

LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LA POBLACION FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA
CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

AÑO 2011



Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10
Capital Federal - CP1073 - República Argentina
Teléfono: (011) 4379-9162
e-mail: vigepimental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar / saludmental



Lineamientos Normativos
para la Atención Integral de la Población frente al
Consumo Excesivo de Alcohol y
otras Sustancias Psicoactivas

Año 2011



Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Yago DI NELLA

Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol

Lic. Aldo DOMANICO Coordinador

Lic. Juan Pablo MONSERRAT

Lic. Mónica CASSINI

Lic. Natalia SCHMEIL

Tec. Susana GHISO

Dra. Claudia VILLAFañE

Dra. Olga CHARREAU

Dra. Teresa GONZALEZ

Dr. Ernesto V. SERRANO

Diseñador Gráfico

Jorge Daniel BARROS

Corrección

Luciana CHINCHILLA

INDICE

LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN EN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

| | |
|---|--------|
| 1. Marco Normativo | pág 7 |
| 2. Marco Conceptual | pág 9 |
| 3. Introducción | pág 13 |
| 4. Alcohol | pág 21 |
| 5. Desarrollo | pág 22 |
| 6. Uso sin Riesgo | pág 24 |
| 7. Consumo Riesgo..... | pág 26 |
| 8. Consumo Problema | pág 30 |
| 9. Recomendaciones Claves | pág 35 |
| 10. Derechos de las Personas Usuarias de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas | pág 40 |
| 11. Estrategias de Intervención (Atención Sanitaria) | pág 42 |
| 12. Bibliografía | pág 44 |

LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN EN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

MARCO CONCEPTUAL

La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones dispuesta mediante el decreto 457/10, apunta a lograr una mejor respuesta a las demandas en materia de atención primaria de salud mental y de diversas adicciones, cumpliendo con los criterios de eficacia y eficiencia, necesarios para el logro de los objetivos estratégicos establecidos para el Ministerio de Salud.

Esta reforma prioriza la atención en adicciones como una función indelegable del Estado Nacional, considerándose la problemática como el resultado de un modelo social a transformar. El mencionado decreto plantea la inclusión de las personas que sufren tal padecimiento, que emerge de un contexto social, familiar y territorial, en un estado de derechos.

Los principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental, y los tratamientos de las adicciones deberán basarse en “una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinario de atención, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario”.

A través de la Ley N° 24.788 que declara de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol, el Estado asume la obligación positiva frente a toda la sociedad y ante la comunidad internacional de prestar especial protección a la salud de los niños - niñas y adolescentes menores de 18 años que incidan en el uso excesivo de alcohol. Dispone la creación del PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, que propondrá las normas técnicas a seguir, orientado a las acciones de prevención primaria; detección precoz; asistencia y tratamiento, en todos sus niveles de complejidad, del consumo excesivo de alcohol.

Además, el mencionado Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol, tiene como función la formación de profesionales y no profesionales de la salud que aborden en su práctica esta temática .

Los Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población en el Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas están dirigidos a los integrantes del Equipo de Salud. El propósito es orientar y sistematizar una eficaz labor en la detección e intervención terapéutica sobre el consumo riesgo, consumo problema y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas en el marco de las acciones basadas en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

MARCO NORMATIVO

- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Aprobada por la Argentina mediante la ley N° 26.378. Se incorpora el denominado “Modelo Social de la Discapacidad ” apuntando a través del camino y la lucha de las personas con discapacidad para autoafirmarse como ciudadano con igual dignidad y valor que el resto de la personas.

- Declaración de Caracas (reestructuración de la atención psiquiátrica), adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

- Ley 26.529.

Ley Nacional N° 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

- Ley N° 23.737.

Poder Legislativo Nacional. Código Penal – Delitos contra la salud pública – Modificación del art. 204 – Estupefacientes – Modificación de las leyes N° 10.903 y N° 20.655 – Derogación parcial de la ley N° 20.771.

- Ley N° 24.788.

Ley Nacional de Lucha Contra el Uso Excesivo de Alcohol. Buenos Aires, marzo 1997.

- Ley N° 26.657.

Ley Nacional de Salud Mental.

Asimismo, se toman como referencia y respetando en su integridad las siguientes Resoluciones Ministeriales de la Cartera de Salud de la Nación.

- Resolución 201/1998. Los organismos que podrán prestar servicios, como centros preventivo-asistenciales de la drogadependencia deberán brindar la orientación, diagnóstico, desintoxicación (en forma no aguda de la intoxicación por sustancias de abuso), deshabituación, rehabilitación y reinserción familiar y social de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, así como su estado físico, psicológico y social.

- Resolución conjunta 361/1997 y 153/1997 Ministerio de Salud de la Nación – Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR) establecimientos que brindan servicios preventivo-asistenciales en drogodependencia – Categorización – Derogación de la res. conj. 160/95 y 3/95.

- Resolución Conjunta 362/1997 y 154/1997 Ministerio de Salud de la Nación – Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Aprobación del Programa Terapéutico Básico para el tratamiento de la Drogadicción.

- Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resolución de la Secretaría de Salud 432/1992).

- Lineamientos Normativos para la Atención Integral en adolescentes. Resolución 542/1997.

- Normas de diagnóstico y tratamiento de las cinco patologías más frecuentes en el ámbito de la salud mental.

- Normas de organización y funcionamiento del área de toxicología. Resolución 222/1999.

- Criterios básicos de establecimientos asistenciales con internación. Resolución 282/1994.

- Normas de organización y funcionamiento de internación de servicios de salud. Resolución 41/2001.

- Glosario de Denominaciones de Establecimientos de Salud. Resolución 267/2003.

- Normas, organización y funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales. Resolución 482/2002.

INTRODUCCIÓN

Los “Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población en el Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas” son una herramienta frente al uso excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que permite:

- Implementar Políticas Públicas de Salud en atención a los usuarios que utilizan en forma excesiva alcohol y/o otras sustancias psicoactivas.
- Reforzar las políticas ya existentes fomentando el apoyo técnico a las provincias y localidades.
- Contribuir al cambio de conductas de los integrantes del equipo de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.

En efecto, la concepción humanizadora en un marco de derechos, debe adoptarse en todos los niveles de atención sanitaria; con el propósito de considerar en cada caso, la persona en situación y en relación a su medio social.

El cambio conceptual no es fácil, necesita de la creación, adaptación y aceptación de modelos estratégicos de abordaje, y la voluntad firme

de todos los actores para el logro del objetivo de unificar criterios asistenciales en la temática que nos ocupa.

El desconocimiento sistemático, las valoraciones despreciativas, los prejuicios y estigmatizaciones de los aspectos relacionados con las problemáticas adictivas en general y del uso excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en particular, exige una mirada interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial para su transformación.

A tal fin, se propone la unificación de conceptos y definiciones a través del siguiente **glosario**.

Accesibilidad: posibilidad, practicabilidad, factibilidad, viabilidad, facilidad de acceso, derecho que tiene toda la comunidad de ingresar al sistema de salud, es una de las características de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Depende de tres factores:

1) Continuidad, oferta sostenida y regular de los servicios prestados con la combinación de los recursos que geográfica, económica y culturalmente estén al alcance de las comunidades.

2) Ajuste cuali-cuantitativo y estructural de los servicios para amoldarlos a las necesidades de la comunidad.

3) Aceptación de los servicios, por parte de las comunidades, con su participación real, es decir, dejando de ser objetos de atención para convertirse en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre los problemas de salud- enfermedad que les conciernen, asumiendo responsabilidades específicas.

Asesoramiento: sugerencia, recomendación, proposición, orientación, instrucción, consejo, acción del agente de salud que, por razón de su oficio, le incumbe aconsejar, informar o ilustrar con su opinión o parecer sobre materiales o actividades que requieran dictamen o resolución.

Asistencial: relativo a asistencia, intervención inmediata de acuerdo a la demanda. Por ella, se procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes, por un motivo u otro, padecen en una situación de marginalidad o carencia dentro de la sociedad.

Atención Integral de la Salud: esfuerzos organizados de carácter interdisciplinario e intersectorial para ofrecer respuestas adecuadas a las exigencias de una salud integral.

Audit: "Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol" (Audit). Publicación oficial OPS departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias - 2001.

Conducta de riesgo: cualquier alteración de la conducta o actuación repetida y fuera de determinados límites, que pueda comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal. Una conducta de riesgo, en una situación dada, puede volverse protectora en otra.

Consumo de riesgo: se trata de un patrón de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas tal, que si persiste en el tiempo, hay probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud y/o de otro tipo de consecuencias negativas sociales, jurídicas, etc. Es una condición previa al consumo problema.

Consumo problema: es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente ya produce consecuencias negativas para el individuo o para terce-

ros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social, etc.

Demanda: solicitud, requerimiento, reclamo, petición, consulta, pedido.

Dependencia: conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor.

La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, “craving”) de incorporar o utilizar la sustancia.

Diagnóstico: determinación, calificación, especificación, análisis y definición de una patología por los signos y síntomas de la misma. Proceso de determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

Efactor de Red: derivador (o de origen) de los pacientes ya tratados y/o con los estudios efectuados por el Centro de Referencia.

Equidad: igualdad de oportunidades para acceder a todos los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Primaria: promoción, prevención y protección de la salud.

Secundaria: diagnóstico precoz y recuperación de la salud.

Terciaria: rehabilitación, reinserción social y resocialización.

Equipo de Atención Integral de Salud: aquel que incluye profesionales de diferentes disciplinas y sectores, que abordan la atención de la persona con objetivos y estrategias compartidas.

Factores protectores: recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto social.

Factor de riesgo: característica detectable en individuos o grupos (no es necesariamente el factor causal), asociada con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud.

Interdisciplina: interacción de profesionales de diferentes áreas de la Salud que, con un objetivo común y compromiso personal enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo.

Intersectorialidad: articulación de varios sectores, por medio de una planificación, estrategias e instrumentos compartidos bisectorial o multisectorialmente, para apoyar la salud integral. (ej.: educación, trabajo, justicia, deportes, etc.).

Intervención: toda acción realizada por el profesional, técnico o agente sanitario dentro del marco específico de sus incumbencias.

Morbilidad: es la relación entre los números de casos de enfermedad y el número de individuos expuestos a sufrir dicha enfermedad, dentro de una población.

Mortalidad: es la relación entre el número de muertes y la población total en la que tiene lugar, durante un tiempo determinado que (generalmente) es un año.

Normas: patrones de conducta reglados para el cumplimiento de una actividad, extraídos de la experiencia y/o racionalizados para los logros de eficiencia y eficacia.

Objetivos: expresión cualitativa, precisa e inequívoca de un estado de cosas, futuro hacia el cual se orientará la acción.

Oportunidades Perdidas en Salud: toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etáreo, género y/o condiciones de riesgo.

Organizar: determinar las actividades necesarias agrupadas en tareas afines, asignándolas (a una o más personas), en función de autoridad y coordinando las relaciones vertical y horizontalmente, a fin de lograr los objetivos buscados.

Organización: sistema ordenado, estructurado y coordinado de procedimientos y normas de funcionamiento de un grupo humano con objetivos definidos y determinados.

Planificación: proyecto, bosquejo, concepción, idea, establecimiento de programas con indicación del objetivo propuesto y de las diversas etapas que hay que seguir. Es prever el futuro para la obtención de determinados propósitos. Es un procedimiento que selecciona, ordena y construye acciones congruentes con propósitos y que requiere determinados recursos.

Prestación: servicio que se realiza.

Programa: instrumento destinado al logro de objetivos y metas definidas por un plan general, a través de la definición de ciertos objetivos y metas de carácter más específico, que serán alcanzados mediante la ejecución de un conjunto de acciones integradas denominadas proyectos.

Programación: proceso de diseño y elaboración de un programa.

Red: las redes son formas de articulación multicéntrica que, asumiendo la heterogeneidad, favorecen la organización y la capacidad de respuesta a necesidades diversas.

Redes de Establecimientos de Salud: conjunto de establecimientos del sistema de salud, regionalizado y jerarquizado por niveles de complejidad, capacitado para resolver todos los problemas de salud de la población de su responsabilidad.

Redes Sociales: grupos de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos, y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia.

Referencia y Contrarreferencia: mecanismo de Referencia es la relación de necesidad y dependencia de un Efector de la Red, cuyo nivel de resolución es de menor complejidad, a otro Efector designado según el Programa de Atención (también llamado Centro de Referencia) cuya capacidad de recursos permite dar solución al tratamiento o estudio que excedía la posibilidad del derivador. Por mecanismo de Contrarreferencia debe entenderse la restitución al Efector derivador primario.

Riesgo: probabilidad que una persona o grupos de personas sufran una situación determinada.

Salud integral: grado de bienestar que supone para la persona un crecimiento óptimo de su potencial biopsicosocial.

Screening: búsqueda, tamizaje, utilizado para indicar una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La intención del screening es identificar un patrón comparativo de una sustancia psicoactiva de manera temprana den-

tro de una comunidad. Esto permite la rápida gestión e intervención profesional.

Síndrome de abstinencia: serie de trastornos mentales y/o físicos provocados por la suspensión o disminución abrupta de una sustancia psicoactiva.

Salud integral: grado de bienestar que supone para la persona un crecimiento óptimo de su potencial biopsicosocial.

Trabajo de Red: trabajo de articulación, que necesita de la conjunción de los recursos humanos en una adecuada disposición.

Técnica: instrumento de trabajo que el agente sanitario interpone para aprehender al objeto y transformarlo.

Tipos de consumo: características y modos de vinculación con una sustancia psicoactiva.

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

Presentación:

El uso nocivo de bebidas alcohólicas y el consumo de otras sustancias psicoactivas, constituye un grave problema social y de salud pública, en el mundo y en nuestro país en particular, con importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia y la comunidad.

Asimismo está considerado el principal factor de riesgo en la región de las Américas, por lo que resulta una de las prioridades de Salud Pública.

Las bebidas alcohólicas son sustancias psicoactivas que afectan al usuario mismo en su sistema nervioso central, en la mayoría de los órganos del cuerpo, como así también a los vínculos sociales que mantiene con sus semejantes.

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

ALCOHOL:

El alcohol etílico es un compuesto químico depresor del Sistema Nervioso Central.

Por lo tanto desde el Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol lo consideramos una sustancia psicoactiva y no un alimento, aunque tenga un potencial energético o calórico. Apenas incorporado al organismo comienza a ser metabolizado, pues de no ocurrir así, actuaría masivamente sobre las neuronas y hepatocitos. La absorción es el equilibrio entre la ingesta y la eliminación. Si un sujeto toma una proporción igual a la velocidad de eliminación, o sea 1gr. por cada 10 kgr. de peso por hora, la concentración de alcohol en sangre será constante.

El alcohol etílico, denominado también etanol, es el más difundido de los alcoholes y la más popular de las sustancias psicoactivas, cuyo consumo ha sido legal y culturalmente aceptado en casi todas las socieda-

des a lo largo de la historia. Se produce por la fermentación de materias primas, tales como gramíneas o diverso tipo de frutas (ej.: sidra, vino, chicha); o bien por la destilación de bebidas fermentadas, que constituyen los licores y aguardientes.

El consumo de alcohol constituye una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial.

Su consumo dañino tiene consecuencias por intoxicación aguda, aumentando el riesgo, en especial de accidentes y situaciones violentas.

Por otro lado, el consumo crónico se asocia no sólo con enfermedades de todo el organismo, sino también con problemas psicosociales, culturales y económicos, es decir, afecta a la sociedad en su conjunto.

DESARROLLO:

En concordancia con lo establecido en la resolución 201/1998 del Ministerio de Salud de la Nación; se propone establecer los requisitos prestacionales para los tres niveles de atención como a continuación se detalla:

El Primer Nivel de Atención: es el que está más cerca de la familia o de la persona, allí donde vive o trabaja, la atención es principalmente ambulatoria del equipo sanitario, de los centros de salud, es decir, el primer contacto con la comunidad.

Es la puerta de entrada al Sistema de Salud en la mayoría de los casos, constituye el primer nivel de intervención.

Se desarrollan acciones promocionales, preventivas y asistenciales hacia las personas, familias y comunidad en su medio habitual, dando intervención inmediata y facilitando el despliegue de estrategias de atención domiciliaria.

Se apoya en un enfoque comunitario basado en la descentralización de los servicios especializados, el abordaje integral de la población (clínico, epidemiológico y social), la promoción de la salud/salud mental, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la integración programática.

La atención de la salud mental en este nivel no se centra solamente en el impacto traumático, sino que se extiende más allá del evento que le dio origen, hacia los problemas asociados con el contexto familiar y social. Es el nivel de máxima resolución y baja complejidad; y facilitando el despliegue de estrategias de atención domiciliaria.

El Segundo Nivel de Atención: puede ser puerta de entrada al Sistema de Salud. Funciona mediante el mecanismo de referencia y contrarreferencia. Recibe la demanda de mayor nivel de complejidad, en mérito a poseer más recursos y diversificación profesional para aquellas problemáticas que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la posibilidad de resolución del 1º nivel de atención. Se dirigen las acciones a la atención de la enfermedad, favoreciendo el desarrollo personal y social.

El Tercer Nivel de Atención: excepcionalmente es puerta de entrada al sistema de salud. Puede resolver en su totalidad una problemática de salud. Requiere procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos del mayor nivel de resolución vigente, tanto sea por el recurso humano capacitado como por el recurso tecnológico disponible.

Da tratamiento especializado e intensivo, necesario por la persistencia,

complejidad y grado de severidad de un problema de salud y/o da respuesta a una emergencia derivada del 1° y/o 2° nivel de atención.

La Atención Primaria de la Salud (APS): es una estrategia que lleva lo más cerca posible la atención en salud integral al lugar donde viven y trabajan las personas, constituyendo un proceso permanente de la asistencia sanitaria.

En la atención primaria se realizan un conjunto de actividades donde deberían predominar actividades preventivas, de promoción, y protección de la salud.

En el Primer Nivel de Atención se sugiere abordar el uso sin riesgo

USO SIN RIESGO

Implica que el consumo de la sustancia es aleatorio (sin razones particulares) y la vida de esa persona así como sus relaciones no se han dañado, continuando con sus potencialidades.

Para el uso sin riesgo, las acciones fundamentales son: sensibilización e información, orientadas a estrategias proactivas, de parte del Equipo de Salud, con el objetivo de detectar precozmente los riesgos en las personas que consumen alcohol y otras sustancias psicoactivas. La detección proactiva se debe realizar en todas las personas que consulten por cualquier demanda de salud, incluyendo uso de drogas y alcohol, en familiares, amigos u otros vínculos, tanto en los Caps o Cics como en terreno, por los equipos de calle.

La herramienta que se propone entre otras, en este primer contacto, es la aplicación del Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgo en el Consumo de Alcohol (Audit), debidamente aprobado por OMS, el mismo puede entregarse en la sala de espera y/o trabajado con el agente de salud.

En síntesis, las acciones a desarrollar en el Primer Nivel de Atención en la modalidad de vinculación con la sustancia Uso sin Riesgo son:

- Sensibilización.
- Información.
- Consejería y entrega de folletería.

A partir de este primer encuentro y con la observación de los resultados del Audit, siendo éstos, **consumo de riesgo, consumo problema o dependencia**, el Equipo de Salud a cargo, valorará la necesidad de una Evaluación Diagnóstica Inicial; se invitará o citará al consultante a una entrevista adicional, según las características del caso, debe complementarse con evaluación diagnóstica psicológica y social.

La evaluación diagnóstica inicial utiliza:

- a) La entrevista semi-dirigida.
- b) El examen clínico.
- c) Los exámenes de laboratorio de rutina.

La recepción ágil y oportuna de consultas de familiares, personas cercanas, potenciales usuarios, se efectiviza mediante una entrevista semi-dirigida, que será de especial valor en el caso de riesgo o problema asociado al uso nocivo de alcohol y/o sustancias psicoactivas.

En la entrevista semi-dirigida es fundamental establecer un vínculo de confianza y respeto entre el consultante y el integrante del Equipo Sanitario a cargo, buscando valorar los esfuerzos del usuario y que le permita:

a) Reflexionar sobre las preguntas o propuestas que hace el profesional técnico; por ejemplo; ¿A quién llamás cuando estás mal?, para evaluar la presencia de alguna persona contenedora o ¿Cuando hay un problema familiar cómo lo resuelven? Para evaluar los vínculos y estrategias de afrontamiento de conflictos familiares.

b) En ocasiones, postergar la obtención de información indispensable, si genera resistencias. Por ejemplo ¿Tuviste alguna causa judicial?, para evaluar conductas transgresoras, o ¿Está relacionado el consumo con algún hecho en particular?.

c) Dejar a la libre, pero informada, decisión del consultante el camino a seguir, sin excluir la posibilidad de un nuevo contacto.

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

CONSUMO DE RIESGO

En este Primer Nivel de Atención, el abordaje esta dirigido las personas afectadas por el tipo de vínculo denominado **Consumo de Riesgo** establecido con el alcohol u otra sustancia psicoactiva. Dicho nivel de atención dirige sus acciones favoreciendo el desarrollo personal e integración social, respondiendo oportunamente a las necesidades propias del diagnóstico.

Las acciones a desarrollar en este nivel de atención son:

La intervención preventiva; está en el marco de la prevención secundaria, consiste en la detección rápida de las enfermedades, los estudios epidemiológicos y todas aquellas acciones que consigan evitar las consecuencias derivadas de la enfermedad. En este sentido, deben extenderse las estrategias destinadas a la detección precoz. El objetivo es conseguir minimizar los daños producidos por el uso nocivo de la sustancia, impedir o retardar el desarrollo de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficientes para ello.

Cabe destacar que el Consumo de Riesgo no sólo se define por la cantidad y frecuencia de sustancia consumida, sino que, debe observarse y considerarse la totalidad del cuadro.

Un instrumento, que puede ser de ayuda, para el diagnóstico integral, es la Escala de Compromiso Psicosocial. En ella, se ejemplifican distintas variables: tipo de sustancia, frecuencia del consumo, las circunstancias en que consume y primordialmente las características particulares de la persona (recursos personales) y contexto social (contención familiar o relacional). Su finalidad es dimensionar el cuadro, identificar puntos fuertes y débiles para la intervención, para generar pronóstico e identificar metas a lograr. Considerando la singularidad de cada caso y desarrollando, en forma conjunta, los objetivos terapéuticos a alcanzar (ver Anexo N° 3 de las Orientaciones y Herramientas para la Detección y Tratamiento de Problemas Asociados el Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas).

El objetivo principal es detectar el grado de vulnerabilidad para una posible intervención integral.

La Intervención Integral consiste en un conjunto ordenado de actividades, con el propósito de moderar o suprimir el consumo. Este tipo de intervención de característica breve se propondrá si la persona cuenta con niveles altos de motivación, autonomía y autocontrol de impulsos, un buen nivel de comprensión y apoyo familiar, facilitando la decisión informada y autónoma del consultante.

En el consumo de riesgo, se propone la Consejería como acción propia de este nivel.

Componentes de la Consejería:

- Brindar información objetiva sobre los riesgos de consumo de la sustancia de que se trate y sobre las alternativas para disminuirlo. Vinculando sus vivencias con los efectos del consumo, por ej.: pérdida de trabajo, problemas físicos, dificultades familiares, irritabilidad o apatía según el caso.
- Ofrecer alternativas y concordar metas a lograr para el consultante. Por ej: dejar de hacer la actividad que pueda vincular al consumo, por un tiempo determinado; “Este mes no voy a bailar o a la cancha o no me quedo solo que es cuando más consumo”.
- En caso de la ingestión de alcohol, la modificación de los niveles de GGT que muestra la persona a lo largo del tiempo de intervención, será un punto de referencia central para reforzar los avances logrados o establecer metas para el siguiente intervalo. Cada consejería, en este caso, incluye la solicitud por adelantado, para un nuevo control de GGT en caso de corresponder.
- En el caso de otras sustancias psicoactivas, se utilizarán los análisis de detección de drogas en fluidos corporales como uno entre otros

indicadores del progreso terapéutico o en el cumplimiento de metas acordadas. Se confiará en el reporte del propio consultante y/o de familiares y o referentes, respecto del grado de satisfacción personal y de aquellas metas voluntariamente acordadas: disminución o supresión del consumo, ajuste a determinadas tareas sensibles, etc.

- Promover una toma de decisión en el consultante respecto de su patrón de consumo y de estrategias conductuales apropiadas, con el fin de modificar hábitos en el transcurso de las próximas semanas o meses.
- Brindar apoyo para alcanzar con éxito esa decisión personal, ej.: vamos a poder, con tus ganas y nuestra ayuda lo vamos a conseguir, contá con nosotros, etc.
- Citar a la siguiente sesión de consejería, acordarla de ser posible, no solo con la persona que consulta sino también con el referente o acompañante.
- Al menos una de las consejerías debe incluir la participación de miembros de la familia y/o referentes. Ello se hará en acuerdo con la persona usuaria.

Asimismo, en este nivel de atención se proponen estrategias de psicoeducación, para su familia y referentes. En estos grupos se informa a varios consultantes sobre las características del vínculo con la sustancia definido como Uso de Riesgo, los intercambios de experiencias entre los consultantes en cuestión y el apoyo mutuo, juegan un papel decisivo en el proceso de sanidad.

La intención de orientar y acompañar al grupo familiar en la conflictiva describiendo las características de la problemática y las medidas más

efectivas para el proceso de tratamiento. Proponiendo un espacio donde el círculo de allegados comprenda las actitudes de la persona que consume desde otra óptica.

En general, se debe tener cuidado de no abrumar a los allegados o su familia con demasiada información, ya que el principio no es transformarlos en expertos sino lograr una reestructuración que por ejemplo potencie la aceptación de la conducta de riesgo y el tratamiento. Además de los efectos positivos de una medida terapéutica como la psicoeducación, en principio, también se deben considerar otros riesgos posibles.

La folletería propia de la temática, junto con las intervenciones, en conjunto con las actividades de participación social y cultural, tienen el objeto de incluir, desde el enfoque de derechos, la mirada sanitarista necesaria para el abordaje de la temática que nos ocupa.

En resumen; las estrategias de acción en el uso de riesgo son:

- Evaluación Diagnóstica.
- Intervención Preventiva e Integral.
- Consejería.
- Intervenciones Sociales y Culturales.
- Psicoeducación.
- Folletería.

CONSUMO PROBLEMA:

El tipo de vínculo establecido con la sustancia definido Consumo Problema, tiene las mismas características que la categoría de abuso en la clasificación histórica sobre el consumo de drogas. Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el

individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social. Puede o no tener una frecuencia sistemática, incluye el Uso Episódico Excesivo.

En el segundo nivel de atención, se abordará el Consumo Problema e integrando el tercer nivel de atención de la salud se abordará la Dependencia.

La Dependencia: definida como conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor. En este caso, el consumo tiene una frecuencia sistemática, y la cantidad del mismo, puede variar considerablemente en cada persona, sin alterar el diagnóstico del cuadro. La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, "craving") de ingerir la sustancia, y los síntomas de abstinencia cuando la sustancia se abandona.

Para ambos diagnósticos consideramos la aplicación de las siguientes estrategias de Intervención Terapéutica.

La Intervención Terapéutica: consiste en un plan de tratamiento personalizado, orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones generales de salud física y mental y un mayor grado de ajuste psicosocial o, en su defecto, la derivación referenciada de la persona usuaria a un nivel de atención que se adecue a sus necesidades.

La acción en la intervención terapéutica será proveer un espacio donde usuarios afectados puedan encontrar:

- Recepción e información no sesgada con críticas o advertencias sobredimensionadas respecto de su consumo de sustancias.
- Apoyo emocional para los esfuerzos que les corresponderá hacer en su camino de recuperación.
- Aceptación y tolerancia para los retrocesos que se presentan durante el tratamiento (una recaída es un episodio propio de ese proceso y no necesariamente un fracaso).
- Facilitar que conozcan y analicen los efectos que en ellos produce el consumo de la sustancia que utilizan (los que tienden a mantener el consumo, las consecuencias negativas para su proyecto de vida y para la relación con su medio, etc.).
- Brindar estímulo, información y acompañamiento para que la persona pueda planear y emprender, en forma protagónica, su propio proceso de superación del hábito adictivo o del consumo problemático y para que evalúe objetivamente sus logros y dificultades.
- Generar un espacio de escucha y trabajo terapéutico con los familiares y/o referentes del usuario/a, entregando información y promoviendo habilidades para que acompañen e impulsen el proceso de tratamiento.
- Efectuar un seguimiento activo, y reincluir a aquellos consultantes que se ausenten de la intervención terapéutica, más allá de lo acordado previamente, llamando o visitando si el equipo cuenta con Agente de Salud en terreno, para repactar entrevistas y retomar el espacio terapéutico.

- Vincular al usuario desde una etapa temprana de la intervención con grupos de apoyo terapéuticos en el campo de la rehabilitación.

Una buena adherencia al tratamiento permite que la intervención del Equipo de Salud permita en conjunto con el consultante, planificar las metas, los plazos y la continuación del tratamiento.

Durante este proceso se indica una consulta a los 6 meses en la que se evaluarán los progresos sustantivos psicosociales, la modificación del patrón del uso y los logros o proyectos personales.

Como intervención y/o indicación:

- Refuerzo al usuario/a y grupo familiar.
- Indicación de egreso de la intervención terapéutica.
- Acordar dos (o más) controles durante el siguiente año.
- Anunciar y motivar al alta.

Si se presenta una recaída en el consumo que implica consecuencias de riesgo vital propio o para terceros y carece de contención y sostén familiar o social se sugiere derivación asistida: consulta clínica médica y a salud mental y, según decisión, internación en unidad residencial de corta estadía o de desintoxicación o de urgencias, según corresponda y recursos disponibles.

Si no hay avances de adherencia y/o disminución del consumo y/o ajuste psicosocial en las sesiones de "evaluación" de avance y pronóstico, se deberá realizar una derivación asistida, es decir, consulta a salud mental y, según decisión, a plan de tratamiento ambulatorio (visita a domicilio, internación parcial; hospital de día/tarde o noche) o residencial.

Objetivos finales de intervención terapéutica: suspensión o moderación sostenida del consumo, resolución o alivio de complicaciones de comorbilidad física y psíquica, rehabilitación de la conducta individual y social (ajuste psicosocial) y reinserción social.

Las estrategias durante la intervención terapéutica son:

- Plan individualizado de tratamiento: ambulatorio o residencial.
- Búsqueda de apoyo familiar y social.
- Evaluación y motivación de la adherencia al tratamiento.
- Psicoeducación, orientación y acompañamiento familiar.

Los aspectos que se deben contemplar en la atención o intervención terapéutica en el Consumo Problema y Dependencia son: psiquiátricos, psicológicos, clínicos, familiares, sociales y legales. Además de interconsultas con otras especialidades, propuesta de tratamiento, evolución y seguimiento.

La intervención terapéutica debe proponer diversas estrategias a seguir para moderar o suprimir el consumo, resistir las presiones y desarrollar conductas alternativas que proporcionen satisfacción y mejoren el sentimiento de autoeficacia.

Si hay dependencia, la dedicación de tiempo al consumo (buscar y obtener la sustancia, períodos de consumo y de recuperación a sus efectos) será mayor, así como también los efectos sobre el individuo (descuido o abandono de responsabilidades propias, disminución de peso, pérdida de amistades y de la credibilidad), enfermedades somáticas y/o síntomas o trastornos mentales frecuentemente transitorios.

Si en la evaluación no se aprecia progreso sustantivo en ajuste psicosocial y/o modificación del patrón de consumo, como intervención o indicación del profesional se sugiere:

- Derivación a consulta de salud mental, para evaluar conducta a seguir.
- Referencia asistida a plan de tratamiento ambulatorio o residencial (preferentemente con consulta a salud mental previa).

La intervención terapéutica del Consumo Excesivo Episódico, se aborda habitualmente desde los dispositivos de Emergencia y Urgencia, en cualquiera de los niveles en que ellos se encuentran. Cabe destacar que la aparición de dicho episodio es transversal al sistema de salud. Como fuera definido en el glosario de los presentes Lineamientos su patrón de continuidad, impide ser clasificado dentro de las categorías habituales de condición crónica, se puede definir como el consumo de 5 o más tragos en una sola oportunidad siendo estas cantidades relativas a cada condición física psicológica y social. El carácter de eventual complejiza el abordaje, agravando las consecuencias asociadas al consumo excesivo de alcohol también llamado estado de ebriedad o borrachera.

RECOMENDACIONES CLAVES

- Priorizar aquellos tratamientos que sean lo menos restrictivo posibles, fomentando la participación de las personas usuarias de sustancias psicoactivas en su entorno social, permitiendo realimentar su conexión con el medio en forma recíproca, evitando el aislamiento.
- Reservar la administración de Medicación Psicofarmacológica para aquellos casos que así lo ameriten, estableciendo el criterio de limitación al tiempo adecuado, teniendo presente el riesgo de potenciar la mor-

bilidad cuando no están adecuadamente indicados y administrados.

- La estrategia residencial (internación) se comprende como medio de recuperación de la salud, que se reserva como último recurso asistencial y siempre proponiendo intervenciones breves en este aspecto, diferenciando las situaciones que plantean el riesgo social de vida.

- Utilizar siempre criterios de protección integral a las personas usuarias, estableciendo proyectos de alta progresiva, facilitando la elección de proyectos alternativos al uso nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

- A ser atendido/a en forma igualitaria por el Sistema de Salud, en tiempo y forma, sin ser objeto de discriminación alguna y con el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad. La falta de capacitación y/o infraestructura no es razón suficiente para el rechazo de la atención, en tanto la salud es un bien público y un derecho humano.

- A recibir asistencia integral y oportuna en el Sistema de Salud, disminuir los riesgos y promover una mejor calidad de vida.

- A ser recibido/a y contenido en forma personalizada a la llegada a cualquier Centro de Salud y conocer el nombre y la función del profesional que te atiende a vos y/o a algún familiar.

- A recibir información veraz y comprensible sobre tu tratamiento, las alternativas terapéuticas existentes para que puedas optar (toda vez que sea

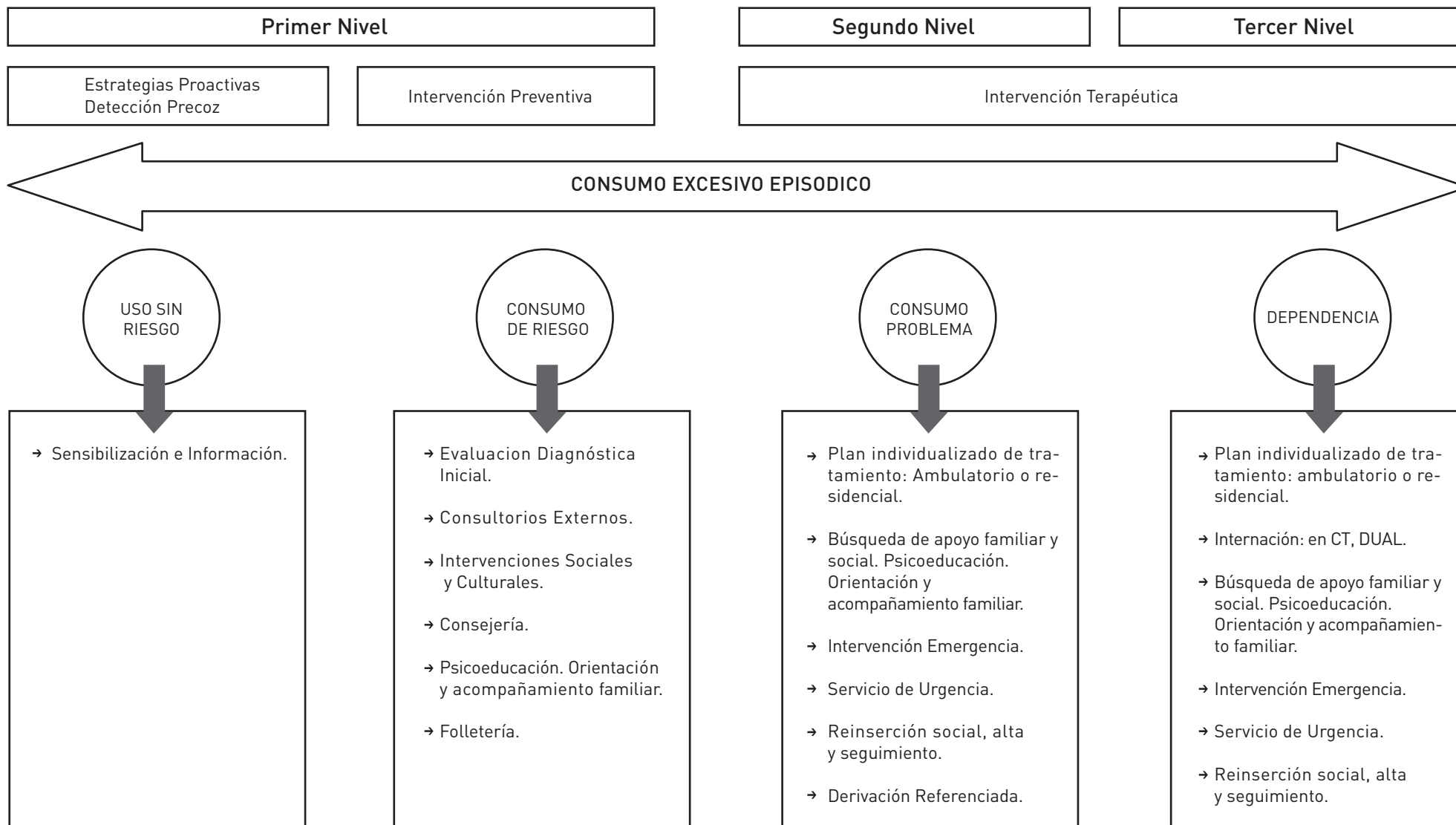
posible) por la intervención más conveniente, asesorado/a por el equipo tratante y saber sobre tu historia clínica.

- A poder estar acompañado por un familiar o persona de tu confianza, siempre que las circunstancias lo permitan.

- A que se mantenga la confidencialidad de toda la información relacionada con tu tratamiento.

- A ser escuchado/a cuando presentás sugerencias, reclamos y replanteos sobre tu tratamiento y a recibir respuestas en plazos razonables.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (ATECIÓN SANITARIA)



BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros J.; González-Pinto A.; Querejeta I.; Ariño J. Brief Interventions for hazardous drinkers delivered in Primary Care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
2. Gawin, Frank H., and Herbert D. Kleber.(1986)= "Abstinence Symptomatology and Psychiatric Diagnosis in Cocaine Abusers: Clinical Observations." _Archives of General Psychiatry 43_ : 112-13. Otros documentos.
3. Ghodse H (1995). *Drugs and Addictive Behaviour. A Guide to Treatment*. Blackwell Science Ltda. Londres. Second Edition.
4. Health Canada (2001). *Prácticas óptimas. Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Ottawa, Ontario.
5. INDEC (2008) Encuesta Nacional sobre prevalencia sobre el consumo de sustancias psicoactivas.
6. Israel Y.; Holland er O.; Sanchez-Craig M. y cols.(1996) Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol. 20, N° 8.
7. Ley Nacional 24788/07 de Lucha contra el Alcoholismo Decreto Reglamentario 149/09 y 688/09.
8. P. Lorenzo; J. M. Ladero; Leza J. C.; Lizasoain I (2003). "Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación". Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición.

9. Miguez, Hugo (2003). "Fundamentos para una Tarea preventiva". Trabajo presentado en el tercer Congreso Internacional sobre Adicciones. Programa Cambio.
10. Ministerio de Salud Chile (1993). "Normas técnicas y programáticas en Beber Problema". Publicaciones de Salud Mental N° 2.
11. Ministerio de Salud Chile (1996). "Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas". Publicación de salud Mental N° 10.
12. Ministerio de Justicia de la Nación. (2009) "Sustancias Psicotrópicas y criminalidad Compleja sobre los usuarios de Drogas y las Políticas para su abordaje" Documento Oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Trafico Ilícito de Estupefacientes.
13. Ministerio de Salud de la Nación (2005). "Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo".
14. Ministerio de Salud de la Nación (2006). "Estandarización de Procesos Asistenciales".
15. Ministerio de Salud de la Nación (2007) Esondi, Maria Eugenia; De Luca Mario, Chapman, Schapochnik, Norberto; Bernztein, Ricardo, Otheguy, Lidia "Guía para la adaptación de guías de prácticas clínicas". Academia Nacional de Medicina Buenos Aires.
16. Ministerio de Salud de la Nación (2007). Encuesta Mundial de Salud Escolar.
17. Miller N.; Swift R.M. Guest Editors (1999). *Addictive Disorders*. The

Psychiatric Clinics of North America.

18. Moyer A.; Finney J.W.; Swearingen C.E.; Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.

19. Municipalidad de Santiago (2004). Salud Santiago. "Estrategias de prevención en alcohol y drogas desde la Atención Primaria.

20. Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación.

21. Naciones Unidas (2008). CiCAD. "Elementos Orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión" Primer Estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años.

22. Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategias para reducir el uso nocivo de alcohol: proyecto de estrategia mundial. Informe de la Secretaría. 63ª Asamblea Mundial de la Salud.

23. OPS/OMS: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud: Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública, Ontario Canadá, 1986.

24. OPS/OMS: Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria. Ginebra 1990.

25. OPS/OMS: Día Mundial de la Salud Mental, 2001, Sí a la atención no a la exclusión, 2001.

26. OPS/OMS: Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud "Para Promover la Salud en el Municipio", Lecturas Básicas, Ciudad de Méjico, 2000.

27. OMS: Informe Mundial de la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos Nuevas, Esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.

28. SEDRONAR (2005-2006a). Observatorio Argentino de Drogas. "La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en niños en situación de calle"

28. SEDRONAR (2005^a) El Uso indebido de drogas y su relación con la comisión de delitos. Prueba piloto. Provincia de Santa Fe y Santo Tomé.

29. SEDRONAR (2005b) El Uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Segundo Estudio Nacional.

prevencionalcohol@msal.gov.ar