

DOCUMENTOS TÉCNICOS

Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas

Evaluación Inicial



Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas

Evaluación Inicial

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Ministerio del Interior y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

Santiago, Chile

2021

© SENDA

Registro de Propiedad Intelectual N°

ISBN:

Esta publicación ha sido elaborada por el Área de Tratamiento e Intervención de la División Programática de SENDA, y el Departamento de Gestión de Cuidados de la División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Coordinación Técnica: Francisca Alburquenque G., Carlos Leyton V. y Marcela Lara O.

Redactor: Mario Pacheco L.

Edición: Marly Mora

Diseño y diagramación: Bethania Rodrigues

DOCUMENTOS TÉCNICOS

Evaluación y Confirmación Diagnóstica en personas con consumo de alcohol y otras drogas

Evaluación Inicial



Índice

Presentación	6
<hr/>	
I. Propósito de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica	8
<hr/>	
II. Dimensiones de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica	10
1. Uso de sustancias	10
2. Necesidades de salud física y mental	11
3. Disposición para el cambio de comportamiento y disposición para ingresar a tratamiento	12
4. Ambiente de recuperación (apoyo familiar o apoyo social)	13
<hr/>	
III. Fases de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica	14
1. Acogida	14
2. Evaluación	15
3. Retroalimentación	16
4. Referencia asistida	17
<hr/>	
IV. Recomendaciones para cada fase de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica	18
1. Acogida	18

2. Evaluación	22
3. Retroalimentación	23
4. Referencia asistida a la modalidad/intensidad de cuidados adecuados para la persona usuaria	27
<hr/>	
V. Pauta de entrevista recomendada	28
<hr/>	
VI. Criterios para decidir la modalidad/intensidad de los cuidados	44
<hr/>	
VII. Informe de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica	63
<hr/>	
Bibliografía	67
<hr/>	
Anexos	71
Nº 1 Cuadro resumen de los ítems de la evaluación y objetivos	73
Nº 2 Evaluación de la privación de alcohol (CIWA-Ar)	77
Nº 3 Resumen de la información obtenida	83
Nº 4 Ejemplos clínicos	87

Presentación

Dentro del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Área de Tratamiento e Intervención de la División Programática promueve el desarrollo de intervenciones terapéuticas que consideren las distintas etapas en la trayectoria de atención a personas que requieran acceder a un programa de tratamiento por consumo de sustancias.

Este documento técnico se ha elaborado a partir de la necesidad de los equipos que realizan la evaluación y confirmación diagnóstica de personas que consultan y se encuentran consumiendo alcohol u otras drogas, en el marco de un trabajo colaborativo entre el Ministerio de Salud y el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA.

El objetivo de esta publicación es entregar lineamientos técnicos a los profesionales de la salud que realizan la Evaluación y Confirmación Diagnóstica¹, proceso que permite determinar si una persona presenta un consumo problemático de alcohol u otras drogas. Este procedimiento permite determinar el nivel de cuidados o la modalidad de atención que la persona requiere de acuerdo con sus necesidades, en un tiempo acotado, y considerando el levantamiento de información crítica realizado en este diagnóstico. De cualquier forma, se entiende que en una etapa posterior corresponde realizar una evaluación de mayor profundidad en el caso de que la persona ingrese a un tratamiento.

La elaboración de estos contenidos consideró, además de una revisión de la literatura internacional, un proceso de consulta a profesionales de reconocida experiencia clínica y a equipos profesionales dedicados a brindar

atención a personas con consumo problemático de sustancias. Asimismo, se realizó un pilotaje de la pauta de entrevista propuesta en diferentes centros de Atención Primaria de Salud y de programas de tratamiento, lo que permitió recoger observaciones y aportes de los distintos actores implicados en el proceso de evaluación.

Esperamos que este documento sea una herramienta útil de trabajo para los equipos tanto de la Atención Primaria de Salud como de los programas de tratamiento de todo el país, y contribuya a mejorar la calidad de la atención entregada.

1 La atención primaria es la puerta de entrada para acceder a atenciones de salud.

I.

Propósito de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

La **Evaluación y Confirmación Diagnóstica** tiene como propósito identificar información crítica para la toma de decisiones acerca del nivel de cuidados que requiere la persona usuaria, por medio de la evaluación de cuatro dimensiones que han demostrado ser relevantes para la obtención de logros en los tratamientos por consumo problemático de sustancias.

Esto implicará:

- a. Realizar diagnóstico clínico inicial del trastorno por uso de sustancias de acuerdo a los criterios del CIE-10.
- b. Evaluar dimensiones principales de relevancia clínica inicial.
- c. Determinar el nivel de los cuidados requeridos por la persona, según el diagnóstico clínico de trastorno por uso de sustancias, y las necesidades detectadas en las dimensiones evaluadas.

La información obtenida en la Evaluación y Confirmación Diagnóstica, además de identificar información crítica para la toma de decisiones acerca del nivel de los cuidados que requiere la persona, proporciona una línea base de su funcionamiento, al momento de ingresar a tratamiento. Las dimensiones que se evalúan en la Evaluación Inicial serán profundizadas en forma más exhaustiva en la evaluación integral que se realiza cuando el usuario o usuaria ingresa a tratamiento, con el objetivo de diseñar el Plan de Tratamiento Individual (PTI) —o Plan de Cuidado Integrales (PCI) en el caso de la red de Salud Pública—, monitorear sus progresos en el tratamiento y determinar el momento oportuno para referirlo a un descenso en la intensidad de los cuidados, o a la continuidad de los cuidados en el post-tratamiento (Cross y Sibley, 2010).

Se recomienda que la Evaluación y Confirmación Diagnóstica sea implementada en la Atención Primaria de Salud por algún profesional del equipo del sector que otorgue atención de salud mental, y en el caso de los centros de tratamiento, por el/la psicólogo/a o trabajador/a social, cuando la persona consulte de manera espontánea. Al mismo tiempo, se sugiere realizarla en una o dos sesiones, lo menos espaciadas posibles, idealmente dentro de la misma semana.

II.

Dimensiones de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

De acuerdo a la revisión de la literatura internacional, las dimensiones a evaluar en este primer momento son:

1. Uso de sustancias.
2. Necesidades de salud física y mental.
3. Disposición para el cambio de comportamientos y motivación para ingresar a tratamiento.
4. Ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social).

A continuación describiremos cada una de estas dimensiones:

1. **Uso de sustancias**

Esta dimensión indaga acerca del uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses; tipo de sustancias usadas, frecuencia e intensidad del uso, problemas asociados identificados por la persona usuaria; e indicadores clínicos de trastorno por uso de sustancias.

También se observa si la persona ha intentado reducir o abstenerse del uso de la sustancia que percibe que le ocasiona mayores problemas, el éxito obtenido en ese esfuerzo; y si ha participado en tratamientos previos.

Además, se indaga el riesgo de presentar un síndrome de privación severo.

2. Necesidades de salud física y mental

En esta dimensión se indaga si la persona presenta antecedentes de enfermedades físicas crónicas y si está en tratamiento, ya que la presencia de enfermedades físicas crónicas no tratadas pueden ser un riesgo para su salud o complicar el tratamiento (National Institute on Drug Abuse, 2012). Para facilitar la observación de estos aspectos, se presenta un listado de las enfermedades y condiciones médicas más relevantes en personas con trastornos por uso de sustancias.

También se observa si el usuario presenta antecedentes de trastornos mentales agudos y crónicos, y si está en tratamiento para el manejo de trastornos de salud mental crónicos. Se ha encontrado que la población adulta que presenta trastorno por uso de sustancias muestra una prevalencia mayor de trastornos mentales comórbidos que la población general, especialmente en las personas que presentan trastorno por depen-

dencia (Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Szerman et al., 2011). Así mismo, se ha detectado que la presencia de trastornos mentales comórbidos crónicos no tratados se asocia con abandono del tratamiento y con resultados deficientes (Brorson et al., 2013; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; National Institute on Drug Abuse, 2012; Szerman et al., 2011).

La investigación ha evidenciado que la presencia de trastornos de conducta y trastornos mentales en la población adolescente, es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de presentar problemas con el uso de sustancias (NHI, 2014; NICE, 2013; Perepletchikova et al., 2008). Investigaciones nacionales con población adolescente infractora de ley han encontrado una elevada prevalencia de trastornos de conducta y de trastornos mentales en los adolescentes que presentan

trastorno por uso de sustancias (Fundación Tierra de Esperanza, 2012; Gaete et al., 2014; SustenTANK, 2012).

Se incluye en esta dimensión un tamizaje breve de riesgo suicida de las usuarias o usuarios adultos y adolescentes (Deady et al., 2015; Minsal, 2013). La literatura ha indicado que las personas que presentan trastorno por uso de alcohol muestran un riesgo mayor de suicidio que la población general; y las personas que presentan trastornos por uso de drogas ilegales tienen un riesgo aumentado de ideación e intentos suicidas (Center for Substance Abuse Treatment, 2009; Deady et al., 2015).²

3. Disposición para el cambio de comportamientos y motivación para ingresar a tratamiento

En esta dimensión se indaga la disposición motivacional que la persona tiene respecto al cambio de comportamiento de consumo de sustancias y sobre su disposición a ingresar a un tratamiento. Se consulta si presenta disposición para generar cambios, si está tomando ya algunas acciones, y si desea ingresar a tratamiento o se siente presionado para ello.

La literatura señala que la disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento, se relaciona con el enganche

y la permanencia en tratamiento de las personas adultas. Es decir, es más probable que una persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso, esté más dispuesto a ingresar y adherir a un tratamiento (Battjes et al., 1999; Joe et al., 1998; Hiller, 2002; Simpson et al., 1995; Wild et al., 2006).

En congruencia con los hallazgos de la investigación, en esta dimensión se indaga si la persona adulta presenta disposición para generar cambios, o no está segura aún; está tomando ya algunas acciones; y se indaga si desea ingresar a tratamiento o se siente presionada para ello.

En la población adolescente, es frecuente que estos usuarios sean presionados para ingresar a tratamiento (por la familia, la escuela o el sistema de justicia adolescente). En un estudio realizado por Battjes et al. (2003), los investigadores encontraron que la percepción de diversas consecuencias negativas del uso de sustancias era un predictor importante de la motivación para ingresar a tratamiento, y la severidad del trastorno por uso de sustancias no predijo la motivación.

En otra investigación realizada con una muestra de adolescentes entre 12 y 17 años (Dakof et al., 2001), se encontró que el enganche con el tratamiento estaba relacionado —en orden de influencia— con las expectativas positivas de los padres, madres y cuidadores

2 Un estudio recientemente publicado en España, con una muestra de 511 usuarios adultos de drogas ilícitas, encontró que el 30,8% de los hombres y el 38,8% de las mujeres reportaron ideación suicida, sin diferencias significativas por sexo y edad (Arribas-Ivar et al., 2017).

acerca de los logros educacionales del adolescente, el elevado reporte de los padres, madres y cuidadores de síntomas externalizadores en el adolescente, y la percepción del adolescente de elevados niveles de conflicto familiar. Esos autores recomiendan que las intervenciones para engancharlos con el tratamiento estén enfocadas tanto en ellos como en los padres, madres y cuidadores.

4. Ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social)

En esta dimensión se indaga si la persona cuenta con apoyo familiar u otra figura significativa para participar en un tratamiento; y si alguno de los miembros de su familia usa sustancias en la actualidad y si ha buscado tratamiento.

También se averigua acerca de situaciones de riesgo del contexto familiar, educativo y laboral, según corresponda; y se consulta por las estrategias y recursos que la persona pone en práctica para enfrentar o disminuir esos riesgos.

La literatura ha indicado que es necesario el apoyo familiar y social para fortalecer los esfuerzos del usuario o usuaria que busca reducir o abstenerse del uso de sustancias durante y después del tratamiento (Oficina Contra la Droga y el Delito, 2003). Respecto a

la población adolescente, la investigación ha mostrado que la participación de la familia mejora la retención de los usuarios en el tratamiento, y se obtienen mejores resultados a largo plazo (Carpenter, 2013; Steinglass, 2009).

Sin embargo, es necesario destacar que no contar con una figura de apoyo no puede constituirse en ningún caso como una barrera de acceso al tratamiento, sino que implicará la generación de estrategias diferenciadas para abordar esta situación.

También se indaga la situación ocupacional de la persona, y su condición de vivienda/alojamiento. En el caso de adolescentes, se consulta su situación escolar.

III.

Fases de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

La Evaluación y Confirmación Diagnóstica consta de 4 fases:

1. Acogida
2. Evaluación
3. Retroalimentación
4. Referencia asistida

A continuación describiremos cada una de las fases, incluyendo algunas recomendaciones específicas de acción para cada una de ellas.

1. Acogida

El objetivo de esta fase es generar un contexto que facilite la participación activa de la persona usuaria durante todo el proceso de evaluación. Esto implica ofrecerle un ambiente cómodo, que asegure el carácter privado de la entrevista.

El entrevistador debe ajustar el tiempo de la entrevista de acuerdo a la necesidad de cada persona usuaria, pudiendo realizar más de una sesión.

Se recomienda que el entrevistador exhiba un estilo congruente con los principios de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2013)³, usando diversas estrategias para fomentar una relación de colaboración y vínculo positivo, según el contexto que ha dado origen a la entrevista y la edad de la persona usuaria.

3 Relación de colaboración, aceptación y compasión.

En este proceso, el entrevistador debe acomodarse a la persona y al contexto de la entrevista, mostrando interés y curiosidad por conocer la información que ella aporta y absteniéndose de persuadir, confrontar y discutir.

Cuando la persona usuaria es adolescente (10-19 años), la secuencia de la entrevista dependerá si ha acudido presionado o no a la Evaluación y Confirmación Diagnóstica. Carrasco (2012) sugiere que cuando ha acudido a una entrevista presionado por los padres, madres o cuidador, se entreviste primero al adolescente, posteriormente a los padres, madres o cuidador, y se finalice con una devolución de las conclusiones diagnósticas y recomendación de los cuidados en presencia de ambas partes.

2. Evaluación

El objetivo de esta fase es obtener información necesaria para realizar un diagnóstico clínico inicial y determinar el nivel de los cuidados requeridos.

Con este fin se realiza una entrevista estructurada y con una parte semiestructurada que considere las cuatro dimensiones de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica.

Recomendación: antes de iniciar la Fase de Evaluación, si el entrevistador observa que la persona presenta alguno de estos signos clínicos (sedación, agitación o confusión) se sugiere proceder del modo que se grafica en el algoritmo que se encuentra en las páginas 18 y 19 del documento (WHO, 2016). Si el usuario o usuaria no presenta alguno de esos signos clínicos, se puede iniciar la Fase de Evaluación.

Se sugiere que esta entrevista posea el carácter de una conversación-evaluación (SENDÁ, 2016); es decir, que se administre la evaluación al ritmo de la persona usuaria, y no sea una entrevista en la cual la persona entrevistada responde a una lista de cotejo.

También se aconseja que el entrevistador explique las preguntas a la persona usuaria cuando sea necesario, y que antes de una nueva pregunta responda a su respuesta con un reflejo (Miller y Rollnick, 2013)⁴. Igualmente puede ser necesario, según el contexto de la entrevista, que el entrevistador “ruede con la resistencia” (Miller y Rollnick, 2013).

3. Retroalimentación

Esta fase tiene tres objetivos:

- a. **Informar** a la persona usuaria y a sus padres, acompañante o cuidador de los resultados de la evaluación.
- b. **Recomendar** su participación en el nivel de los cuidados que más se adecúa a sus necesidades.
- c. **Fomentar** la disposición motivacional de la persona usuaria para ingresar al nivel de los cuidados que requiere; o negociar el nivel de los cuidados en el cual acepta participar.

En esta fase se requiere que el entrevistador use estrategias motivacionales para intervenir según la respuesta de la persona a la recomendación entregada (discurso de cambio)⁵ (Miller y Rollnick, 2013).

Si la entrevista de Evaluación y Confirmación Diagnóstica se ha realizado en dos reuniones con la persona, se debe tener la precaución de dejar tiempo al término de la segunda reunión para esta fase. Como se ha advertido más arriba, el hecho de que una persona haya acudido en forma voluntaria (espontánea) a la Evaluación Inicial, no asegura que estará dispuesta a ingresar a tratamiento si lo requiere.

4 Si la persona usuaria es un adolescente, es aconsejable que el entrevistador use vocativos que “sintonicen” con el adolescente.

5 Discurso de *estatus quo* (Pre contemplación), discurso de cambio preparatorio (Contemplación) y discurso de cambio movilizador (Preparación).

Esta fase puede dividirse en dos subfases: retroalimentación e intervención motivacional.

- a. **Retroalimentación:** En esta subfase el profesional informa y explica a la persona y a la familia su observación en la entrevista realizada, y recomienda el ingreso al nivel de los cuidados más adecuado para su caso.
- b. **Intervención motivacional:** Según la respuesta de la persona, el profesional intervendrá de acuerdo a las estrategias sugeridas por la Entrevista Motivacional según el tipo de discurso de cambio emitido. El objetivo de la intervención motivacional es aumentar la probabilidad de que la persona acepte ingresar al nivel de los cuidados sugerido, o negociar el nivel al cual está dispuesta a ingresar.

4. Referencia asistida

El objetivo de esta fase es efectuar una derivación asistida para aquellas personas que accedieron a ser referidas a un dispositivo que provee la modalidad de atención requerida y acordada con ellas.

IV.

Recomendaciones para cada fase de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

A continuación, se describen algunos aspectos prácticos a considerar en cada una de las fases de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica.

1. **Acogida**

Esta fase de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica se inicia cuando la persona usuaria es recibida por el entrevistador. Las estrategias usadas para construir una relación de colaboración con la persona dependerán del contexto de la entrevista. Pueden anticiparse los siguientes contextos:

La persona usuaria solicita atención en forma espontánea en el centro de salud.

Puede suponerse que la persona usuaria está preocupada por su uso de sustancias y quiere hacer algo al respecto. En este contexto, puede suponerse que colaborará con el entrevistador.

La persona usuaria acude a la entrevista referida por otro dispositivo.

Aquí pueden darse dos situaciones:

- a. La persona usuaria adulta o adolescente es referida por el tribunal, por exigencia del sistema de justicia penal, o por mandato del empleador o la escuela. Puede conjeturarse que de no haber existido la presión/obligación para acudir a la entrevista de Evaluación Inicial, es probable que la persona no hubiera tomado contacto con el servicio. En estos casos es posible encontrar "resistencia" o "negación" de la persona sobre su situación personal. En este contexto, quizá sea necesario que el entrevistador necesite hacer uso de las estrategias de la Entrevista Motivacional para "rodar con la resistencia" y realizar la entrevista.
- b. La persona usuaria adulta o adolescente ha sido referida desde el DIR⁶. Como en este contexto no ha existido presión/obligación para acudir a la entrevista, puede suponerse que a la persona le preocupa su uso de sustancias y, por lo tanto, podría encontrarse en fase de Contemplación o de Preparación para el cambio de comportamiento y probablemente colaborará con el entrevistador.

Debe tenerse presente que la asistencia voluntaria a la Evaluación y Confirmación Diagnóstica no garantiza que una persona preocupada por su uso de sustancias está dispuesta a ingresar a tratamiento, aunque los resultados de la evaluación así lo recomienden.

6 Programa de detección, intervención breve y referencia asistida (Ministerio de Salud).

Un miembro de la familia u otro adulto significativo, solicita atención para un familiar o un conocido.



Aquí pueden darse dos situaciones:

- a.** Acude a la entrevista sólo un miembro de la familia u otro adulto significativo solicitando ayuda para una persona renuente a reconocer su problema con el uso de sustancias y que se niega a consultar. En esta situación, se sugiere que luego de escucharlo y ser empático con su demanda, el entrevistador lo refiera al programa de salud mental del dispositivo de Atención Primaria de Salud, para que reciba orientación para desarrollar un plan/estrategia que facilite que la persona que usa sustancias acepte acudir a una entrevista. De este modo, también se mejorará, la calidad de vida y autocuidado del familiar u otro adulto significativo que consulta.⁷
- b.** El adolescente ha sido llevado (obligado a acudir) a la entrevista, o una persona adulta ha sido presionada por la familia o la pareja para asistir a la entrevista. En esta situación puede conjeturarse que la persona esté molesta o se muestre renuente a colaborar y quizá sea necesario que el entrevistador requiera hacer uso de estrategias para “rodar con la resistencia” y realizar la entrevista.

Como puede observarse, las estrategias que usará el entrevistador en la Fase de Acogida dependerán del contexto en el cual se realiza la Evaluación y Confirmación Diagnóstica.

Más adelante se ejemplificará la Fase de Acogida con una persona adulta que ha sido referida desde el DIR.

En la página siguiente se describen tres tipos de signos clínicos, y se propondrá un algoritmo para la toma de decisión ante la presencia de alguno de ellos.

7 Por ejemplo, conversaciones/intervenciones del modelo CRAFT (Community Reinforcement and Family Training, Reforzamiento comunitario y entrenamiento de la familia) (Meyers et al., 2009; Smith y Meyers, 2004).



Indicadores de signos clínicos cuya presencia hace recomendable no realizar la entrevista de Evaluación y Confirmación Diagnóstica (WHO, 2016).



Recomendación: Si la persona está acompañada, consulte para obtener mayor información.

* La continuación de la evaluación dependerá del juicio clínico del entrevistador.

** El instrumento de evaluación de síntomas de privación de alcohol se encuentra en el Anexo N° 2 de este documento.

2. Evaluación

Inicie la evaluación según los siguientes criterios:

- a.** Se ha administrado un instrumento de tamizaje a la persona usuaria (la persona ha sido referida a la Evaluación y Confirmación Diagnóstica):
 - Si se aplicó el ASSIST, inicie la Evaluación en el ítem 2, haciendo referencia a la sustancia o las sustancias con uso de riesgo alto, según el informe realizado por la persona que administró ese cuestionario, e indague por la sustancia que más le preocupa a la persona usuaria.
 - Si se aplicó el AUDIT o el CRAFFT, inicie la evaluación en el ítem 1.
- b.** Si no se ha administrado un instrumento de tamizaje (solicitud espontánea de atención o derivación de otro dispositivo sin tamizaje), inicie la evaluación desde el ítem 1.

Estilo de la entrevista

El entrevistador adaptará la entrevista al ritmo de respuesta de la persona usuaria y explicará los ítems que no comprenda, y se recomienda que responda con un reflejo a la respuesta de la persona usuaria antes de presentar un nuevo ítem. De este modo se asegura haber entendido la respuesta de la persona, y se estimula la reflexión acerca de sí misma.

3.

Retroalimentación

La Fase de Retroalimentación se realiza al término de la Fase de Evaluación, y la duración de esta dependerá de la respuesta de la persona usuaria.

Si la entrevista se ha realizado en 2 reuniones, se debe tener la precaución de dejar tiempo al término de la segunda reunión para esta fase.

3.1 Subfase de retroalimentación

El profesional explica a la persona (y a su familiar o cuidador, cuando es un adolescente) su observación en la entrevista realizada, y recomienda el ingreso al nivel de los cuidados más adecuados para su caso. Finaliza su presentación preguntando a la persona: “¿Qué piensa de esta recomendación? ¿Qué cree que es necesario hacer en su situación?” (pregunta evocadora de discurso de cambio) (Miller y Rollnick, 2013).

3.2 Subfase intervención motivacional

La intervención estará determinada según la respuesta de la persona a la pregunta evocadora de discurso de cambio.

Si la persona usuaria no está de acuerdo con la recomendación del profesional, y considera que no es necesario ingresar a un tratamiento

(discurso de *statu quo* o Pre contemplación) (Miller y Rollnick, 2013),



el profesional no intentará persuadirla, ni menos confrontarla por la negación de su situación. En este caso, se recomienda que el profesional responda según el contexto de la entrevista.

Según el contexto de la entrevista, las intervenciones del profesional podrían ser las siguientes:

- **Contexto por obligación informal**

(presión de la familia o del empleador):

“Entiendo don/doña XXXX, que usted considera que no es importante o necesario en este momento ingresar a un tratamiento para ayudarse con su uso de sustancias... Dígame, ¿qué tendría que estar ocurriendo en su vida para que usted decidiera que es necesario ingresar a un tratamiento?”

(Respuesta de la persona)

“Entonces don/doña XXXX, si usted (respuesta de la persona), ingresaría a un tratamiento... Si esa circunstancia llegara a ocurrir, sepa que estaremos en este lugar para escucharlo/a y ayudarlo/a a lograr lo que usted quiere. Le agradezco su colaboración y su paciencia. Hasta luego”.

Esta intervención es respetuosa con la persona, ya que considera y valida su autonomía (Ryan et al., 2011), y está “dejando abierta la puerta” para que esta acuda a ese profesional si lo considera necesario en el futuro.

El entrevistador no realiza otra intervención adicional, ya que la no participación de la persona en un tratamiento no tendrá consecuencias legales.

- **Contexto por obligación formal**

(tribunal, delegado de libertad vigilada o libertad asistida, o presión de la escuela):

“Entiendo don/doña XXXX, que usted no considera que sea importante o necesario en este momento ingresar a un tratamiento para ayudarse con su uso de sustancias. Suponga que sigue usando sustancias de la forma en que las usa actualmente, ¿Cuál podría ser la peor cosa que podría ocurrirle?”⁸

(Respuesta de la persona)

El entrevistador contesta y continúa la conversación según la respuesta de la persona usuaria.

Esta intervención es diferente a la sugerida en el contexto por obligación informal, ya que la no participación de la persona en tratamiento puede tener consecuencias legales. El objetivo de esta intervención es extraer motivación extrínseca para participar en un tratamiento.⁹

8 “Pregunta por los extremos” (Miller y Rollnick, 2013).

9 Si la persona acepta ingresar a tratamiento, será labor del programa de tratamiento extraer/fomentar la motivación intrínseca que subyace a la motivación extrínseca de la persona.

Si la persona usuaria está de acuerdo con la recomendación del profesional, pero se muestra ambivalente (“Sí, pero...”) o expresa discurso de cambio preparatorio (“Sí, sería bueno que ingresara a tratamiento, pero...”)

(Miller y Rollnick, 2013),



el profesional no intentará persuadirla de los potenciales beneficios de participar en un tratamiento. En esta situación se recomienda que el profesional responda con las intervenciones sugeridas por la Entrevista Motivacional para la ambivalencia o para el discurso de cambio preparatorio. Estas intervenciones pueden ser realizadas en esa misma sesión, o bien, el entrevistador invitará la persona a una sesión adicional (a realizarse en la misma semana) para reflexionar respecto a la mejor decisión a tomar en su caso.

Si la persona usuaria está de acuerdo con la recomendación del entrevistador, y acepta que necesita ayuda (“discurso de cambio movilizador”) (Miller y Rollnick, 2013), pero tiene reparos respecto al nivel de los cuidados sugeridos

(por ejemplo, no está de acuerdo en ingresar a una modalidad residencial, pero sí a una modalidad ambulatoria intensiva o básica)



el profesional no intentará persuadirla de lo contrario, sino que le comunicará que lo referirá, a modo de prueba, a un sistema ambulatorio intensivo o básico, y que, de acuerdo a sus logros en ese programa de tratamiento, podrán tomarse decisiones posteriormente.

Si la persona usuaria está de acuerdo con la recomendación del entrevistador, y acepta que necesita ayuda, pero manifiesta su deseo de tratarse con el entrevistador y no en otro lugar

(cuando se ha sugerido ingresar a un programa de tratamiento distinto al provisto en el servicio del cual forma parte el entrevistador),



este agradecerá la confianza depositada por la persona usuaria en él/ella, y le informará que su tarea es sugerir la mejor modalidad de tratamiento, y que en el tipo de programa de tratamiento que le recomienda encontrará profesionales que la entenderán e implementarán las mejores estrategias para ayudarla.

Si la persona usuaria está de acuerdo con la recomendación de ingresar a tratamiento, pero quiere ingresar a tratamiento en un régimen residencial y no al régimen ambulatorio sugerido,



el profesional informará a la persona de las fortalezas y recursos observados (por ejemplo, apoyo de otros significativos en la familia, intentos previos de abstinencia de la sustancia durante semanas), indicándole que es conveniente probar primero con un tratamiento ambulatorio, en lugar de un régimen de tratamiento tan extremo como la internación.

4.

Referencia asistida a la modalidad/intensidad de cuidados adecuada para la persona usuaria

El ingreso a tratamiento se verá facilitado cuando la persona usuaria está de acuerdo en ingresar a una modalidad/intensidad de cuidados, que provee el dispositivo en el cual se realizó la Evaluación y Confirmación Diagnóstica.

Si la persona está de acuerdo con el entrevistador en que necesita ingresar a una modalidad/intensidad de cuidados que no se provee en la institución en la cual se ha realizado la Evaluación y Confirmación Diagnóstica, se sugiere que el entrevistador se comunique con un programa de tratamiento de la red de salud cercano al domicilio de la persona usuaria que provea la modalidad/intensidad de cuidados que esta requiere, con el fin de coordinar una hora para el ingreso de la persona a tratamiento. En el intertanto, el profesional enviará el "Informe de Evaluación Inicial" del usuario (sección VII Informe de Evaluación Inicial). Es importante considerar que la referencia debe realizarse según los flujos de la red de salud de cada territorio.

Se recomienda que este profesional realice un seguimiento telefónico y/o presencial del usuario o usuaria, para recordarle la fecha y hora de la cita de ingreso a tratamiento y verificar si asistió al programa

de tratamiento. Si no lo hizo, el profesional responsable debe comunicarse con la persona. En el caso de los adolescentes, se recomienda acompañamiento del profesional, un familiar u otro adulto significativo, en la primera cita.

Si no se pudiera derivar directamente a un tratamiento residencial, la literatura (Network for the Improvement of Addiction Treatment¹⁰) recomienda dos estrategias a seguir:

- a. El profesional que realizó la Evaluación y Confirmación Diagnóstica refiere a la persona a un programa ambulatorio intensivo, para que se le provean los cuidados necesarios. De acuerdo a sus progresos en ese programa, se podrá reevaluar la necesidad de ingresar a un nivel de mayor intensidad de los cuidados.
- b. Si no es posible referirlo a un programa ambulatorio intensivo (ni a un programa ambulatorio básico), el profesional mantendrá contacto telefónico con la persona usuaria para sostener el vínculo e indagar si está preparada para ingresar al programa en régimen de cuidados necesarios.

10 www.niatx.net

V.

Pauta de entrevista recomendada

A continuación, se presenta una pauta de entrevista la cual incorpora las distintas dimensiones de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica. Es importante destacar que NO es una encuesta a aplicar a las personas consultantes ni es una lista de chequeo, sino más bien una guía para realizar la evaluación, la cual podrá adaptarse a las necesidades y particularidades de cada persona. Por lo mismo, el lenguaje utilizado deberá ajustarse a la persona que se esté entrevistando.

Esta pauta ha sido construida revisando la literatura internacional, y considerando los elementos centrales que permitan realizar la confirmación diagnóstica de la persona consultante de la manera más adecuada.

Ejemplo de persona que acudió a la entrevista por demanda espontánea.

“Buenos días, mi nombre es xxxx, cuénteme en qué puedo ayudarle. Mi labor en esta entrevista es conversar con usted acerca de lo que lo/la trae a consultar y entregarle algunas recomendaciones que le puedan ser de utilidad”.

Ejemplo con una persona que fue referida a la entrevista por el DIR.

“Buenos días, soy xxxx. Sé que usted respondió a unas preguntas (cuestionario/instrumento) que indicó que usted puede estar experimentando problemas debido a su uso de sustancias. Mi labor en esta entrevista es conversar con usted acerca de este tema y entregarle algunas recomendaciones que le puedan ser de alguna utilidad”.

“Para realizar esto, le haré una serie de preguntas que necesito que responda. Si no entiende alguna, me dice y se las explicaré.

Antes de comenzar, necesito hacerle algunas preguntas generales”:

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil
(soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a): _____

¿Con quién vive? _____

Si vive solo,
¿tiene domicilio fijo? Sí No

Si no tiene domicilio fijo,
¿vive en la calle, un albergue u otro espacio? _____

¿Ocupación laboral actual? (Escriba una "X" según corresponda)

Trabajador/a (asalariado/a, por cuenta propia o dueña/o de casa)

Estudiante (actualmente asiste a curso de educación formal, curso actual):

Si es adolescente y no asiste a la escuela, preguntar desde cuándo no va y las razones de la deserción:

Cesante (no trabaja en la actualidad, pero busca empleo)

No trabaja (ni ha buscado empleo)

Nº de teléfono de contacto

Gracias por la información que me ha entregado.

(Continuar como se indica a continuación).

Dimensión uso de sustancias

**1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido alcohol u otras drogas¹¹? ¿Cuál?
 (Marque con una "X" las sustancias mencionadas)**

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Marihuana (Cannabis)
- d. Cocaína
- e. Pasta base de cocaína
- f. Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)
- i. Otras, cuáles _____

**2. En el último año, durante los meses que ha consumido cada sustancia, en promedio ¿cuántos días a la semana la consume? ¿Qué cantidad consume en un día habitual de uso?
 (Sustancias para las cuales se ha escrito "X" en el ítem 1)**

Sustancia	Frecuencia de uso semanal	Cantidad usada por día
a. Alcohol		
b. Tabaco		
c. Marihuana (Cannabis)		
d. Cocaína		
e. Pasta base de cocaína		
f. Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)		
g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)		
h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)		
i. Otras		

¹¹ Es importante señalar que no se leen todas las sustancias.

**3. ¿El consumo de sustancias le ha ocasionado alguno de estos problemas en más de una oportunidad en el último año?
(Escriba "X" cuando corresponda)**

<input type="checkbox"/>	Ha hecho algo que ponga en riesgo su integridad física o la de los demás bajo el efecto de las drogas.	<input type="checkbox"/>	Desacuerdos, discusiones o malos entendidos en su relación con otras personas debido al uso de sustancias.
<input type="checkbox"/>	Ha sufrido accidentes o heridas.	<input type="checkbox"/>	Problemas financieros (falta de dinero para gastos básicos o pago de cuentas, deudas, reducción del salario debido a ausentismo laboral sin justificación).
<input type="checkbox"/>	Problemas psicológicos: ansiedad, pánico, depresión, sensación de persecución.	<input type="checkbox"/>	Problemas con la justicia (detención, investigación judicial, condena).
<input type="checkbox"/>	Autoagresiones.	<input type="checkbox"/>	Dificultad para cumplir con sus roles, como cuidar en forma responsable a menores de edad a su cargo, o rol de cónyuge/pareja; dificultad para realizar sus labores habituales en su trabajo o en la casa; bajo rendimiento en la escuela.
<input type="checkbox"/>	Ejercer violencia hacia otras personas (peleas con desconocidos en la calle, riñas con conocidos, violencia contra la pareja o contra miembros de la familia).	<input type="checkbox"/>	

**4. En relación con el consumo de sustancias en el último año...
(Preguntar por cada sustancias que se marcó con "X" en el ítem 2):**

**4a. ¿Ha experimentado un deseo muy intenso por consumir _____ ? (Craving)
(Escriba una "X" cuando corresponda)**

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Marihuana (Cannabis)
- d. Cocaína
- e. Pasta base de cocaína
- f. Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)
- i. Otras _____

4b. ¿Ha tenido alguna dificultad para controlar el consumo de la sustancia, por ejemplo, ¿ha usado más cantidad de lo que se había propuesto?
(Escriba una "X" cuando corresponda)

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Marihuana (Cannabis)
- d. Cocaína
- e. Pasta base de cocaína
- f. Benzodiazepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)
- i. Otras _____

4c. ¿Ha advertido que la misma cantidad de sustancia tiene menos efecto en usted que antes? ¿Ha tenido que aumentar la cantidad para obtener el mismo efecto?
(Escriba una "X" cuando corresponda)

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Marihuana (Cannabis)
- d. Cocaína
- e. Pasta base de cocaína
- f. Benzodiazepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)
- i. Otras _____

4d. **¿Ha experimentado síntomas físicos o psicológicos cuando ha suspendido el uso de la sustancia?**
(Escriba una "X" cuando corresponda)

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Marihuana (Cannabis)
- d. Cocaína
- e. Pasta base de cocaína
- f. Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- g. Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico)
- h. Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.)
- i. Otras _____

Algunos aspectos a considerar para el entrevistador:

Síndrome de privación

(síndrome de abstinencia)

- › **Alcohol:** Nerviosismo, insomnio, irritabilidad, temblores, náusea/vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial, crisis convulsivas, agitación, alucinaciones.
- › **Cocaína, Pasta base de cocaína:** Fatiga, angustia, aumento del apetito, depresión, irritabilidad, pensamiento suicida.
- › **Benzodiacepinas:** Ansiedad, insomnio, temblores, náusea/vómito, aumento de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial, crisis convulsivas, agitación, alucinaciones.
- › **Tramadol, Morfina u otros Opioides:** Ansiedad, calambres, dolores musculares, dolor de cabeza, náusea/vómito/diarrea, lagrimeo en los ojos y moquillo nasal, pupilas dilatadas, bostezos, tendencia a levantar la cabeza y los brazos, aumento de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial, ánimo depresivo, letargo.
- › **Marihuana (Cannabis):** Humor depresivo o lábil (cambiante), ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño.
- › **Solventes volátiles:** Alteraciones del sueño, ansiedad, dolor de cabeza, temblores, irritabilidad, diaforesis, náuseas e ilusiones.
- › **Tabaco:** Irritabilidad, ansiedad, disforia, ánimo deprimido, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito.

**Factores de riesgo para el desarrollo de un
síndrome de privación por alcohol severo
(*Delirium Tremens*)**

- › Una historia de consumo sostenido.
- › Una historia de *Delirium Tremens* anterior.
- › Tener más de 30 años.
- › Presencia de una enfermedad concomitante.
- › Síntomas de privación significativos en presencia de un elevado nivel de alcohol en la sangre.
- › Un período de inicio de síntomas más largo desde la última ingesta (es decir, los pacientes que presentan síndrome de privación alcohólica más de dos días después de su última ingesta son más propensos a experimentar *Delirium Tremens* que los que lo presentan dentro de los dos primeros días).

Si ha experimentado síntomas de privación:

¿Cómo los afrontó? ¿Qué hizo para ayudarse o superar esos síntomas?

¿Cuándo fue la última vez que los experimentó?

4e.

¿Se ha dado cuenta de que el uso de esa sustancia se ha hecho fundamental o que recuperarse de su efecto le impide que le interesen otras actividades que antes eran importantes para usted?

(Escriba una "X" cuando corresponda)

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| a. | <input type="checkbox"/> | Alcohol |
| b. | <input type="checkbox"/> | Tabaco |
| c. | <input type="checkbox"/> | Marihuana (Cannabis) |
| d. | <input type="checkbox"/> | Cocaína |
| e. | <input type="checkbox"/> | Pasta base de cocaína |
| f. | <input type="checkbox"/> | Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico) |
| g. | <input type="checkbox"/> | Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico) |
| h. | <input type="checkbox"/> | Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.) |
| i. | <input type="checkbox"/> | Otras _____ |

5.

¿Hace cuánto tiempo fue su último uso de...?

(Preguntar por cada sustancias que se marcó con "X" en el ítem 2)

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| a. | <input type="checkbox"/> | Alcohol |
| b. | <input type="checkbox"/> | Tabaco |
| c. | <input type="checkbox"/> | Marihuana (Cannabis) |
| d. | <input type="checkbox"/> | Cocaína |
| e. | <input type="checkbox"/> | Pasta base de cocaína |
| f. | <input type="checkbox"/> | Benzodiacepinas y otros sedantes (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico) |
| g. | <input type="checkbox"/> | Tramadol o morfina (sin receta médica o en una dosis mayor a la recetada por un médico) |
| h. | <input type="checkbox"/> | Solventes volátiles (aerosoles, bencina, pegamentos, pinturas, gas, etc.) |
| i. | <input type="checkbox"/> | Otras _____ |

**6. ¿Ha intentado reducir el consumo o dejar de consumir la sustancia que le ha ocasionado un mayor problema?
(Escriba una "X" cuando corresponda)**

Sí No

**7. ¿Cómo ha resultado su esfuerzo?
(Si el usuario respondió "Sí" en el ítem anterior, escriba una "X" según corresponda)**

a. Ha sido capaz de reducir el uso o dejar de usar la sustancia

Sí No

¿Por cuánto tiempo?

b. Lo intentó, pero no pudo dejar de usar ni disminuir la cantidad (dosis) de la sustancia

Sí No

**8. ¿Ha estado en tratamiento por el uso de sustancias?
(Escriba una "X" cuando corresponda)**

Sí No

Si la respuesta es sí:

Ambulatorio Residencial No sabe o no recuerda

Número de tratamientos realizados _____

**9. Donde usted vive, ¿hay personas que presentan un problema con el uso de sustancias o las usan en la casa?
(Escriba una "X" cuando corresponda)**

Sí No

Si la respuesta es sí: ¿quién o quiénes?

Dimensión necesidades de salud física y salud mental

10. ¿Cuándo fue la última vez que vio a un médico? ¿Por qué?

Hace cuánto tiempo:

Motivo de consulta:

11. ¿Está actualmente en algún tipo de tratamiento médico o desearía recibirlo, debido a problemas de su salud física o de su salud mental?

(Si la respuesta es "Sí", escriba el diagnóstico, o en su defecto el motivo de consulta)

Salud física:

Salud mental:

Si la respuesta es Sí en alguna de las dos alternativas anteriores, preguntar si está recibiendo algún tratamiento, si toma medicamentos en la actualidad y registrarlo:

Salud física

A continuación, se presenta una lista de las enfermedades y condiciones médicas más relevantes en personas con trastorno por uso de sustancias.
(Escriba una "X" cuando corresponda)

- Enfermedad cardíaca (angina de pecho, hipertensión arterial)
- Enfermedad gastroenterológica (úlceras, gastritis, sangrado en deposiciones o vómitos)
- Enfermedad de transmisión sexual (VIH, hepatitis B, sífilis, gonorrea, clamidia, herpes)
- Pediculosis
- Traumatismo encéfalo craneano o accidentes recientes
- Enfermedad hepática (hepatitis, cirrosis)
- Enfermedad neurológica (epilepsia u otras)
- Enfermedad pulmonar (asma, bronquitis); enfermedad renal o endocrina (tiroides)
- Enfermedad ginecológica o embarazo/posible embarazo
- Sobrepeso, colesterol elevado o diabetes
- Desnutrición o falta de vitaminas
- Otras _____

Salud mental

A continuación, se presenta una lista de las enfermedades y condiciones médicas más relevantes en personas con trastorno por uso de sustancias.
(Escriba una "X" cuando corresponda)

- Ansiedad, pánico
- Depresión
- Abuso emocional/verbal
- Comportamiento compulsivo (trastorno obsesivo-compulsivo)
- Problemas de concentración/atención
- Trastorno bipolar
- Impulsividad, descontrol
- Esquizofrenia u otras psicosis
- Comportamiento violento
- Otras _____

12. ¿Ha sido hospitalizado en el último año?
Si la respuesta es "Sí", ¿por qué razón?

13. Recientemente, ¿ha vivido acontecimientos tristes o problemáticos que le hayan hecho pensar en quitarse la vida?

Sí No

(Si la respuesta es "Sí", pasar a la pregunta 14; si la respuesta es "No", pasar a la pregunta 16)

14. ¿Tiene algún plan en la actualidad acerca de cómo quitarse la vida?
(Respuesta "Sí" en relación a la pregunta anterior)

Sí No

Si la respuesta es "Sí", preguntar ¿Qué método usaría? :

¿Tiene acceso a los medios?

Sí No

15. ¿Alguna vez ha intentado quitarse la vida?
(Escriba una "X" según corresponda)¹²

Sí No

12 "Las preguntas sobre autolesión NO provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o actos de autolesión y ayudan a la persona a sentirse comprendida" (OMS, 2010, p. 73).

Dimensión ambiente de recuperación

16. **¿Cuenta con personas que le dan apoyo emocional cuando usted lo necesita?**
(Escriba una "X" cuando corresponda)

Sí No No sé

17. **Si ingresara a un tratamiento para superar su uso de sustancia, ¿puede contar con el apoyo de miembros de su familia, amigos/as, o alguien significativo para usted?**
(Escriba una "X" cuando corresponda)

Sí No No sé

Si la respuesta es Sí, indique quién o quiénes y en qué función:

Acompañarlo/a al centro en la primera etapa de tratamiento:

Acompañamiento en el hogar para apoyar proceso de abstinencia:

Acompañarlo/a a algunas actividades del tratamiento:

Apoyar económicamente en caso de no tener trabajo o requerir ausentarse de su trabajo:

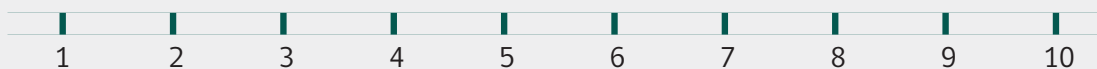
Apoyarlo/a en el cuidado de los hijos y otras responsabilidades domésticas en caso de ser pertinente:

Otra (mencionar):

18. En una escala de importancia de 1 a 10, donde 1 es "nada importante" y 10 es "muy importante", ¿qué número representa su necesidad o interés actual por recibir ayuda especializada o algún tipo de tratamiento para reducir el uso o dejar de usar la sustancia?¹³ (Mostrar la escala visual análoga)

Número indicado por la persona

Si la persona usuaria elige un número inferior a 4 (y mayor que 1), preguntar: ¿Qué lo hace elegir ese número y no uno inferior?¹⁴ (Escuchar y responder con un reflejo a la respuesta)



13 Babor y Higgins-Biddle (2001) han sugerido que un número inferior a "4" indicaría que la persona está en Pre contemplación; un número entre "4 a 6" indicaría que la persona está en Contemplación, y un número mayor a "6" indica que la persona está en Preparación. Sin embargo, el entrevistador podrá percatarse de la disposición motivacional para ingresar a tratamiento, según la respuesta de la persona a la primera fase de la retroalimentación.

14 American Public Health Association and Education Development Center (2008).

Tenga en consideración que un uso de las sustancias con las siguientes intensidades, sugiere una dependencia¹⁵:

Pautas de uso de sustancia que sugieren dependencia:

- > Alcohol: más de 6 unidades estándar por ocasión; y uso diario.
- > Medicamentos recetados: una dosis mayor a la prescrita, o uso sin receta médica.
- > Marihuana (cannabis): uso diario.
- > Tabaco: varias veces al día, a menudo iniciando el uso antes del desayuno.

Diagnóstico de Trastorno por uso de sustancias en el último año (criterios del CIE-10)

Se debe realizar el diagnóstico para cada sustancia cuyo uso ha sido reportado por la persona usuaria.

- > **Trastorno por uso perjudicial de sustancia**
Respuesta "Sí" en cualquiera de los problemas señalados en el ítem 3, y no presenta más de una respuesta afirmativas en el ítem 4.
- > **Trastorno por uso dependiente de sustancia**
Respuesta "Sí" en cualquiera de los problemas señalados en el ítem 3, y presenta dos o más respuestas afirmativas en el ítem 4.

¹⁵ Para hacer el diagnóstico de dependencia deben utilizarse los criterios del CIE-10.

TRAGOS

unidades de medida estándar

	CANTIDAD	TRAGOS
CERVEZA	 Lata	1 trago
	 Shop pequeño	1 1/2 tragos
	 Shop grande	3 tragos
	 Botella	3 tragos
VINO	 Copa, media caña, jote	1 trago
	 Vaso, caña	2 tragos
	 Botella	6 tragos
	 Caja, tetrapack	8 tragos
LICOR	 Corto	1 trago
	 Combinado simple	1 trago
	 Combinado fuerte, cabezón	2 tragos
	 Botella	17 tragos

VI.

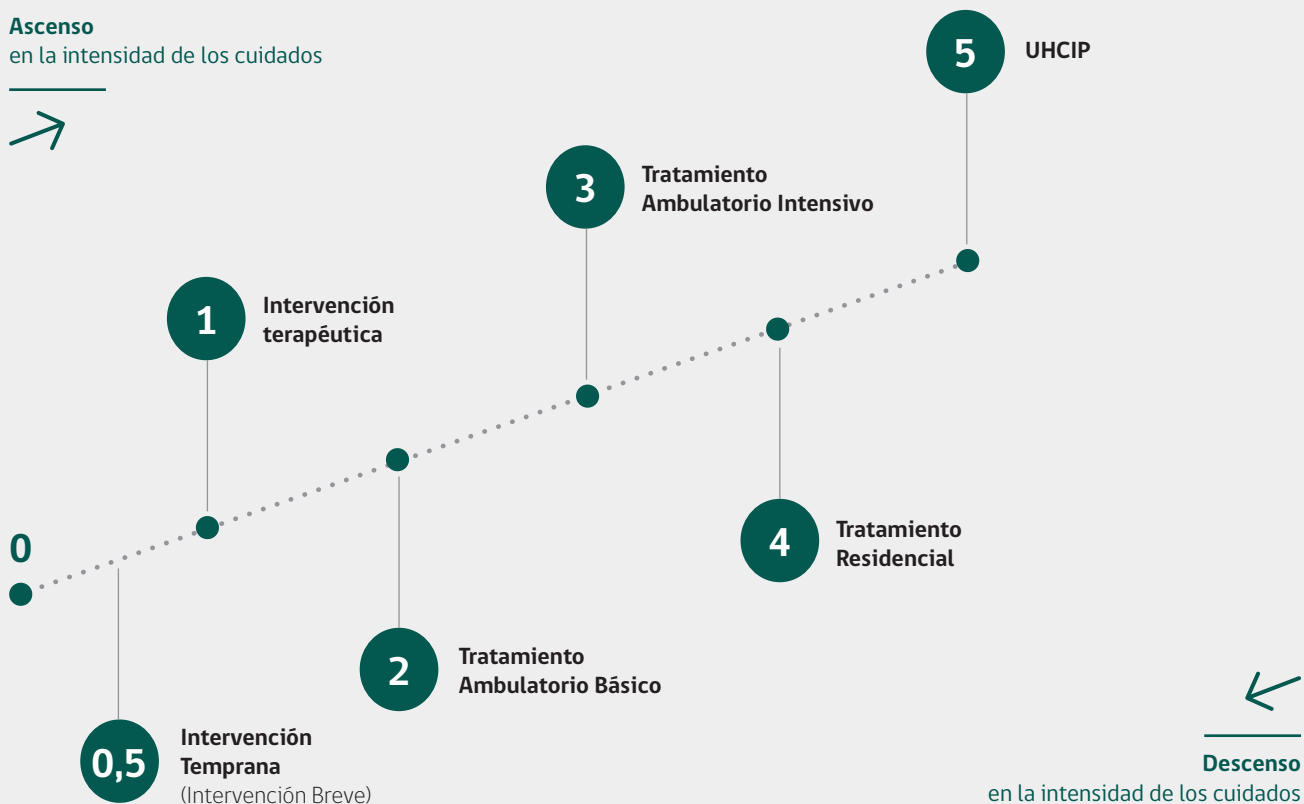
Criterios para decidir la modalidad/intensidad de los cuidados

En el caso de personas que presentan trastorno por uso de sustancias, se debe considerar lo siguiente:

- a.** Se le recomendará a la persona usuaria el programa menos intensivo o menos restrictivo que probablemente más le ayudará a recuperar su salud.
- b.** Se referirá a la persona a un servicio de alta intensidad médica/psiquiátrica solamente cuando presente problemas psiquiátricos o médicos que requieran de tratamiento especializado que no se puedan resolver en un nivel de menos complejidad.
- c.** El hecho de que una persona usuaria esté en situación de calle no es una razón suficiente para ingresarla a un programa residencial. Este tipo de tratamiento no debería ser ofrecido como un servicio de vivienda/alojamiento.

La modalidad/intensidad de los cuidados puede ser entendida como un continuo desde modalidades de baja intensidad a elevada, que responden a las necesidades, limitaciones y obstáculos del usuario o usuaria, y a sus fortalezas, recursos y estructura de apoyo. Por lo tanto, una persona que no ha respondido favorablemente a un nivel de baja intensidad en los cuidados, requerirá transitar a un nivel de mayor intensidad terapéutica con el fin de mejorar los resultados de su proceso. Del mismo modo, una persona que ha sido tratada en un programa residencial podrá descender en la intensidad de sus cuidados a un programa ambulatorio, una vez cumplidos los objetivos terapéuticos que motivaron su ingreso a tratamiento residencial.

Este continuo puede representarse en el siguiente esquema (adaptado de ASAM, 2013¹⁶)



Las flechas en el esquema significan lo siguiente:

- › **Ascenso en el nivel/intensidad de los cuidados** (flecha hacia la derecha): la condición de la persona usuaria puede empeorar o agravarse, debido a lo cual es necesario referirla a la modalidad más intensiva de los cuidados que sea más adecuado para su caso.
- › **Descenso en el nivel/intensidad de los cuidados** (flecha hacia la izquierda): representa el descenso/transferencia a la modalidad/intensidad de cuidados de menor intensidad (continuidad de los cuidados), una vez que la persona ha alcanzado las metas de tratamiento en la modalidad/intensidad de los cuidados en que fue ubicada inicialmente (Center for Substance Abuse Treatment, 2006; White, 2006, 2008).

16 <http://www.asam.org/publications/the-asam-criteria/about>

Existen diversas modalidades de atención para proveer servicios de tratamiento a las personas que presentan trastorno por uso de sustancias. Es importante que usted conozca sus características y en qué nivel de su red están disponibles (primario, de especialidad). En este documento hay una propuesta que le permitirá recomendarle a la persona usuaria la modalidad de atención más adecuada a sus necesidades entre las disponibles¹⁷.

En la siguiente página, se definen las principales modalidades/intensidad de los cuidados, sin embargo, la configuración de estas puede variar en cada territorio, según el modelo de gestión de

la red temática de salud mental. En labores de coordinación en conjunto con su servicio de salud, usted tiene la responsabilidad de conocer la red de atención disponible en su territorio, y si en este hay otra oferta disponible, haga el ejercicio de clarificar qué perfil de usuarios necesitaría de esos servicios.

Con el fin de orientar a los profesionales encargados de la evaluación en la toma de decisión respecto a qué dispositivo recomendar para la persona usuaria, se presentan las distintas dimensiones consideradas en el proceso de evaluación y los tipos de modalidades de cuidados disponibles, para personas adultas y para personas adolescentes.

17 Es importante considerar al momento de la recomendación del dispositivo, factores territoriales (por ejemplo, usuarios que prefieren quedarse en APS aun cuando indicación técnica es que vayan a ambulatorio intensivo en nivel secundario porque está más cerca de su hogar o no tienen condiciones para financiar movilización a otros dispositivos), así como factores de experiencias anteriores (por ejemplo, usuarios que egresan con alta administrativa o no tuvieron una buena experiencia en un dispositivo es difícil que en ocasiones quieran o puedan volver a ese mismo dispositivo, aun cuando sea el prestador por tipo de modalidad de atención más adecuado).

Intervención Terapéutica¹⁸

- Se refiere al tratamiento que se otorga en la atención primaria a personas con trastornos por uso de sustancias.

Tratamiento Ambulatorio Básico¹⁹

- Tratamiento entregado en modalidad ambulatoria, con 1 a 2 horas de sesiones individuales o de grupo a la semana, en el cual las intervenciones terapéuticas son provistas de acuerdo a un Plan de Tratamiento Individual o PCI.

Tratamiento Ambulatorio Intensivo²⁰

- Tratamiento entregado en modalidad ambulatoria, con actividades terapéuticas diurnas o vespertinas (en sesiones individuales y/o de grupo), 5 días en la semana; en esta modalidad, las intervenciones terapéuticas son provistas de acuerdo a un Plan de Tratamiento Individual o PCI.

Tratamiento Residencial

- Programa de tratamiento estructurado, donde el usuario o usuaria reside en un recinto que provee el tratamiento, y tiene acceso a apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En esta modalidad las intervenciones terapéuticas son provistas de acuerdo a un Plan de Tratamiento Individual o PCI.

Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)

- Conocido antes como Unidad de Corta Estadía, u hospitalización en hospital general. Se refiere a la unidad encargada de proveer cuidados intensivos en salud mental y psiquiatría en el contexto de una hospitalización cerrada, proporciona atención integral de alta intensidad con cuidados de enfermería durante las 24 horas por un periodo no superior a 60 días (MINSAL, 2018).

18 Esta modalidad de tratamiento sería adecuada para los usuarios cuyos problemas son de corta duración, que tienen empleo, y cuentan con buen apoyo familiar y social, que no disponen de tiempo o motivación para un tratamiento de mayor duración, y que pueden beneficiarse con esta intensidad de cuidados. La literatura menciona diversos enfoques de tratamiento breve (Center for Substance Abuse Treatment, 1999). En la actualidad aún no se encuentra disponible dentro de la oferta programática SENDA-MINSAL.

19 Convenio SENDA-MINSAL (2016).

20 En el caso de mujeres, cuentan además con programas específicos tanto en modalidad ambulatoria intensiva como residencial.


Personas adultas

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados				
	Intervención terapéutica	Tratamiento Ambulatorio Básico	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Uso de sustancias	<p>Presenta uso de alto riesgo; o tiene diagnóstico de trastorno por uso perjudicial de sustancia.</p> <p>Riesgo mínimo de síndrome de privación.</p> <p>Puede estar o no abstinentes, pero es capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso de la sustancia.</p>	<p>Diagnóstico de trastorno por uso perjudicial o dependiente de sustancia.</p> <p>No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo.</p> <p>Puede estar o no abstinentes, pero es capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso de la sustancia.</p>	<p>Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de la sustancia.</p> <p>Presenta riesgo de síndrome de privación moderado a severo.</p> <p>No logra abstenerse del uso de sustancias o tiene alta probabilidad de experimentar recaídas. Requiere monitoreo y apoyo varias veces a la semana.</p>	<p>Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de sustancia.</p> <p>Riesgo de síndrome de privación moderado a severo.</p> <p>No logra abstenerse del uso de sustancias o tiene alta probabilidad de experimentar recaídas; en algunos casos a pesar de la participación activa en modalidades de cuidados menos intensivas.</p> <p>Tiene poco reconocimiento de los riesgos de recaídas y de las habilidades para detener el uso continuado de la sustancia.</p>	<p>Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de sustancia.</p> <p>Riesgo de síndrome de privación severo.</p> <p>No es capaz de controlar el uso de la sustancia, con consecuencias peligrosas inminentes, a pesar de la participación activa en modalidades de cuidados menos intensivas.</p>

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados				
	Intervención terapéutica	Tratamiento Ambulatorio Básico	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Salud física y mental	No presenta trastornos o están compensados.	Puede presentar necesidades de salud física, que no signifiquen un riesgo para su salud estar en este nivel de atención. Puede presentar necesidades de salud mental, que pueden ser resueltas en esta modalidad.	Puede presentar necesidades de salud física, que pueden ser abordadas en forma ambulatoria. Puede presentar necesidades de salud mental, que pueden estar o no en tratamiento médico, que requieren ser atendidas por un especialista.	Puede presentar necesidades de salud física, que no signifiquen un riesgo mientras permanezca en esta modalidad de atención. Puede presentar necesidades de salud mental, que requieren ser atendidas por un especialista.	Presenta trastorno de salud mental agudo que requiere atención psiquiátrica las 24 horas (esto incluye el riesgo de suicidio inminente). Presenta necesidades de salud física que requieren monitoreo o atención médica las 24 horas, y cuidados de enfermería.
Disposición para el cambio	Se encuentra en Preparación, Acción o en Mantenimiento.	Muestra disposición para ingresar a tratamiento, y está al menos contemplando el cambio, pero necesita estrategias de motivación y de monitoreo.	Está contemplando el cambio de comportamiento, pero requiere monitoreo o apoyo varias veces a la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio, debido a que muestra un enganche variable con el tratamiento.	Muestra disposición hacia la recuperación, se encuentra al menos en Contemplación. Requiere monitoreo o apoyo continuo para promover el progreso a través de las fases del cambio.	Presenta un bajo interés en el tratamiento y déficit en el control de impulsos, a pesar de las consecuencias negativas. Necesita estrategias motivacionales en un ambiente estructurado y seguro las 24 horas del día. Requiere de intervención motivacional para su participación en el descenso del nivel de los cuidados (Programa Residencial o Ambulatorio Intensivo).

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados				
	Intervención terapéutica	Tratamiento Ambulatorio Básico	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Ambiente de recuperación	<p>Cuenta con apoyo familiar y/o social.</p> <p>Es capaz de desempeñar sus roles y tareas esperadas.</p>	<p>Cuenta con apoyo familiar y/o social.</p> <p>Es capaz de desempeñar sus roles y tareas esperadas.</p>	<p>Apoyo familiar o social escaso o inexistente.</p> <p>Ambiente no representa un impedimento actual para la recuperación del usuario.</p> <p>Presenta dificultades para desempeñar sus roles y tareas esperadas.</p>	<p>Apoyo familiar o social escaso o inexistente.</p> <p>El ambiente es un impedimento para la recuperación (familia, contexto barrial).</p> <p>No puede desempeñar sus roles y tareas esperadas.</p> <p>Necesita un ambiente estructurado para mantener los logros terapéuticos.</p>	<p>Apoyo familiar o social presente, escaso o inexistente.</p> <p>El ambiente de recuperación puede ser o no ser un impedimento para la recuperación, pero la persona requiere de supervisión intensiva.</p>

Si la persona adulta:

Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> > Presenta uso de alto riesgo de la sustancia; o tiene diagnóstico de trastorno por uso perjudicial de sustancias. 	 <p>Refiera a Intervención terapéutica</p>
	<ul style="list-style-type: none"> > Presenta un riesgo mínimo de síndrome de privación. 	
	<ul style="list-style-type: none"> > Puede estar o no abstinentes, pero es capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso de la sustancia. 	
Salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> > No presenta trastornos de salud física y mental, o está compensado. 	
Disposición para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> > Se encuentra en Preparación, Acción o en Mantenimiento. 	
Ambiente de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> > Cuenta con apoyo familiar y/o social. 	
	<ul style="list-style-type: none"> > Es capaz de desempeñar sus roles y tareas esperadas. 	

Si la persona adulta:

Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene diagnóstico de trastorno por uso perjudicial o dependiente de la sustancia. 	<p>➤ Refiera a Tratamiento Ambulatorio Básico</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede estar o no abstinentes, pero es capaz de mantener la abstinencia en algunos períodos o controlar el uso de la sustancia. 	
Salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud física, que no signifiquen un riesgo mientras permanezca en esta modalidad de atención. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud mental, que pueden ser resueltas en esta modalidad de atención. 	
Disposición para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispuesto a ingresar a tratamiento, se encuentra al menos en Contemplación, y necesita estrategias motivacionales. 	
Ambiente de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuenta con apoyo familiar y/o social. 	

Si la persona adulta:

Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene diagnóstico de trastorno por uso dependiente de la sustancia. 	<p>Refiera a Tratamiento Ambulatorio Intensivo</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta riesgo de síndrome de privación moderado a severo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No logra abstenerse del uso de sustancias o tiene alta probabilidad de experimentar recaídas. Requiere monitoreo y apoyo varias veces a la semana. 	
Salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud física, que pueden ser abordadas en forma ambulatoria. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud mental, que requieren ser atendidas por un especialista. 	
Disposición para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Está contemplando el cambio de comportamiento. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requiere monitoreo o apoyo varias veces a la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio. 	
Ambiente de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su apoyo familiar o social es escaso o inexistente. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su ambiente no representa un impedimento actual para su recuperación. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta dificultades para desempeñar sus roles y tareas esperadas. 	

Si la persona adulta:

Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene diagnóstico de trastorno por uso dependiente de la sustancia. 	 <p>Refiera a Tratamiento Residencial</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de síndrome de privación moderado a severo. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No logra abstenerse del uso de sustancias o tiene alta probabilidad de experimentar recaídas en algunos casos, a pesar de la participación activa en modalidades de cuidados menos intensivos. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene poco reconocimiento de los riesgos de recaídas, y pocas habilidades para detener el uso continuado de la sustancia. 				
Salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud física, que no signifiquen un riesgo mientras permanezca en esta modalidad de atención. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede presentar necesidades de salud mental, que requieren ser atendidas por un equipo de cuidados de especialidad.. 				
Disposición para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Muestra disposición hacia la recuperación, se encuentra al menos en Contemplación. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requiere monitoreo o apoyo continuo para promover el progreso a través de las fases del cambio. 				
Ambiente de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su apoyo familiar o social es escaso o inexistente. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su ambiente para la recuperación es un impedimento para la recuperación (familia, contexto barrial) 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No puede desempeñar sus roles y tareas esperadas. 				
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesita un ambiente estructurado para mantener los logros terapéuticos. 				

Si la persona adulta:

Uso de sustancias	> Tiene diagnóstico de trastorno por uso dependiente de la sustancia.	<p>Refiera a Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en psiquiatría u hospitalización en hospital general.</p>
	> Riesgo de síndrome de privación severo.	
	> No es capaz de controlar el uso de la sustancia, con consecuencias peligrosas inminentes, a pesar de la participación activa en modalidades de cuidados menos intensivos	
Salud física y mental	> Presenta trastorno de salud mental agudo que requiere atención de alta intensidad con cuidados de enfermería las 24 horas; esto incluye el riesgo de suicidio inminente.	
	> Presenta necesidades de salud física que requieren monitoreo o atención médica las 24 horas, y cuidados de enfermería.	
Disposición para el cambio	> Presenta un bajo interés en el tratamiento y déficit en el control de impulsos, a pesar de las consecuencias negativas.	
	> Necesita estrategias motivacionales en un ambiente estructurado y seguro las 24 horas del día.	
Ambiente de recuperación	> Tiene apoyo familiar o social, o estos son escasos o inexistentes.	
	> Su ambiente para la recuperación puede ser un impedimento para la recuperación, pero la persona requiere de una supervisión intensiva.	

Personas adolescentes

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados			
	Tratamiento Ambulatorio	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Uso de sustancias	<p>Presenta diagnóstico de uso perjudicial de la sustancia.</p> <p>Sin riesgo de síndrome de privación.</p> <p>Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso de la sustancia, y tiene un propósito de recuperación o metas motivacionales, con un apoyo mínimo.</p>	<p>Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia.</p> <p>No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo.</p> <p>Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. Presenta déficit de habilidades de prevención, y necesita monitoreo y apoyo.</p>	<p>Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia.</p> <p>Riesgo de síndrome de privación moderado a severo.</p> <p>Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.</p>	<p>Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia.</p> <p>El adolescente está experimentado un síndrome de privación severo (o está en riesgo de síndrome de privación severo) y requiere un manejo médico activo e intensivo.</p> <p>Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento.</p>

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados			
	Tratamiento Ambulatorio (GES alcohol y drogas menores de 20 años)	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Salud física y mental ²¹	Ninguna o muy estable, o está recibiendo servicios médicos concurrentes.	<p>Ninguna o está estable o se trata en un nivel de cuidados menos intensivo. Esos problemas son manejables en este nivel.</p> <p>El estado actual del adolescente en esta dimensión cumple con uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El adolescente presenta un riesgo bajo de daño y está suficientemente seguro entre las sesiones. b. Interferencia leve que requiere de este nivel de cuidados para apoyar la adherencia al tratamiento. c. Discapacidad leve a moderada, pero puede asumir responsabilidades. d. El adolescente está experimentando dificultades moderadas con las actividades de la vida diaria y requiere monitoreo o intervenciones cercanas/diarias. e. La historia del adolescente (combinada con la situación actual) predice la necesidad de un monitoreo o intervenciones casi diarias. 	<p>Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario.</p> <p>El estado actual del adolescente en esta dimensión cumple con uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado. b. Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento. c. Discapacidad moderada a severa que no puede ser manejada en un nivel menos intensivo de cuidados. d. Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional. e. La historia del adolescente (combinada con la situación presente) predice inestabilidad sin un tratamiento residencial. 	<p>Requiere cuidados médicos y de enfermería las 24 horas al día, y todos los recursos de una unidad de cuidados intensivos en psiquiatría u hospital general.</p> <p>El estado actual del adolescente en esta dimensión cumple con uno o más de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Riesgo de daño severo. b. Interferencia muy severa, que incapacita al adolescente para participar en un tratamiento en un nivel de menor de intensidad. c. Discapacidad muy severa, que requiere intervenciones médicas y de enfermería frecuentes. d. Dificultades muy severas con las actividades de la vida diaria, que requieren intervenciones médicas y de enfermería frecuentes. e. La historia del adolescente (combinada con la situación presente) predice desestabilización sin manejo médico.

21 En salud mental se evalúan condiciones o complicaciones emocionales, conductuales o cognitivas que (Asam, 2013):


- a. Implican un nivel de peligrosidad/letalidad.
- b. Interfieren con los esfuerzos de recuperación del uso problemático de sustancias y/o salud mental.
- c. Alteran el funcionamiento social.
- d. Interfieren en la capacidad para cuidar de sí mismo.
- e. Alteran el curso de la enfermedad (trastorno).

DIMENSIÓN	Modalidades / intensidad de los cuidados			
	Tratamiento Ambulatorio	Tratamiento Ambulatorio Intensivo	Tratamiento Residencial	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Disposición para el cambio	Muestra disposición para ingresar a tratamiento, y está al menos contemplando el cambio, requiere monitoreo y estrategias motivacionales.	Requiere monitoreo constante o apoyo algunas veces en la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio, debido a las variables de enganche al tratamiento, o no se interesa en tener ayuda.	El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para abordar el enganche mínimo, u oposición, al tratamiento, o para abordar su ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social.	Los problemas en esta dimensión no califican al usuario para los servicios de hospitalización. Si el usuario solamente presenta severidad en las dimensiones disposición al cambio y ambiente de recuperación sin una elevada severidad en las dimensiones uso de sustancias y salud física y mental, no califica para la hospitalización.
Ambiente de recuperación	La familia y el ambiente pueden apoyar la recuperación con una ayuda mínima.	El ambiente del adolescente es un obstáculo para su recuperación, y el adolescente requiere monitoreo constante o apoyo para superar esas barreras.	El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación.	Los problemas en esta dimensión no califican al usuario para una hospitalización. Si el usuario solamente presenta severidad en las dimensiones disposición al cambio y ambiente de recuperación sin una elevada severidad en las dimensiones uso de sustancias y salud física y mental, no califica para la hospitalización.


Si la persona adolescente:

Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> > Tiene diagnóstico de trastorno por uso perjudicial de sustancia. 	<p>➤ Refiera a Tratamiento Ambulatorio (GES Infanto Juvenil)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> > Sin riesgo de síndrome de privación. 	
	<ul style="list-style-type: none"> > Es capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso de la sustancia, y tiene un propósito de recuperación o metas motivacionales, con un apoyo mínimo. 	
Salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> > Ninguna o muy estable, o está recibiendo servicios médicos concurrentes. 	
Disposición para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> > Muestra disposición para ingresar a tratamiento, y está al menos contemplando el cambio, requiere monitoreo y estrategias motivacionales. 	
Ambiente de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> > La familia y el ambiente pueden apoyar la recuperación con una ayuda mínima. 	

Si la persona adolescente:

<p>Uso de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia. > No está experimentando síndrome de privación significativo, o tiene un riesgo mínimo de síndrome de privación severo. > Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. Presenta déficit de habilidades de prevención, y necesita monitoreo y apoyo. 	
<p>Salud física y mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ninguna, o está estable o se trata en un nivel de cuidados menos intensivo. Esos problemas son manejables en este nivel; además presenta uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> > Presenta un riesgo bajo de daño y está suficientemente seguro entre las sesiones. > Los problemas interfieren en forma leve, pero se requiere fomentar la adherencia al tratamiento. > Discapacidad leve o moderada, pero puede asumir responsabilidades. > Dificultades moderadas con las actividades de la vida diarias, y requiere monitoreo e intervenciones cercanas/diarias. > Su historia, combinada con la situación actual, predice la necesidad de intervenciones casi diarias. 	 <p>Refiera a Tratamiento Ambulatorio Intensivo</p>
<p>Disposición para el cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Requiere monitoreo constante o apoyo algunas veces en la semana para promover el progreso a través de las fases del cambio. 	
<p>Ambiente de recuperación</p>	<ul style="list-style-type: none"> > El ambiente del adolescente es un obstáculo para su recuperación, y el adolescente requiere monitoreo constante o apoyo para superar esas barreras. 	

Si la persona adolescente:

<p>Uso de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia. > Riesgo de síndrome de privación moderado a severo. > Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. 	
<p>Salud física y mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ninguna o estable, o está recibiendo monitoreo médico concurrente cuando es necesario; presenta uno o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> > Se encuentra estable o en riesgo de daño moderado. > Interferencia moderada a severa que requiere un tratamiento residencial para apoyar el enganche con el tratamiento. > Discapacidad moderada a severa que no puede ser manejada en un nivel menos intensivo de cuidados. > Dificultades moderadas a severas con las actividades diarias, que requieren supervisión las 24 horas del día y asistencia de mediana intensidad del equipo profesional. > Su historia, combinada con la situación actual, predice inestabilidad sin un tratamiento residencial. 	<p> Refiera a Tratamiento Residencial</p>
<p>Disposición para el cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> > El adolescente necesita estrategias motivacionales intensivas en un programa estructurado de 24 horas, para fomentar el enganche con el tratamiento, o para abordar la ausencia de reconocimiento de sus problemas de salud y/o adaptación social. 	
<p>Ambiente de recuperación</p>	<ul style="list-style-type: none"> > El ambiente es un impedimento para su recuperación, debido a lo cual requiere tratamiento residencial para promover metas de recuperación. 	

Si la persona adolescente:

<p>Uso de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta diagnóstico de uso dependiente de la sustancia. ➤ Está experimentado un síndrome de privación severo (o está en riesgo de síndrome de privación severo) y requiere un manejo médico activo e intensivo. ➤ Riesgo significativo de recaída o uso continuado de la sustancia, o continuación de problemas y deterioro en el nivel de funcionamiento. 	
<p>Salud física y mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requiere cuidados médicos y de enfermería las 24 horas al día, y todos los recursos de una unidad de cuidados intensivos en psiquiatría u hospital general. ➤ El estado actual del adolescente en esta dimensión cumple con uno o más de los siguientes criterios. <ul style="list-style-type: none"> > Riesgo de daño severo. > Interferencia muy severa, que incapacita al adolescente para participar en un tratamiento en un nivel de menor de intensidad. > Discapacidad muy severa, que requiere intervenciones médicas y de enfermería frecuentes. > Dificultades muy severas con las actividades de la vida diaria, que requieren intervenciones médicas y de enfermería frecuentes. > Su historia, combinada con la situación presente, predice desestabilización sin manejo médico. 	<p>Refiera a Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría u hospitalización en hospital general</p> 
<p>Disposición para el cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta dimensión no califica para la hospitalización, SE REQUIERE presentar una elevada severidad en las dimensiones uso de sustancias y salud física y mental. 	
<p>Ambiente de recuperación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta dimensión no califica para la hospitalización, SE REQUIERE presentar una elevada severidad en las dimensiones uso de sustancias y salud física y mental. 	

VII.

Informe de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

Nombre de la persona usuaria

Edad

Nombre del dispositivo en el cual se realizó la Evaluación

Fecha de la Evaluación y Confirmación Diagnóstica

Referido a la Evaluación y Confirmación Diagnóstica por:

DIR (CESFAM)

Solicitud espontánea

Otro (Tribunal, SENAME, Escuela)

¿Cuál?

Dimensión uso de sustancias (Marque una X según corresponda)

Sustancia principal: _____

Uso de riesgo Trastorno por uso perjudicial (CIE-10) Trastorno por dependencia (CIE-10)

Riesgo de síntoma de privación

Ausente Leve Moderado Severo

Riesgo de recaída o uso continuo

Abstinente o puede controlar recaídas Alto riesgo Incapaz de controlar el uso

Dimensión salud física y mental (Marque una X según corresponda)

	Sí	No	¿Cuál o cuáles?	Nivel de severidad. Marque una X si alguno de estos problemas salud requiere tratamiento urgente por un especialista.
Tiene diagnóstico de enfermedad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reporta necesidades de salud física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiene diagnóstico de trastorno mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reporta necesidades de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Dimensión motivación (Marque una X según corresponda)

Disposición cambio de comportamiento	<input type="checkbox"/>	Pre contemplación	<input type="checkbox"/>	Contemplación	<input type="checkbox"/>	Preparación, Acción o Mantenimiento
Disposición para ingreso a tratamiento	<input type="checkbox"/>	Está dispuesto a ingresar al tratamiento recomendado	<input type="checkbox"/>	Está dispuesto a ingresar a un tratamiento distinto al recomendado	<input type="checkbox"/>	No está dispuesto a ingresar a ningún tipo de tratamiento
(Marque una X según corresponda)						
¿Ha participado anteriormente en algún tratamiento por trastorno de uso de sustancias?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº tratamientos

Dimensión ambiente de recuperación (Marque una X según corresponda)

Cuenta con apoyo familiar	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
El ambiente es un impedimento para la recuperación	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Requiere de un ambiente protegido y estructurado para alcanzar y mantener logros terapéuticos	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Recomendación de modalidad/intensidad de los cuidados (Marque una X según corresponda)

Intervención Terapéutica ²²	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Ambulatorio Básico	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Ambulatorio Intensivo	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Residencial	<input type="checkbox"/>
Unidad de hospitalización de cuidados intensivos en Psiquiatría	<input type="checkbox"/>
Hospitalización en Hospital General	<input type="checkbox"/>

22 Aplica sólo a personas adultas.

Observaciones²³

Referido a: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

Nombre y firma del evaluador

Fecha

²³ Consignar aquí si la persona usuaria no aceptó la recomendación del profesional, pero está dispuesto a ingresar a una modalidad de atención diferente. Consignar aquí otra información que el profesional considere relevante.

Bibliografía

- American Public Health Association and Education Development Center. (2008). *Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners*. Washington D. C.: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation.
- Arribas-Ivar, E.; Suelves, J.; Sanchez-Niubo, A.; Domingo-Savany, A. y Brugal, M. (2017). Suicidal behaviors in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. *Gaceta Sanitaria*, 2017. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.11.011
- Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones (ASAM). (2001/2003). *ASAM PPC-2R. Criterios ASAM de Ubicación de Pacientes para el Tratamiento de los Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias* (2a ed. rev.). [Rockville, MD]: ASAM.
- Babor, T. and Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. (s.l.): World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Battjes, R.; Onken, L. and Delany, P. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of a Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.
- Benítez, N. (2010). Evaluación del riesgo suicida. En M. Vargas, R. Triviño, N. Benítez y C. Abelleira (Coord.). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (pp. 65-76). Vallalolid, España: FEARP.
- Bobes, J.; Bascarán, M.; Bobes-Bascarán, M.; Carballo, J.; Díaz, E.; Flórez, G.; García-Portilla, M. y Sáiz, P. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción. Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. (s.l.): SOCIDROGALCOHOL.
- Brorson, H.; Ajo, E.; Rand-Hendriksen, K. and Duckert, F. (2013). Drop-out addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Carpenter, L. (octubre, 2013). *Engaging Parents in Their Child's Substance Abuse Treatment*. Ponencia presentada en Oklahoma Specialty Court Conference. [Oklahoma, Estados Unidos]. Recuperado de http://www.cffutures.org/files/Engaging%20Parents_Adol%20SA%20Tx_LC_OK_101313.pdf
- Carrasco, A. (2012). La entrevista con niños y adolescentes. En C. Perpiñá (Coord.). *Manual de entrevista psicológica* (pp. 201-241). Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series N° 34*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series N° 42*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series N° 47*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2009). *Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series N° 50*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Convenio SENDA-MINSAL. (2015). *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL*. Santiago: SENDA-MINSAL.
- Cross, S. & Sibley, L. (2010). *ADAT. Admission and Discharge Criteria and Assessment Tools Manual* (rev.). (s.l.): Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).
- Dakof, G.; Tejada, M. and Liddle, H. (2001). Predictors of Engagement in Adolescent Drug Abuse Treatment. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- Deady, M., Ross, J. & Darke, S. (2015). *Suicide Assessment Kit (SAK): A comprehensive assessment and policy development package*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Dennis, M. & Scott, C. (december, 2007). Managing Addiction as a Chronic Condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 47-55. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797101/pdf/ascp-04-1-45.pdf>

- Fundación Tierra de Esperanza. (2012). *Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en CIP - CRC*. [Concepción]: Fundación Tierra de Esperanza.
- Gaete, J.; Labbé, N.; del Villar, P.; Allende, C. y Valenzuela, E. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista de Medicina Chile*, 142, 1377-1384.
- Gastfriend, D. (2016). *Implementing ASAM's Criteria with ContinuumTM*. In *Implementing The ASAM Criteria. An Overview of ASAM's criteria and CONTINUUM-the ASAM Criteria Decision EngineTM*. (s.l.): Ohio Department of Mental Health and Addiction Services. Recuperado de <http://mha.ohio.gov/Portals/0/assets/RegulationLicensureAndCertificationLC-Communications/ASAM-CriteriaCONTINUUM-TM-Webinar-SlidsetV2-Ohio6.29.2016.pdf>
- Joe, G.; Simpson, D. and Broome, K. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190.
- Hiller, M.; Knight, K.; Leukefeld, C. & Simpson, D. (2002). Motivation as a Predictor of Therapeutic Engagement in Mandated Residential Substance Abuse Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 56-75. doi: 10.1177/0093854802029001004
- Mee-Lee, D. (october, 2015). *What Using the ASAM Criteria Really Means: Skill-Building and Systems Change*. Ponencia presentada en NAADAC Annual Conference 2015, (s.l.). Recuperado de http://www.naadac.org/assets/1959/david_meelee_ac15_whatusingasam_ho.pdf
- Mee-Lee, D. (october, 2016a). *Understanding the ASAM Criteria and Its Application to Treatment and Placement*. Recuperado de <http://vacsb.org/October%202016/Understanding%20ASAM%20Criteria.pdf>
- Mee-Lee, D. (2016b). *Overview of The ASAM Criteria (2013). In Implementing the ASAM Criteria. An Overview of ASAM's criteria and CONTINUUM-the ASAM Criteria Decision EngineTM*. (s.l.): Ohio Department of Mental Health and Addiction Services. Recuperado de <http://mha.ohio.gov/Portals/0/assets/Regulation/LicensureAndCertification/LC-Communications/ASAM-Criteria-CONTINUUM-TM-Webinar-SlidsetV2-Ohio6.29.2016.pdf>
- Meyers, R.; Miller, W.; Hill, D. & Tonigan, J. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change* (3a ed.). New York: The Guilford Press.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2016). *Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infante Adolescente (UHCIP), Res. Ex. N° 417*. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide* (3ª ed.). (s.l.): National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- NHI. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. (s.l.): National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- NICE. (2013). *Antisocial Behavior and Conduct Disorders in Children and Young People. National Collaborating Centre for Mental Health and Social Care Institute for Excellence, National Clinical Guideline N° 158*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Oficina Contra la Droga y el Delito. (2003). *Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas. Análisis de las Pruebas Científicas*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS. (1992). *CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ª rev.). [Geneva, Suiza]: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Geneva, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Perepletchikova, F.; Krystal, J. & Kaufman, J. (2008). Practitioner Review: Adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1131-1154. doi: 0.1111/j.1469-7610.2008.01934.x

Ryan, R.; Lynch, M.; Vansteenkiste, M. & Deci, E. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193-260. doi: 10.1177/0011000009359313

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2016). *Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP). Manual para el Entrevistador*. Santiago: SENDA.

Simpson, D.; Joe, G.; Rowan-Szal, G. & Greener, J. (1995). Client Engagement and Change During Drug Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117-134. doi: 10.1016/0899-3289(95)90309-7

Smith, J. & Meyers, R. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. Working with Family Members*. New York: The Guilford Press.

Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31, 155-174.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series N° 55*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sullivan, J.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C. & Sellers, E. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.

SustenTANK. (2012). *Estudio de prevalencia de trastornos mentales en adolescentes privados de libertad en virtud de la Ley N° 20.084*. Informe Final. Santiago: SustenTANK.

Szerman, N.; Haro, G.; Martínez-Raga, J. y Casas, M. (2011). Patología Dual (Patología Psiquiátrica). En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.). *Manual de trastornos adictivos* (2ª ed.) (pp. 113-120). Madrid: Enfoque Editorial, S.C.

White, W. (2006). Recovery Management. What if we really believed that addiction was a chronic disorder? En W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management* (pp. 44-57). Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. Recuperado de <http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>

White, W. (2008). *Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices*. (s.l.): Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services. Recuperado de http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf

White, W. & Kurtz, E. (2006). The varieties of Recovery Experience: A Primer for Addiction Treatment Professionals and Recovery Advocates. En W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management* (pp. 7-43). Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. Recuperado de <http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2016). *Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) - version 2.0*. Geneva, Suiza: WHO.

Wild, T.; Cunningham, J. & Ryan, R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.01.002

Anexos

Anexo N° 1

**Cuadro resumen de los ítems
de la evaluación y sus objetivos**

Cuadro resumen de los ítems de la evaluación y sus objetivos

DIMENSIÓN	Nº del ítem	Objetivo de la pregunta
Uso de sustancias	1	Sustancias usadas alguna vez en la vida.
	2	Frecuencia e intensidad del uso de sustancias en los últimos 12 meses.
	3	Percepción de problemas asociados al uso de sustancias en los últimos 12 meses.
	4	Indaga indicadores clínicos relacionados con el uso de sustancias en el último año:
	4a	Indaga la experiencia de <i>craving</i> (criterio diagnóstico de dependencia).
	4b	Indaga la experiencia de pérdida de control (criterio diagnóstico de dependencia).
	4c	Indaga la existencia de tolerancia (criterio diagnóstico de dependencia).
	4d	Indaga acerca de la presencia de síntomas de privación (criterio diagnóstico de dependencia). Incluye una pregunta que indaga las estrategias de afrontamiento de síntomas de privación (auto-eficacia); y el tiempo transcurrido entre la presencia de síntomas de privación y la evaluación actual. La respuesta a esta pregunta no se considera en la realización del diagnóstico por trastorno por uso de sustancias; esta respuesta entrega información acerca de la severidad de los síntomas de privación, si estos están presentes.
	4e	Indaga acerca de la pérdida del interés en actividades cotidianas (criterio diagnóstico de dependencia).
	5	Indaga acerca del último uso de las sustancias de la cual se sospecha dependencia (uso continuado de la sustancia).

DIMENSIÓN	N° del ítem	Objetivo de la pregunta
Necesidades de salud física o mental	10	Indaga si la persona ha consultado a un médico, y la razón de la consulta.
	11	Indaga si la persona ha recibido un diagnóstico médico por problemas de salud física o mental, o la necesidad percibida por la persona para recibir atención médica.
	12	Indaga si la persona ha necesitado ser hospitalizada en el último año (severidad de la necesidad de salud física o mental).
	13	Pesquisa la presencia de ideación suicida reciente.
	14	Pesquisa plan suicida en la actualidad.
	15	Pesquisa la presencia de intentos suicida alguna vez en la vida.
Disposición para el cambio de comportamiento y para ingresar a tratamiento	6	Indaga acerca de la disposición para reducir o cesar el uso de la sustancia.
	7	Indaga acerca de disposición/motivación y la auto-eficacia para reducir o cesar el uso problemático de la sustancia.
	8	Indaga acerca la participación de episodios anteriores de tratamiento. ²⁴
	18	Indaga acerca de la disposición/motivación para ingresar a tratamiento.
Ambiente de recuperación	9	Indaga acerca de impedimentos para la recuperación en el ambiente en el cual vive.
	16	Indaga acerca del apoyo emocional percibido.
	17	Indaga acerca del apoyo probable de la familia y amistades si ingresa a tratamiento.
	¿Con quién vive?	Indaga acerca de ambiente de recuperación. Nota: si vive solo —con o sin domicilio fijo—, puede suponerse un mayor riesgo/impedimento del ambiente de recuperación si presenta uso dependiente de sustancias.
	Ocupación laboral	Indaga acerca del ambiente de recuperación. Nota: si no tiene ocupación laboral —y si es mujer no desempeña labores en el hogar— ni ha buscado trabajo, puede suponerse un mayor riesgo/impedimento del ambiente de recuperación si presenta uso dependiente de sustancias.

24 Se sugiere considerar que la participación en tratamientos anteriores y la recaída en el uso de sustancias no es sinónimo de un “mal pronóstico” del usuario o usuaria. Desde un punto de vista de la dependencia a sustancias como un trastorno crónico recuperable de la salud mental (Dennis y Scott, 2007; White, 2006, 2008), las recaídas en el uso de sustancias es un fenómeno común y esperable. Los estudios han mostrado que las personas que presentan trastorno severo y persistente de uso de sustancias, que alcanzan un año de recuperación estable, lo logran después de 3 a 4 episodios de tratamiento en el transcurso de 8 años (Dennis y Scott, 2007; White, 2006).

Anexo N° 2

Evaluación de la privación de alcohol (CIWA-AR)²⁵

²⁵ Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) (Sullivan et al., 1989).

Evaluación de la privación de alcohol (CIWA-AR)

Nombre del paciente

Fecha

Hora

Pulso o frecuencia cardíaca (tomado durante 1 minuto)

Presión arterial

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Pregunte: "¿Se ha sentido enfermo/a del estómago? ¿Ha vomitado?" Observación.

- 0 sin náuseas ni vómitos
- 1 náuseas leves, sin vómito
- 2
- 3
- 4 náuseas intermitentes, con esfuerzos secos
- 5
- 6
- 7 náuseas constantes, con esfuerzos secos y vómitos frecuentes

TEMBLOR

Brazos extendidos y dedos abiertos. Observación.

- 0 sin temblor
- 1 no visible, pero puede sentirse en los dedos
- 2
- 3
- 4 moderado, con los brazos extendidos
- 5
- 6
- 7 severo, incluso con los brazos no extendidos

SUDORACIÓN

Observación.

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 0 | <input type="checkbox"/> | no visible |
| 1 | <input type="checkbox"/> | sudor escasamente perceptible, palmas húmedas |
| 2 | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | sudor en la frente |
| 5 | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | empapado |

ANSIEDAD

Pregunte: "¿Se siente nervioso/a?". Observación.

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | sin ansiedad |
| 1 | <input type="checkbox"/> | ligeramente ansioso |
| 2 | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | moderadamente ansioso, o a la defensiva, de modo que se infiere la presencia de ansiedad |
| 5 | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | equivalente a un estado agudo de pánico, como puede observarse en el delirio severo o en las reacciones esquizofrénicas agudas |

AGITACIÓN

Observación.

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | actividad normal |
| 2 | <input type="checkbox"/> | algo más activo que lo normal |
| 3 | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | moderadamente nervioso e inquieto |
| 5 | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | se mueve hacia atrás y adelante durante la mayor parte de la entrevista, o cambia de postura constantemente |

ALTERACIONES TÁCTILES

Pregunte: "¿Ha tenido sensaciones punzantes, ardientes o entumecimiento en la piel, o ha sentido insectos que se mueven sobre o debajo de su piel?" Observación.

- 0 ninguna
- 1 sensaciones muy leves
- 2 sensaciones suaves
- 3 sensaciones moderadas
- 4 alucinaciones moderadas
- 5 alucinaciones severas
- 6 alucinaciones extremas
- 7 alucinaciones continuas

ALTERACIONES AUDITIVAS

Pregunte: "¿Está más consciente de los sonidos que lo/la rodean? ¿Son bruscos? ¿Lo/la asustan? ¿Está escuchando algo que lo/la perturba? ¿Está escuchando cosas que usted sabe que no están aquí?"

- 0 ninguna
- 1 sonidos bruscos o capaces de asustar muy leves
- 2 sonidos bruscos o capaces de asustar leves
- 3 sonidos bruscos o capaces de asustar moderados
- 4 alucinaciones moderadas
- 5 alucinaciones severas
- 6 alucinaciones extremas
- 7 alucinaciones continuas

ALTERACIONES VISUALES

Pregunte: "¿La luz se ve muy brillante? ¿Tiene un color diferente? ¿Le hace doler la vista? ¿Está viendo algo que lo perturba? ¿Está viendo cosas que usted sabe que no están aquí?" Observación.

- 0 ninguna
- 1 muy leves
- 2 leves
- 3 moderadas
- 4 alucinaciones moderadas
- 5 alucinaciones severas
- 6 alucinaciones extremas
- 7 alucinaciones continuas

CEFALEA

Pregunte: "¿Siente su cabeza diferente? ¿Siente como si hubiera una banda alrededor de su cabeza?" No puntúe mareo, puntúe la severidad.

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | no presente |
| 1 | <input type="checkbox"/> | muy leve |
| 2 | <input type="checkbox"/> | leve |
| 3 | <input type="checkbox"/> | moderada |
| 4 | <input type="checkbox"/> | moderadamente severa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | severa |
| 6 | <input type="checkbox"/> | muy severa |
| 7 | <input type="checkbox"/> | extremadamente severa |

ORIENTACIÓN Y CONFUSIÓN

Pregunte: "¿Qué día es hoy? ¿Dónde está usted? ¿Quién soy yo?".

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | orientado/a y puede sumar |
| 1 | <input type="checkbox"/> | no puede sumar, indeciso/a en la fecha |
| 2 | <input type="checkbox"/> | desorientado/a en la fecha, pero no más de 2 días del calendario |
| 3 | <input type="checkbox"/> | desorientado/a en la fecha, por más de 2 días del calendario |
| 4 | <input type="checkbox"/> | desorientación espacial y/o personal |

Puntuación total del CIWA-Ar

Puntuación máxima posible:
67 puntos

Comentario de los autores

Un hallazgo sorprendente del estudio realizado para validar la escala, fue que el pulso y la presión arterial no estuvieron correlacionados con la severidad de la privación. Esto no significa que la elevación del pulso y la presión arterial no ocurran en la privación de alcohol, sino que otros signos y síntomas son más confiables en la evaluación de la severidad de la privación.

Esta es una observación de importancia clínica, ya que a menudo los médicos prescriben drogas para el tratamiento de la privación de alcohol basados en las mediciones del pulso y la presión arterial.

La escala es de mayor utilidad en los cuidados clínicos de pacientes con privación de alcohol. En la experiencia de los autores, el tratamiento farmacológico no está indicado para los pacientes con una puntuación inferior a 10. Muchos pacientes con privación leve pueden ser manejados en forma satisfactoria con cuidados de apoyo ambulatorios.

Sin embargo, los fármacos previenen la ocurrencia de complicaciones posteriores en pacientes hospitalizados. El juicio clínico determinará si se prescriben fármacos para los pacientes con puntuaciones entre 10 y 20.

Los puntos de corte de la escala son los siguientes (Bobes et al., 2007):

- Abstinencia leve: 0-9 puntos
- Abstinencia moderada: 10-20 puntos
- Abstinencia grave: 21-67 (se recomienda desintoxicación hospitalaria)

Anexo N° 3

Resumen de la información obtenida

Resumen de la información obtenida

Ayuda para la toma de decisión acerca del nivel de los cuidados requeridos y retroalimentar a la persona usuaria

Uso de alcohol y otras drogas

<input type="checkbox"/>	Uso de riesgo de sustancias (no cumple con los criterios de trastorno por uso de sustancia)
<input type="checkbox"/>	Trastorno por uso perjudicial de: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Trastorno por uso dependiente de: <input type="text"/>

Riesgo de síntomas de privación severos:

<input type="checkbox"/>	Mínimo	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Alto
<input type="checkbox"/>	Actualmente en abstinencia.				
<input type="checkbox"/>	Uso continuado de la sustancia, pero es capaz de lograr o mantener la abstinencia, o controlar el uso.				
<input type="checkbox"/>	Uso continuado de la sustancia, incapaz de lograr o mantener la abstinencia, o controlar el uso.				
<input type="checkbox"/>	Uso continuado de la sustancia, incapaz de controlar el uso de la sustancia, con consecuencias peligrosas inminentes.				

Salud física y mental

<input type="checkbox"/>	No presenta enfermedades físicas, o están compensadas.
<input type="checkbox"/>	Presenta necesidades de salud física, compensadas, o que pueden ser tratadas en forma ambulatoria.
<input type="checkbox"/>	Presenta necesidades de salud física, que probablemente requieren atención hospitalaria.
<input type="checkbox"/>	No presenta trastorno de salud mental.
<input type="checkbox"/>	Presenta trastorno de salud mental compensado, o que puede ser tratado por un médico general.
<input type="checkbox"/>	Presenta trastorno de salud mental que requiere ser tratado por un especialista.
<input type="checkbox"/>	Presenta trastorno de salud mental que probablemente requiere hospitalización.

Presenta riesgo suicida:

Sí

No

Disposición para el cambio

Dispuesto/a a participar en tratamiento, muestra ambivalencia respecto al cambio, requiere intervención motivacional y monitoreo.

Dispuesto/a a ingresar a tratamiento, está contemplando el cambio, requiere intervención motivacional, monitoreo y apoyo continuo.

No contempla el cambio y presenta déficit del control de impulsos, a pesar de consecuencias adversas inminentes.

Ambiente de recuperación**Cuenta con apoyo familiar y/o social:**

Sí

No

Su ambiente representa un impedimento actual para su recuperación:

Sí

No

Es capaz de desempeñar sus roles y tareas esperadas de manera independiente.

Requiere asistencia para desempeñar sus roles y tareas esperadas.

No puede desempeñar sus roles y tareas esperadas, sin ayuda y supervisión externa constante.

Anexo N° 4

Ejemplos clínicos

A continuación, se ejemplifica la toma de decisión sobre la modalidad/intensidad de cuidados recomendado, para casos clínicos teóricos, casos reales nacionales²⁶, y casos tomados y adaptados de la literatura.

Caso Clínico **A**

Varón, de 30 años, referido a tratamiento en el CESFAM por el Juez de Garantía por conducción bajo la influencia del alcohol.

“Pura mala suerte... se me ocurrió ir en auto a la oficina; después de la pega pasamos al happy hour con los compañeros... y al regresar a mi casa estaban los Carabineros haciendo el alcotest... justo ese día, pura mala suerte...”.

La alcoholemia dio como resultado 0,7 g de alcohol/litro de sangre; y como era primerizo, le fue suspendida la licencia de conducir durante 3 meses, y fue condenado a pagar una multa de 5 unidades tributarias mensuales (\$233.000).

“Como he andado corto de plata, ya que estoy pagando un crédito, el Juez me dio la oportunidad de reemplazar la multa a cambio de venir a tratamiento... Venir para acá no me molesta, lo que más me duele es que no podré manejar durante 3 meses... y puchas que se necesita el auto cuando uno tiene niños chicos... y mi esposa no sabe manejar...”.

“Para que le voy a mentir... no es la primera vez que he tomado unos tragos –controlado eso sí– y he manejado el auto... Pero siempre me he cuidado, no me gusta que mis hijos crean que su papá es un borracho... sólo me gusta tomarme unos tragos como a todo el mundo...”.

El entrevistador administró el AUDIT-C al usuario, y este obtuvo 12 puntos en el cuestionario; y no reportó el uso de otras sustancias en el último año (“Cuando estaba más cabro fumaba marihuana como todos mis compañeros... pero luego uno se casa y hay que dejar de hacer leseras...”). Tampoco reportó problemas de salud física. Al indagar acerca de necesidades de salud mental, no reportó estar experimentando síntomas de distrés o insatisfacción con su vida personal, pareja, ni laboral.

Tiene ocupación laboral.

Consumo de riesgo de alcohol.

²⁶ En estos casos, se ha modificado información acerca de la persona, para respetar el anonimato.

“¿Sabe?... acepté lo del tratamiento —aunque sé que no tengo problemas con el trago— porque sería bueno que yo aprendiera a decir ‘No’; mi señora siempre me dice que me dejo influenciar por los amigos... y ese día yo sabía que no tenía que tomarme el tercer trago... pero usted sabe... los amigos lo presionan a uno... y aquí están las consecuencias... licencia suspendida, la vergüenza que pasé ante el Juez... y el enojo de mi señora... ¿Cree que en el tratamiento en el cual tengo que participar me enseñarán a decir ‘No’... y cuándo podría comenzar?...”

En Preparación para participar en un tratamiento.

Resumen

Resumen de la información aportada por el usuario y diagnóstico, según las dimensiones de la evaluación:

Uso de sustancias	Uso de riesgo de alcohol.
Salud física y mental	No reporta necesidades.
Disposición para el cambio	Preparación (para el desarrollo de habilidades asertivas).
Ambiente de recuperación	Esta dimensión no es pertinente en este caso. ²⁷

Modalidad/intensidad de los cuidados recomendada

Intervención terapéutica en horario vespertino (intervención breve para el uso de alcohol, y desarrollo de habilidades asertivas).

²⁷ Según White y Kurtz (2006), el concepto de recuperación es más aplicable —debido a sus connotaciones médicas— al proceso por medio del cual son resueltos los problemas severos y persistentes del uso de sustancias.

Caso Clínico B

Varón, de 52 años, casado, 3 hijos (el menor vive con el matrimonio). Lo acompaña la esposa, que se queda en la sala de espera.

Queja: "Quiero tratarme... aunque no sé si realmente lo necesite... es que mi señora me ha dicho que, si no dejo de beber, ella se irá a vivir con una hermana... es que no le gusta el olor a cerveza, porque su papá era alcohólico... pero yo no quiero separarme...".

Uso de alcohol: hasta 1 litro de cerveza al día (al regreso del trabajo), hasta 4 litros de cerveza el día sábado... aunque a veces ha continuado usando cerveza el día domingo ("usted sabe, a veces como que uno no se da cuenta, y una chela invita a otra..."). Ha tenido varios "San Lunes" (trabaja como carpintero en una empresa constructora).

Al preguntarle con qué frecuencia ha tenido esos "San Lunes", afirma que no han sido muchos, "nunca más de uno al mes... y en meses saltados, de lo contrario ya me hubieran despedido como al Pedro... es que ese amigo es muy curao... faltaba lunes por medio... y cuando lo despidieron el lindo acusó al Jefe a la Inspección del Trabajo... por esa custi3n de 'acoso laboral'... ¡que fresco... se las mandó el Pedro!".

Su esposa ha observado que cuando él no ha bebido, se pone de "malas pulgas", responde con malos modos y brusquedad. Él está de acuerdo con la observación de la esposa, aunque afirma que siempre ha sido "ligero de genio".

Al preguntarle si ha observado otros cambios en su comportamiento, además de los episodios de "malas pulgas", no reporta haber observado otros cambios.

¿Cuándo bebe, dónde lo hace? "En la casa, porque me gusta cuidarme, porque sé que a veces se me pasa la mano... No soy como el Juan... ¡ese cabro sí que es leso!... Lo han detenido varias veces por andar en estado de ebriedad en la calle...".

Hace un tiempo comenzó a sentir que la cabeza se le "abombaba" y aunque siempre ha sido "malazo para ir al médico", le hizo caso a la esposa y acudió al médico en el CESFAM

Fase del cambio (ingesta de bebida alcoh3lica): aunque no habría acudido a consultar si no fuera por la presión de la esposa, acudió a consultar. ¿Contemplación?

Motivación intrínseca: conservar el matrimonio.

Pérdida de control de la ingesta de alcohol.

La pérdida de control de la ingesta de cerveza se ha traducido en incapacidad intermitente para cumplir con su rol laboral.

Síntoma de privación leve.

No reporta síntomas o indicadores de trastorno de salud mental comórbido.

Trastornos de salud física comórbidos.

En la ficha se encuentra el diagnóstico de Hipertensión arterial, e Hipertrigliceridemia. El médico le recetó un hipotensor y le recomendó beber menos.

“Pero usted sabe... me tomo los remedios cuando me acuerdo... No creo que la cerveza me esté haciendo mal... debe ser algo de la familia... mi papá también tenía problemas de presión... y él sí que comía harta fritanga... En la casa nos cuidamos, mi señora siguió un curso en el CESFAM de comida ‘saludable’... y he aprendido a ‘amigarme’ con los pastos... aunque usted sabe... un perril de vez en cuando no le hace mal a nadie”.

Resumen

Resumen de la información aportada por el usuario y diagnóstico, según las dimensiones de la evaluación:

Uso de sustancias	<p>Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de alcohol con uso continuo (F10.25).</p> <p>Síntomas de privación de riesgo leve.</p>
Salud física y mental	<p>Diagnóstico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Hipertensión > Hipertrigliceridemia
Disposición para el cambio	<p>Contemplación.</p> <p>Presión de la esposa.</p> <p>Presenta motivación intrínseca para el cambio de comportamiento: conservar el matrimonio.</p>
Ambiente de recuperación	<p>Cuenta con el apoyo de la esposa.</p> <p>Su ambiente no es un impedimento para la recuperación.</p> <p>A pesar de las ausencias esporádicas al trabajo debido a la ingesta de alcohol, conserva su trabajo como obrero especializado.</p>

Modalidad/intensidad de los cuidados recomendada

Tratamiento ambulatorio básico (en horario vespertino).

Caso Clínico C

Varón, 28 años, soltero; vive en la casa materna, con la madre, una hermana y la hija de esta. Educación Media completa, estudios técnicos incompletos. Trabaja como obrero especializado en una empresa que presta servicios en obras de construcción.

Queja: Consulta en forma espontánea; dice estar muy asustado por lo que le ocurrió hace dos semanas: "Había tomado mucho... cerveza y ron... no recuerdo bien lo que pasó... parece que me puse agresivo con mi mamá y mi hermana... destruí cosas en mi pieza... me dijeron que gritaba que lo único que quería era matarme".

¿Qué ocurrió a continuación?: "Parece que lo quería era desahogarme... es que ando muy estresado... después me quedé dormido... Yo no quiero que me pase eso de nuevo... y me pasan cosas que no sé si se deben al trago... o es porque yo soy así... y esas cosas de mí no me gustan... por eso quiero tratarme".

¿Qué cosas le ocurren que no le gustan de usted?: "Desde que era chico me ha costado relacionarme con la gente... me cuesta mucho sentirme cómodo con las personas que conozco... como que me asustan las cosas nuevas [el usuario ha evitado el contacto visual con el entrevistador desde el inicio de la entrevista; aunque coopera, se lo advierte incómodo]... casi no tengo amigos y amigas... bien pocos en realidad... dos o tres... y con ellos me junto sólo cuando me animo a ir a los carretes que me invitan... Estando en el colegio... en 2° Medio... me di cuenta que tomar unas chelas o unos roncitos me ayudaba a soltarme... poder bailar y conversar con las chiquillas".

El entrevistador recoge la siguiente información acerca del uso de alcohol en los últimos 12 meses: el usuario bebe hasta la embriaguez 3 a 4 veces en la semana, generalmente consume en soledad para "matar el aburrimiento", y cuando bebe en compañía de sus amigos el trago lo ayuda a distenderse y a socializar.

En las últimas dos semanas no ha bebido; se ha sentido nervioso, irritable, con dolores de cabeza e insomnio. Se ha ayudado a calmarse usando marihuana (la cual consume 1 o 2 veces a la semana desde que estaba en el Liceo); afirma que fuma marihuana cuando hay, no la compra, ni la necesita; pero en estas dos últimas semanas ha comprado marihuana.

Evento que actúa como "auxilio dramático" (Prochaska y DiClemente) para la búsqueda de ayuda (¿Contemplación? respecto a su salud mental actual)

Dispuesto a participar en un tratamiento.

Distrés; incomodidad consigo mismo.

Salud mental: dificultades desde la infancia.

Uso de alcohol como automedicación.

Síntomas moderados de privación.

Uso actual de marihuana como automedicación.

Respecto al uso de otras sustancias reporta que a veces, con sus amigos en los carretes, ha usado cocaína; indica que la consume con poca frecuencia porque es cara.

A pesar de beber hasta la embriaguez durante la semana laboral, ha mantenido su trabajo. Informa que el jefe no lo reprende cuando llega atrasado, con tal que realice bien el trabajo asignado para ese día. Indica que, aunque no le gusta el trabajo, no tiene que "lidiar" con otros trabajadores; no ha buscado otro trabajo; quiere retomar sus estudios técnicos en el CFT, pero no puede ahorrar dinero (contribuye a costear los gastos del hogar, automantenimiento, y gasta más dinero en alcohol que el que se ha propuesto gastar).

Al indagar qué lo estresa, informa lo siguiente: no le gusta su trabajo; se siente frustrado por haber interrumpido sus estudios técnicos; muchas veces se siente nervioso, ansioso, sin saber el porqué; se siente apocado y debido a esto es que no ha pololeado ni se anima a buscar un trabajo mejor.

No reporta enfermedades físicas comúnmente asociadas al uso de alcohol, ni otras enfermedades.

Respecto a su uso del tiempo libre, reporta que antes le gustaba andar en bicicleta, salir al parque, leer. Ha dejado de realizar esas actividades: "Y ahora que me lo pregunta... parece que me lo paso puro bebiendo... Parece que tengo que dejar de beber... o aprender a controlarme".

Respecto a su relación con su familia, indica que convive poco con su mamá y con su hermana, ya que prefiere que lo dejen tranquilo. A su mamá no le gusta que él beba (ella se separó del esposo, porque bebía mucho), pero ella se da cuenta que él ha tenido problemas desde hace años. Le ha pedido que vea a un médico, pero él no le hizo caso hasta ahora. Con su hermana se entienden poco, pero a ella le gusta que él se lleve bien con su sobrina. Ellas le han dicho que lo apoyarán si se trata, y si él tiene que dejar de trabajar debido al tratamiento, se las arreglarán como puedan. Sin embargo, el usuario afirma que no puede dejar de trabajar, ya que, aunque no le gusta su trabajo, su aporte económico es necesario en el hogar. Además, no ha bebido en dos semanas, y aunque no se ha sentido bien, ha sido capaz de cumplir con sus obligaciones laborales.

Ha sido capaz de mantener su fuente laboral, y cumplir con sus roles en el trabajo y en el hogar.

Pérdida de control del uso de alcohol.

Sintomatología de trastorno mental comórbido.

Abandono de actividades gratificantes debido al uso de alcohol.

Contemplación para el cambio de comportamiento de uso de alcohol ("Parece").

Cuenta con apoyo familiar.

Resumen de Caso Clínico C

Resumen de la información aportada por el usuario y diagnóstico, según las dimensiones de la evaluación:

Uso de sustancias	Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de alcohol, actualmente en abstinencia (2 semanas) (F10.20). Síntomas de privación de riesgo moderado.
Salud física y mental	No reporta problemas de salud física. Síntomas de trastorno de salud mental comórbido (se requiere evaluación psiquiátrica) ²⁸ .
Disposición para el cambio	Dispuesto a participar en un tratamiento de salud mental. En Contemplación respecto al cambio de comportamiento de uso de alcohol.
Ambiente de recuperación	Cuenta con el apoyo de la familia. Su ambiente no es un impedimento para la recuperación. Conserva su trabajo como obrero especializado.

Modalidad/intensidad de los cuidados recomendada

Tratamiento ambulatorio intensivo (en horario vespertino).

28 La sintomatología de salud mental reportada por el usuario parece indicar que este requiere tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico especializado.

Caso Clínico D

Adolescente mujer de 16 años; acude con su tía materna a la entrevista de Evaluación y Confirmación Diagnóstica a solicitud de un programa PIIE de una institución colaboradora de SENAME, debido a su uso de pasta base de cocaína²⁹.

La adolescente informa que usa pasta base de cocaína hace un año aproximadamente; en un principio usaba esa sustancia en "carretes" de fines de semana con sus amigos, y actualmente la usa en forma diaria (reporta un uso de alrededor de 30 papelinás diarias). No ha intentado dejar de usar la sustancia, debido a que necesita usarla. Indica que se da cuenta que el uso de esa sustancia le está ocasionando problemas en la relación con sus tíos maternos con los cuales vive en la actualidad, pero no puede dejar de usarla.

También reporta consumo de alcohol (atracción de alcohol) en "carretes" de fines de semana; indica que sólo lo usa en esos carretes.

Informa que actualmente asiste a un liceo en el cual está cursando el 1° y 2° año de Educación Media. Está en ese colegio, porque desde pequeña ha tenido dificultades para adaptarse a la escuela (problemas de conducta); afirma que sabe que necesita terminar el 4° Medio, ya que quiere estudiar una carrera corta en un CFT; y en ese colegio los profesores la entienden.

Ha pensado que le convendría recibir tratamiento para usar menos pasta base, porque no quiere tener problemas con sus tíos, ni tener el aspecto físico de unos conocidos que son "muy drogadictos".

Reporta experimentar crisis asmáticas ocasionales, las que no han requerido atención de urgencia, ya que el uso del puf la ayuda. En la observación de su aspecto físico, se aprecia sobrepeso.

Indicadores de uso dependiente de la sustancia.

Uso de riesgo de alcohol.

Puede desempeñar un rol esperado para su edad.

Presenta disposición para ingresar a tratamiento. Requiere de intervención motivacional.

Trastorno de salud respiratorio, que responde al tratamiento.

29 Referida al programa PIIE (Programa de Intervención Integral Especializada) por el Tribunal de Familia, debido a negligencia parental, testigo de violencia intrafamiliar, y problemas de conducta.

La tía materna informa que desde que el Tribunal le entregó los cuidados de la adolescente, esta ha mejorado mucho su comportamiento: asiste en forma regular a clases; acepta tomar el medicamento prescrito por el neurólogo (debido a diagnóstico de TDAH); se ha adaptado progresivamente a las normas de comportamiento que ella y su esposo tienen en su casa; asiste a las sesiones cuando la citan en el PIIE. Afirma que si su sobrina dejara de consumir pasta base, eso la ayudaría mucho. Indica que ella y su esposo están dispuestos a colaborar con todo lo que se les solicite si la adolescente ingresa a tratamiento, porque se dan cuenta que los consejos que ellos le dan no bastan para que ella deje de usar pasta base.

Trastorno de salud mental
en tratamiento.

Cuenta con apoyo familiar.

Resumen

Resumen de la información aportada por el usuario y diagnóstico, según las dimensiones de la evaluación:

Uso de sustancias	Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de pasta base de cocaína (F14.25). Uso de riesgo de alcohol.
Salud física y mental	Asma (responde al tratamiento). Diagnóstico de TDAH, actualmente en tratamiento.
Disposición para el cambio	Dispuesta a ingresar a tratamiento para el uso de pasta base. Requiere de intervención motivacional y monitoreo para progresar hacia el cese del uso de pasta base. Requiere de intervención motivacional para reducir el uso de alcohol.
Ambiente de recuperación	Cuenta con el apoyo de la familia a cargo de sus cuidados. Su ambiente actual no es un impedimento para la recuperación. Desempeña rol esperado para su edad (asiste al colegio).

Modalidad/intensidad de los cuidados recomendada

Tratamiento ambulatorio intensivo.

Caso Clínico E

Mujer, 31 años, separada hace 5 años, 2 hijos en edad escolar, a cargo de la abuela materna (por resolución del Juez de Familia). Vive sola.

Actualmente no está empleada, ni tampoco está buscando trabajo "hasta que me recupere bien". Recibe ayuda económica de la madre y de unas vecinas que "me quieren mucho, se preocupan de mí, y me cuidan cuando estoy mal".

Solicita ayuda en forma espontánea, ya que quiere recuperar los cuidados de sus hijos: "El Juez me dijo que cuando deje de beber y usar drogas, podré hacerme cargo de mis hijos".

Uso de alcohol (vino) desde hace 5 años: 5 tragos todos los días, y 10 a 12 tragos los fines de semana. Hace 1 año comenzó a usar cocaína algunos fines de semana ("sólo cuando hay"), cuando "carretea" con algunas amigas. No compra cocaína, sino que se la regalan ("me la regalan... de verdad me la regalan").

Informa que su último uso de cocaína fue hace un mes, y que bebió la noche anterior.

Asistió a un tratamiento ambulatorio hace 3 años atrás, por su uso de alcohol. Indica que lo abandonó porque querían que ella dejara de beber, y ella sólo quería aprender a beber menos. Pero ahora quiere que la ayuden a dejar de beber "porque quiero recuperar a mis hijos".

Cree que puede dejar de usar cocaína sin ayuda "de hecho, hace un mes que no la uso... la uso cuando quiero".

Reporta estar experimentando sentimientos depresivos ("me dan puras ganas de llorar... me siento muy sola... el alcohol me ayuda a olvidarme").

¿Olvidarse de qué?: "Que mis hijos no están conmigo... que me casé con un tipo que no me convenía y me daba mala vida... que tengo mala suerte con los hombres... [larga pausa] Y lo que me pasó con ese vecino a los 15 años... no me puedo sacar su olor y su cara de mi mente... Es que me violó... y nunca se lo he contado a nadie".

Informa que la relación con su mamá ha mejorado mucho en los últimos meses. Su mamá se ha dado cuenta que ella no es una "viciosa", sino que tiene problemas que no ha sabido cómo resolver. Además, su mamá también ha tenido mala suerte con los hombres, por algo tuvo que separarse de su papá... mujeriego y alcohólico.

Vive sola, puede ser un impedimento para la recuperación.

No trabaja, puede ser un impedimento para la recuperación.

Apoyo económico de la madre y económico/afectivo de vecinas.

En Preparación para dejar de beber.

Motivación intrínseca: recuperar los cuidados de los hijos.

La frecuencia e intensidad del uso de alcohol sugiere trastorno por consumo dependiente de alcohol (ver más abajo).

Uso de alto riesgo de cocaína.

Preparada para abstenerse del uso de alcohol, sin embargo, mantiene uso continuo.

Episodio anterior de tratamiento; abandono.

En Preparación para dejar de beber.

No reporta síntomas de privación de cocaína.

Síntomas de trastorno mental comórbido.

Síntomas crónicos de estrés postraumático.

Apoyo familiar.

Su mamá le dijo que, si ella buscaba tratamiento y no lo abandonaba, y si dejaba de carretear con sus "amiguitas", podría contar con su ayuda.

Ha pensado que tiene que dejar de salir con esas amigas... "puro carrete... pero poca amistad de verdad... Pero 'carretear' con ellas me ayuda a olvidarme por un rato de mi misma y de mis problemas".

Sabe que le costará dejar de beber, ya que la vez anterior lo pasó muy mal cuando intentó dejar de beber (náuseas, temblor leve, angustia, insomnio, dolor de cabeza). Pero "me aguantaré esta vez... quiero estar con mis hijos".

Apoyo familiar bajo condiciones.

Reevaluación de su ambiente social (proceso de cambio, disposición motivacional).

Síntomas moderados de privación en episodio de tratamiento anterior.

Resumen

Resumen de la información aportada por el usuario y diagnóstico, según las dimensiones de la evaluación:

Uso de sustancias	Diagnóstico de trastorno por uso dependiente de alcohol con uso continuo (F10.25). Uso de alto riesgo de cocaína. Riesgo de síndrome de privación moderado de alcohol.
Salud física y mental	Síndrome depresivo. Trastorno por Estrés Postraumático (no tratado).
Disposición para el cambio	Preparación. Motivación intrínseca: recuperar los cuidados de sus hijos.
Ambiente de recuperación	Vive sola (impedimento para la recuperación). No trabaja ni tiene una rutina de uso saludable de su tiempo (impedimento para la recuperación). Apoyo económico y afectivo de la madre (aunque bajo condiciones), y apoyo de vecinas amigas.

Modalidad/intensidad de los cuidados recomendada

- Primera opción: Tratamiento Residencial para mujeres.
- Segunda opción (si no hay cupo disponible en un programa residencial cercano al domicilio de la usuaria, o la usuaria no desea ingresar a modalidad residencial): Programa ambulatorio intensivo específico para mujeres, o programa ambulatorio intensivo con componente específico de género.



FONO DROGAS Y ALCOHOL
 **1412**
DESDE RED FIJA Y CELULARES

eligevivir
— SIN DROGAS —

 [senda_gob](#)

 [sendagob](#)

 [sendagob](#)

 [senda.gobcl](#)