistema de atención a las drogodependencias (1).

La OMS propone que en el primer nivel de atención se encuentren aquellas personas que sufren una intoxicación por alcohol u otras drogas y quienes precisan ser desintoxicados (urgencias y desintoxicación); en el segundo nivel estarían ubicadas personas con rehabilitación inespecífica, siguiente a la intoxicación o a la desintoxicación; en el tercer nivel ya se inicia como tal la aplicación de la evaluación *(screening)* sistemática de todas las personas que acuden a distintos tipos de servicios, realizando una intervención breve cuando el caso se considere positivo; en el cuarto nivel se inicia tratamiento específico a las personas drogodependientes (*case management* o gestión de casos); quinto nivel se desarrollan distintas técnicas de terapia breve en el seguimiento de aquellos pacientes que hubieran recibido un tratamiento específico; ya en el sexto nivel se realizan intervenciones más complejas, dirigidas a subgrupos de pacientes (menores, mujeres, etc.) previamente evaluados, para los que fuera más apropiado (1).

Criterios de ASAM

Los criterios ASAM identifican seis áreas de evaluación (dimensiones) como los más importantes en la formulación de un plan de tratamiento individualizado y en la toma de decisiones sobre la colocación de los pacientes posteriores, se pone mayor énfasis en la recuperación y evaluaciones centradas en la persona basados en las fortalezas y los servicios, una evaluación multidimensional debe abordar no sólo las necesidades del

CONFIDENCIAL

paciente, obstáculos y pasivos, sino también sus fortalezas, habilidades, recursos y apoyos para promover la recuperación (2).

Estos criterios funcionan mejor cuando los individuos son evaluados de forma independiente en cada dimensión y también en términos de la interacción entre las dimensiones; las evaluaciones son más precisas cuando se tienen en cuenta todos los factores (dimensiones) que afectan a la receptividad y la capacidad de participar en el tratamiento en un punto determinado en el tiempo de cada individuo(2).

Niveles de atención ASAM

Desde la primera edición de ASAM, en 1991 (3), han indicado consistentemente que la duración del tratamiento varía con la gravedad de la enfermedad y del individuo o de su respuesta al tratamiento. Por lo tanto, los programas de duración de tratamiento fijo no son consistentes con el tratamiento individualizado, centrado en la persona, y el resultado.

El proceso de evaluación para el servicio continuo o transferencia / descarga es la misma que la de admisión, y la nueva evaluación de la gravedad multidimensional para determinar las prioridades de tratamiento, la intensidad de los servicios necesarios, y la decisión sobre el nivel actual de la atención. Las decisiones relativas a la prosecución de servicios, transferencia o descarga de implicar la revisión del plan de tratamiento y la evaluación de la evolución del paciente, es decir, que requieren el mismo tipo de proceso de evaluación multidimensional que dio lugar a la admisión en el nivel actual de la atención (4).

ASAM conceptualiza como un continuo tratamiento marcado por cinco niveles básicos de atención, enumerados con números arábigos de los niveles de 0.5 a través de nivel 4, por lo tanto, los criterios de ASAM proporcionan el campo de la adicción con una nomenclatura para describir el continuo de servicios de adicción.

Nivel 0.5: la intervención temprana

Nivel 1: servicios de consulta externa

Nivel 2: / servicios de hospitalización parcial para pacientes ambulatorios intensivos

Nivel 3: residencial / servicios para pacientes hospitalizados

Nivel 4: servicios de hospitalización con tratamiento no intensivos

CONFIDENCIAL

Dentro de cada nivel, un número decimal (que varía de 0,1 a 0,9) expresa gradaciones de intensidad dentro de los niveles existentes de cuidado, esta estructura permite una mayor precisión de la descripción y una mayor fiabilidad entre evaluadores, centrándose en cinco grandes niveles de atención, por lo tanto, los criterios de ASAM describen gradaciones dentro de cada nivel de atención, también hay cinco niveles de control de la abstinencia en los criterios de adultos para permitir un proceso ininterrumpido de control de la abstinencia, en lugar de un énfasis predominantemente intensiva y costosa de retirada de gestión hospitalaria aguda o subaguda (4).

A medida que el paciente se mueve a través del tratamiento en cualquier nivel de atención, se debe evaluar continuamente su progreso en las seis dimensiones, dicha evaluación multidimensional garantiza un tratamiento integral. En el proceso de evaluación del paciente, ciertos problemas y prioridades se identifican como justificación de admisión a un determinado nivel de atención, la resolución de estos problemas y prioridades determina cuando un paciente se puede transferir a un nivel diferente de atención o cuando debe ser dado de alta del tratamiento, la aparición de nuevos problemas puede requerir servicios que se pueden proporcionar de manera efectiva en el mismo nivel de atención o requerir un nivel más o menos intensivo de atención (5).

Cada vez que se evalúa la respuesta del paciente al tratamiento, incluyendo cuando se alcanza la decisión de transferir al paciente a otro nivel de atención o hacia un diferente tipo de tratamiento o hacia mantenimiento de cuidado, se identifican nuevas prioridades para la recuperación, la intensidad de las estrategias incorporadas en el plan de tratamiento ayuda a determinar el nivel más eficiente y eficaz de atención que puede proporcionar de forma segura el cuidado articulado en el plan de tratamiento individualizado. Los pacientes pueden, sin embargo, empeorar o no mejorar en un determinado nivel de atención o con un determinado tipo de programa, cuando esto sucede, los cambios en el nivel de atención o programa deben basarse en una nueva evaluación del plan de tratamiento, con modificaciones para lograr una mejor respuesta terapéutica (6).

Cuatro importantes misiones son la base de los criterios ASAM para que los pacientes puedan recibir la más alta calidad de los servicios de tratamiento; fomentar el desarrollo

CONFIDENCIAL

de una amplia gama de servicios; promover el uso eficaz y eficiente de los recursos de atención para ayudar a proteger el acceso y la financiación de la asistencia. El uso de los criterios de ubicación en la planificación del tratamiento constituye en este sentido durante más de un proceso de gestión de revisión de la utilización del caso (4).

Aplicar eficazmente, los Criterios ASAM puede ayudar a los pacientes en recibir mucho mayores longitudes de atención profesional con los mismos o menos recursos que se invierten ahora en sólo uno o dos niveles de atención.

La aplicación efectiva de los Criterios ASAM requerirá un cambio de pensamiento hacia el manejo de casos impulsado por los resultados. Una variedad de agencias de tratamiento tendrá que hacer este cambio, incluyendo las agencias reguladoras, personal clínico y médico, y fuentes de referencia, tales como cortes, oficiales de libertad condicional, servicios de protección infantil, empleadores y los profesionales de asistencia a los empleados. Los criterios ASAM ofrecen un sistema para mejorar la atención colaborativa centrada en el paciente a través de la utilización de la evaluación multidimensional y la planificación del tratamiento que permite una evaluación más objetiva de los resultados del paciente. Con la mejora de las decisiones de tratamiento de conducción de análisis de resultados, el problema del acceso a la atención y la financiación del tratamiento pueden ser defendidos con mayor eficacia (2).

Recomendaciones y conclusiones de la validación de expertos - Colombia

El Modelo de Atención Integral al Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia es el resultado de un ejercicio de investigación científica basado en la evidencia, el cual requirió para los hallazgos con evidencia baja, una validación por consenso de expertos la cual se realizó los días 27 y 28 de octubre del 2016, a continuación se presentan las recomendaciones y conclusiones sobre intervenciones breves que resultaron de dicha validación:

Recomendación 1

Se recomienda la utilización de los criterios ASAM para la colocación de pacientes en el nivel de atención correspondiente de acuerdo con la valoración realizada. Los criterios proporcionan una nomenclatura para describir el continuo de servicios tratamiento para la adicción, como sigue:

CONFIDENCIAL

Nivel 0.5: La intervención temprana

Nivel 1: Servicios de consulta externa

Nivel 2: Servicios ambulatorios intensivos/ hospitalización parcial Nivel 3: Residencial / servicios para pacientes hospitalizados

Nivel 4: Servicios de hospitalización con tratamiento médico intensivo

[Consenso de expertos (Apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

El consenso de expertos propuso validarla sin modificación teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- También se refiere que en la 0‘5 le da vida a la intervención temprana.
- Los niveles de intensidad de intervención no se refiere a la modalidad de tratamiento.
- Se recomienda que en la PIC se debe incluir los criterios y que en la ruta debe quedar claro cómo llega, en las puertas de entrada no es tenido siempre en cuenta.
- Es importante dar la continuidad del tratamiento y se deben respetar los parámetros del modelo.
- Se debe tener en cuenta la intervención temprana en los sitios de atención primaria.
- En cuanto a las modalidades, existen unos ámbitos a tener en cuenta y además las herramientas de intervenciones según los niveles de ASAM.
- Se manifiesta preocupación sobre dónde están las indicaciones de ingreso cada tratamiento.
- Es necesaria la ruta para ingreso a heroína.
- Se recomienda que debe quedar como recomendaciones la elaboración de una guía para el perfil para el ingreso a cada nivel de atención y para esto tiene que haber un modelo.
- Se identifica una brecha administrativa, relacionada con el traslado de una embarazada de un servicio a otro.

CONFIDENCIAL

- Se debe dejar como recomendación el costeo posterior para codificación de servicios y para los CUPS; o que el servicio tenga unas intervenciones.
- En cuanto a la facturación del modelo, aunque es importante se debe poner en continuo con las EPS.
- Dentro de la recomendaciones, 6 deben ser cambiar continua a periódicamente.
- Se debe trabajar con metas y no por resultados.
- No deben quedar los retrocesos como fracaso del proceso.

Recomendación 2

Se recomienda la ubicación de los pacientes de acuerdo con lo estipulado en la valoración profunda en alguno de los ámbitos de tratamiento, enumerados a continuación:

1. Tratamiento hospitalario.
2. Tratamiento residencial.
3. Tratamiento ambulatorio intensivo.
4. Tratamiento ambulatorio.

[Consenso de expertos (Apoyado en literatura basada en estudios)] (7)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 3

Se recomienda una atención continua prestada ya sea por uno o varios proveedores, que debe contar con las siguientes características:

a) La transferencia sin problemas entre los niveles de atención.
b) La congruencia filosófica entre los diversos proveedores de atención.
c) LLa llegada oportuna de la historia clínica del paciente al siguiente proveedor.

CONFIDENCIAL

[Consenso de expertos (Apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 4

Los profesionales que toman las decisiones de colocación de pacientes en los diversos niveles de atención deben complementar los criterios ASAM con su juicio clínico propio, su conocimiento del paciente, y su conocimiento de los recursos disponibles.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 5

Los pacientes pueden ser reclasificados en función de sus necesidades, nivel progreso y respuesta al tratamiento.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 6

A medida que el paciente avanza en el tratamiento en cualquier nivel de atención, se debe evaluar periódicamente su progreso en las seis dimensiones (ASAM).

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

CONFIDENCIAL

Recomendación 7

Los pacientes deben ser reclasificados en función de sus necesidades, nivel progreso y de respuesta al tratamiento.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 8

En los casos en los que los pacientes empeoran o no mejoran en un determinado nivel de atención o con un determinado tipo de programa se deben hacer cambios en el nivel de atención y los programas deben basarse en una nueva evaluación del plan de tratamiento, con modificaciones para lograr una mejor respuesta terapéutica.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (4)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

Recomendación 9

Si se presenta falta de respuesta o recaída, el movimiento no está siempre en la dirección del cuidado de menor intensidad a un ambiente más restrictivo.

[Consenso de expertos (apoyado en literatura basada en estudios)] (7)

De acuerdo con el análisis estadístico llevado a cabo en la validación por consensos formales, esta recomendación queda incluida por consenso de expertos en primera vuelta, con un consolidado del 100% alcanzado. No se incluyen modificaciones.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Abuso_de_drogas-Tratamiento_y_rehabilitacion.pdf [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co/pdfs/estrategias-y-programas/tratamiento/Abuso_de_drogas-Tratamiento_y_rehabilitacion.pdf

2. The ASAM Principles of Addiction Medicine [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.asam.org/quality-practice/essential-textbooks/principles-of-addiction-medicine

3. Mee-Lee D, Gastfriend DR. Patient Placement Criteria. En: The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2014 [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://psychiatryonline.org/doi/ref/10.1176/appi.books.9781615370030.mg08

4. Marc Fishman. Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching. En: The ASAM Principles of Addiction Medicine. 2014.

5. Kleber HD, Weiss RD, Anton RFJ, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. abril de 2007;164(4 Suppl):5-123.

6. Galanter M, Kleber HD, Brady K. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Pub; 2014. 982 p.

7. TIP 24: Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians|SAMHSA [Internet]. 2008 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://store.samhsa.gov/product/TIP-24-Guide-to-Substance-Abuse-Services-for-Primary-Care-Clinicians/SMA08-4075

CONFIDENCIAL

Contenido Sección VIII

Análisis de brechas análisis del marco normativo y los modelos de tratamiento existentes y la armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS 608

De la noción de brecha……609

Brechas en salud……612

Identificación de brechas para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas……613

Dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud 613

Portafolio de servicios ajustados al POS 614

Forma de financiamiento del modelo 616

Ruta de atención y articulación con las redes de servicios sectoriales e intersectoriales 617

Identificación de brechas en armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS 619

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud. 600

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud. 602

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano. 604

Brechas relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS. 605

Brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país. 606

Referencias ……607

CONFIDENCIAL

SECCIÓN VIII

Análisis de brechas análisis del marco normativo y los modelos de tratamiento existentes y la armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

Esta sección da cuenta de la noción de brecha, de la definición de brechas en salud, y describe los hallazgos identificados en materia normativa con respecto a los resultados del Modelo Nacional de Atención Integral el uso de Sustancias Psicoactivas y el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

De la noción de brecha

El concepto de brecha se enmarca en la noción de "desarrollo"; en la historia mundial, se han formulado diversas teorías del desarrollo[64] de acuerdo con el contexto político, económico y social de cada momento y de cada región; es menester encuadrar algunas concepciones que permitan comprender la noción de brecha, por lo cual a continuación se presenta de manera resumida la conceptualización de desarrollo de acuerdo con las teorías.

La teoría de la modernización[65] tiene lugar en el periodo inmediato a la primera guerra mundial, la emergencia de Estados Unidos como potencia económica y la noción del mundo dividido en dos ideologías (capitalista - comunista); pensar en la modernización[66] del Estado es pensar en que el desarrollo se comprenda en términos económicos a partir de la modificación del modelo de producción y de las instituciones

[64] Las teorías con mayor trascendencia son: la teoría de la modernización, teoría de la dependencia, teoría de los sistemas mundiales y la teoría de la globalización.

[65] La teoría de la modernización tomó fuerza en las décadas del 50 y el 60. Los principales precursores de esta teoría son: Walt Whitman Rostow, George Marshall y Abraham Masllow.

[66] Entre los principales aspectos de modernización del Estado está: el uso de técnicas y tecnologías que generan mayor productividad, democratización, reducción de burocracia bajo el principio de eficiencia, financiación mixta de servicios públicos, privatización, entre otros.

CONFIDENCIAL

políticas; en esta noción se pasa de una sociedad tradicional a una moderna; hay unos países de primer mundo, unos de segundo mundo y otros de tercer mundo, el desarrollo se mide en términos de acumulación de capital.

La teoría de la dependencia[67] ha indicado que unos países dependan de otros para alcanzar la acumulación económica y desarrollo; internamente, un Estado desarrollado debe garantizar el posicionamiento del sector industrial, incrementar el salario de los trabajadores para ganar mayor productividad, generar mayor demanda económica interna, y que el rol del gobernante esté al servicio eficiente del aumento de ingresos; esta teoría es la que posiciona la discursiva del "subdesarrollo". Uno de los principales postulados de esta teoría es que hay un intercambio desigual entre países, porque los precios de los productos manufacturados son altos, mientras los productores de los países subdesarrollados no están organizados para la competencia económica; con estos postulados, lo que propone la teoría, es que se acelere la industrialización de América Latina, que haya una intervención activa del Estado en la economía y que haya integración regional de pequeños mercados.

La teoría de la globalización[68] tiene como escenario central la escala mundial, no solamente se refiere al desarrollo económico, sino que en sus postulados plantea la globalidad y expansión de los medios de comunicación y como esto afecta la conducta social e incluso logra incidir en la cultura del consumo mundial, analiza la expansión de las tecnologías y el uso global de la información. Esta teoría coincide en algunos preceptos con la teoría de la modernización, por ejemplo que el desarrollo es de acumulación pero en el marco de mercados globales, industrialización global, expansión de tecnología a escala mundial, en esta perspectiva los modelos de desarrollo están en países de Europa Industrializados y en el modelo Económico de Estados Unidos. Así,

CONFIDENCIAL

[67] Referentes de esta teoría: CEPAL, Raúl Prebisch, Andre Gunder, Theotonio Dos Santos, Enrique Cardoso, Edelberto Torres Rivas, Samir Amín. La teoría de la dependencia tuvo gran auge en la década de los 50. La corriente epistemológica de esta teoría es el neomarxismo combinado con la teoría Keynesiana.

[68] Algunos analistas de esta teoría son: Peter Sloterdijk, Gilberto Giménez, Oswaldo Sunckel.

los países que no están en los primeros lugares de producción, de expansión de las comunicaciones y del consumo global, aún no son desarrollados.

En general, las teorías del desarrollo señaladas anteriormente, se han centrado en la "superación" de las desigualdades con relación a la acumulación del capital. Con base en las desigualdades, se han forjado otras teorías que buscan superarlas; entre ellas la teoría del desarrollo a escala humana, la teoría de desarrollo humano, las teorías de desarrollo sustentable y de desarrollo sostenible. Se ha interpretado que el desarrollo debe centrarse en el mejoramiento de condiciones de vida, y si hay mejoramiento es porque la situación de las personas no está bien de cara a los paradigmas del desarrollo que se han propuesto en el mundo durante el desarrollo de las sociedades modernas[69]. A la luz de ese mejoramiento, diferentes centros de pensamiento han llevado a cabo diversas investigaciones relacionadas con los problemas sociales y económicos de los países del tercer mundo, de los países en vía de desarrollo y de los países subdesarrollados; estos han puesto de manifiesto la conceptualización de "brecha", esta conceptualización ha sido utilizada para analizar categorías como: niveles de desarrollo, gasto social, perfil de pobreza y sus indicadores, distribución económica, aspectos relacionados con el bienestar, necesidades humanas, derechos humanos. En la mayoría de estudios, se asemeja el concepto de brecha a la distribución del ingreso, al concepto de desigualdad y su medición[70], esto se identifica principalmente en las investigaciones relacionadas con pobreza y desarrollo económico. En materia de políticas públicas y programas estatales, también se ha usado el término brecha para analizar contextos de reestructuración, desigualdades, inequidad, focalización, priorización, subsidiariedad, participación ciudadana, acciones positivas de derecho. En análisis sectoriales de política pública, el concepto de brecha se ha asimilado también como una situación problemática y relevante de atención.

[69] Es decir después de la alta edad media y con el surgimiento del Estado Moderno, y el desarrollo del capitalismo, que al mismo tiempo fue la cuna de las ideologías de los Derechos del Hombre.

[70] Por ejemplo, la brecha de pobreza, que se obtiene calculando la diferencia que existe entre el ingreso de los pobres y la línea de pobreza (como proporción de la línea de pobreza). La brecha de pobreza también se calcula como el ingreso per cápita al que debería contribuir cada miembro de la sociedad para erradicar la pobreza.

CONFIDENCIAL

En general la noción de brecha ligada al concepto de desarrollo se refiere a una diferencia o una ruptura entre lo que es y el deber ser, que tiene una connotación de análisis relacionada con situaciones problemáticas a resolver, para el caso del Modelo de Atención Integral para el uso de Sustancias Psicoactivas, principalmente se refiere a las rupturas[71] (Corominas, 1973) posibles del derecho a la salud de las personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

Brechas en salud

Para la comprensión de las brechas en salud se parte del significado de la equidad en salud, tal y como lo plantean Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006), que señala que la equidad en salud está íntimamente relacionada con las posturas conceptuales de derechos humanos, retomando las aproximaciones hechas por la OMS, desde 1940 hasta las resoluciones del siglo XXI (World Health Organization Europe. Whitehead, M., y Dahlgren, G., 2006).

En términos de la definición de salud, en 1946 la OMS expresaba que "el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (World Health Organization Europe. Whitehead, M., y Dahlgren, G., 2006).

Desde este contexto, la equidad en salud es un concepto que implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales (2).

En tal sentido y teniendo en cuenta estas definiciones se puede entender que las medidas dirigidas a la promoción de la equidad social en la salud, deben generar oportunidades y eliminación de barreras, es decir eliminar brechas para que todas las personas alcancen

[71] A grosso modo, y según Corominas, J. (1973) la palabra brecha deriva del griego que significa 'roto', en tanto para otros proviene del francés brèche, que a su vez deriva del fráncico breka 'roto', 'hendidura', hermano del neerlandés breken, de igual significado, del alemán brechen 'romper' y del italiano breccia 'piedra rota'.

CONFIDENCIAL

el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas. Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos (World Health Organization Europe. Whitehead, M., y Dahlgren, G., 2006).

Entiéndase en este contexto, por inequidad el conjunto de "diferencias sistemáticas en el estado de salud y en la atención de la salud recibidas por grupos de población debidas a factores sociales, económicos, culturales y/o por el diferente acceso, utilización, calidad y financiamiento de los servicios de atención de la salud" (Paganini, 2006).

Identificación de brechas para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas

En el marco de la investigación del modelo de atención integral para el de sustancias psicoactivas se identificaron brechas relacionadas con el portafolio de servicios ajustados al POS, la forma de financiamiento del modelo y las redes de servicios sectoriales e intersectoriales, que se presentan a continuación.

Dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el planteamiento que el Ministerio de Salud y Protección Social hace a partir del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS en el año 2015 en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, presenta un análisis de las dificultades del Sistema General de Seguridad en Salud - SGSSS, en el marco de la oferta de los servicios, identificando las siguientes dificultades:

- El sistema está enfocado más en la enfermedad que en la salud.
- Alta carga de la enfermedad.
- Inequidades en salud, regionales y poblacionales.
- Fragmentación, desintegración en la atención.
- Poca resolutividad en los niveles primarios.
- Falla del mercado, incentivos negativos entre los agentes.

CONFIDENCIAL

- Falla regulatoria.
- Desafíos de sostenibilidad financiera.
- Desconfianza y deshonestidad entre los agentes (Ministerio de Salud y Protección Social., 2015).

Estas dificultades identificadas en la oferta de servicios de salud se traspasan hacia los servicios relacionados con el tratamiento integral del consumo de sustancias psicoactivas existentes en el país, por tanto el modelo de atención integral para el uso del consumo de SPA, debe tenerlas en cuenta para minimizar o mitigar los efectos cuando se presenten, ya que muchas de ellas obedecen a determinantes sociales estructurales, que están por fuera del alcance de dicho modelo.

Portafolio de servicios ajustados al POS

Como punto de partida se tiene en cuenta las definiciones frente al significado de un portafolio de servicios, en el entendido de que se constituye en un documento en el cual una compañía, empresa, o entidad, entre otros, describe de manera detallada las características de la oferta comercial o de servicios con la cual cuenta. El portafolio se caracteriza porque está dirigido a clientes, posibles socios comerciales, proveedores, prestadores, aseguradores, etc.

En estos términos, un portafolio de servicios de salud para el tratamiento del consumo de SPA para Colombia, constituye un verdadero reto y no se refiere exclusivamente a un documento como tal, sino a la posibilidad de que el país a través de la oferta de servicios disponible, brinde una atención integral de acuerdo a las necesidades en salud relacionadas con el consumo de SPA identificadas particularmente en cada uno de los territorios del país.

En este sentido se propone que el portafolio de servicios para la atención integral en el consumo de SPA sea un ejercicio que inicie desde los territorios teniendo en cuenta las necesidades y realidades identificadas en los mismos, la oferta disponible, las rutas de atención y redes de servicios de salud existentes. Sin embargo sí existen elementos

CONFIDENCIAL

comunes que se deben tener en cuenta para la elaboración y puesta en marcha de los portafolios de servicios; estos son:

- La Ley 1438 de 2011 del Senado de la República, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Específicamente en lo relacionado con el artículo 65 que menciona que la atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental (Colombia, 2011).
- La Resolución 429 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, que adopta la Política de Atención Integral en Salud, que en su marco estratégico se fundamenta en la atención primaria en salud - APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En este contexto se articula el enfoque de integralidad en la atención en salud.
- La Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios. En esta resolución se especifican los requerimientos para los servicios de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- La Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. En el capítulo VI de esta resolución se detallan las atenciones en salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Adicionalmente, es necesario que para el diseño de un portafolio de servicios se tenga en cuenta que los Criterios de ASSAM reiteran la importancia de asegurar un tratamiento individualizado, y señalan que hay al menos tres formas para determinar si un programa es eficiente en proporcionar un tratamiento individualizado de verdad (Mee - Lee).

CONFIDENCIAL

Forma de financiamiento del modelo

El modelo se financia a través las fuentes definidas para el SGSSS en torno a la prestación de los servicios de salud. En este sentido el Modelo Integral de Atención en Salud para el Tratamiento del Consumo de SPA, no plantea fuentes diferentes.

En este contexto, se parte desde el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA–, el cual fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, como una cuenta propia adscrita al Ministerio de Salud, que tiene a cargo los recursos que financian y/o cofinancian el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

En este contexto, la Ley 100 de 1993 en su artículo 219 estructuró dicho fondo a partir de las siguientes subcuentas:

1. Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo
2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud
3. Subcuenta de Promoción de la Salud
4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley.

Posteriormente, a partir de la puesta en vigencia del Decreto Ley 4107 de 2011 en el artículo 41, creó la Subcuenta de Garantías para la Salud, en la cual además se señala la destinación de recursos que generen cada una de las subcuentas del FOSYGA.

Cada una de las Subcuentas que integran el mencionado fondo, tiene definido por ley las fuentes y usos de los recursos, así:

a) Subcuenta de Compensación para el Régimen Contributivo;
b) Subcuenta de Solidaridad para el Régimen Subsidiado;
c) Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito –ECAT– para atención de accidentes de tránsito, eventos catastróficos, catástrofes naturales y atención en salud a la población desplazada;
d) Subcuenta de Promoción para Programas de Promoción y Prevención en Salud;

CONFIDENCIAL

e) Subcuenta de Garantías para la Salud con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud.

Ruta de atención y articulación con las redes de servicios sectoriales e intersectoriales

El Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, establece que las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS se constituyen en una herramienta que pretende fortalecer el acceso a los servicios de salud en el país, generando además unas funciones y responsabilidades a todos los actores del sistema de salud, que a su vez se vea reflejado en unas condiciones que aseguren la integralidad en la atención en salud, incluyendo además las acciones de cuidado que se esperan en las transformaciones de los individuos y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El MSPS especifica las RIAS como una herramienta que define, a los agentes del sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En términos de la atención integral en salud y la respuesta del sistema, el MSPS ha planteado tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud:

1. **Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:** Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el

CONFIDENCIAL

propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Gráfica Nº 1: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

Fuente: Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS del MSPS, Febrero 2016.

2. Ruta de grupo de riesgo: Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Gráfica Nº 2: Ruta Integral de Atención para Grupos de Riesgo

Fuente: Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS del MSPS, Febrero 2016.

3. **Ruta específica de atención:** esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Gráfica Nº 3: Ruta integral de atención específica

Fuente: Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS del MSPS, Febrero 2016.

En este sentido y en consonancia del reconocimiento del consumo de SPA como un problema que integra diferentes esferas del ser humano: social, político, cultural, económico, entre otros, se entiende que desde el sector salud es necesario que la respuesta que se pueda dar en torno a la prestación de los servicios específicos pueda articularse con la respuesta de otros sectores y actores sociales, por tanto se propone la activación de una cuarta ruta denominada: **Ruta de gestión y articulación intersectorial.**

Esta ruta implica todas aquellas acciones de gestión y articulación con otros sectores tanto de la administración pública, el sector privado y la comunidad, que de acuerdo a la realidad territorial se consideren necesarias para potenciar la respuesta.

Identificación de brechas en armonización de los resultados del análisis con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

El ejercicio de identificación de brechas en relación con el SGSSS y específicamente con las implicaciones que puede tener la propuesta del modelo de atención integral para el uso de SPA para Colombia, se presentan recomendaciones que se puedan implementar por parte del MSPS.

CONFIDENCIAL

A partir del ejercicio de identificación de brechas relacionadas con el Modelo de Tratamiento al Consumo de SPA para Colombia y del ejercicio de validación del mismo realizado el 27 y 28 de octubre de 2016 con los expertos del país, se proponen recomendaciones en torno a la normatividad, a la oferta de servicios, a la disponibilidad y cualificación del talento humano, la disponibilidad de medicamentos y la necesidad de formular estudios con evidencia científica en el país.

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud.

- Para que haya un continuo en la implementación del modelo, el proceso posterior a la elaboración del mismo debe incluir las rutas específicas para trastornos mentales relacionados con el consumo de SPA - comorbilidad, diagnóstico dual, desintoxicación y manejo de síndromes de abstinencia.
- Los actores del modelo en todos los niveles de la prestación, deben hacer un pleno reconocimiento y apropiación de la ruta integral de atención: trastornos asociados al uso de SPA, en el entendido que este es el insumo general para la implementación del modelo nacional de atención integral al consumo de SPA en Colombia.
- La respuesta en salud debe incluir la activación de la ruta de gestión (esta se refiere a la ruta de trastornos asociados al uso de SPA) y articulación intersectorial en el territorio, que a su vez debe tener en cuenta las redes de prestación de servicios integradas, la ruta de restitución de derechos y los planteamientos del MIAS y la normatividad asociada.
- El MSPS debe realizar un amplio despliegue en términos de fortalecer la asesoría y asistencia técnica a los entes territoriales y demás actores a cargo de la implementación del modelo, en los temas relacionados con cada hito de la ruta y en los temas específicos que el modelo plantee.
- Se debe tener en cuenta que uno de los pilares de este modelo se plantea desde la atención primaria en salud y por tanto la implementación y respuestas generadas desde el sector deben tener esta misma coherencia, en tal sentido la conformación de los equipos de atención primaria en salud deben hacerse de acuerdo a las recomendaciones sugeridas por el modelo.

CONFIDENCIAL

- El diseño de planes de tratamiento debe ser individualizado, por tanto los programas se deben acoplar a las necesidades de cada paciente y no a las necesidades o sugerencias del operador.
- En la implementación del modelo es necesario tener en cuenta que el tamizaje y la atención temprana de factores de riesgo se incluyan para la prestación de un servicio integral, no solamente con acciones desde el PIC, sino también desde lo clínico; por tanto no solo se deben incluir las personas que estén en consumo activo sino también aquellas que tengan factores de riesgo que puedan conllevar al consumo de SPA, por ejemplo las personas con trastorno de déficit de atención e hiperactividad o los trastornos de aprendizaje entre otros.
- En cuanto al abordaje adecuado de los trastornos por patología dual, intoxicaciones y síndrome de abstinencia y desintoxicación por cada SPA, el MSPS debe tener en cuenta que es necesario la elaboración de guías de práctica clínica relacionadas con estos temas, para que puedan ser articulados de la mejor manera en la ruta de atención.
- Desde el equipo de expertos se plantea la posibilidad de implementar una consulta específica o dedicada únicamente a la atención en trastornos por consumo de sustancias - farmacodependencia, en el sentido que el MSPS debe realizar el análisis de la inclusión de este criterio desde la normatividad vigente.
- Para que el modelo genere mayor impacto en el país, es importante fortalecer la investigación en todos los temas relacionados con el consumo de sustancias desde las instituciones y la academia.
- En la generación de planes de tratamiento se llegó al consenso por parte de los expertos que los planes de seguimiento deben tener una duración de mínimo un año, de acuerdo a las recomendaciones seleccionadas en la elaboración del modelo.
- Se destaca también la necesidad de revisar el marco legal y normativo en términos laborales en el país que ha hecho que los profesionales de la salud estén sujetos a la productividad máxima a unos costos mínimos, por tanto se plantea realizar una revisión minuciosa del tema en términos de encontrar puntos de equilibrio que tengan en cuenta los derechos laborales de los trabajadores de la salud.

CONFIDENCIAL

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud

- El modelo acorde con la tendencia mundial, en términos de la prestación de los servicios está enfocado en la mayoría de los casos en una atención ambulatoria, lo cual se traduce en términos de un mayor indicador de costo efectividad, ya que se disminuirían los costos que implicaría el manejo residencial o internado.
- Dentro de lo recomendado por los expertos, es necesario que algunas intervenciones de tamizaje, diagnóstico y terapéuticas del tratamiento no se repitan de un operador a otro y que además sea posible un tratamiento que tenga articulación entre los operadores para que haya un continuo en el tiempo. De ser posible, debe haber un gestor encargado de monitorear que los objetivos del plan de tratamiento se cumplan independientemente de los operadores.
- Se debe tener interlocución directa con las EPS en el sentido de eliminar las barreras de acceso en la definición de los planes de tratamiento, de tal manera que una vez valorado y diagnosticado integralmente el paciente, se debe enviar a la modalidad de tratamiento a la cual el equipo multidisciplinario de acuerdo a su criterio técnico recomendó.
- De acuerdo a las responsabilidades de los prestadores y administradores, deben fortalecerse los mecanismos de participación en salud para los usuarios, en los cuales deben incluir las estrategias de capacitación y divulgación de los servicios prestados por la red, entre los cuales se debe incluir los servicios de atención por trastornos por consumo de SPA.
- Se recomienda que los prestadores fortalezcan las intervenciones relacionadas con el consumo de SPA, para disminuir las brechas identificadas por desconocimiento en la prestación de sus servicios, entre ellas las brechas administrativas.
- En este mismo sentido se identifica que existe una brecha administrativa en la cual prima el costo de un tratamiento o medicamento sobre la salud del paciente y la prestación de los servicios con calidad, lo cual está sujeto a que en el SGSSS le está dando más peso el modelo económico en el cual es más importante la ganancia financiera que la ganancia social. Se reportan casos en los cuales cuando se formula un medicamento NO POS que está indicado pero representa un alto costo para el prestador, a pesar de que se puede realizar el recobro al Fosyga, desde lo administrativo y

CONFIDENCIAL

gerencial se percibe como un costo. En este sentido no existe coherencia con el concepto de salud que debe ser universal en el sistema, por tanto es necesario recordar que la calidad siempre debe estar primando sobre los intereses financieros de las EPS.

- Hay otra brecha relacionada con la atención y prestación de los servicios de salud y está relacionada con que las EPS operan a partir de convenios y por tanto pese a que desde lo asistencial se remita al paciente hacia una ruta determinada, el paciente en muchas ocasiones es restringido en su atención pues si no existe un convenio de por medio la ruta no opera; los pacientes y sus familias se pasan de convenio en convenio; y estos son más baratos en términos financieros.
- De otro lado, desde la misma prestación de servicios y atención de los pacientes se debe trabajar más por tener articulación con lo administrativo y gerencial, en torno a dar a entender que las patologías relacionadas con el consumo de SPA requieren tratamientos que obedecen a enfermedades de alto costo, para que se tome consciencia de la dimensión e implicaciones que representa el intervenir estos pacientes.
- Se identifica también una brecha enorme entre el PIC y el POS, ya que actualmente la prestación de los servicios no es articulada ni complementaria tal y como está planteada, lo cual ha hecho que la atención no sea adecuada y que además represente barreras de acceso para los pacientes.
- Se identifica la necesidad de trabajar más fuerte desde la educación enfocada con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el enfoque de riesgo, que conlleve a intervenir no solamente a los pacientes que consumen sino también a sus familias que en ocasiones también son consumidores y aquellos que por sus riesgos son potencialmente consumidores.
- Se hace también un llamado al MSPS y la Supersalud en torno al papel que deben cumplir en la verificación de los requisitos mínimos para la prestación de los servicios, pues actualmente se identifica que algunos centros de rehabilitación no tienen ningún tipo de reglamentación. Se reportan casos de pacientes con problemas de adicción consultan esos lugares y no se adhieren a estos tratamientos, cuestionándose la calidad de los mismos.
- En este mismo sentido también se cuestiona el papel que están cumpliendo los entes territoriales como rectores de la salud en los territorios ya que no cuentan con las

CONFIDENCIAL

herramientas suficientes para hacer la supervisión de la calidad y prestación de los servicios de salud. Se hace el llamado al MSPS para la revisión del tema y también el papel de la Supersalud en los territorios.

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano

- El modelo implica que desde el MSPS se promueva una estrategia de capacitación al talento humano, en los temas definidos sobre todo en los relacionados con la atención primaria en salud en relación con el trastorno por el consumo de SPA.
- El MSPS debe hacer la gestión con la academia (incluidas universidades, organizaciones como ASCOFAME y demás Asociaciones Académicas) para que se promueva la inclusión de una cátedra teórico práctica de farmacodependencia tanto en pregrado como en postrado dirigido a las diferentes profesiones que atienden a personas con problemas de consumo de SPA, para que las acciones de implementación del modelo sean más acordes con la realidad del país.
- Actualmente se identifica que hay un problema estructural relacionado con las condiciones de contratación del talento humano en el sistema de salud, presenta mucha inestabilidad porque los contratos de prestación de servicios en su mayoría representan gran inestabilidad, esto hace que el recurso humano tenga una rotación muy alta y no es posible consolidar procesos como el de la implementación de un modelo o ruta.
- Se identifica la necesidad de fortalecer las acciones de formación y capacitación en los servicios de atención por trastornos por consumo de SPA con todo el talento humano encargado de la atención de pacientes, en el sentido de dar a conocer la ruta y modelo y en este sentido poder evitar la exclusión y discriminación de los pacientes.
- De otro lado el mercado que está dirigido más hacia la formación del talento humano desde las especializaciones ha hecho que la disponibilidad del talento humano actualmente esté orientada hacia el postgrado, por tanto la formación en los pregrados cada vez es más débil y el mercado cada vez ofrece salarios más bajos y está sujeto a la atención de un determinado número de pacientes que son atendidos por profesionales mal pagos y con salarios a destajo, por lo tanto desde las instancias competentes se debería regular el costo del profesional con respecto a la calidad del servicio.

CONFIDENCIAL

Brechas Relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS

- El MSPS debe hacer gestión con el INVIMA y las EPS para revisar el tema de los medicamentos, ya que según los expertos hay muchas decisiones que vulneran el criterio médico, por lo tanto es necesario la participación de las sociedades científicas y la academia para la regulación de medicamentos, que incluya la interlocución con representantes de los profesionales en medicina.
- Los medicamentos para el tratamiento de los trastornos por consumo de SPA que se deben proponer para incluir como POS desde el MSPS son los que fueron recomendados por el modelo y validados por el consenso de expertos, sin embargo no se debe desestimar la posibilidad de añadir otros medicamentos que también son usados para el tratamiento de consumo de SPA, que son los siguientes: N- acetil cisteína, Modafanil, Baclofen, Vigabatrina, Bupropión, Vareniclina, Aripiprazol, Risperidona, Gabapentín, Buspirona, Dexmetomidina, Terapia de sustitución de nicotina (parches, chicles y comprimidos) y Quetiapina entre otros.
- Se identifica una brecha relacionada con el uso y disponibilidad de los medicamentos, ya que por un lado están algunas indicaciones del INVIMA que restringen la utilización del algunos medicamentos para su uso en trastornos por consumo de SPA, por otro lado la intervención farmacológica está limitada porque hay muchos medicamentos que son NO POS y por tanto muchos pacientes no pueden tener acceso al tratamiento.
- Se identifica por el equipo de expertos una brecha en la prestación de los servicios, relacionada con la calidad del servicio, en la cual el criterio médico especializado se ha remplazado por el criterio de cualquier otro profesional incluido el personal administrativo. Esto ha hecho que estén primando los criterios financieros sobre el criterio médico. Por tanto se hace un llamado a que se entienda que la autorización de ciertos medicamentos no deben estar sujetos a un criterio administrativo.

CONFIDENCIAL

Brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país.

- Se debe propender por el fortalecimiento de las actividades de investigación científica; desde el MSPS se debería buscar una estrategia para que haya una reglamentación investigativa fortalecida en el país que permita avanzar en términos de que el país pueda dar cuenta de la evidencia a partir de la práctica.

CONFIDENCIAL

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1441 de 2013: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 5592 de 2015: Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dicta.*

3. World Healt Organization. (2015). *Global Burden of Disease Study.*

4. Aristizabal, J. (2016). *Plan Colombia y Política Antidroga de los Estados Unidos.* Medellín: Universidad de Antioquia.

5. Banco interaméricano de Desarrollo, Instituto Interaméricano para el Desarrollo. (2001). *Medición de las condiciones de vida.*

6. Centro de pensamiento estratégico, M. d. (s.f.). *Cuatro décadas de Guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo – beneficio Cesar Paez Centro de pensamiento estratégico, Ministerio de Relaciones Exteriores* . Recuperado el 12 de agosto de 2016, de Cuatro décadas de Guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo – beneficio: http://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/pensamiento_estrategico/documentos_sobre_region/d.Cuatro%20D%E9cadas%20de%20Guerra%20contra%20las%20Drogas%20Il%EDcitas%20Un%20Balance%20Costo%20-%20Beneficio%20-%20Agosto%202012%20-%20Cesar%20PAEZ.pdf

7. CEPAL. (2000). Recuperado el 15 de agosto de 2016, de Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Santiago de Chile, 2000: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/5621/lcl1431e.pdf

8. CEPAl. (2003). *La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL . Reseña de alkgunas lecturas pertinentes.* Santiago de Chile: División de Desarrollo Social, Unidad de Derechos Humanos. .

9. CEPAL, I. d. (2001). *prevenir en drogas:paradigmas, conceptos y criterios de intervención.* Santiago de Chile.

10. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, Rodrigo Uprimny , Sergio Chaparro, Luis Cruz. (s.f.). *http://www.drogasyderecho.org/pses/COLOMBIA_FORMATO.pdf.* (J. y. Centro de Estudios de Derecho, Ed.) Obtenido de http://www.drogasyderecho.org/pses/COLOMBIA_FORMATO.pdf.

11. Colombia. (1986). *Ley 30* .

12. Colombia. (1928). *Ley 118* .

13. Colombia. (1970). *Decreto 1136* .

CONFIDENCIAL

14. Colombia, Policía Antinarcóticos. (1992). *Balance de actividades policía Antinarcoticos.* Policía Antinarcoticos , Bogotá.

15. Colombia, R. d. (2011). *Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* Bogotá.

16. Colopmbia, O. d. (2008). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

17. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia . (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de Drogas en Colombia* . Bogotá.

18. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. . (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas.* Bogotá.

19. Comunidad Andina, U. E. (2009). *Estudio epidemiologico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria.*

20. Comunidad Andina, Unión Europea, Programa Antidrogas Ilícias de la Comunidad Andina. (2012). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria* . Informe Regional, 2012, Lima.

21. Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana.* Madrid: Editorial Gredos.

22. Crime, U. N. (2006). Recuperado el 25 de 10 de 2016, de Treatnet, international network of drig dependence treatment and rehabilation resources centres: www.unodc.org/treatnet

23. Ginsberg, A. (s.f.). *El consumo de drogas y la contracultura 1950-1960.* Obtenido de http://www.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/GuillenVJR/CapV.pdf: http://www.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/GuillenVJR/CapV.pdf

24. Heather N. (11 de 2008). Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase IV.

25. INBC. (2008). Obtenido de International Narcotics Control Board Report of the International Narcotics Control board for 2003 : http://www.incb.org/incb/annual_report_2003.htm

26. Lozano, A. (2008). *Aspectos sobre política pública, ejercicios e instrumentos para el análisis, Universidad Nacional de Colombia.* Bogotá.

27. Mathers BM, D. L. (2008). *the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use. The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs.*

28. Mee - Lee, D. y. (s.f.). De los Criterios de ASAM. Capítulo 27 .

CONFIDENCIAL

29. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios . (2004). *Diagnóstico Situacional Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia.* Bogotá.

30. Ministerio de Protección Social. (2004). *Guía practica de atención integral en farmacodependencia* . Bogotá.

31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014 -2021.*

32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá.

33. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud y se dictan otras disposiciones.*

34. Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. . (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas su Impacto.* . Bogotá .

35. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Presentación: Política Integral de Atención en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente.*

36. Observatorio de Drogas de colombia. (2015). *Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas En Colombia.* Bogotá.

37. Observatorio de Drogas de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho. (2015). *Reporte de Drogas en Colombia 2015.* Recuperado el 18 de 09 de 2016, de Reporte de Drogas de Coloimbia: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf

38. OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas, 2015.* Organización de los Estados Américanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Washington, D.C.

39. ONU, C. d. (2015). *Declaración de los resultados del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de drogas.*

40. Orejuela, M. d. (Julio-Diciembre de 2014 pp. 153). , Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología, 7*(2).

41. Organización de Estados Americanos OEA. (2014). *El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos.* Informe Preparado por la Secretaría General, para la 46 Asamblea General Extraordinaria de la Organización de los Estados Americanos , Secretaría General de la OEA, Guatemala.

CONFIDENCIAL

42. Organización de Naciones Unidas. (1998). Obtenido de Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/773/98/PDF/N9877398.pdf?OpenElement

43. Organization, W. H. (2011). *Global status report on alcohol and health.* . Geneva, Switzerland.

44. Organization., W. H. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco.* Geneva, Switzerland.

45. Paganini, J. (2006). *La Salud y la Equidad: Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción* . Panamá: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata. .

46. Pan American Healt Organization, Regional Office of the World Healt Organization. (2007). Recuperado el 31 de 10 de 2016, de Alcohol and Public Health in the Americas a case for action: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2834/Alcohol%20and%20Public%20Health%20in%20the%20Americas.pdf?sequence=2&isAllowed=y

47. Quintero S, P. I. (2013). Estrategias políticas para el tratamiento de las drogas ilegales en Colombia. . *Fac. Nac. Salud Pública, 31*(3), 110-117.

48. Rhenals, J. (2013). *El activismo judicial en el reconocimiento de los derechos fundamentales de los toxicómanos en Colombia.* Cartagena .

49. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (Junio de 2013). *World Drug Report 2012.* . Recuperado el 28 de 06 de 2016, de World Drug Report 2012.: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html

50. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment in prison settings.* Genneva.

51. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment: community based treatment.* . Geneva.

52. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment—its role in HIV/AIDS prevention and care.* Geneva.

53. UNODC. (2008). *Treatment good practice document—drug dependence treatment—sustained recovery management* . Geneva.

54. UNODC. (2009). Obtenido de Un siglo de fiscalización de drogas: http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/100ydrugcontrol_S.pdf

55. UNODC. (2016). *Informe Mundial de Drogas 2015.*

56. Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia. Bogotá.

CONFIDENCIAL

57. World Health Organization. (1998). *Expert Committee on Drug Dependence. 30th report.* . Geneva, Switzerland.

58. World Health Organization. (2001). *The World Health Mental health: new understanding, new hope.* . Geneva.

59. World Health Organization. (2005). *Assessment instrument for mental health systems, Version 2.2.* Geneva.

60. World Health Organization Europe. Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1.*

61. Zapata, M. (2014). Estándares de Acreditación "derechos de pacientes: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia. *Rev. Salud Pública, 16*(2), 232-245.

CONFIDENCIAL

Contenido Sección IX

Recomendaciones generales para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas en Colombia. 613

Introducción 613

Recomendaciones del consenso de expertos 614

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud. 614

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud.....616

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano. 618

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS. 619

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país.....622

CONFIDENCIAL

SECCIÓN IX

Recomendaciones generales para la implementación del modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas en Colombia

Introducción

Mientras el concepto de adicción como una enfermedad crónica ha sido atractivo en la investigación, ni el cambio conceptual, ni los nuevos hallazgos científicos han conducido aún a algún cambio en la forma como las adicciones han sido tratadas, evaluadas o pagadas por el sistema. Es necesario por tanto que esto cambie con la plena aplicación y reglamentación de la Ley 1566, y la Ley 1751.

En lugar de negar el tratamiento a los más gravemente afectados y segregar el cuidado y su financiación, la nueva legislación requiere de esfuerzos amplios dentro de la corriente de los contextos de atención de salud para prevenir la aparición de trastornos por uso de sustancias, para detectar y reducir el uso nocivos antes de que progrese hasta el punto de la adicción, y para proporcionar un mejor acceso a una gama más amplia de servicios de tratamiento de adicciones atractivas para los más gravemente afectados.

Los casos más severos y crónicos serán manejados en programas especializados, este cuidado probablemente será pagado como el resto de la asistencia médica general, sin embargo hoy día existen presiones científicas, públicas, y legislativas significativas para tratar no solo la dependencia sino todo el contexto de los trastornos por consumo como se tratan otras enfermedades crónicas.

Integrar el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en la corriente principal de cuidado de la salud como una enfermedad crónica es necesario, no solo para mejorar la atención de las personas que padecen de “adicción”, sino también porque existe un porcentaje marcado de personas que no son diagnosticados, y por lo tanto “desatendidas” desde el punto de vista sanitario.

A pesar de la necesidad evidente y las presiones legislativas para crear mejor integración de la atención de los trastornos por uso de sustancias, este cambio es probable que sea particularmente complicado por dos razones. En primer lugar, fuera de subsidios de investigación, los recursos del sistema de salud para este tipo de cuidado que nunca se han destinado, debido a muchas razones descritas en la base conceptual e

CONFIDENCIAL

histórica. Por otro lado existe muy poco personal sanitario capacitado o con formación clínica en trastornos por uso de sustancias.

La segunda razón por la cual la integración de los servicios se dificulte es por los cambios en el modelo general para el tratamiento de otras enfermedades crónicas, hacia los modelos de "Médico de Casa" que se atienen más las necesidades económicas del sistema que a los problemas de salud de la población.

Recomendaciones del consenso de expertos

A partir del ejercicio de identificación de brechas relacionadas con el Modelo de Tratamiento al Consumo de SPA para Colombia y del ejercicio de validación del mismo realizado el 27 y 28 de octubre del 2016 con los expertos del país, posterior a un análisis a profundidad en torno a las brechas se concluyeron una serie de recomendaciones que deben quedar explícitas en el documento final.

Vale la pena aclarar que el análisis de brechas realizado se puede encontrar en el apartado relacionado con este tema incluido en el documento final.

En este sentido, las recomendaciones realizadas por los expertos para el modelo de tratamiento al consumo de SPA, son:

Recomendaciones relacionadas con los vacíos en la normatividad nacional en salud

- Para que haya un continuo en la implementación del modelo, el proceso posterior a la elaboración del mismo debe incluir las rutas específicas para trastornos mentales relacionados con el consumo de SPA - comorbilidad, diagnóstico dual, desintoxicación y manejo de síndromes de abstinencia.
- Los actores del modelo en todos los niveles de la prestación, deben hacer un pleno reconocimiento y apropiación de la ruta integral de atención: trastornos asociados al uso de SPA, en el entendido que este es el insumo general para la implementación del modelo nacional de atención integral al consumo de SPA en Colombia.
- La respuesta en salud debe incluir la activación de la ruta de gestión (esta se refiere a la ruta de trastornos asociados al uso de SPA) y articulación intersectorial en el territorio, que a su vez debe tener en cuenta las redes de

CONFIDENCIAL

prestación de servicios integradas, la ruta de restitución de derechos y los planteamientos del MIAS y la normatividad asociada.

- El MSPS debe realizar un amplio despliegue en términos de fortalecer la asesoría y asistencia técnica a los entes territoriales y demás actores a cargo de la implementación del modelo, en los temas relacionados con cada hito de la ruta y en los temas específicos que el modelo plantee.
- Se debe tener en cuenta que uno de los pilares de este modelo se plantea desde la atención primaria en salud y por tanto la implementación y respuestas generadas desde el sector deben tener esta misma coherencia, en tal sentido la conformación de los equipos de atención primaria en salud deben hacerse de acuerdo a las recomendaciones sugeridas por el modelo.
- El diseño de planes de tratamiento debe ser individualizado, por tanto los programas se deben acoplar a las necesidades de cada paciente y no a las necesidades o sugerencias del operador.
- En la implementación del modelo es necesario tener en cuenta que el tamizaje y la atención temprana de factores de riesgo se incluyan para la prestación de un servicio integral, no solamente con acciones desde el PIC, sino también desde lo clínico; por tanto no solo se deben incluir las personas que estén en consumo activo sino también aquellas que tengan factores de riesgo que puedan conllevar al consumo de SPA, por ejemplo las personas con trastorno de déficit de atención e hiperactividad o los trastornos de aprendizaje entre otros.
- En cuanto al abordaje adecuado de los trastornos por patología dual, intoxicaciones y síndrome de abstinencia y desintoxicación por cada SPA, el MSPS debe tener en cuenta que es necesario la elaboración de guías de práctica clínica relacionadas con estos temas, para que puedan ser articulados de la mejor manera en la ruta de atención.
- Desde el equipo de expertos se plantea la posibilidad de implementar una consulta específica o dedicada únicamente a la atención en trastornos por consumo de sustancias - farmacodependencia, en el sentido de que el MSPS debe realizar el análisis de la inclusión de este criterio desde la normatividad vigente.

CONFIDENCIAL

- Para que el modelo genere mayor impacto en el país, es importante fortalecer la investigación en todos los temas relacionados con el consumo de sustancias desde las instituciones y la academia.
- En la generación de planes de tratamiento se llegó al consenso por parte de los expertos que los planes de seguimiento deben tener una duración de mínimo un año, de acuerdo a las recomendaciones seleccionadas en la elaboración del modelo.
- Se destaca también la necesidad de revisar el marco legal y normativo en términos laborales en el país que ha hecho que los profesionales de la salud estén sujetos a la productividad máxima a unos costos mínimos, por tanto se plantea realizar una revisión minuciosa del tema en términos de encontrar puntos de equilibrio que tengan en cuenta los derechos laborales de los trabajadores de la salud.

Recomendaciones relacionadas con la oferta de servicios de salud

- El modelo acorde con la tendencia mundial, en términos de la prestación de los servicios está enfocado en la mayoría de los casos en una atención ambulatoria, lo cual se traduce en términos de un mayor indicador de costo efectividad, ya que se disminuirían los costos que implicaría el manejo residencial o internado.
- Dentro de lo recomendado por los expertos, es necesario que algunas intervenciones de tamizaje, diagnóstico y terapéuticas del tratamiento no se repitan de un operador a otro y que además sea posible un tratamiento que tenga articulación entre los operadores para que haya un continuo en el tiempo. De ser posible, debe haber un gestor encargado de monitorear que los objetivos del plan de tratamiento se cumplan independientemente de los operadores.
- Se debe tener interlocución directa con las EPS en el sentido de eliminar las barreras de acceso en la definición de los planes de tratamiento, de tal manera que una vez valorado y diagnosticado integralmente el paciente, se debe enviar a la modalidad de tratamiento a la cual el equipo multidisciplinario de acuerdo a su criterio técnico recomendó.

CONFIDENCIAL

- De acuerdo a las responsabilidades de los prestadores y administradores, deben fortalecerse los mecanismos de participación en salud para los usuarios, en los cuales deben incluir las estrategias de capacitación y divulgación de los servicios prestados por la red, entre los cuales se debe incluir los servicios de atención por trastornos por consumo de SPA.
- Se recomienda que los prestadores fortalezcan las intervenciones relacionadas con el consumo de SPA, para disminuir las brechas identificadas por desconocimiento en la prestación de sus servicios, entre ellas las brechas administrativas.
- En este mismo sentido se identifica que existe una brecha administrativa en la cual prima el costo de un tratamiento o medicamento sobre la salud del paciente y la prestación de los servicios con calidad, lo cual está sujeto a que en el SGSSS le está dando más peso el modelo económico en el cual es más importante la ganancia financiera que la ganancia social. Se reportan casos en los cuales cuando se formula un medicamento NO POS que está indicado pero representa un alto costo para el prestador, desde lo administrativo y gerencial se evidencia como un costo que no se recupera. En este sentido no existe coherencia con el concepto de salud que debe ser universal en el sistema, por tanto es necesario recordar que la calidad siempre debe estar primando sobre los intereses financieros de las EPS.
- Hay otra brecha relacionada con la atención y prestación de los servicios de salud y está relacionada con que las EPS operan a partir de convenios y por tanto pese a que desde lo asistencial se remita al paciente hacia una ruta determinada, el paciente en muchas ocasiones es restringido en su atención pues si no existe un convenio de por medio la ruta no opera; los pacientes y sus familias se pasan de convenio en convenio; y estos son más baratos en términos financieros.
- De otro lado, desde la misma prestación de servicios y atención de los pacientes se debe trabajar más por tener articulación con lo administrativo y gerencial, en torno a dar a entender que las patologías relacionadas con el consumo de SPA requieren tratamientos que obedecen a enfermedades de alto costo, para que se

CONFIDENCIAL

tome consciencia de la dimensión e implicaciones que representa el intervenir estos pacientes.

- Se identifica también una brecha enorme entre el PIC y el POS, ya que actualmente la prestación de los servicios no es articulada ni complementaria tal y como está planteada, lo cual ha hecho que la atención no sea adecuada y que además represente barreras de acceso para los pacientes.
- Se identifica la necesidad de trabajar más fuerte desde la educación enfocada con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el enfoque de riesgo, que conlleve a intervenir no solamente a los pacientes que consumen sino también a sus familias que en ocasiones también son consumidores y aquellos que por sus riesgos son potencialmente consumidores.
- Se hace también un llamado al MSPS y la Supersalud en torno al papel que deben cumplir en la verificación de los requisitos mínimos para la prestación de los servicios, pues actualmente se identifica que algunos centros de rehabilitación no tienen ningún tipo de reglamentación. Se reportan casos de pacientes con problemas de adicción que consultan esos lugares y no se adhieren a estos tratamientos, cuestionándose la calidad de los mismos.
- En este mismo sentido también se cuestiona el papel que están cumpliendo los entes territoriales como rectores de la salud en los territorios ya que no cuentan con las herramientas suficientes para hacer la supervisión de la calidad y prestación de los servicios de salud. Se hace el llamado al MSPS para la revisión del tema y también el papel de la Supersalud en los territorios.

Recomendaciones relacionadas con la disponibilidad y formación del talento humano

- El modelo implica que desde el MSPS se promueva una estrategia de capacitación al talento humano, en los temas definidos sobre todo en los relacionados con la atención primaria en salud en relación con el trastorno por el consumo de SPA.
- El MSPS debe hacer la gestión con la academia (incluidas universidades, organizaciones como ASCOFAME y demás Asociaciones Académicas) para que se promueva la inclusión de una cátedra teórico práctica de farmacodependencia

CONFIDENCIAL

tanto en pregrado como en postrado dirigido a las diferentes profesiones que atienden a personas con problemas de consumo de SPA, para que las acciones de implementación del modelo sean más acordes con la realidad del país.

- Actualmente se identifica que hay un problema estructural relacionado con las condiciones de contratación del talento humano en el sistema de salud, presenta mucha inestabilidad porque los contratos de prestación de servicios en su mayoría representan gran inestabilidad, esto hace que el recurso humano tenga una rotación muy alta y no es posible consolidar procesos como el de la implementación de un modelo o ruta.
- Se identifica la necesidad de fortalecer las acciones de formación y capacitación en los servicios de atención por trastornos por consumo de SPA con todo el talento humano encargado de la atención de pacientes, en el sentido de dar a conocer la ruta y modelo y en este sentido poder evitar la exclusión y discriminación de los pacientes.
- De otro lado el mercado que está dirigido más hacia la formación del talento humano desde las especializaciones ha hecho que la disponibilidad del talento humano actualmente esté orientada hacia el postgrado, por tanto la formación en los pregrados cada vez es más débil y el mercado cada vez ofrece salarios más bajos y está sujeto a la atención de un determinado número de pacientes que son atendidos por profesionales mal pagos y con salarios a destajo, por lo tanto desde las instancias competentes se debería regular el costo del profesional con respecto a la calidad del servicio.

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y los medicamentos que están por fuera del POS

- El MSPS debe hacer gestión con el INVIMA y las EPS para revisar el tema de los medicamentos, ya que según los expertos hay muchas decisiones que vulneran el criterio médico, por lo tanto es necesario la participación de las sociedades científicas y la academia para la regulación de medicamentos, que incluya la interlocución con representantes de los profesionales en medicina.
- Los medicamentos para el tratamiento de los trastornos por consumo de SPA que se deben proponer para incluir como POS desde el MSPS son los que fueron

CONFIDENCIAL

recomendados por el modelo y validados por el consenso de expertos, sin embargo no se deben desestimar la posibilidad de añadir otros medicamentos que también son usados para el tratamiento de consumo de SPA, que son los siguientes: N- acetil cisteína, Modafanil, Baclofen, Vigabatrina, Bupropión, Vareniclina, Aripiprazol, Risperidona, Gabapentín, Buspirona, Dexmetomidina, Terapia de sustitución de nicotina (parches, chicles y comprimidos) y Quetiapina entre otros. A continuación una tabla con la mayoría de medicamentos solicitados, indicaciones y bibliografía:

Tabla Nº 1: Disponibilidad de medicamentos

Fármaco	**Droga de abuso**	**Población objetivo**	**Nombre del artículo**	**Referencia bibliográfica**
Baclofen	Alcohol	Adolescentes	Assessment and Treatment of Adolescent Substance Use Disorders: Alcohol Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 411–430
Buprenofirna	Opioides	Adolescentes	Opioid Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 473–487
Bupropión	Tabaco	Adolescentes	Tobacco Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 445–460
Carbamazepina	Cocaína	Adultos	Comparison of Desipramine or Carbamazepine to Placebo for Crack Cocaine-Dependent patients	The American Journal on Addictions 12:122^136, 2003
Clonidina	Opioides	Adolescentes	The Role of Pharmacotherapy in the Treatment of Adolescent Substance Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 685–711
Desipramina	Cocaína	Adultos	Comparison of Desipramine or Carbamazepine to Placebo for	The American Journal on

CONFIDENCIAL

			Crack Cocaine-Dependent patients	Addictions 12:122^136, 2003
Mirtazapina, Bupropión, Modafinil	Metanfetaminas	Adolescentes	Stimulant Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 461–471
N-Acetilcisteína	Marihuana	N/A	Clinical trials of N-acetylcysteine in psychiatry and neurology: A systematic review	Neuroscience and Biobehavioral Reviews 55 (2015) 294–321
Naltrexona	Alcohol	Adolescentes	Assessment and Treatment of Adolescent Substance Use Disorders: Alcohol Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 411–430
Oxcarbacepina	Cocaína	Adultos	Utilidad del tratamiento con oxcarbacepina en pacientes con diagnóstico de trastorno por abuso/dependencia de cocaína	Adicciones, 2008 Vol.20 Núm. 3, Págs.263-270
Pregabalina	Alcohol	Adultos	Efficacy and Safety of Pregabalin in Alcohol Dependence	Adv Ther. 2008;25(6):608–618.
Pregabalina	Alcohol	Adultos	Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi -centre, randomized, single-blind comparison trial	Addiction, 2009; 105, 288–299
Topiramato	Marihuana	Adolescentes	The Role of Pharmacotherapy in the Treatment of Adolescent Substance Use Disorders	Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 25 (2016) 685–711
Topiramato	Cocaína	Adultos	Topiramate for the Treatment of Cocaine Addiction	JAMA Psychiatry December 2013 Volume 70, Number 12

CONFIDENCIAL

- Se identifica una brecha relacionada con el uso y disponibilidad de los medicamentos, ya que por un lado están algunas indicaciones del INVIMA que restringen la utilización del algunos medicamentos para su uso en trastornos por consumo de SPA, por otro lado la intervención farmacológica está limitada porque hay muchos medicamentos que son NO POS y por tanto muchos pacientes no pueden tener acceso al tratamiento.
- Se identifica por el equipo de expertos una brecha en la prestación de los servicios, relacionada con la calidad del servicio, en la cual el criterio médico especializado se ha remplazado por el criterio de cualquier otro profesional incluido el personal administrativo. Esto ha hecho que estén primando los criterios financieros sobre el criterio médico. Por tanto se hace un llamado a que se entienda que la autorización de ciertos medicamentos no deben estar sujetos a un criterio administrativo.

Recomendaciones para brechas relacionadas con la disponibilidad de evidencia de estudios científicos que señalen recomendaciones para el país

- Se debe propender por el fortalecimiento de las actividades de investigación científica; desde el MSPS se debería buscar una estrategia para que haya una reglamentación investigativa fortalecida en el país que permita avanzar en términos de que el país pueda dar cuenta de la evidencia a partir de la práctica.

CONFIDENCIAL