

Modelo de Atención UNEME–CAPA

Centros de Atención Primaria en Adicciones

“Nueva Vida”



MODELO DE ATENCIÓN UNEME-CAPA
Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida”

Primera edición 2008

Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

www.conadic.gob.mx Tels: 5207-3358, 5207-3341

Responsables de la Publicación: Lic. Patricia Ortíz García. Subdirectora de Difusión

Diseño Gráfico: Tri•Ciclo Diseño

Impreso y hecho en México

Directorio

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Daniel Karam Toumeh

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Julio Sotelo Morales

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dra. Jaqueline Arzoz Padres

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo

Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

Contenido

Antecedentes	7
Justificación	9
Prevención	15
Tamizaje	17
Objetivo general	21
Referencias	25

Antecedentes

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Modelo de Atención UNEME-CAPA es un Programa cuyas líneas de acción tienen su ubicación conceptual y operativa en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud del Programa Nacional de Salud 2007-2012.¹ Este último, consta de 10 estrategias, la segunda de las cuales, dirigida a Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, incluye tres importantes líneas de acción, cuyos propósitos son:

- a) Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud;
- b) Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables. Las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de incluir el fortalecimiento de los determinantes positivos de la salud, deben acompañarse igualmente del combate a los determinantes negativos del proceso salud-enfermedad y el control de los riesgos del entorno y
- c) Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia. El objetivo de ello es impulsar y desarrollar entre las familias un programa que promueva una cultura de auto cuidado de la salud, que contribuya a mejorar sus estilos y calidad de vida.

En esa dirección, se pretenden otorgar acciones integrales de prevención y promoción de la salud a la población adolescente, con enfoque de género, para favorecer el auto cuidado de la salud en este grupo

prioritario de la población, de acuerdo con los resultados de estudios que enfocan la participación de la mujer y sus circunstancias patógenas.²

Asimismo, dicho Programa toma en cuenta los lineamientos que sobre tratamiento están incluidos en el Programa del Sistema Nacional de Tratamiento integral a las adicciones,³ en especial el referente a la noción de integralidad, la cual deriva de las distintas recomendaciones terapéuticas emitidas por organismos internacionales expertos y se destinan al diseño y estructuración de los mecanismos y estrategias que posibilitan la consolidación de las acciones emprendidas en este campo.

Por otra parte, este Programa contempla también al Programa de Acción 2007-2012,⁴ cuyas estrategias, orientadas al desarrollo de acciones preventivas en cada una de las vertientes del programa (tabaco, alcohol y drogas), pretenden el fortalecimiento de los sistemas de información y el logro de un incremento sustancial en la disponibilidad y eficiencia de los servicios especializados en la atención de adicciones, con íntimo apego a las normas mínimas recomendadas para su adecuada atención.⁵

En tal sentido, el presente Programa recoge el interés mostrado en:

- a) Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones;
- b) La disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA);

- c) Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación

- d) Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de los aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

Justificación

En la actualidad, existe en el país un tipo de modelo de transición epidemiológica que se vincula al desarrollo de factores relacionados con comportamientos de riesgo para la salud, dentro de los que se hayan inmersos: la mala nutrición, la falta de actividad física, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas, así como las prácticas sexuales riesgosas y aquellas que ocurren sin protección.⁶

Ello exige de fortalecer y coordinar las actividades que se desarrollan en el Sistema Nacional de Salud, a fin de hacer más eficientes los recursos en materia de promoción de la salud y universalizar en especial, las intervenciones de prevención y control de enfermedades que gozan de una sólida base científica.¹

Sin lugar a dudas, el consumo de psicotrópicos (alcohol, tabaco y otras drogas) en el mundo, se ha convertido hoy día en un grave problema de salud pública.^{7,8}

En México, pone en riesgo no sólo la salud de sus ciudadanos, sino también la convivencia armónica de las familias y la estabilidad social de las comunidades.⁹

La sociedad está en general y con justa razón, preocupada por el abuso de drogas y sus variadas consecuencias.^{10,11} Por ejemplo, el tabaquismo –considerado en la actualidad más que un mero hábito, en términos de una dependencia (nicotínica)–, tiene un gran impacto en la salud de los fumadores e incluso en los no fumadores expuestos al humo de su combustión.¹²

Sus consecuencias son tales que han cobrado una alta relevancia en años recientes, al punto de considerarse como la primera causa de muerte prevenible en el mundo.^{13,14}

De igual modo, las drogas ilegales son cada vez más diversas, cercanas y disponibles en la comunidad,

afectando especialmente y de manera certera a las poblaciones infanto-juveniles. De acuerdo con los datos más recientes informados por los expertos en el tema, en México 3.5 millones de personas entre los 12 y 65 años han usado alguna droga ilegal por lo menos una vez en su vida. De ellos, casi 3 millones se ubican en las zonas urbanas, estimándose que alrededor de 570 mil personas consumen drogas ilícitas de manera regular. Su consumo es más frecuente entre los varones con una proporción de 4 de ellos por cada mujer, y se informa asimismo, que el mayor índice de consumo se observa entre los 18 y 34 años de edad.

En lo que respecta al consumo de tabaco, nuestro país al igual que otros, ubicados en el umbral del desarrollo, padece un severo problema. Se calcula que alrededor de 150 personas mueren todos los días por causas directamente asociadas con su consumo.

En cambio, el abuso de bebidas alcohólicas –incluida la dependencia etílica–, ha sido tolerado y se mantiene con una relativamente “buena imagen social”, a pesar de que por su elevada prevalencia, afecta de manera decisiva a un número importante de familias mexicanas en su calidad del problema adictivo más extendido e importante en el país.

Se ha documentado que el alcohol ocupa primer lugar de riesgo para la salud en los países de las Américas, excepto en Canadá y E.U., donde ocupa el segundo lugar.¹⁴

En México de acuerdo con los informes derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), 2002,¹⁵ se estima un volumen total de consumo per cápita anual de 2.79 litros en población 12-65 años. En tal sentido, considérese que la discapacidad calculada por el Banco Mundial, producida a consecuencia de trastornos mentales e indicada en porcentajes de pérdida de años de vida, ajustados por discapacidad, la cual señala 12.1% para la dependencia del alcohol

y 4.8% para las adicciones.¹⁶ Estas cifras al sumarse alcanzan 16.9% del total de la discapacidad, siendo junto con los trastornos del ánimo, las prioridades más elevadas de salud mental en los próximos años.¹⁵

Se estima que en México el abuso de alcohol, por si solo, representa el 9% del peso total de la enfermedad, afectando de modo especial a la población juvenil, que sin ser adictos a la sustancia, la consumen de forma abusiva, presentando por ello serias consecuencias, en ocasiones irreversibles. El beber grandes cantidades por ocasión de consumo con periodicidad de ocurrencia mensual o semanal, sigue siendo el patrón característico entre nuestra población, lo que se asocia sin lugar a dudas, a graves conflictos familiares, accidentes de tráfico automotor, violencia y riñas y otros problemas.¹⁷

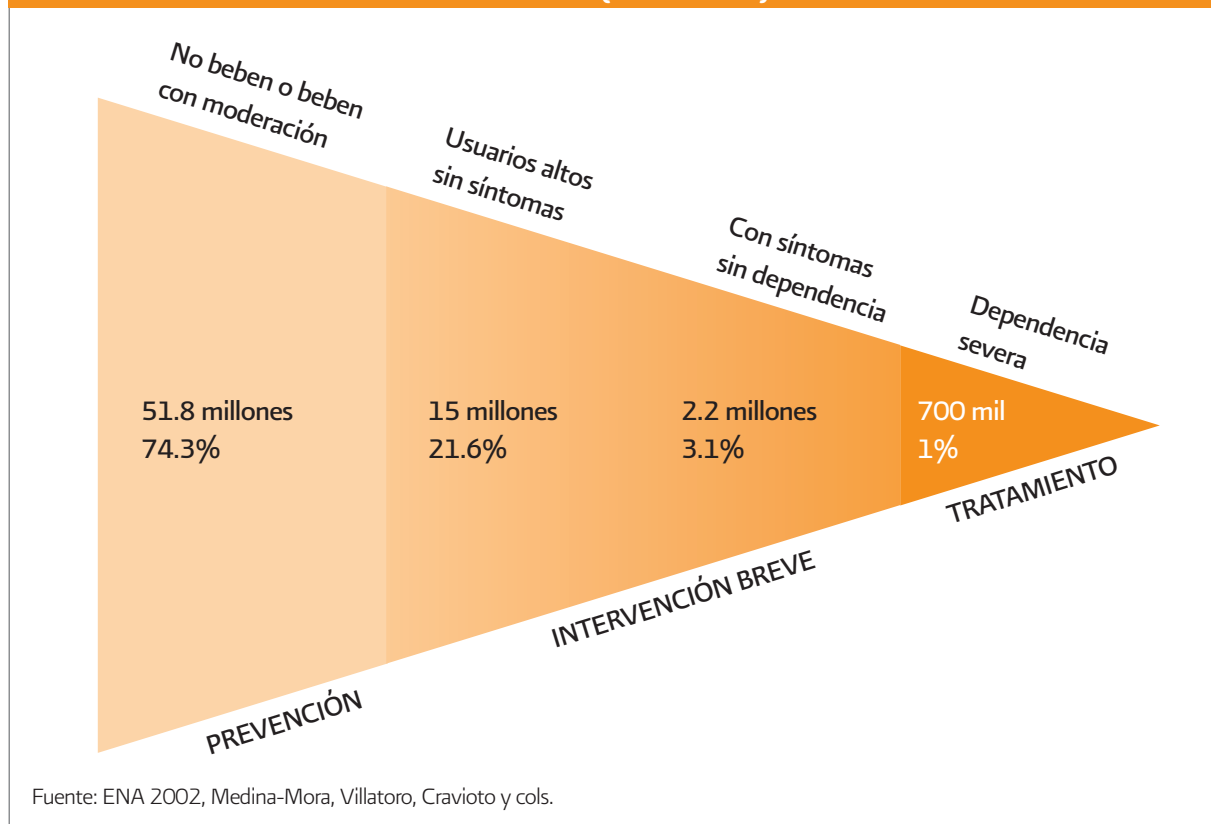
Una muestra de lo anterior se hace patente al encontrar que 1 de cada 5 ingresos a salas de urgencias se vincula indiscutiblemente con el consumo de etanol. Estas tasas se encuentran incluso por arriba de países

industrializados como los Estados Unidos,¹⁸ Se ha documentado asimismo, que sólo 11% de los ingresos a servicios de urgencia se encuentran vinculados con el consumo de alcohol etílico en cualquiera de sus presentaciones.

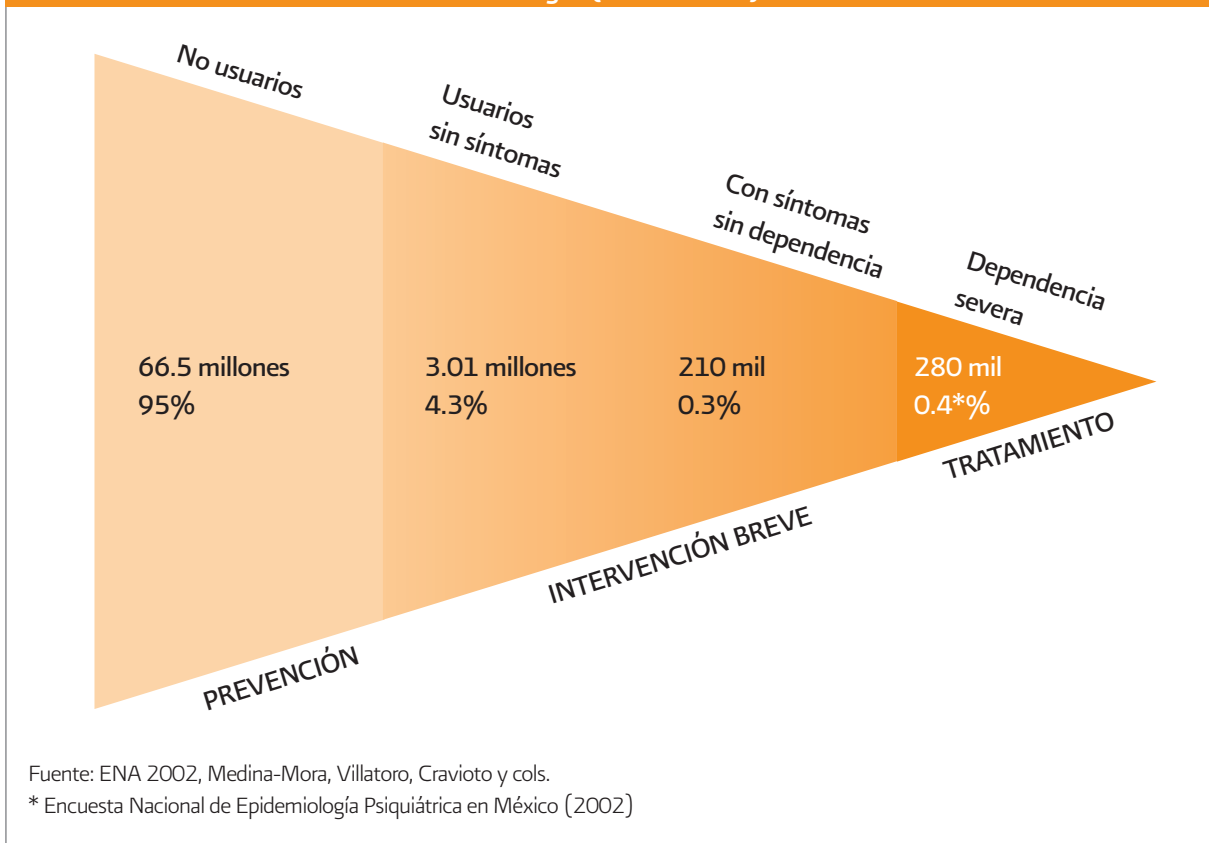
Por otro lado, el consumo de alcohol representa una causa de morbilidad y mortalidad importante entre la población indígena de nuestro país, siendo la cirrosis hepática la primera causa de mortalidad entre varones en edad productiva del campo mexicano, principalmente en la zona central del país, donde el pulque representa la bebida de predilección, asociado con antiguos usos y costumbres.¹⁹

De ahí que puede afirmarse que el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia producida por este psicotrópico sedante, representan un grave problema social y de salud pública, tanto por los costos que generan a la sociedad, como por efectos en los individuos y las familias (Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. Necesidades de intervención en alcohol (12 a 65 años)



Cuadro 2. Necesidades de intervención en drogas (12 a 65 años)



En consecuencia, se espera que para enfrentar adecuadamente la problemática de las adicciones sea conveniente la participación social organizada; todas las personas debemos formar parte del gran ejército promotor de la equidad y del bienestar comunitario.²⁰

En esa dirección, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, (ONUDD),²¹ la Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas, (CICAD/OEA),⁵ y otros importantes organismos internacionales, recomiendan reforzar los programas para la reducción de la demanda del consumo y equilibrar los presupuestos destinados al combate de la oferta de sustancias de la misma forma que el relativo a las medidas basadas en la prevención, tratamiento y la rehabilitación de los consumidores y sus familias.²²

Las nuevas aproximaciones para la atención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como para el abuso de bebidas alcohólicas, enfatizan la promoción de factores protectores y el combate directo

a los factores de riesgo, como las principales medidas de prevención universal; la detección temprana y la derivación oportuna para la prevención selectiva y el aumento en la disponibilidad y la calidad en los servicios de tratamiento para la prevención indicada. Todo esto a lograr con el apoyo de la comunidad organizada y a través de medidas efectivas, basadas en la evidencia científica.²³

Durante la adolescencia, como etapa crítica de amplia vulnerabilidad, crisis e iniciación a la vida adulta, las oportunidades para el abuso de sustancias se incrementan de manera importante. Para dar cuenta del consumo de sustancias entre la población adolescente, en México se cuenta con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2002,¹⁵ que presenta información obtenida de hogares a nivel nacional en población urbana y rural. Dicha información se complementa y enriquece con la obtenida a través de diversas encuestas locales aplicadas en población escolar en secundarias y bachilleratos.

En tal tenor, se sabe que casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años que viven en población urbana son fumadores (10.1%), con una mayor prevalencia entre los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%).¹⁵ Cabe destacar que existe consistencia en los estudios aplicados en población escolar que marcan una tendencia reciente hacia la disminución de las diferencias en cuanto al consumo de hombres y mujeres jóvenes. En relación a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes de la muestra (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, cifra que se agrava en su significación contra la salud debido a que más de 75% de los fumadores iniciaron su consumo antes de los 18 años.

Los estudios documentan que a pesar de que los adolescentes inician pensando que con facilidad podrán dejar el consumo de tabaco, muy pronto llegan a presentar dependencia a la nicotina y ello les hace ser más propensos a usar alcohol y drogas ilegales.

Se ha documentado en la literatura científica que la costumbre de fumar causa problemas de salud significativos entre los niños y los adolescentes, que incluyen: tos, disnea (dificultad para respirar) asma, aumento de la producción de secreciones bronquiales, diversas enfermedades respiratorias y de las funciones pulmonares, en particular a mediano y largo plazo así como deterioro del estado físico y del crecimiento.²⁴

Cabe señalar de manera importante que una de las situaciones que contribuyen a que el tabaquismo no se reconozca fácilmente como una adicción, es debido a que rara vez produce alteraciones graves en el desempeño psicofísico a corto plazo.

Es sólo hasta que se reconocen las consecuencias que produce su consumo crónico o cuando se intenta abandonar el consumo de tabaco, que se enfrenta la gran dificultad de la abstinencia, derivada de su dependencia fisiológica, lo cual prueba su gravedad y desafía las capacidades de autonomía e independencia del sujeto.²¹

Por su parte, el uso de alcohol entre los adolescentes y menores se ha incrementado en los últimos años. Según datos proporcionados por la ENA 2002,

en el grupo de 12 a 17 años de la población urbana aumentó el índice de consumo de alcohol, respecto a la encuesta previa realizada en 1998, pasando de 27% a 35% en los varones y de 18% a 25% en las mujeres. Los varones que informaron abusar del alcohol (beber 5 o más copas) pasó de 6.3 a 7.8%. Cabe destacar que 2% de la muestra cumplió con los criterios diagnósticos para la dependencia.¹⁵

El abuso del alcohol entre adolescentes implica un riesgo para su funcionamiento normal y para los peligros a los que suelen exponerse los individuos bajo la intoxicación etílica en cada episodio. En nuestro medio existe una serie de circunstancias y falsas creencias culturales que favorecen el consumo de alcohol entre la población infanto-juvenil. Véase por ejemplo, la tolerancia social como ritual de inicio de la vida adulta; la idea de que “debe aprenderse a beber”; la falsa percepción de que el consumo de alcohol es “menos peligroso” que otras drogas, y el reconocimiento y poder que se le otorga a quien resiste los efectos fisiológicos de grandes cantidades, entre muchos otros.²⁵

En el país 215,634 adolescentes entre los 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez en la vida. De este grupo de usuarios, sólo 55.3% continúa usándola en el último año; y de éstos, 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer. En la población rural el 1.87% de los adolescentes han consumido alguna vez en la vida y 1.03% lo ha hecho en el año previo.¹⁵

Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cercana a los 14 años. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los disolventes volátiles y en tercer lugar la cocaína. Los amigos siguen siendo la principal fuente de obtención de drogas (56%), sin embargo llama la atención la mayor proporción de usuarios de drogas que reportaron conseguirlas en las calles (30%), lo que refuerza la importancia de realizar acciones preventivas y de eliminación de drogas de las calles.

Los estudios en población escolar suelen presentar consistencia en mostrar que alrededor de 15% de

los jóvenes han experimentado con alguna sustancia ilegal, y que esta tendencia, se muestra actualmente en aumento. El consumo en el último año oscila alrededor de 8% y el del último mes de 5%. El consumo en varones sigue siendo mayor que entre mujeres, como en el caso de tabaco y alcohol. Las tendencias muestran una estabilización del consumo de disolventes volátiles, disminución del consumo de cocaína y aumento sostenido del consumo de marihuana.

Muchos de los jóvenes que consumen drogas ilegales son estudiantes que podrían ver interrumpida su carrera académica y sufrir las consecuencias, como delincuencia o adicción, con graves daños para su salud. Por lo que las intervenciones preventivas en esta etapa, toda vez que la niñez y la adolescencia representan el futuro de un país, contribuyen de manera decisiva a obtener un mayor bienestar individual, familiar y social.¹⁵

Prevención

Se han realizado en nuestro país un importante número de acciones de prevención universal, logrando identificarse más de 10 modelos que operan en el territorio nacional con base en la evidencia científica.²⁶

Del mismo modo existen servicios de tratamiento ambulatorio que varían desde la consulta externa y la consulta externa intensiva hasta los tratamientos residenciales de corte Minnesota o bien de Comunidad Terapéutica, que atienden a las personas que han desarrollado algún trastorno relacionado con sustancias, ya sean inducidos o derivados de su consumo.³

Si apreciamos la adicción como una enfermedad cerebral que involucra aspectos de comportamiento y elementos sociales, las mejores prácticas preventivas y terapéuticas serán por ende, aquellas que aborden los aspectos biológicos, de comportamiento y de contexto social.²⁷⁻³¹

En consecuencia, para efectos de este documento, se entiende por Prevención todas las iniciativas (políticas, estrategias, programas, acciones y actividades) que intentan específicamente y en base a la evidencia disponible de cada momento, reducir la prevalencia del consumo de psicotrópicos, retrasar la edad del primer consumo, así como evitar o reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo, el uso inadecuado o el abuso de drogas.³²

Ahora bien, con respecto al riesgo de la población con la que se trabaja, Gordon (1987) consideró que el tradicional continuo de prevención (primaria, secundaria y terciaria) no se ajustó al creciente énfasis otorgado a los factores de riesgo de los grupos específicos a los que redirigieron los programas, por lo cual propuso un nuevo continuo, que fue adoptado por el Instituto de Medicina de E.U. en 1994, el cual consiste en establecer una delimitación más precisa de los programas de prevención en intervenciones *universales, selectivas e indicadas*.³³

- a) *Prevención Universal*, se refiere a un tipo de programa que se dirige a toda la población, o a un grupo amplio de personas que no están identificados a partir de un factor de riesgo individual. La mayoría de los programas de base escolar que tratan de fomentar habilidades y clarificar los valores entran en esta clasificación.
- b) *Prevención Selectiva*, alude a un tipo de programas dirigidos a un segmento concreto de la población, que de acuerdo con datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de investigación), se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con el consumo de drogas. Existe evidencia de que la efectividad de estos programas se incrementa cuanto más sistemática y tempranamente se ofrezcan.
- c) Por último, la estrategia de *prevención indicada*, se reserva exclusivamente para personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar, ausencias de clase, injustificadas, agresividad, etc.)³³ pero no han alcanzado la condición requerida para ser diagnosticados de abuso de drogas o dependencia de acuerdo con los criterios de los manuales diagnósticos.^{27,34}

En nuestro país los estudios de impacto sobre programas de prevención universal han sido contradictorios, probablemente asociados a los recursos tan importantes que invierten todos aquellos interesados a que el consumo de sustancias psicotrópicas se mantenga (tabacaleras, alcoholeras y narcotraficantes) y por tanto, se eleven las tendencias. Es por ello que se propone privilegiar las intervenciones selectivas e indicadas en las zonas urbanas de México, con lo que seguramente las coberturas que se reportan en prevención se verán reducidas, pero aumentará con seguridad, la eficacia de las mismas.

Tamizaje

Los instrumentos de tamizaje o discriminación, son cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez,³⁵ y que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas vulnerables de entre otras que no lo son. Es decir, que están en riesgo de consumir sustancias adictivas, o bien a aquellas personas que ya las están consumiendo o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (trastornos por abuso o dependencia).

Uno de tales instrumentos es el cuestionario "Problem Oriented Screening Instrument For Teenagers (POSIT)", elaborado por el National Institute on Drug Abuse en 1991 y adaptado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.³⁶

Este instrumento consta de 81 preguntas estructuradas y evalúa 7 áreas funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: 1) uso/abuso de sustancias, 2) salud mental, 3) relaciones familiares, 4) relaciones con amigos, 5) nivel educativo, 6) interés vocacional, 7) conducta agresiva/delinuencia. Fue validado a través de la técnica de contrastación de grupos de adolescentes de edades entre 13 y 19 años; ambas muestras correspondieron a estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior.³⁶

Existen otros instrumentos de tamizaje que representan oportunidades importantes para la detección temprana de problemas relacionadas con sustancias, como el caso del cuestionario denominado Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), que valúa la detección de bebedores de riesgo así como los problemas derivados de éste, en 10 ítems autoaplicables. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.

Es un instrumento sencillo y de alta utilidad es recomendado por la OMS por representar un método

simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y también como un apoyo en la evaluación breve. Su utilidad se refleja en que puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente; proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores en riesgo, a efecto de que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y así evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.³⁷

El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas otras consecuencias específicas del consumo perjudicial. Y si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada, ese instrumento parece igualmente apropiado para hombres y mujeres, a efecto de discriminar las posibles diferencias.³⁸

Para el caso del consumo de tabaco, se cuenta con un instrumento conocido como Test de Fargeström,³⁹ que es el instrumento más útil de los que se dispone en el momento actual para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Evalúa la dependencia a la nicotina a través de 8 ítems auto-aplicables en su versión original y 6 en la versión revisada. Las puntuaciones de las 3 primeras oscilan de 0 a 2, y las de las 5 restantes de 0 a 1; por tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 11 puntos. En la versión modificada de 6 ítems, en 2 de ellas las puntuaciones oscilan de 0 a 3 y en las 4 restantes de 0 a 1; por tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10 puntos.

Se sabe que las preguntas de mayor peso se relacionan con el número de cigarrillos que el paciente consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que más necesita consumir. Si las respuestas a estas preguntas incluyen que la persona consume 20 ó más cigarrillos diarios, que consume el primer cigarrillo en la primera media hora de después de levantarse y que es ese cigarrillo el que más necesita, el

fumador debe ser diagnosticado de moderado-intenso grado de dependencia por la nicotina.

El conocimiento de la puntuación del Test de Fagerström determina el grado de dependencia e indica el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad por parte del fumador en cuestión.^{39,40}

Existen otros instrumentos útiles al efecto, como el Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS), el cual es un cuestionario que contiene preguntas dirigidas a conocer el uso de psicotrópicos diferentes al alcohol. Sin embargo no existe un estudio que determine la sensibilidad de este instrumento para ser utilizado en población mexicana con escolaridad media.⁴¹

Por otra parte, en la línea de la detección precoz del uso de sustancias, se ha planteado también la posibilidad de instrumentar el empleo de medidas más específicas como el antidoping,^{42,43} como medida una medida eficaz de tamizaje para el consumo experimental de los jóvenes que acuden a escuelas primarias y secundarias, pero ello dió lugar a que se produjeran muy acusadas respuestas adversas en la comunidad por parte de algunos sectores de la población, quienes estimaron que tales medidas podrían ser violatorias de los derechos y las garantías de los niños y adolescentes a quienes se les aplicara. En consecuencia, se desistió de su aplicación, como respuesta precautoria frente a la delicada situación del medio escolar.

En Estados Unidos, han iniciado un programa importante para la detección temprana de pacientes abusadores y dependientes de sustancias en escuelas de nivel secundario. Dicho programa se conoce como SBIRT por sus siglas en inglés (Screening, brief interventions and referral to treatment)⁴⁴ y emplea diversos instrumentos para su operación, fundamentalmente los siguientes: a) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), b) Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) y c) Drug Abuse Screening Test (DAST).⁴⁵

La iniciativa SBIRT tiene como población objetivo aquellas personas no dependientes de sustancias para

proveerles de tratamiento más barato y efectivo. Al parecer sus resultados informaron que han sido exitosos en la modificación de patrones de consumo. En abril de 2007 se habían tamizado 490,000 individuos en centros de tratamiento y en centros de atención primaria de la salud.⁴⁴

Existe también una forma adaptada del Drug Abuse Screening Test (DAST-20),⁴⁵ para adolescentes, donde la palabra "Trabajo" se reemplazó por "Escuela". Tiene una duración en su aplicación de 5 minutos y su objetivo es proveer un método práctico para identificar individuos que abusan de sustancias psicotrópicas, lo que hace reflexionar sobre el hecho de que ciertos consumos múltiples son aparentemente determinados en muchos de tales casos por la presencia simultánea de trastornos ansiosos y depresivos.⁴⁶

Una interesante experiencia realizada en Bucaramanga, Colombia, deriva de la aplicación de una encuesta entre estudiantes con el propósito de establecer la asociación entre la sintomatología depresiva y el consumo abusivo de alcohol.⁴⁷ La encuesta anónima, incluyó la aplicación de la escala para Depresión de Zung, la escala de alcoholismo CAGE y el cuestionario VESPA, en una muestra aleatoria practicada entre 560 estudiantes.

Los resultados señalan la presencia de una prevalencia clínica significativa de los síntomas depresivos de 39.5% y también una prevalencia de consumo abusivo de alcohol de 5.7%, lo cual avala una asociación trascendente entre la sintomatología depresiva y el bajo rendimiento escolar, el fumar cigarrillos y el consumo abusivo de alcohol. Las conclusiones del estudio destacan la importante necesidad de identificar en forma temprana la depresión y el consumo de alcohol entre adolescentes y⁴⁷ es conveniente señalar que tales resultados son consistentes con los informes aportados de otros estudios de la literatura de los últimos años.⁴⁶

En Costa Rica se estudió el consumo de benzodiazepinas en una muestra nacional de 1,186 estudiantes y en 197 adolescentes consumidores de drogas, utilizando el instrumento denominado Drug Use Screening

Inventory (DESI). El estudio encontró que la edad promedio de inicio de consumo fue de 14 años y 3% de los adolescentes estudiados dijo haber consumido tranquilizantes alguna vez en la vida. De modo que el resultado de la muestra señala la necesaria la identificación temprana del consumo de sustancias en esta población.⁴⁸

En México, Caraveo⁴⁹ realizó un estudio entre niños y adolescentes con el fin de evaluar la validez y la eficiencia de los algoritmos diagnósticos del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), comparándolo con el diagnóstico psiquiátrico realizado en servicios clínicos especializados. Al efecto se informa que el instrumento desarrollado no sólo permite estimar la prevalencia de casos, sino también identificar la presencia de diferentes síndromes sujetos a seguimiento. Cabe destacar que dicho instrumento se refiere solamente a trastornos especificado en el eje I del DSM IV-TR, pero excluye los trastornos relacionados con sustancias.⁴⁹

Por su parte, en la Universidad Autónoma de Morelos Bilbao y cols., realizaron una serie de interesantes estudios dirigidos a la detección del consumo en estudiantes de una de las Facultades con riesgo de adicción.⁵⁰ La utilidad de este instrumento hace patente que el "Problem Oriented Screening Instrument For Teenagers (POSIT) se acepte en México como un instrumento válido y confiable.

De igual manera, en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Echeverría y cols, viene realizando en forma cotidiana estudios a través de la aplicación del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), con el fin de identificar en forma temprana, adolescentes consumidores de sustancias y actuar en forma oportuna con ellos, a través de intervenciones breves que han mostrado una importante y confiable efectividad.⁵¹

Objetivo General

Ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia.

- Intervenir tempranamente para su atención a fin de que no desarrollen la enfermedad
- Diagnosticar en áreas biopsicosociales a quienes padezcan la enfermedad
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas
- Brindar el apoyo necesario a las familias de pacientes con consumo experimental, abuso o dependencia

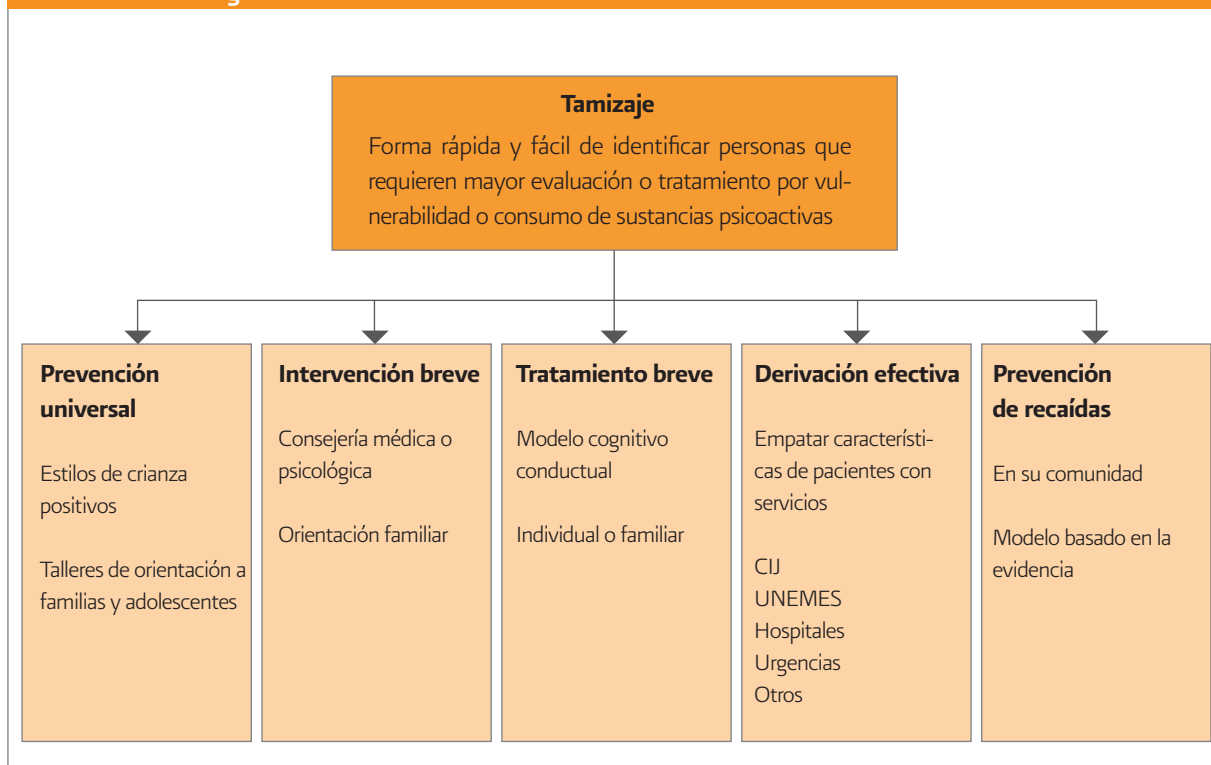
Objetivos Específicos

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias en la comunidad
- Disminuir la prevalencia del abuso y dependencia de sustancias a través de actividades preventivas
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables para el desarrollo del trastorno

Estrategias (Cuadro 3)

1. Prevención
2. Tamizaje, identificación precoz e intervención breve
3. Tratamiento breve
4. Derivación oportuna y de calidad
5. Prevención de recaídas y cuidados posteriores
6. Investigación-acción

Cuadro 3. Estrategias centrales



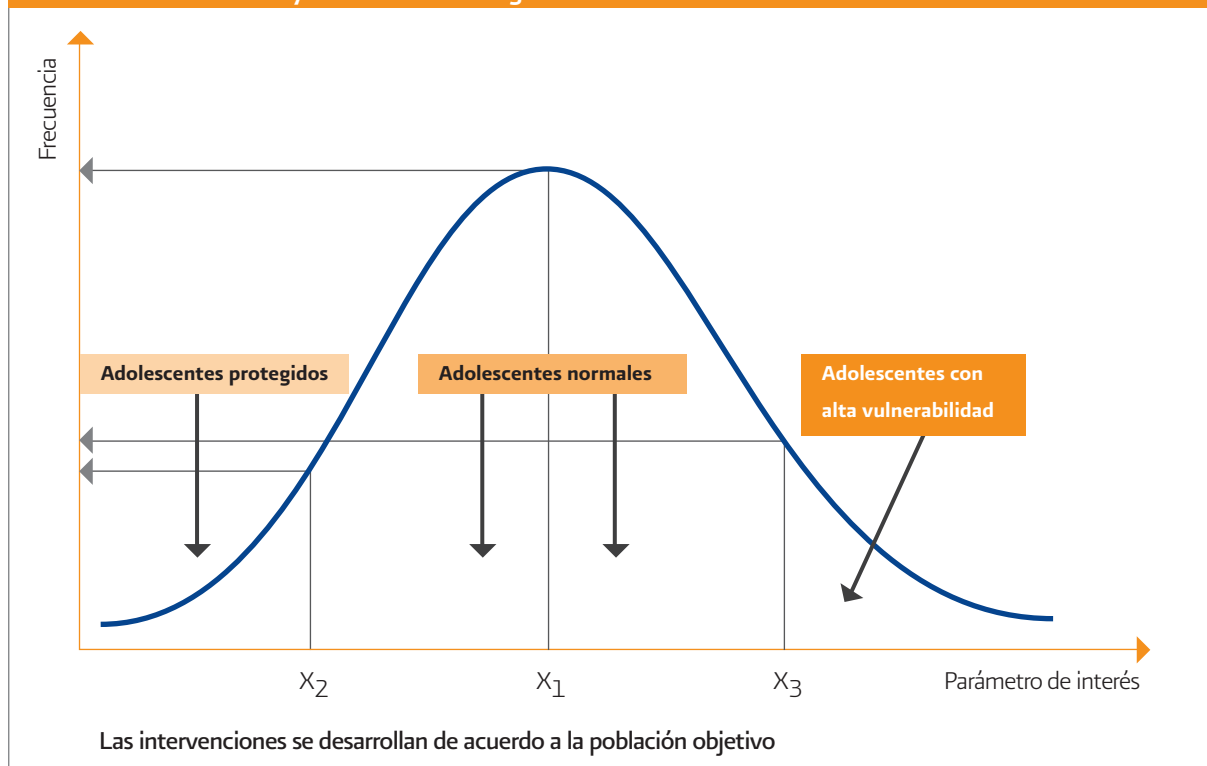
Líneas de Acción

1. Prevención:

Se pretende actuar en el seno de la comunidad; en escuelas, con alumnos, padres de familia y Organizaciones de la Sociedad Civil, para capacitarlos en modelos preventivos, detectar redes sociales y coordinar su operación

a) Intramuros: se realizarán acciones de apoyo y supervisión de orientadores, promotores, unidades médicas en materia de prevención y promoción de la salud mental. Asimismo mismo se realizarán acciones de orientación a padres de familia sobre identificación de vulnerabilidad, de consumo experimental de drogas y talleres sobre estilos de crianza positivos, destinados a disminuir conductas antisociales y fortalecer a los menores ante el consumo de drogas (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución y frecuencia de riesgo



2. Tamizaje, identificación precoz e intervención breve:

Se realizarán importantes acciones de amplia cobertura en escuelas, medios laborales diversos y en la comunidad para identificar a jóvenes con alta vulnerabilidad y susceptibilidad para el consumo de sustancias, así como aquellos individuos con consumo experimental de drogas, fumadores o abusadores de alcohol monoconsumidores o poliusuarios, para ser referidos a intervenciones terapéuticas y de orientación a las UNEME-CAPA, para el abordaje integral de individuos y familias.⁵²

3. Tratamiento breve:

Se llevarán a cabo acciones de tratamiento breve con base en un modelo de Terapia cognitivo-conductual que ha desarrollado la UNAM, el cual ha demostrado fehacientemente su eficacia y rentabilidad.⁵¹

4. Derivación oportuna y de calidad:

En caso de que los pacientes no puedan ser atendidos en la CAPA por su capacidad resolutoria, se derivarán al servicio de tratamiento más adecuado al caso, de acuerdo a las siguientes dimensiones recomendadas por Hoffmann y colaboradores:⁵³

Cuadro 5. Evaluación para el nivel de tratamiento, ASAM*

1. Intoxicación aguda o abstinencia (supresión)
2. Condiciones biomédicas y complicaciones
3. Condiciones emocionales y complicaciones
4. Aceptación del tratamiento
5. Potencial de recaída
6. Medio ambiente y condiciones sociales para su recuperación

* Modificado de Hoffmann N; Halikas J; Mee-Lee D. ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. Washington, DC, Am Soc Addiction Medicine, 1991.

Por lo que debe considerarse adecuada la recomendación de buscar en todo momento la adaptación de las características de los pacientes a las características de los servicios,⁵⁴ en aras de hacer más eficiente el manejo (Cuadro 6).

5. Prevención de recaídas y cuidados posteriores:

En muchos casos los pacientes tienen que ser derivados a servicios de tratamiento residencial, la mayoría de ellos lejos de sus hogares, para hacer más eficiente dicha intervención es necesario que exista un programa de seguimiento del paciente, de calidad y cerca de su comunidad, a fin de prevenir las recaídas y fomentar la reinserción social como meta del tratamiento.⁵⁵ Dichas acciones se realizarán en las CAPA.

6. Investigación acción

- a) Desarrollar investigaciones cualitativo-cuantitativas de la comunidad objetivo
- b) Apoyar un Sistema de vigilancia epidemiológica en la comunidad.
- c) Reportar al Consejo Estatal contra las Adicciones con la frecuencia determinada al efecto.
- d) Utilizar un mismo código de comunicación para facilitar la comprensión de los asuntos vinculados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas adictivos.⁵⁶

Cuadro 6. Características del paciente y del servicio*

Características del Paciente	Características del Servicio
Edad, genero, cultura	Intensidad del servicio
Severidad y curso de la enfermedad	Intensidad del apoyo social
Potencial de recaída	Accesibilidad de los servicios
Necesidad de atención médica, psiquiátrica, legal, etc.	Variedad profesional
Actitud hacia el tratamiento	Accesibilidad a enfermos con características especiales
Apoyo familiar y social	Elementos del programa
	Plan de alta y seguimiento
	Tasa proporcional personal/paciente

* Modificado de Hoffmann N; Halikas J; Mee-Lee D. ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. Washington, DC, Am Soc Addiction Medicine, 1991.

Referencias

1. Secretaría de Salud, SS. Programa Nacional de Salud, 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, México 2007.
2. Medina-Mora ME; Rojas Guiot E. Mujer pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum* 2003; Octubre-Diciembre 17(4): 230-244.
3. Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. SS. Programa Sistema Nacional para el tratamiento integral de las Adicciones. México, 2007.
4. Secretaría de Salud, SSA; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programas de acción específica 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las adicciones. México, 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Normas Mínimas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia a las Drogas. Washington, Diciembre 1999.
6. ONUSIDA. America Latina. Situación de la epidemia de SIDA, 2007. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.
7. Rehm J; Room R; Monteiro M; Gmel G; Graham K. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors; 2nd edition. Geneva: World Health Organization. Chapter 12 Alcohol use; pp. 959–1108, 2004.
8. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2005 Geneva: United Nations. 2005.
9. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2003.
10. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys, 2008. *PLoS Med* 5(7): e141 doi:10.1371/journal.pmed.0050141
11. Wu LT, Korper S, Marsden M, Lewis C, Bray R. Use of incidence and prevalence in the substance use literature: A review Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2003.
12. Consejo Nacional contra las Adicciones; Consejo Médico para Dejar de Fumar. Su asesoría puede ayudar al paciente a abandonar la adicción al tabaco, Serie Actualización profesional en Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2002.
13. UNODC, World Drug Report 2007. Viena, 2007
14. World Health Organization. Global status report on alcohol Geneva: World Health Organization. 2004.
15. Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Epidemiología (DGE), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Dirección General de Epidemiología, SSA. México, D.F., 2003. Versión electrónica: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf
16. Souza y Machorro M. Adicciones: Clínica y Terapéutica. Editorial Alfil, México, 2007.
17. Souza y MM. Acerca del alcohol y su dependencia. *Rev Mex Neuroci* 2008; 9(3):77-179.
18. Leifman H. A comparative analysis of drinking patterns in six United States countries in the year 2000. *Contemp Drug Probl* 2002; 29: 501–548.
19. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones; Retos para la Atención del Alcoholismo en Pueblos Indígenas. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones; SSA, México, D.F., 2004.

20. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; Primer informe sobre el Combate al Tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Instituto Nacional de Salud Pública, SSA, Primera edición. Cuernavaca, Morelos, 2005.
21. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena, 2003.
22. Rossler W. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry* 2006;4:151-7.
23. Souza y Machorro M. Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. *Psiquiatría* 2005 Época 2ª. Enero-abril 21(1):25-37.
24. Warren C, Jones R, Eriksen M, Asma Sfor the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group (2006) Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet* 367: 749-753.
25. Souza y Machorro M. Adicciones: mitología, ignorancia e iatrogenia. Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica. *Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica*. Abril 2006. Vol.7:0357.
26. Consejo Nacional contra las Adicciones, CIJ, Caritas, DIF, IMIFAP, INEA, INEPAR, PEPCA, SEP, SSA, UNAM; "Modelos Preventivos". Serie Planeación, SSA, CONADIC. México, D.F., 2004.
27. DSM-IV American Psychiatric Association, APA. *Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*, 4ª. Ed. Washington, 2000.
28. Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease. National Institute on Drug Abuse <http://www.issues.org/17.3/leshner.htm>, 1999.
29. Leshner AI. Science-Based Views of Drug Addiction and Its Treatment, *J American Medical Association* 282 (1999): 1314-1316.
30. NIH. Principios de tratamiento en adicciones NIH Publicación No. 01-4180(S), impresa en Julio 2001; última revisión Martes 8 de Febrero de 2005.
31. Roberts G; Ogborne A; Leigh G; Adam L. Best Practices: Alcoholism and drug addiction. Treatment and rehabilitation. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues. Health Canada. 1999.
32. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional, 1999.
33. Gordon D. Types of Prevention Strategies. "Drug Abuse Prevention: What Works", National Institute of Drug Abuse, 1997, p. 10-15.
34. Organización Mundial de la salud. OMS. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo Quinto. *Desordenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo*. OMS, Ginebra, Suiza, 1993.
35. Kessler RC, Ustun TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview, CIDI. *Int J Methods Psychiatr Res*13:93-121.
36. Mariño MC; González-Forteza C; Andrade P; Medina-Mora ME. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 1998; 21(1): 27-36.
37. Saunders JB; Aasland OG; Babor TE; de la Fuente JR; Grant MTI. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (audit): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993;88: 791-804.
38. Ahlström S, Bloomfield K, Knibbe R. Gender differences in drinking patterns in nine European countries: descriptive findings. *Subst Abus* 2001; 22: 69-85.
39. Fagerström KO. Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3: 235-241.
40. Consejo Nacional contra las Adicciones, CIJ, Hospital General de México, Hospital GEA González, IMSS, INCAN, INER, INNN e INP. Benchmarking, mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. Serie Actualización pro-

- fesional en Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México D.F., 2003.
41. Moberg DP; Hahn L. The Adolescent Drug Involvement Scale. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2(1), 75-88, (1991).
 42. Instituto Nacional sobre las drogas, NIDA. NIDA en Español. Las Drogas, El Cerebro y El Comportamiento: La Ciencia de la Adicción. 2008-08-15. <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/Lista-sp.html>
 43. Robert E. Hales; Stuart C. Yudofsky; Jonh A. Talbott. *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I,; 3a. Ed., The American Psychiatric Press; DSM-IV Editorial Masson, Washington, USA and London, England. 2001.
 44. U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) 2007. http://www.samhsa.gov/Grants06/RFA/TI_06_02_sbirt.aspx
 45. Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test (DAST). *Addict Behav* 1982;7(4):363-367.
 46. Merikangas KR; Mehta RL; Molnar BE; Walters EE; Swendsen JD; Aguilar-Gaziola S. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998; 23:893- 907.
 47. Rodríguez RD; Dallos BC; González RS. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21 no.5 Rio de Janeiro Sept/Oct. 2005.
 48. Sandí Luis E., Díaz Alicia, Consumo de Benzodiazepinas en Adolescentes Costarricenses, *Fármacos* .1996 9(1):31-7.
 49. Caraveo AJ. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para Niños y Adolescentes en Escenarios Clínicos. *Salud Mental*, 2007. marzo-abril 30(2):42-9.
 50. Bilbao F, Mata V, Valdez T, Palacios B. Tamizaje de Problemas en Adolescentes. El POSIT ("Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) como detector de jóvenes universitarios con problemas de farmacodependencia. Universidad Autónoma de Morelos, Facultad de Psicología. Área de Adicciones. Cuernavaca, 2006.
 51. Martínez MKI; Salazar GML; Pedroza CFJ; Ruiz TGM; Ayala VHE. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Manual del Terapeuta. Salud Mental* 2008; 31(2); 119-127.
 52. Center for Substance Abuse Treatment, CSAT. Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
 53. Hoffmann N; Halikas J; Mee-Lee D. ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. Washington, DC, Am Soc Addiction Medicine, 1991.
 54. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación. Capítulo VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena, 2003.
 55. McLellan AT; McKay JR; Forman R; Cacciola J; Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. 2005; 100:447-458.
 56. Organización Mundial de la Salud; Compendio de Términos de Alcohol y Sustancia Psicoactivas. OMS, 1994.

