



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CPTA)

EDITORIAL
FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD (FOSALUD)

Gerencia Técnica

Programa Hábitos Saludables

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CPTA)

1° Edición 2021

FICHA CATALOGRÁFICA

2021 Fondo Solidario para la Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial de FOSALUD, puede ser consultada a través de: <http://www.fosalud.gob.sv>

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

Tiraje: 1a Edición. 2021

Edición y Distribución

Fondo Solidario para la Salud FOSALUD

Gerencia Técnica

Programa Especial de Hábitos Saludables

9a calle poniente. No. 3843, Colonia Escalón, San Salvador

Teléfono: 2528 9700, Fax: 2528 9723

Página Oficial: <http://fosalud.gob.sv>

Impreso en El Salvador

Fondo Solidario para la Salud, FOSALUD.

2021 Fondo Solidario para la Salud



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

Fondo Solidario para la Salud, Novena Calle Poniente, N° 3843, Colonia Escalón, San Salvador, Tel.2528-9700 Fax.2528-9723 / www.fosalud.gob.sv



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

Autoridades Ministerio de Salud

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud (Ad Honórem)

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud (Ad Honórem)

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

MANUAL DE FUNCIONAMIENTO CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CPTA)

EDITORIAL
FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

Autoridades Fosalud

Dra. Nathalie Elizabeth Larreinaga
Directora Ejecutiva

Dr. José Ángel Portillo
Gerente Técnico

Dr. Ottoniel Sánchez Murgas
Coordinador Programa Hábitos Saludables

Equipo técnico

Dr. William Allen Saravia Chinchilla
Dr. Ottoniel Sánchez Murgas
Dr. Ricardo Enrique Cook Renaux
Lic. Ángel Antonio Montano Velasco
Licda. Carmen Adelina Barrera de Carrillo
Licda. Susana Mabel Alfonso Martínez
Lic. Boris Yasir Henríquez Rodríguez
Licda. Reina Isabel López de Mejía

Comité Revisor

Fondo Solidario para la Salud

Área Psicológica

Licda. Rosemery Guadalupe Portillo
Lic. Oscar Arnoldo Laureano Araujo
Lic. Orlando Antonio Marín Ortiz
Lic. Julio Ernesto Cábel Sibrián

Área Enfermería y Trabajo Social

Licda. Ana Silvia Silva de Carías
Licda. Blanca Dinora Palacios de Pineda
Licda. Chelsea Liseth Figueroa Chávez
Licda. Glenda Yamileth Flores de López
Licda. María del Carmen Chicas Escobar
Licda. Patricia de los Ángeles Sánchez
Licda. Silvia Aracely Lemus Alvarado

Comité Consultivo

Comisión Nacional Antidrogas

Licda. Gloria María Salinas
Coordinadora del Área de Prevención

Lic. Luis Antonio Torres Sánchez
Coordinador Área de Tratamiento

Área Médica

Dr. Nelson Orellana Amaya
Dr. Walter Orlando Lara Amaya
Dra. Karla Cecilia Chavarría Álvarez
Dr. Oswaldo José Emilio Izaguirre

Área Preventiva

Licda. Ana Ruth Valle de Rodríguez

Área de Comunicaciones

Licda. Carmen Marchelly Funes

Calidad y Procesos

Lic. Wilfredo Argueta
Licda. Gloria Leonor Zaldaña
Lic. Mauricio Guerra



CONTENIDO

GLOSARIO	11
PARTE 1: ESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CPTA)	18
1.1 Introducción	18
1.2 Misión y visión	19
1.3 Estructura Organizacional de los CPTA	19
1.4 Derechos de los usuarios	20
1.5 Descripción de la cartera de servicios	20
1.5.2 Servicios de tratamiento	21
1.6 Talento Humano	21
1.6.1 Descripción general	21
1.6.2 Manual de funciones	21
1.7 Mecanismos de colaboración y coordinación, incluyendo el modelo de referencia y retorno	31
1.8 Evaluación	34
1.9 Procesos relacionados a garantía de la calidad	36
PARTE 2: SERVICIOS DE TRATAMIENTO	37
2.1 Descripción general	37
2.1.1 Oferta de servicios	37
2.1.2 Criterios inclusión para el ingreso de usuarios	38
2.1.3 Casos especiales para valoración individual	38
2.2 Guía de procedimiento	39
2.2.1 Recepción y admisión	39
2.2.2 Ingreso al programa de deshabitación	42
2.2.3 Ejecución de Planes Terapéuticos Individualizados (PTI)	44
2.2.4 Seguimiento	44
2.2.5 Evaluación	45
2.2.6 Criterios de finalización	46
2.2.7 Lineamiento generales	47
2.3 Consentimiento informado	48

2.4 Perspectiva de género	48
2.5 Protocolos específicos de actuación institucional	49
2.5.1 Protocolos de atención médica	49
2.5.2 Protocolo de Atención Psicológica	59
PARTE 3: SERVICIOS DE PREVENCIÓN	86
3.1 Descripción de las poblaciones objetivo	86
3.2 Descripción de las actividades preventivas	86
3.2.1 Nombre de las actividades	86
3.2.2 Población objetivo	87
3.2.3 Tipo de prevención	87
3.2.4 Modelo teórico	87
3.2.5 Factores de riesgo, protección y modificación de comportamientos	88
3.2.6 Objetivos	88
3.2.7 Contenido de las actividades	88
3.2.8 Seguimiento	90
3.2.9 Evaluación	90
ANEXOS	91
BIBLIOGRAFÍA	167

GLOSARIO

Abandono del tabaco: proceso de detener el consumo de cualquier producto de tabaco, con o sin ayuda.

Abstinencia: privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” (“abstemiers”), “abstinentes totales” (“total abstemiers”) o según una terminología inglesa más antigua “teetotallers”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado. No hay que confundir el término “abstinencia” con la expresión “síndrome de abstinencia” o con un término más anticuado como el de “síndrome de deprivación”.

Agentes disparadores de consumo: los desencadenantes pueden ser personas, lugares, cosas, sentimientos y tiempo – que causan pensamientos en una sustancia o un juego (por ejemplo, si usted toma el dinero un viernes por la noche, sale con sus amigos y toma la droga, los desencadenantes de la droga son: el viernes por la noche, después del trabajo, dinero, amigos que consumen la sustancia, una cafetería o un club).

Área Geográfica de Influencia (AGI): permite identificar el espacio geográfico que habita la población que utiliza uno o varios servicios de un establecimiento.

Atención integral: la atención integral es el enfoque biopsicosocial que se le brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD): es el órgano consultivo y asesor de la OEA sobre el tema de drogas. Sirve como un foro para que los Estados Miembros de la OEA discutan y encuentren soluciones al problema de las drogas, y brinda asistencia técnica para aumentar su capacidad para contrarrestar dicho problema.

Comorbilidad: también conocida como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.

Consentimiento informado: se define como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica.

Contrato terapéutico: la finalidad de este documento, es especificar las condiciones generales del funcionamiento del programa clínico que inicia el usuario. En él se detallan, además, una serie de compromisos que deben ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo.

Deshabitación: proceso largo y complejo con el que se pretende que controlar el síndrome de abstinencia tardío y el de abstinencia condicionado, mientras el paciente efectúa un aprendizaje de estrategias terapéuticas, prevención de recaídas, que le permitirán conocer y detectar los factores internos y externos que podrían facilitar un nuevo consumo de tóxicos.

Entrevista Motivacional: la Entrevista Motivacional (EM) es un estilo de atención centrado en el cliente y basado en la colaboración cuyo propósito es ayudarlo a comprometerse a cambiar mediante la exploración de los motivos personales de cambio y la resolución de la ambivalencia.

Equipo Comunitario de Salud Familiar (ECO): integrado por un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, tres promotores y un polivalente (persona con diversas funciones), estos tendrán bajo su responsabilidad la atención de 600 familias y habrá un promotor por 200 familias.

Equipo multidisciplinario: equipo de trabajo conformado por profesionales formados en áreas de la salud como medicina, psicología, trabajo social y educación para la salud, entre otros.

Equipo terapéutico: equipo multidisciplinario integrado por profesionales de diferentes disciplinas (Médico/a, Psicólogo/a y Trabajador/a social) que trabajan de manera coordinada para organizar y cumplir el Programa de Deshabitación.

Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED): el departamento de ESDOMED, es una unidad de trabajo hospitalario cuya misión es la inscripción, mantenimiento y conservación del expediente clínico de los usuarios; así como proporcionar la información estadística del establecimiento. Está conformado por dos áreas: Estadística y Documentos Médicos. Ambas áreas están estrechamente relacionadas. La primera maneja la producción de estadísticas de Salud que provienen de los Registros estadísticos de la institución y la segunda área es la responsable de admisión de pacientes, y procesos relacionados.

Factor de protección: son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado.

Factor de riesgo: es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno.

Ferías de salud: es un proyecto que ofrece una serie de pruebas para valorar el nivel de aptitud física para la salud, con el fin de detectar factores de riesgo para padecer enfermedades hipocinéticas entre las que se encuentran la obesidad, la diabetes mellitus, la osteoporosis, la hipertensión, entre otras.

Genograma: es un formato para dibujar un árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

Habilidades sociales: son el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.

Instrumento de medición de resultados de tratamiento: es una herramienta de monitoreo de resultados terapéuticos para personas adultas (mayores de 18 años) que ingresan a un programa de tratamiento debido al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA): ley en la que se establecen las disposiciones que tienen por finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes en El Salvador.

Modelo de atención biopsicosocial: modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químico-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad.

Nosocomio: hospital (establecimiento destinado al tratamiento de enfermos).

Patología psiquiátrica: es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.

Personas en situación de calle: son sujetos que son vulnerados en uno o más derechos, tales como salud, educación, vivienda, trabajo o justicia, que se ven enfrentados a tener que resolver sus temas de habitabilidad en lugares que no constituyen una vivienda.

Plan Terapéutico Individualizado (PTI): es un programa de tratamiento que prevé una orientación diagnóstica, un diseño terapéutico y una indicación pronóstica ajustable a las necesidades específicas de cada paciente.

Prevención de recaídas: conjunto de procedimientos terapéuticos utilizados, en los casos de problemas con el alcohol y otras drogas, para ayudar a los afectados a evitar o a superar la vuelta al consumo o recaída hacia un consumo no controlado de la sustancia. Estos procedimientos pueden emplearse junto con un tratamiento basado en la moderación o la abstinencia o con otros métodos terapéuticos. Los pacientes aprenden estrategias de afrontamiento que pueden usar para evitar situaciones que se consideran precipitantes peligrosos de una recaída y aprenden, mediante técnicas de repetición mental y de otros tipos, a reducir al mínimo el consumo de sustancias una vez que se ha producido una recaída.

Programa Terapéutico de Deshabitación: es un complejo y progresivo plan de actividades y actuaciones terapéuticas con un enfoque biopsicosocial a través del cual se busca la superación o remisión de la dependencia psicológica y las secuelas psicopatológicas, relacionales y sociales derivadas de una vida adictiva, procurando capacitar para evitar futuras recaídas, trabajando la maduración psicológica e interviniendo sobre las posibles complicaciones psicopatológicas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Recaudación tributaria: la recaudación tributaria consiste en el ejercicio de las funciones administrativas conducentes al cobro de las deudas tributarias.

Rehabilitación: en el campo del consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

Reinserción social: Es una etapa fundamental para desarrollar y consolidar las habilidades adquiridas en el proceso de tratamiento y/o rehabilitación. El objetivo fundamental consiste en alcanzar un mayor nivel de autonomía del sujeto en su regreso a la comunidad.

Reparación de daño en adicciones: retomado y adaptado del Programa de Alcohólicos Anónimos, este proceso implica brindar un acompañamiento terapéutico en el que el paciente sea capaz de reconocer que se ha lastimado a otras personas con las acciones propias, más allá de si se padece adicción o no. Fomentar este proceso, pretende generar la consolidación de los compromisos adquiridos en el tratamiento y disminuir los factores de riesgo que provoquen una recaída.

Reunión grupal familiar: es una fase inicial y preparativa de la terapia familiar, con un enfoque psicoeducativo, en el cual se desarrollan temáticas orientadas a la sensibilización y estimulación para la incorporación al proceso terapéutico por parte de los familiares del consumidor de sustancias psicoactivas. El objetivo primordial de dicho proceso, es la consolidación de las redes de apoyo para el paciente inscrito en el Programa de Deshabitación.

Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

Síndrome de dependencia: conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga. Conforme a la CIE-10 (ICD-10), debe diagnosticarse un síndrome de dependencia si se han experimentado tres o más de los criterios especificados en el plazo de un año. El síndrome de dependencia puede aplicarse a una sustancia concreta (p. ej., tabaco, alcohol o diazepam), a un grupo de sustancias (p. ej., opiáceos) o a una gama más amplia de sustancias con propiedades farmacológicas diferentes.

Sistema Nacional Integrado de Salud: se entenderá por Sistema Nacional Integrado de Salud, la totalidad de elementos o componentes del sistema público y privado que se relacionan en forma directa o indirecta con la salud, por lo que debe existir una

integración clara y progresiva de funciones e instituciones del sistema en lo relativo a rectoría, regulación, atención, gestión, administración, financiamiento y provisión de los servicios.

Sustancias nocivas y peligrosas para la salud: son las que hacen daño a la salud o al cuerpo humano. El consumo se da principalmente en adolescentes con problemas familiares o en la escuela. Estas sustancias pueden causar varias enfermedades afectando directamente a las células del cerebro, provocando bajo rendimiento escolar, fatiga, etc.

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

Terapia de pareja: también denominada psicoterapia de pareja, es el tratamiento clínico psicológico que se brinda a ambos miembros de una relación sentimental, en su condición de enamorados, novios, esposos, convivientes, separados y/o divorciados, por parte de un psicoterapeuta o terapeuta profesional, quien se centrará fundamentalmente en mejorar la comunicación en la relación. De esta manera, se aprenderá a controlar los impulsos y emociones para afrontar y resolver los conflictos que puedan surgir de una manera más eficiente.

Terapia familiar: es un tipo de terapia psicológica (psicoterapia) que puede ayudar a los miembros de la familia a mejorar la comunicación y resolver conflictos. La terapia familiar, por lo general, es proporcionada por un psicólogo, un asistente social clínico o un terapeuta acreditado.

Terapia grupal: es un tipo de terapia psicológica que se lleva a cabo con un grupo de personas en lugar de con una persona. Mientras que el término técnicamente se puede aplicar a cualquier tipo de psicoterapia en la que se participa un grupo, se asocia a un tipo de terapia específica que hace uso de la dinámica de grupo.

Terapia individual: es el encuentro entre el terapeuta y el paciente, en donde en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura el paciente puede expresar sus problemas y emociones.

Terapia ocupacional: es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la

máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN): La Terapia Sustitutiva de Nicotina, proporciona la nicotina a la persona sin los otros químicos dañinos del tabaco.

Test de Richmond: Es el que sirve para evaluar la motivación de la persona que quiere dejar de fumar. Consiste en responder una serie de preguntas y adjudicar unos puntos según la respuesta.

Toxicometría: Es el conjunto de determinaciones cuantitativas de parámetros biológicos afectados por los tóxicos.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF): infraestructura técnica administrativa, con diferente complejidad y capacidad resolutive que brindan atención en salud y se clasifican en: UCSF Básica, UCSF Intermedia y UCSF Especializada.

Visita domiciliaria: técnica privativa del servicio social que se aplica en el domicilio del paciente, a través de la entrevista y observación, con fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el problema del paciente al sistema socio-familiar.

PARTE 1: ESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (CPTA).

1.1 Introducción

Desde febrero de 2007, el Fondo Solidario para la Salud (Fosalud) incluyó como parte de su oferta de servicios para retribuir el origen de su sostenimiento, la formación de cuatro clínicas de cesación de consumo de tabaco para la población de El Salvador, debido a la recaudación tributaria a partir del consumo de productos del tabaco, producción y comercialización de bebidas alcohólicas, armas de fuego, municiones, explosivos y similares.

Según el Art. 4 de la Ley de creación de Fosalud se insta al fondo a fomentar campañas de educación de salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas.

En el Año 2010 se crea el Programa de Hábitos Saludables, el cual inició bajo el objetivo estratégico de contribuir a la disminución del consumo de tabaco y alcohol.

Desde marzo de 2013 se amplía el servicio a la atención de personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, por lo que las Clínicas de Cesación del Consumo de Tabaco se convierten en Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CPTA). En el año 2014 se amplía la cobertura con la apertura de un CPTA en el Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente.

Actualmente son 5 los CPTA que existen en el país y se encuentran ubicados en las ciudades de Santa Ana, San Vicente, San Miguel y dos en San Salvador.

Fosalud por medio de esta reestructuración da un salto de calidad al ampliar la oferta de servicio a personas afectadas por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

1.2. Misión y visión

Misión CPTA

Somos Centros Especializados del Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco del programa de hábitos saludables de Fosalud que brinda servicios integrales de prevención y tratamiento a personas con consumo perjudicial de tabaco, alcohol y otras drogas para lograr su rehabilitación y reinserción social, mejorando la calidad de vida del usuario, familia y población en general.

Visión CPTA

Ser reconocidos como centros de referencia a nivel nacional, eficientes y efectivos para la prevención y abordaje de las adicciones con equipos multidisciplinarios, a fin de reducir la demanda de consumidores de sustancias psicoactivas y mejorando la efectividad en su rehabilitación.

1.3. Estructura Organizacional de los CPTA

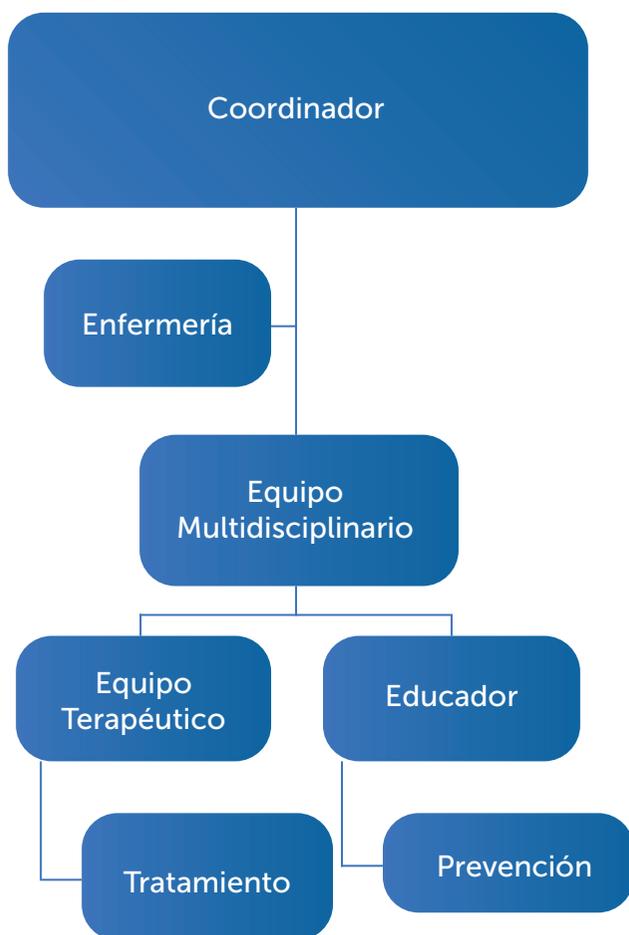


Fig. 1 Organigrama de los CPTA

En la figura 1 se presenta la estructura organizativa de cada uno de los CPTA, los que se encuentran ubicados en la estructura general de Fosalud como parte del Programa Especial de Hábitos Saludables que a su vez pertenece a Gerencia Técnica.

1.4 Derechos de los usuarios¹

- A recibir una atención integral y oportuna.
- A un trato igualitario, sin distinción de raza, clase social o creencias.
- A una atención calificada.
- A recibir información sobre el programa.
- Al consentimiento informado.
- A la privacidad.
- A la confidencialidad.
- A recibir medicamentos y otros.

1.5 Descripción de la cartera de servicios

1.5.1 Servicios de prevención

Intramurales:

- Participación en eventos conmemorativos relacionados a la salud.

Extramurales:

- Apoyo a Centros Educativos, instituciones de gobierno, ONG y empresas privadas en actividades de prevención y sensibilización de adicciones.
- Acompañamiento a alcaldías municipales del Área Geográfica de Influencia en la elaboración de normativas referentes al consumo de sustancias psicoactivas en sus municipios.
- Promoción de los servicios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones en eventos o actividades de salud.

¹ Basados en la sección 1 del capítulo IV de la Ley de Deberes y Derechos de Pacientes y Prestadores de Salud.

1.5.2 Servicios de tratamiento

- Deshabitación del consumo de Tabaco.
- Deshabitación del consumo de Alcohol.
- Deshabitación del consumo de otras sustancias psicoactivas.
- Proceso de apoyo a familiares de consumidores de sustancias psicoactivas.

1.6 Talento Humano

1.6.1 Descripción general

Los CPTA, de acuerdo a su enfoque de atención integral, están conformados por un equipo multidisciplinario para la ejecución de las diferentes actividades en cuanto a la prevención y tratamiento de las adicciones. Los profesionales están formados en las áreas de medicina, psicología, trabajo social y educación para la salud.

El equipo multidisciplinario es coordinado por un médico asignado a cada CPTA, quien transmite los lineamientos y regulaciones que implica la ejecución del programa y quien está auxiliado por un profesional de enfermería asignado al mismo. Dicho equipo está bajo la supervisión del coordinador del Programa especial de Hábitos Saludables.

1.6.2 Manual de funciones

A consideración del numeral anterior, se brinda detalle de los aspectos y requerimientos que debe cumplir cada profesional que integra el Equipo Multidisciplinario, mediante una descripción de las aptitudes, características y funciones asignadas a su puesto de trabajo.

Cargo	Coordinador de programa
Perfil requerido:	Doctor en medicina con maestría en salud pública preferentemente. Con experiencia de 1 a 2 año en la coordinación de programas de salud.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración de políticas de salud y planes nacionales estratégicos de salud, a través de talleres de diseño y validación para el control de la demanda y oferta de sustancias psicoactivas, salud mental y enfermedades no transmisibles. • Realizar plan estratégico, planes anuales operativos y de acción, a través de talleres participativos, a nivel técnico y operativo orientados a facilitar la gestión y ejecución del programa Hábitos Saludables. • Coordinar y gestionar con entidades públicas y privadas la creación de alianzas o coaliciones de cooperación, a través de reuniones y sesiones interinstitucionales, para implementar acciones específicas de control de la demanda de sustancias psicoactivas. • Promover en coordinación con la unidad de comunicaciones que la población en general y las diversas poblaciones objetivo estén informada acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y sobre los servicios de prevención y tratamiento disponibles, a través de campañas de salud utilizando nuevas tecnologías de información y medios masivos de comunicación. • Gestionar apoyo de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud del MINSAL, a través de solicitudes oficiales, para actualizar el marco normativo y regulatorio de las estrategias de control de la oferta y demanda de alcohol y tabaco, y contribuir a su socialización. • Asesorar la aplicación del marco normativo y regulatorio en los procesos de control, prevención y atención en salud del programa Hábitos Saludables, a través de un plan de asistencia, para la protección en salud; la prevención universal, selectiva e indicada; la detección e intervención temprana; el tratamiento oportuno; la rehabilitación y la reinserción social. • Gestionar y administrar con oportunidad, eficiencia y transparencia los recursos humanos, medicamentos, insumos, equipos y materiales asignados, a través del plan anual de compras, con el fin de asegurar el óptimo funcionamiento de los servicios de salud para el cumplimiento del programa. • Formular anualmente en coordinación con las Gerencias Técnica y del Talento Humano el plan de formación, educación continua y capacitación, a través de un diagnóstico de necesidades de conocimiento, dirigido al personal profesional, técnico y otros actores involucrados para el desarrollo de sus competencias relacionados con control de la oferta y demanda de sustancias psicoactivas. • Coordinar y controlar a través de la supervisión, los servicios de salud pública y de atención que se brinda a la población a fin de asegurar que se otorguen con calidad y de acuerdo a la normatividad establecida. 	

Funciones:

- Evaluar los resultados del programa a través de informes mensuales, semestrales y anuales, para cumplir con objetivos, metas e indicadores planteados en la prestación de servicios de los CPTA.
- Elaborar los informes de estado de avance semestral y anual, a través del análisis de la producción de servicios de salud para el conocimiento de la Gerencia Técnica y Dirección Ejecutiva.
- Promover en coordinación con la Jefatura de Investigación, a través de investigaciones operativas, la generación de conocimiento de la situación actual de los trastornos de salud mental y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, para contar con información relevante y de calidad, que permita tomar decisiones e implementar estrategias basadas en evidencia científica.
- Gestionar cooperación y asistencia técnica en el ámbito nacional e internacional, a través de convenios, para implementar proyectos y estrategias apegados a los intereses institucionales.
- Evaluar de forma anual el desempeño del personal bajo responsabilidad, a través del llenado de instrumentos establecidos, para hacer las respectivas recomendaciones de mejora.
- Colaborar con el oficial de información, a través de informes escritos y oportunos, para proporcionar información correspondiente a denuncias y aclaraciones relacionadas con el programa.
- Participar por delegación de la Dirección Ejecutiva y Gerencia Técnica, a través de misiones oficiales dentro y fuera del país en actividades relacionadas con el programa para fortalecer la gestión.
- Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida por el Fosalud, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuya al fortalecimiento de la prestación de los servicios.
- Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales.

Cargo	Médico Coordinador.
Perfil requerido:	Doctor en medicina, operador socioterapeuta en adicciones con experiencia como médico consultante por lo menos de 1 a 2 años y en la ejecución de planes de prevención.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Apoyar en actividades en las que la población en general y las diversas poblaciones objetivo, estén informadas acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y sobre los servicios de prevención y tratamiento disponibles, a través de campañas de salud utilizando nuevas tecnologías de información y medios masivos de comunicación, si es requerido por el responsable de dicha área en el CPTA o por la Unidad de Comunicaciones de Fosalud como apoyo en la creación de contenido. • Firmar el contrato terapéutico de los pacientes que ingresan al Programa de Deshabituación como representante del CPTA. • Atender a los usuarios nuevos a través de entrevistas iniciales, para proporcionarles tratamiento o canalizarlos a otros servicios o instituciones, en caso no sean candidatos al tratamiento. • Realizar la historia clínica de los pacientes nuevos a partir de los datos recogidos en la entrevista o evaluación clínica global del paciente en sus dimensiones biológica, psicológica y social, y que corresponden a su perfil profesional. • Elaborar el plan terapéutico para el tratamiento del paciente, en base al examen físico, pruebas de tamizaje de dependencia y severidad de la adicción, exámenes complementarios y tomando en cuenta las opiniones del equipo del centro o unidad. • Elaborar el plan terapéutico para el tratamiento del paciente, en base al examen físico, pruebas de tamizaje de dependencia y severidad de la adicción, exámenes complementarios y tomando en cuenta las opiniones del equipo del centro o unidad. • Garantizar la atención continua del paciente a través de indicaciones de internación, interconsultas, alta y referencia según la normativa del CPTA. • Prescribir medicamentos, a través de recetas, que requiera el paciente para su tratamiento. • Dar seguimiento a los pacientes, a través de consulta médica, anotando los datos sobre su evolución en el expediente clínico, prescribir, firmar referencias, altas y certificados. • Participar en la terapia grupal a través de sesiones con pacientes que han sido derivados a tratamiento y rehabilitación. • Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades acumuladas de prestación de servicios a través del registro diario de pacientes atendidos en los instrumentos diseñados para tal fin. • Participar en la revisión y estudio de casos clínicos, incidentes y asuntos administrativos inherentes a la operación del CPTA a través de reuniones clínicas-administrativas con el personal multidisciplinario. • Participar en el desarrollo de un clima laboral sano en su área de trabajo, a través de reuniones y talleres con el personal multidisciplinario. • Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida por el Fosalud, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuya al fortalecimiento de la prestación de los servicios • Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales 	

Cargo	Médico psiquiatra
Perfil requerido:	Doctor en medicina con especialización en psiquiatría.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Apoyar a que la población en general y la objetivo estén informadas acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas; y sobre los servicios de prevención y tratamiento disponibles a través de campañas de salud utilizando nuevas tecnologías de información y medios masivos de comunicación, si es requerido por el responsable de dicha área en el CPTA o por la unidad de comunicaciones de Fosalud. • Atender a los usuarios nuevos a través de entrevistas iniciales, para proporcionarles tratamiento o canalizarlos a otros servicios o instituciones, en caso no sean candidatos al tratamiento. • Realizar la historia clínica de los pacientes nuevos a partir de los datos recogidos de la entrevista o evaluación clínica global en sus dimensiones biológica, psicológica y social, y que corresponden a su perfil profesional. • Elaborar el plan terapéutico para el tratamiento del paciente, en base al examen físico del paciente, pruebas de tamizaje de dependencia y severidad de la adicción, exámenes complementarios, y tomando en cuenta las opiniones del equipo del centro o unidad. • Garantizar la atención continua del paciente a través de indicaciones de internación, interconsultas, alta y referencia según la normativa del CPTA. • Atender integralmente a pacientes con patología dual o comorbilidad previa o inducida por el uso de drogas a través de intervenciones terapéuticas especializadas. • Prescribir medicamentos, a través de recetas, que requiera el paciente para su tratamiento. • Dar seguimiento a los pacientes, a través de consulta médica de seguimiento, anotando los datos sobre su evolución, prescribir, firmar referencias, altas y certificados. • Participar en la terapia grupal a través de sesiones con pacientes que han sido derivados a tratamiento y rehabilitación. • Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades acumuladas de prestación de servicios a través del registro diario de pacientes atendidos en los instrumentos diseñados para tal fin. • Participar en la revisión y estudio de casos clínicos, incidentes y asuntos administrativos inherentes a la operación del CPTA a través de reuniones clínicas-administrativas con el personal multidisciplinario. • Realizar diversas actividades relacionadas con su puesto, que le sean encomendadas, por su jefe/a inmediato/a. 	

Cargo	Enfermera/o
Perfil requerido:	Tecnólogo en enfermería o Licenciado en enfermería. Con experiencia en atención primaria en salud por lo menos de 1 año.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Atender a los usuarios nuevos a través de entrevistas iniciales, para proporcionarles tratamiento o canalizarlos a otros servicios o instituciones, en caso no sean candidatos al tratamiento. • Registrar en el expediente clínico la temperatura, pulso, respiración, presión arterial, peso, talla e IMC, a través de la toma de signos vitales de los pacientes. • Participar en el plan terapéutico para el tratamiento y rehabilitación del paciente, a través del desarrollo de actividades de enfermería y tomando en cuenta las opiniones del equipo. • Participar en las terapias grupal y recreacional/ocupacional) a través de sesiones con pacientes y familiares derivados a tratamiento, de conformidad con las guías técnicas emitidas. • Apertura y solicitud del expediente hospitalario, cuando sea necesario, según el procedimiento establecido para dicho fin en el ESDOMED. • Dar seguimiento a los pacientes, a través de notas de enfermería sobre la atención brindada en el expediente clínico. • Apertura del expediente clínico del CPTA, el cual incluye el llenado del consentimiento informado y la historia de admisión. • Llevar control de la dotación, consumo, uso y estado de medicamentos, insumos, materiales, tecnología y mobiliario del CPTA, mediante actividades de registro, Kardex e inventarios. • Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades acumuladas de prestación de servicios a través del registro diario de pacientes atendidos en los instrumentos diseñados para tal fin. • Participar en la revisión y estudio de casos clínicos, incidentes y asuntos administrativos inherentes a la operación del CPTA a través de reuniones clínicas-administrativas con el personal multidisciplinario. • Preparación del expediente clínico del CPTA para las atenciones a ser brindadas por el equipo terapéutico del centro. • Mantener ordenados los expediente de cada uno de los pacientes, así como el sistema de resguardo de los mismos. • Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida por el Fosalud, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuya al fortalecimiento de la prestación de los servicios. • Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales. 	

Cargo	Psicólogo/a
Perfil requerido:	Licenciatura en Psicología con experiencia en programas de prevención y trabajo comunitario por lo menos de 1 año.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Apoyar en actividades en las que la población en general y poblaciones objetivo, estén informadas acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y sobre los servicios de prevención y tratamiento disponibles, a través de campañas de salud utilizando nuevas tecnologías de información y medios masivos de comunicación, si es requerido por el responsable de dicha área en el CPTA o por la unidad de comunicaciones de Fosalud como apoyo en la creación de contenido. • Participar en la evaluación multidisciplinaria para consideración de ingreso de usuarios al programa, valorando la idoneidad o aptitud de estos para su adhesión a los servicios ofrecidos por el CPTA. • Recomendar la derivación o referencia a otro programa de atención en adicciones (residencial, desintoxicación, hospital de día u otro), que no sea ofertado por el CPTA, según amerite el caso. • Brindar atención a los usuarios que acuden por primera vez o por reingreso e iniciar el proceso de tratamiento implementando los protocolos de atención establecidos en el programa. • Realizar la historia clínica de los pacientes nuevos a partir de los datos recogidos en la entrevista o evaluación clínica global considerando sus dimensiones biológica, psicológica y social, bajo el enfoque profesional que le compete. • Llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica, detallados en el protocolo de atención psicológica y otros que se consideren pertinentes de acuerdo a las necesidades de cada paciente. • Elaborar el plan terapéutico individual para el tratamiento del paciente, con base a los resultados obtenidos en el examen mental, pruebas de tamizaje de dependencia y severidad de la adicción, así como el llenado de pruebas psicométricas complementarias para evaluar fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso adictivo, además de considerar los hallazgos obtenidos por el equipo multidisciplinario. • Coordinar la realización de las psicoterapias individuales, de pareja y/o familia, y organizar la terapia grupal y recreacional/ ocupacional, a través de sesiones acordadas con pacientes y familiares derivados a tratamiento, de conformidad con las guías técnicas emitidas. • Participar y dar seguimiento a los rescates domiciliarios de pacientes que han abandonado su tratamiento, a través de visitas domiciliarias, según lo amerite el caso y de acuerdo a la solicitud 	

Funciones:

del equipo multidisciplinario.

- Dar seguimiento oportuno a los pacientes por medio de la atención psicológica, para lo que se requiere llevar un registro sobre su evolución en el expediente clínico.
- Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades acumuladas de prestación de servicios a través del registro diario de pacientes atendidos en los instrumentos diseñados para tal fin.
- Participar en la revisión y estudio de casos clínicos, incidentes y asuntos administrativos inherentes a la operación del CPTA a través de reuniones clínicas-administrativas con el personal multidisciplinario.
- Participar en el desarrollo de un clima laboral sano en su área de trabajo, a través de reuniones y talleres con el personal multidisciplinario.
- Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida por el Fosalud, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuya al fortalecimiento de la prestación de los servicios.
- Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales.

Cargo	Trabajador Social
Perfil requerido:	Licenciatura en Trabajo Social de preferencia con conocimiento sobre adicciones o certificado como operador socioterapeuta en adicciones. Con experiencia de 1 a 2 años desempeñando su profesión en abordaje de personas con vulnerabilidad social.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Apoyar en actividades en las que la población en general y poblaciones objetivo, estén informadas acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y sobre los servicios de prevención y tratamiento disponibles, a través de campañas de salud utilizando nuevas tecnologías de información y medios masivos de comunicación, si es requerido por el responsable de dicha área en el CPTA o por la Unidad de Comunicaciones de Fosalud como apoyo en la creación de contenido. • Atender a los usuarios nuevos a través de entrevistas iniciales, para proporcionarles tratamiento o canalizarlos a otros servicios o instituciones, en caso no sean candidatos al tratamiento. • Realizar la evaluación social, económica y legal de los pacientes nuevos, así como pruebas de tamizaje de dependencia y severidad de la adicción. • Realizar un plan de tratamiento individualizado que contribuya a la superación de carencias en el contexto social de cada paciente para su pronta recuperación, rehabilitación y reinserción social. • Participar en el desarrollo de las terapias grupales y recreacionales/ocupacionales a través de sesiones con pacientes y familiares derivados a tratamiento, organizadas en conjunto con el área de psicología y de conformidad con el Protocolo de atención emitido. • Efectuar visitas domiciliarias a pacientes que han abandonado su tratamiento, o a través de llamadas telefónicas, según lo amerite el caso y de acuerdo a la solicitud del equipo multidisciplinario. • Dar seguimiento a los pacientes, a través de la evaluación social, anotando los datos sobre su evolución en el expediente clínico. • Mantener el directorio y la conexión con instituciones de salud y bienestar social, mediante actividades sistemáticas de actualización. • Llevar a cabo gestiones interinstitucionales que permitan el establecimiento de alianzas estratégicas en pro del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. • Llevar control de referencias (recibidas y enviadas) e interconsultas, mediante actividades de registro, y brindar información sobre tratamiento y rehabilitación a familiares y entidades de justicia cuando estos lo soliciten. • Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades acumuladas de prestación de servicios a través del registro diario de pacientes atendidos en los instrumentos diseñados para tal fin. • Participar en la revisión y estudio de casos clínicos que requieran una intervención específica durante el desarrollo de las actividades relacionadas al tratamiento u otra condición, los cuales deberán compartirse y someterse a consideración del Equipo Terapéutico. • Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales. 	

Cargo	Educador para la salud
Perfil requerido:	Licenciatura en Educación para la Salud; de preferencia con conocimiento sobre adicciones o certificado como operador socioterapeuta en adicciones. Con experiencia de 1 a 2 años en programas de prevención social.
Funciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la elaboración del plan anual operativo y de acción específicos, a través de talleres participativos, orientados a facilitar la gestión y ejecución de la prestación de servicios de salud del CPTA. • Contribuir al desarrollo de un clima laboral sano en el área de trabajo. • Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida por el Fosalud, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuya al fortalecimiento de la prestación de los servicios. • Contribuir a la elaboración del informe mensual de actividades proveyendo la información respectiva a su área. • Diseñar, elaborar y ejecutar el plan de prevención en adicciones del CPTA, tanto intramural como extramural. • Participar en procesos de diseño y elaboración de material educativo sobre adicciones en conjunto con el área de comunicaciones. • Promocionar los servicios de los CPTA. • Gestionar la realización de talleres orientados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en centros educativos, instituciones públicas y privadas. • Participar en jornadas de sensibilización orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en instituciones públicas y privadas. • Participar en mesas de trabajo interinstitucionales de las alcaldías municipales, lo cual se hará bajo las consideraciones del médico coordinador del CPTA. • Coordinar actividades extramurales orientadas a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas y a promover los servicios de los CPTA. • Desarrollar y mantener relaciones de trabajo cooperativas con los organismos y organizaciones interesadas en el cuidado de la salud pública. • Mantener bases de datos, listas de correo, redes telefónicas, y otros datos para facilitar el funcionamiento de los programas de educación para la salud. • Registrar, elaborar y presentar oportunamente a las jefaturas, informes y registros de actividades educativas e intervenciones realizadas, de acuerdo a lineamientos normativos de registro estadístico, para la sistematización oportuna y con calidad de las acciones de promoción en salud. • Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata, según planes y objetivos institucionales. 	

1.7 Mecanismos de colaboración y coordinación, incluyendo el modelo de referencia y retorno.¹

Los CPTA forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, también pertenecen a un Área Geográfica de Influencia (AGI), razón por la que dichos centros se convierten en actores con un rol activo y muy importante en la zona en la que se encuentran establecidos. Por su nivel de complejidad y especialización, los CPTA están ubicados en el segundo nivel de atención, por lo que su coordinación debe ser desarrollada con todos los demás niveles, es decir, con el primero, segundo y tercer nivel de atención.

Es de recordar que los CPTA brindan atención especializada ambulatoria a usuarios con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, por lo que si se hace necesario estabilizar al paciente, debe ser atendido en el establecimiento o ser referido al nivel correspondiente para posteriormente retornar al centro.

Primer Nivel de Atención

En este nivel se debe realizar la atención según la capacidad instalada a todos los pacientes con problemas por consumo de sustancias psicoactivas; también puede efectuarse durante las visitas que realizan los Equipos Comunitarios de Salud Familiar o durante la consulta médica en los diferentes establecimientos de salud. La identificación también puede ser realizada por el promotor(a) de salud, la enfermera, psicóloga, trabajador social o educador. Una vez detectado el riesgo o consumo de sustancias se debe proporcionar el oportuno tratamiento y/o derivación.

Las UCSF según su complejidad puede ser básicas, intermedias o especializadas, y según esta complejidad deben desarrollar actividades de diagnóstico y tratamiento:

UCSF básicas e intermedias:

- Detección de riesgos de consumo de sustancias psicoactivas en la población que atiende y en caso de detectar riesgos, debe ser atendido por el referente de salud mental, para realizar la intervención correspondiente.

UCSF especializadas:

- Desarrollar las mismas acciones que las UCSF básicas e intermedias realizan en atención integral a las personas con consumo de sustancias psicoactivas.

¹ Adaptado de los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Personas con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

- Realizar intervenciones breves, en forma de terapia grupal o individual; las cuales pueden ser desarrolladas por cualquier miembro del equipo, previa capacitación.
- El psicólogo(a) o referentes de salud mental deben realizar entrevistas motivacionales. Según la evaluación de cada caso, debe derivar al segundo o tercer nivel.

Coordinación de los CPTA con este nivel:

En caso de considerar que el paciente no puede ser atendido en el primer nivel de atención, este puede ser referido directamente de la unidad al CPTA correspondiente.

En el caso que el paciente esté siendo tratado por un especialista en adicciones o haya finalizado el programa de tratamiento y rehabilitación, el médico coordinador del CPTA puede coordinar con el director de la UCSF la realización de visitas periódicas de seguimiento por parte del promotor de salud como parte del Plan de Intervención Individual del paciente si se llegara a considerar necesario.

Segundo nivel de atención

Hay casos que no pueden ser manejados en el Primer Nivel de Atención por falta de capacidad instalada, como las intoxicaciones y las abstinencias graves las cuales pueden poner en peligro la vida de la persona. Estas deben ser atendidas en el nivel hospitalario correspondiente; igualmente en este nivel serán atendidos los pacientes que lleguen por libre demanda.

En los hospitales, el paciente será atendido en la Unidad de Emergencia y allí se decide si pasa al área de observación o si es ingresado. En el caso que se decida manejarlo en forma ambulatoria, se deben brindar las medidas generales, ser estabilizado y luego dar referencia al CPTA respectivo para su atención.

Coordinación de los CPTA con este nivel:

Si el paciente pasa al área de observación o si es ingresado, al momento de recibir el alta deberá ser referido al CPTA correspondiente para su atención. Igualmente, personal del CPTA designado podrá realizar búsqueda activa de candidatos a recibir atención en el Centro entre los pacientes en recuperación o ingresados en los diferentes pabellones del nosocomio.

Si se recibe una solicitud de interconsulta o apoyo en el CPTA por parte de alguna dependencia del hospital se procederá a la coordinación respectiva para poder llevarla a cabo. En el caso de las interconsultas, el profesional responsable debe dar respuesta a la misma, responder al solicitante emitiendo su opinión, plan de manejo y recomendaciones

sobre la atención respecto al problema consultado dejando registro de dicha atención en el expediente del paciente.

Operativización del Proceso de Referencia, Retorno e Interconsulta (PPRI)

Para garantizar el funcionamiento del proceso, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Toda persona referida, debe ser atendida en el establecimiento receptor.
- A todo proceso de referencia de un establecimiento de menor complejidad, a otro de mayor complejidad, debe corresponder siempre un retorno.
- Registrar el nombre de la persona que recibe al paciente en el establecimiento de destino, este dato se verificará con el director del mismo cuando sea pertinente por situaciones legales.
- El equipo de salud debe conocer la oferta de servicios que otorga su establecimiento y los de la red, así como tener definido cuál es de referencia correspondiente al servicio necesitado, considerando los criterios de oportunidad y pertinencia.
- Los usuarios con problemas de consumo de sustancias psicoactivas detectados en la comunidad por el promotor/a de salud, deben ser referidos ya sea al establecimiento de primer nivel y/o al CPTA de su área de influencia, llevando la hoja de referencia y retorno comunitaria.
- Para el retorno del usuario/a a su establecimiento de origen, una vez concluida la atención en el establecimiento de referencia, éste debe cumplir con el procedimiento de retorno, para lo que se debe llenar con letra legible, firma y sello. Debe dar además la orientación y las recomendaciones, que deben ser claramente explicadas al usuario/a y su familia, además de documentarlos en el expediente clínico.
- Los equipos de salud de las UCSF son los responsables de realizar el seguimiento de los usuarios/as referidos.
- Si las personas que solicitan atención, en un establecimiento del MINSAL, son beneficiarias de los servicios de otras instituciones tales como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto de Bienestar Magisterial o Sanidad Militar, entre otros, se debe brindar la atención inicial en el establecimiento y referir al servicio de salud de la institución correspondiente si existiera dicho servicio, completando toda la información sobre el tratamiento proporcionado, a fin que se dé efectiva continuidad al problema que motivó la atención.

Se debe considerar

- Todo usuario que consulte por demanda espontánea, debe ser atendido independientemente que lleve o no una referencia.
- La hoja original más una copia, debe ser entregada al paciente o su acompañante, quienes presentarán al personal de salud del establecimiento al que es referido, y una tercera quedará en el expediente para efectos de registro de la atención.
- La hoja en original debe colocarse en el expediente clínico del establecimiento que recibe y la copia debe enviarse con el familiar que acompañó, para que se anexe al expediente de primer nivel.

Registro

Para el registro de las referencias, retornos e interconsultas, se debe contar con registro diario de consulta por morbilidad y atención preventiva, expediente clínico, libro de registro y hojas de referencia, retorno e interconsulta.

Como actor social en el Área Geográfica de Influencia (AGI)

Los CPTA deben desarrollar relaciones con los otros actores sociales dentro del AGI sean estas entidades gubernamentales, municipales u ONG, todo con el fin de que las actividades de tratamiento, rehabilitación y prevención se realizan en forma integral.

1.8 Evaluación.

En este apartado se hará énfasis en dos aspectos, en el seguimiento y en la evaluación propiamente dicha. Para lo anterior tomaremos en cuenta los siguientes conceptos:

Seguimiento, básicamente es seguir la pista de lo que está haciendo mientras lo está haciendo, de modo que pueda adoptar medidas correctivas, si fuera necesario.

Evaluar significa determinar si se ha logrado el efecto que se había propuesto en su población blanco, después de haber dado por finalizadas sus actividades, partiendo de las metas que se formularon durante la planificación.

Dentro de la evaluación, se deberá tomar en cuenta la evaluación de los procesos, de los resultados, así como también la evaluación de los costos.

En el siguiente cuadro se hace mención de los criterios que se utilizarán según el tipo de evaluación a realizar:

EVALUACIÓN	CRITERIO	PERIODICIDAD
Estructura	Personal del CPTA completo según organigrama del mismo.	ANUAL
	Existencia de protocolos de manejo según área de tratamiento.	
Proceso	Pacientes con diagnóstico integral (biopsicosocial) finalizado.	TRIMESTRAL
	Pacientes con consentimiento informado y contrato terapéutico firmado.	
	Pacientes con plan de tratamiento individual elaborado y socializado con el paciente	
	Registro de evaluación de progreso de fase para cada paciente en su respectivo expediente.	
	Registro de pacientes ubicados por fase.	
Resultado	Pacientes que han logrado el cese o abstinencia del consumo de la sustancia psicoactiva por la cual es tratado.	MENSUAL
	Consultas y atenciones realizadas por cada profesional del equipo terapéutico.	
	Actividades de prevención, promoción y educación realizadas	
	Pacientes que han logrado cumplir con los objetivos terapéuticos en su plan de tratamiento individualizado (Rehabilitado).	SEMESTRAL/ ANUAL
	Pacientes graduados del programa de deshabituación con seguimiento extramural.	

El objetivo de estas evaluaciones es valorar el impacto y la efectividad del programa de deshabitación, no solo a nivel del trabajo realizado en los CPTA, sino además en el aseguramiento de la calidad de dicha atención. Estas evaluaciones deberán ser llevadas a cabo tanto por el coordinador de cada CPTA como por la coordinación del Programa de Hábitos Saludables quien se podrá apoyar de otras unidades como la financiera para la evaluación de costos del programa.

La periodicidad de la evaluación de estos criterios se hará de forma mensual, trimestral, semestral o anual como se presenta en el cuadro anterior. Es necesario aclarar que todos estos criterios serán evaluados anualmente; tomando en cuenta que el objetivo del seguimiento o monitoreo (según la periodicidad establecida) es detectar problemas en el cumplimiento de las metas programadas en la planificación anual operativa, para que al final del año de gestión, se haya logrado alcanzar las metas.

En el caso de la coordinación del programa, además del seguimiento a través de los informes de producción, deberá realizar supervisiones de campo en el cual valore el ambiente de trabajo, la calidad y la calidez de las atenciones, entre otros aspectos, para lo cual se podrá apoyar en instrumentos diseñados para tal fin. Aunado a lo anterior y como complemento, se deberá evaluar la percepción que los usuarios de los servicios de los CPTA tienen de estos, lo que se deberá realizar una vez al año apoyándose en encuestas de satisfacción de usuario.

1.9 Procesos relacionados a garantía de la calidad.

Los CPTA para poder cumplir con su misión deben orientarse hacia la satisfacción de los beneficiarios de sus servicios, llámense estos: pacientes, usuarios o clientes (internos y externos) y, además cumplir con los reglamentos, normas o protocolos mediante la evaluación continua e integral de los resultados y del proceso de atención, es decir, para alcanzar la excelencia es necesario el control de calidad, el cual requiere estudiar las estadísticas e indicadores de resultados (variables dependientes) y, en el caso de encontrar incumplimientos o problemas, ir a analizar los procesos (en las variables independientes) para investigar y detectar las causas de los problemas identificados, para que sean eliminadas y así garantizar la calidad para satisfacer los requisitos establecidos.

Garantizar la calidad de la atención implica tener procesos debidamente documentados y registrados, de ahí que es necesario un mapa de procesos claro y ordenado en los CPTA que cumpla con procesos estratégicos, de atención, así como de evaluación y seguimiento, lo cual ayudará a la rápida identificación de irregularidades al momento del seguimiento y realizar las correcciones necesarias.

Por todo lo anterior se vuelve imperante que el presente manual de funcionamiento de los CPTA sea sometido a revisiones periódicas para adaptarlo a los nuevos conocimientos, a cambios

en la perspectiva del tratamiento o a errores que involuntariamente se hayan cometido en la redacción del mismo.

PARTE 2: SERVICIOS DE TRATAMIENTO

2.1 Descripción general

La atención brindada por los CPTA es de tipo ambulatorio, es decir, no se tienen pacientes ingresados en el centro, es para personas con problema de consumo de sustancias psicoactivas pero que disponen de autonomía para mantenerse lejos del consumo o de los comportamientos problemáticos o aquellos que ya han iniciado la fase de rehabilitación y/o el desprendimiento paulatino del tratamiento residencial.

El tratamiento ambulatorio en adicciones permite a la persona continuar con su vida social, laboral y familiar al tiempo que se realiza el tratamiento. Los procesos de los CPTA están centrados en el usuario, la familia y entorno social, basados en los criterios de calidad para la acreditación de Programas de Reducción de la Demanda de Drogas (PRDD) y habilitados por la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) de El Salvador.

2.1.1 Oferta de servicios

Tratamiento:

- Deshabitación al consumo de Tabaco
- Deshabitación al consumo de Alcohol
- Deshabitación al consumo de otras sustancias psicoactivas
- Proceso de apoyo a familiares de consumidores de Sustancias Psicoactivas

Prevención:

- Apoyo a Centros Educativos, instituciones de gobierno, Organizaciones no gubernamentales (ONG) y empresas privadas, en actividades de prevención y sensibilización de adicciones.
- Acompañamiento a alcaldías municipales del Área Geográfica de Influencia en la elaboración de normativas referentes al consumo de sustancias psicoactivas en sus municipios.
- Promoción de los servicios del CPTA en eventos o actividades como ferias de salud.

2.1.2 Criterios de inclusión para el ingreso de usuarios

- Edad mínima de ingreso al programa: 16 años (en el caso de los menores de edad deberán asistir acompañados por sus padres o responsable).
- Que no asista bajo los efectos de sustancias psicoactivas (se valorará su referencia a la emergencia del nosocomio), se brindará una nueva cita.
- En caso de contar con patología psiquiátrica, esta debe estar compensada.

2.1.3 Casos especiales para valoración individual

- Personas en situación de calle.
- Personas con alguna discapacidad que limite su aprendizaje acorde al tratamiento.
- Otros casos no descritos anteriormente.

El programa de deshabitación está diseñado para que el usuario pueda desarrollarlo en 20 meses, llevándose a cabo en cuatro fases de cinco meses cada una, contando cada una con objetivos específicos a ser alcanzados por los participantes.

Al final de la fase cuatro y habiendo el usuario logrado el cumplimiento de los objetivos terapéuticos acordados en el Plan de Tratamiento Individual y siendo evaluados los mismos por el equipo terapéutico del Centro, al usuario se le considerará listo para egresar del programa de deshabitación.

Posterior a finalizar el programa de deshabitación por parte del equipo terapéutico, se brindará un seguimiento a cada uno de los pacientes por cinco años, durante el primer año cada tres meses y posteriormente en forma anual por los próximos cuatro años.

En la siguiente tabla se ilustra la organización de las 4 fases que componen el programa de cesación.

FASES	DURACIÓN	OBJETIVO(S)	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN
I	5 meses	Promover y lograr la abstinencia para el consumo de la (s) sustancias (s) psicoactiva (s) según el caso.	Terapia de apoyo individual, Terapia grupal ambulatoria, Reunión grupal familiar educativa, Intervenciones específicas para trastornos psicopatológicos comórbidos
II	5 meses	Motivar la modificación del carácter a través de un abordaje integral y enfocado en la preparación para la superación de carencias personales y sociales.	Programa de habilidades sociales, Programa de prevención de recaídas, Terapia de familia-pareja, Terapia individual y grupal
III	5 meses	Establecer acuerdos o tareas para consolidar el proceso de reparación de daños consigo mismo y con su entorno social.	Terapia ocupacional, Cambios estables en el estilo de vida, Terapia de familia-pareja, Terapia individual y grupal
IV	5 meses	Promover el desarrollo de la autoeficacia y autoconfianza para generar el desprendimiento paulatino del programa de deshabitación.	Terapia ocupacional, Cambios estables en el estilo de vida, Terapia de familia-pareja, Terapia individual y grupal, Desapego al programa

2.2 Guía de procedimientos

A continuación, se describen los pasos que una persona lleva a cabo en los CPTA desde su primer contacto hasta el momento de su egreso del proceso de deshabitación.

2.2.1 Recepción y admisión

Acogida

- **Recepción del Usuario.** Por enfermera.

En el caso del consumo de alcohol y drogas ilegales debe estar por lo menos dos días sin consumir. Si asiste bajo efectos de estas sustancias se debe reprogramar cita y se debe exhortar a presentarse sin haber consumido, procurando reforzar la intención y motivación de someterse al programa. De ameritar atención médica o psiquiátrica de emergencia, se referirá a la respectiva unidad del nosocomio (Unidad de Emergencia) y se dejará cita abierta para su posterior atención.

1. Brindar información sobre el CPTA, sobre el programa de deshabitación, los requisitos de ingreso y la normativa (se entrega material informativo y educativo, así como la normativa del Programa de Deshabitación).
2. Se agenda reunión de inducción a la que deberá asistir con un familiar o responsable de ser posible, en una fecha ya estipulada, considerando la disposición del usuario y familiar o responsable. En el caso que el paciente sea menor de edad, este será un requisito permanente para todo el proceso, con el objetivo de cumplir con los requisitos de la LEPINA.
3. Este procedimiento debe quedar registrado en el libro de recepción de pacientes (sino se cuenta con este habrá que aperturarlo), en el cual se debe especificar el motivo de la asistencia, la atención brindada (detallado en el numeral 1), y el resultado final (detallado en el numeral 2).

- **Reunión de Inducción.**

Si el usuario y el familiar o responsable se hacen presentes para la reunión de inducción programada, se considerará como un indicador de disposición a continuar con el proceso.

La reunión de inducción se puede realizar de forma grupal citando a varias personas a la misma hora, en caso de no poder hacerse se hará personalizada.

Previo a iniciar la reunión se debe verificar:

- Si el usuario no tiene expediente, se le envía a ESDOMED del hospital para sacarlo
- Si ya tiene expediente se le solicita.

En esta reunión (grupal o individual) se desarrollarán los siguientes puntos:

- A. Enfocar el consumo de las sustancias psicoactivas como una enfermedad.
- B. La responsabilidad del usuario en el cumplimiento de la normativa del proceso de deshabitación.
- C. El papel de la familia y el apoyo de esta o del responsable al proceso de deshabitación, así como la responsabilidad en los diferentes subprocesos del tratamiento.
- D. Se realiza la presentación del equipo terapéutico que estará trabajando con ellos y la labor que desarrollarán.

E. Se detalla en qué consiste el programa (duración del proceso de deshabitación el cual puede variar tomando en cuenta el avance individual de los usuarios, los cambios de fase, egreso del proceso de deshabitación, monitoreo post egreso, etc.).

F. Dedicar un momento para solucionar dudas y/o conocer las expectativas del paciente.

De esta reunión se pueden obtener cuatro posibles resultados:

- a. Usuarios dispuestos y familiar o responsable apoyan el proceso
- b. Usuarios dispuestos y familiar o responsable no dispuestos al proceso
- c. Usuarios no dispuestos y familiar o responsable apoyan el proceso
- d. Usuarios No dispuestos y acompañantes no dispuestos al proceso

Según el resultado obtenido así será el procedimiento a seguir, por ejemplo:

- Casos a y b. Ingresar al programa de deshabitación.

- Caso c:

Si hubiera consumidores que no acepten el proceso de deshabitación, se desarrollará con ellos una entrevista motivacional con uno de los profesionales del equipo multidisciplinario que se encuentre disponible con el objetivo de estimular el reconocimiento de la necesidad de apoyo.

- Si posterior a la entrevista motivacional el consumidor no acepta el tratamiento, pero la familia sí, se le propone al familiar o responsable participar en un "Programa de apoyo a familiares", mediante el cual se brindarán herramientas de afrontamiento para manejar y sensibilizar al dependiente a buscar ayuda en el futuro e ingresar al proceso de deshabitación.
- Si posterior a la entrevista motivacional el usuario decide ingresar al programa de deshabitación se maneja como los casos a y b .

- Caso d:

En el caso de observar tanto al usuario como al familiar o responsable sin disposición de ingresar al programa, se brindará nuevamente información sobre la enfermedad y se dejará la invitación para volver si lo consideran necesario en el futuro.

En el caso c y d, cuando el consumidor no acepta el programa, se tomarán las siguientes acciones:

- Dar por finalizado el proceso.
- Dejar constancia de la atención brindada en el expediente del hospital.
- Entregar el expediente al ESDOMED del hospital.

2.2.2 Ingreso al programa de deshabitación

Los consumidores de los casos a y b, detallados anteriormente, pasarán con la enfermera para iniciar el proceso de inscripción al programa de deshabitación, para el llenado de la respectiva documentación detallada a continuación.

Atención por Enfermería.

- Recepción del usuario.
- Apertura de expediente del CPTA.
- Llenado de la documentación de ingreso al programa.
 - Consentimiento informado.
 - Preparación de contrato terapéutico.
 - Test de Richmond.
 - Historia de admisión.
- Preparación de expediente y usuario para ser atendido por personal de equipo terapéutico disponible para iniciar proceso de diagnóstico.

Atención por personal de equipo terapéutico

Historia de diagnóstico según profesional (ver anexos), las cuales pueden necesitar más de una consulta.

EVALUACIÓN	RESPONSABLE	OBJETIVO
Médica	Médico (a)	Detectar comorbilidad médica y estado físico en general
Psicológica	Psicólogo (a)	Brindar una atención integral mediante la evaluación, diagnóstico y tratamiento que permita un abordaje psicoterapéutico centrado en las necesidades específicas de cada paciente debido al consumo de sustancias psicoactivas para lograr su recuperación, rehabilitación y reinserción social.
Social	Trabajador/a social	Identificar factores de riesgo comunitario y factores de protección comunitaria, diagnóstico de los componentes sociales, económicos-laboral, educativos y familiares. Incluye visita domiciliaria diagnóstica y de seguimiento.
Comorbilidad psiquiátrica	Médico psiquiatra	Evaluación del estado mental e identificación de trastornos mentales concurrentes al consumo de drogas (patología dual).

Una vez realizado el diagnóstico del usuario (en un máximo de 6 semanas), este se deberá colocar en el expediente en base a la clasificación internacional de enfermedades que se encuentre vigente en ese momento. Una vez finalizado el diagnóstico se pasará a la etapa de formulación de los PTI, desarrollando objetivos terapéuticos, los que posteriormente se discutirán con el usuario.

2.2.2 Formulación de PTI.

Es un hecho empírico que las personas que han ingresado a tratamiento en forma voluntaria o por una obligación informal (presión de familia, parejas o empleadores, etc.), presentan una elevada tasa de abandono en los primeros meses de tratamiento.

Una estrategia descrita por Secades y Hermida (2000) tiene relación con “ajustar el programa de tratamiento a la heterogeneidad de los individuos”, es decir, brindar un tratamiento ajustado a las características personales y a las necesidades propias del usuario.

Lo anterior está representado en los siguientes principios del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA (2012), para el tratamiento:

- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solo el problema de abuso de drogas.

Lo descrito previamente nos lleva a plantear que el plan de tratamiento debe ser individualizado para cada usuario que forman parte del programa de deshabituación, el cual se realizará con base al diagnóstico establecido por el médico/psiquiatra, psicólogo, trabajador social y el terapeuta ocupacional (si los hubiere).

Una vez finalizado el diseño del PTI, se debe compartir con el usuario las estrategias de tratamiento propuesto, procurando que este asuma un rol activo en la ejecución de dicho plan, de manera que se pueda garantizar la efectividad de este.

Como producto de la evaluación del paciente, el PTI puede presentar diversas opciones como:

- Que el paciente se incorpore al proceso de cesación diseñado para tal fin, según su consumo.
- Que el paciente sea atendido en terapia individualizada y según su evolución sea incorporado después al proceso de cesación integral.
- Que el paciente sea referido a otro nivel de atención según la complejidad del caso, siempre dejando la posibilidad de su reincorporación al proceso posteriormente

en caso de ser necesario.

2.2.3 Ejecución de los PTI.

Una vez elaborado el PTI, la ejecución del mismo deberá correr a cargo del equipo terapéutico apoyado por el resto del personal de cada CPTA, a través de diferentes estrategias como: terapia individual, terapia grupal (en sus diferentes modelos), intervenciones familiares y de pareja si fuera necesario, entre otras.

2.2.4 Seguimiento.

Los planes de tratamiento son procesos dinámicos que requieren supervisión de forma periódica debido a las siguientes razones:

- La evaluación/ monitoreo de los progresos del usuario (evaluación y entrega de retroalimentación) contribuye a mejorar significativamente los resultados del tratamiento (Goodman et al., 2013).
- Evaluar si las metas del tratamiento consensuadas con la persona son las adecuadas. Por ejemplo, un usuario podría haber determinado la meta disminuir el consumo de cierta sustancia como la meta preferida, pero le ha sido difícil alcanzar lo que se propuso (la cantidad de la sustancia consumida o la frecuencia de consumo). En este caso, es necesario reformular la meta para reemplazarla por "desarrollar habilidades para abstenerse del consumo" y determinar los comportamientos (objetivos) que le ayudarán a alcanzar la meta establecida (Berg y Miller, 1996) .
- Evaluar si las intervenciones de tratamiento (actividades) seleccionadas por el equipo para ayudar a la persona han sido efectivas o reemplazarlas por otras cuando se advierte que no han tenido el efecto esperado.
- En el transcurso del tratamiento pueden ocurrir problemas que no estaban presentes en la vida del usuario o usuaria cuando se realizó la evaluación integral, o que emergieron en el transcurso del proceso de recuperación (por ejemplo, eventos de vulneración de derechos en la niñez, y se requiere la implementación de intervenciones de tratamiento específicas).

El periodo de tiempo en el cual los PTI deberían estar siendo evaluados para realizar algún cambio deberá estar en consonancia a las metas de corto plazo que se han consensuado.

Para el monitoreo de dichos planes se tomará en cuenta:

- Reuniones de equipo terapéutico de estudios de caso, a las cuales se puede incorporar otro recurso del CPTA que pueda ayudar a tener una visión más amplia del mismo, en las reuniones se discutirá cada caso.
- Monitoreo en forma sistemática por medio del instrumento de medición de resultados del tratamiento, elaborado por el grupo de expertos en reducción de la demanda de la CICAD en el periodo del 2017 al 2019 y de cuyo proceso de validación formó parte Fosolud a través de los CPTA de los hospitales Rosales y Santa Gertrudis, de San Salvador y San Vicente, respectivamente. La información que se consigna en este instrumento corresponde al auto-reporte que cada persona entrega de los ámbitos evaluados. Esta información servirá para apreciar el avance del usuario comparándolo con las propias valoraciones del equipo terapéutico.

El monitoreo continuo de los planes de tratamiento harán que estos no queden desfasados, pero también permitirá tomar decisiones como la necesidad de referir a un paciente si amerita un manejo residencial más que uno ambulatorio.

2.2.5 Evaluación

La evaluación se desarrollará en diferentes momentos (al final de cada fase o cuando se crea conveniente) y se hará para verificar el proceso de avance del usuario en el programa de deshabitación.

Es importante destacar que, aunque todo el programa de deshabitación está conformado por cuatro fases de cinco meses cada una, algunos pacientes pueden avanzar más rápidamente que otros en su proceso individual; ante estos casos, el paciente puede ser evaluado por parte del equipo terapéutico antes de la finalización de la fase para considerar su avance a la siguiente etapa de proceso de deshabitación, aclarando que su avance estará sujeto a evaluación para reajustar su Plan de Tratamiento, de acuerdo a las variables presentadas.

Avance del Usuario:

Indicadores para cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Cesación del Consumo (Abstinencia).

Asistencia a Terapia Grupal.

Estos indicadores serán la base de la discusión de cada caso en las reuniones de evaluación, las cuales se llevarán a cabo para valorar el pase del usuario de una fase a otra del programa de deshabitación y en su momento para evaluar la graduación del

mismo y su promoción a la etapa de monitoreo extramural.

2.2.6 Criterios de finalización

La decisión se tomará en reunión de equipo terapéutico y deberá ser definido por una evaluación previa del grado de recuperación del o la paciente. Los criterios a ser tomados en cuenta son los siguientes:

- Cumplimiento de los objetivos terapéuticos de cada una de las fases que componen el programa, los cuales se ven reflejados en el plan de tratamiento individualizado
- Mantenimiento de la abstinencia
- No traslado del consumo hacia otra sustancia
- Evidencias de mejoramiento en el manejo de contingencias o disparadores del consumo sin el consumo de sustancias psicoactivas.

Seguimiento Extramural.

El usuario una vez haya finalizado y habiendo egresado del programa de deshabitación, continuará en contacto con el CPTA a través de un proceso de Seguimiento que tendrá una duración de cinco años.

En estos cinco años los controles de seguimiento se dividirán de la siguiente manera:
Año uno: Citas cada tres meses.
Años dos al cinco: Citas anuales

Este monitoreo contará con un diseño metodológico que velará por el mantenimiento y mejoramiento de los aspectos trabajados en las fases del programa de deshabitación.

Aspectos a monitorear: la actividad familiar o redes de apoyo, integración en el ámbito productivo, satisfacción vital, apareamiento de complicaciones en sus condiciones de salud para el abordaje integral de la misma por parte del Equipo terapéutico (seguimiento tanto por el médico, el psicólogo y trabajador social), u otros que se puedan considerar.

Durante el programa de deshabitación, de encontrar algún problema en los controles de seguimiento, será intervenido por el profesional de la respectiva área a tratar, el cual podrá solicitar el apoyo de los demás profesionales, si lo considera necesario. Estos controles de seguimiento deberán quedar registrados en el expediente clínico del paciente.

2.2.7 Lineamientos generales

- Los medicamentos podrían estar acompañando a los usuarios en su tratamiento en algunas o en todas las fases, según la comorbilidad que llegaren a presentar o que ya padecieran al ingreso.
- Las toxicometrías serán realizadas al entrar al programa, como parte de la evaluación de fase para poder ser promocionado a las siguientes o para egresar del programa terapéutico de deshabituación, esto para respaldar el cumplimiento del objetivo transversal del programa terapéutico de deshabituación de mantener la abstinencia. Además, se podrán realizar en cualquier momento que se considere necesario a juicio del equipo terapéutico, estas pruebas serán sorpresivas, aleatorias y obligatorias.
- El encargado de las toxicometrías será uno de los técnicos capacitado para la realización de las pruebas.
- Las toxicometrías son para uso exclusivo de los pacientes inscritos en los distintos programas de deshabituación, estas pudieran ser solicitadas por funcionarios del poder judicial.
- Finalizado el programa de deshabituación, los usuarios pasarán a una fase de seguimiento el que se monitoreara a través de controles trimestrales el primer año y en forma anual por los siguientes cuatro años.
- Después de las pruebas de laboratorio y de gabinete de la etapa de diagnóstico, estas se continuarán realizando anualmente o antes si el médico lo indica.
- Reunión recreativa anual con los egresados del programa y con los usuarios activos.
- Las intervenciones individuales tendrán una duración de 45 a 60 minutos.
- Las intervenciones grupales tendrán una duración de dos horas.
- La atención de los adolescentes (16 y 17 años), se hará solamente en terapia individual.
- Se agendarán terapias de autocuidado cada cuatro meses.

2.3 Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso, en el que una persona acepta participar de un procedimiento, investigación o tratamiento, entre otros, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo del o de la misma. En el caso de los CPTA este inicia con la información que se le brinda al usuario desde el primer contacto que tiene con el personal a la hora de la entrega de la normativa del CPTA y del tratamiento en sí, y finaliza con la firma en físico que el nuevo usuario hace de dicho formato y del contrato terapéutico en el cual el usuario toma responsabilidad para ingresar al mismo (ver formato en los anexos).

2.4 Perspectiva de género

La mayoría de los estudios sobre prevalencia del consumo de drogas indican que éstas son consumidas mayoritariamente por hombres, representando estos la totalidad de los usuarios de los centros de atención (Comisión Nacional Antidrogas, 2015). Debido a lo anterior los recursos y protocolos están diseñados desde la asunción de que el usuario será un hombre.

¿Por qué hablar de género en el ámbito del consumo de drogas?

Porque al ser un “problema de hombres”, prevalece el desconocimiento de la realidad de las mujeres, lo que lleva a:

1. Invisibilización de las mujeres
2. Desconocimiento de sus necesidades, circunstancias y peculiaridades (Ej. Violencia de género adicional a consumo de drogas / existencia de responsabilidades familiares).
3. Falta de atención y adaptación de los recursos y protocolos de actuación a la realidad de las mujeres.

Esta desigualdad causa como resultado en mujeres drogodependientes:

Una menor presencia en los tratamientos, menores índices de permanencia, mayor deterioro cuando llegan y tener peores pronósticos relacionados a la existencia de barreras para el acceso y la permanencia (relacionadas con: modelo y proceso de intervención, responsabilidades familiares (cuidado de hijos, por ejemplo) y existencia de pareja y el mandato de conexión y pertenencia). A pesar de esto, la mayoría de los profesionales de salud no suelen estar preparados para brindar una atención adecuada del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres.

Tomando esto en cuenta, en el proceso de diagnóstico de los CPTA se consideran las diferencias y necesidades particulares de cada paciente, tanto de hombres como de mujeres, que lleven al diseño de estrategias de intervención específicas las cuales se verán reflejadas en el Plan de Tratamiento Individual.

2.5 Protocolos específicos de actuación institucional.

2.5.1 Protocolos de atención médica

CESACIÓN DE TABACO

Primera consulta:

- Evaluar estado general.
- Toma de signos vitales.
- Historia médica con antecedentes pertinentes.
- Cuantos cigarros fuma por día.
- Preguntar si desea dejar de fumar.
- Índice paquete /año.
- Si desea dejar de fumar poner fecha.
- Examen físico y mental.
- Radiografía de tórax.
- Pruebas de función pulmonar (espirometría).
- Exámenes de laboratorio pertinentes.
- Prescribir antioxidantes vitamina C y vitamina E.
- Técnicas conductuales para retiro paulatino.
- Valorar tratamiento farmacológico de inicio.
- Recomendaciones generales.

- Cita de control en una semana.

Consulta subsecuente:

- Evaluar exámenes.
- Revisión de avances del usuario.
- Indagar signos de abstinencia.
- Evaluar uso de terapia sustitutiva de nicotina.
- Evaluar uso de terapia farmacológica.
- Revisar evaluación psicológica.
- Dar referencia con especialista si se detecta patologías agregadas.
- Establecer nuevas metas.
- Continuar controles médicos subsecuentes según criterio del profesional.

CESACIÓN DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Evaluación médica inicial:

- » Duración una hora.
- » Historia clínica de inscripción del usuario.
- » Preparación de resumen para discusión de caso.
- » Proceso de deshabitación.
- » Historia clínica subsecuente del usuario (SOAP)

Consulta Médica (duración de 45 a 60 min).

Las atenciones serán programadas según criterio del profesional.

Es de vital importancia el diagnóstico de fase de la adicción en que se encuentra el paciente, de ello depende el abordaje terapéutico.

Objetivo: Determinar plan de manejo médico de acuerdo al estado físico y patologías asociadas.

Historia médica: historia clínica y examen físico con énfasis en sustancias psicoactivas y patologías asociadas al abuso de sustancias.

Examen físico.

Examen de cabeza y cuello: Examen de cavidad oral: carrillos, encías, buscar rugosidades o lesiones precancerosas; piezas dentales.

Tórax: evaluar: ginecomastias, deformidades, masas, cicatrices, arritmias, roncos y sibilancias.

Abdomen: hepatomegalias, esplenomegalia, masas, ascitis.

Piel: buscar lesiones asociadas (cicatrices, punciones, psoriasis, dermatitis).

Irrigación periférica: varices, telangiectasias, frialdad en miembros superiores e inferiores.

Patrón del vello corporal.

Plan: prescripción de exámenes de laboratorio y gabinete, además de medicamentos, según evaluación para cada caso. (Ver guía farmacológica y de tratamiento). Si el paciente presenta alguna patología adicional debe ser referido al especialista o nivel de atención adecuado, para el manejo de dicha patología.

Dejar cita de próxima consulta (un mes)

Actividades

1. Bienvenida del usuario.
2. Análisis del motivo de consulta del usuario y exploración de la etapa de disposición al cambio del usuario.
3. Recolección de información
 - » Historia de consumo
 - » Examen mental
 - » Consecuencias de la forma de consumo.
 - » Características clínicas que sugieran dependencia severa.

- » Contraindicaciones de la continuidad de consumo.
- » Uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar.
- » Historia de síntomas físicos.

4. Evaluación física.

5. Prescripción de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete

6. Cierre y programación de la siguiente sesión.

Consulta subsecuente

Corroborar signos vitales, evaluar presencia de síntomas de abstinencia; evaluar tratamiento de síndrome de abstinencia o tratar síntomas específicos de ansiedad o depresión, si están presentes continuar tratamiento farmacológico pertinente. Evaluar exámenes prescritos.

Cita médica abierta según criterio del equipo terapéutico.

Otras intervenciones a realizar:

Consejería (duración de 40-60 min). Estas son intervenciones que se podrán realizar de forma circunstancial y si lo amerita, en el caso que el profesional de psicología se encuentre ausente o este lo solicite específicamente.

Manejo farmacológico

Prescripción.

Una correcta evaluación y diagnóstico de la persona con abuso o dependencia de drogas es fundamental para definir la atención médica y los medicamentos a prescribir, para ayudar al cerebro a que se adapte gradualmente a la ausencia de la droga y controlar el deseo vehemente de consumir, a fin de reducir o suprimir la sintomatología que causa malestar físico y mental y ayudar al paciente a concentrarse en el tratamiento psicosocial, tomando esto en cuenta los objetivos del tratamiento farmacológico son:

- Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico.
- Prevenir, detectar y atender la patología orgánica y psiquiátrica asociada con las conductas adictivas.
- Valorar e incluir tratamientos sustitutivos a quienes lo requieran.

- Prolongar la abstinencia recuperando la funcionalidad del paciente y que se logre reinsertarse tanto laboral como socialmente.

Los avances en neurociencias en los últimos años permiten concebir a la adicción como un trastorno neuropsiquiátrico debido a los cambios que se producen en el cerebro del adicto; los beneficios que aportan los conocimientos sobre los mecanismos neuroquímicos como el sistema dopaminérgico, el lóbulo prefrontal dorsolateral y orbitofrontal, los ganglios basales, (sistemas de recompensa), así como los cambios neuroanatómicos de la adicción, han permitido desarrollar métodos farmacológicos que actúan directamente modificando estos sistemas, tomando en consideración que la adicción no cursa como un complejo monosintomático, sino que es frecuente la aparición de otros síntomas asociados en los ámbitos cognitivo, conductual y emocional, lo que ha hecho necesario la intervención farmacológica sintomática, utilizando medicamentos como antiepilépticos, antidepresivos, neurolepticos, serotoninérgicos, adrenérgicos, dopaminérgicos o glutamatérgicos, principalmente.

Manejo farmacológico de acuerdo al tipo de sustancia:

TABACO

Terapia de sustitución de nicotina:

Es la más usada, más segura, de mayor éxito, recomendada como número uno por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es la de mayor experiencia en el manejo de los pacientes tabaquistas.

Parches de nicotina.

Cuando se aplica el parche, la nicotina se absorbe lentamente a través de la piel sin producir picos altos y rápidos en las concentraciones arteriales de la nicotina que se consideran después de fumar.

El periodo de uso es de 16 horas. Los parches se deben cambiar cada día y deben colocarse por la mañana en un área limpia y seca de la piel que no contenga mucho vello. Debe colocarse entre el cuello y la cintura. Durante su uso, si el paciente indica que no quiere continuar utilizándolo se suspenderá en cualquier etapa de tratamiento sustitutivo.

Parche de nicotina de 15 mg:

Para fumadores con puntaje Fagerstrom de siete en adelante

- Se utilizan en pacientes catalogados como “grandes fumadores”, fuman más de

20 cigarrillos por día, si presentan signos de abstinencia.

- Duración del tratamiento hasta por ocho semanas, luego se va reduciendo la dosis con parches de menor concentración.

Parche de nicotina de 10 mg:

Para fumadores con puntaje Fagèrstrom de cinco a seis. En aquellos pacientes que generalmente fuman menos de 20 cigarrillos al día.

Como parte del proceso de reducción iniciado con el parche de 15 mg. Se utiliza de dos a tres semanas.

Parche de nicotina de 5 mg:

Se utiliza como última parte del tratamiento sustitutivo iniciado con el de 15 mg. De dos a tres semanas, previo a la suspensión.

Chicles de nicotina.

El chicle de nicotina se utilizará como complemento a los parches al presentar deseo imperioso de fumar o para pacientes con dependencia baja a la nicotina.

La dosis indicada es de 2 mg.

Al presentar urgencia de fumar se debe esperar cinco minutos para intentar controlar el deseo, y si no se logra se comienza a mascar un chicle por 20 a 30 minutos de manera lenta y pasarlo debajo de la lengua para mejor absorción de la nicotina.

Inhalador de nicotina

- Nicotina 500 mcg/50 mcl por pulsación, solución acuosa en aerosol nasal.

Si se usa el aerosol junto con otros medicamentos para dejar el tabaco, use el aerosol cuando no pueda controlar los síntomas de la abstinencia o los deseos de consumir nicotina.

Si este es el único medicamento que se usa para dejar el tabaco, la cantidad inicial recomendada es de una o dos dosis por hora, con un mínimo de ocho dosis y un máximo de 40 dosis por día. No use más de cinco dosis por hora. Después de seis a ocho semanas empiece a disminuir el uso del aerosol de la mejor manera posible durante las siguientes cuatro semanas o según el programa de deshabituación del consumo de tabaco.

Generalmente el inhalador de nicotina se usa por 12 semanas, pero puede utilizarse hasta por seis meses en casos excepcionales. No se recomienda utilizar el inhalador

de nicotina por más de este tiempo.

Antidepresivos. Indicado en cuadros depresivos.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

- Fluoxetina 20 mg cápsula.

Dosis inicial de 20 mg por día y puede llegar hasta 40 mg por día generalmente por cuatro a seis meses.

- Bupropión 150 mg. tabletas.

Indicado para la deshabituación del consumo de cigarrillos, muestra una reducción significativa en el deseo incontrolado/ansia de fumar frente al placebo, una reducción significativa en los síntomas de abstinencia.

Se inicia la administración de Bupropión por siete días antes de la fecha fijada para dejar de fumar, por ejemplo, el día ocho es importante completar todo el tratamiento debido a la posibilidad de éxito tardío.

150mg cada 12 horas mínimo de cuatro a seis meses (inicio y retiro gradual)

Agonista-Antagonista de los receptores nicotínicos.

Vareniclina.

Los fumadores se hacen adictos a la nicotina, sustancia presente en el tabaco, esta actúa sobre el sistema nervioso uniéndose a una serie de receptores. La vareniclina se une a los receptores $\alpha 4\beta 2$ nicotínicos de la acetilcolina. Cuando se une a esos receptores, la vareniclina actúa de dos formas:

- Como la nicotina (agonista parcial), ayudando a aliviar los síntomas de la abstinencia.
- Contra la nicotina (antagonista), ocupando su lugar, reduciendo los efectos placenteros del tabaco.

Se han realizado dos estudios comparando la eficacia de la Vareniclina, el bupropión y el placebo para lograr la abstinencia en los cuales se observó que la Vareniclina fue más eficaz que el bupropión o el placebo para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.

El tratamiento tiene una duración de 12 semanas. Los pacientes deben fijar una fecha para dejar de fumar y, habitualmente, comenzarán a tomar Vareniclina entre una y dos semanas antes de esta fecha. Los pacientes que no deseen, o que sean incapaces, de fijar una fecha límite en el espacio de una a dos semanas podrán comenzar el

tratamiento y elegir después su fecha límite en las cinco semanas después de iniciar el tratamiento.

Semana uno. Día 1-3: dosis 0.5 mg un comprimido al día

Día 4 -7: dosis 0.5 mg un comprimido mañana y tarde

Semana dos – 12.

Dosis 1 mg un comprimido mañana y tarde

Ansiolíticos.

Se utilizan al presentarse síntomas de ansiedad y según criterio médico.

Bromazepam.

- 3-6 mg cada día, reducir dosis progresivamente.
- Se prescribe por 10 a 15 días pero se puede dar desde 2 a cuatro meses.

Antioxidantes.

Se prescribirán a todo paciente que consulta por primera vez.

Vitamina C (ácido ascórbico) 500mg una tab. v.o cada día durante deshabituación

Vitamina E (tocoferol). 400 mg una tab v.o cada día durante deshabituación.

Antihistamínicos.

Clorfeniramina 4 mg tableta, una tableta vía oral tres veces al día.

Loratadina 10 mg, tableta, una tableta vía oral, dos veces al día.

Antianémicos

Ácido Fólico 5 mg tableta. una tableta vía oral cada día.

Multivitaminas

Multivitamina tableta. una tableta vía oral cada día, durante todo el proceso a criterio médico.

Recomendaciones para decidir el tipo de tratamiento farmacológico.

Grado de Fumador	Características	Estrategia
Fumador leve o intermitente "social"	1) Consumo variable 2) Patrón de consumo ocasional 3) No presenta síntomas de abstinencia 4) Fagérstrom < 4	Consejo médico para dejar de fumar.
Fumador habitual o adicto moderado	5) De 6 a 15 cigarrillos 6) Fagérstrom de 5 a 7 7) Puede presentar síntomas de abstinencia	TSN a partir del día de la abstinencia, dosis de acuerdo al Número de cigarrillos fumados habitualmente (se sugiere etapa II). Antidepresivos en caso de existir síntomas de depresión o ansiedad por fumar o bien, cuando la TSN no sea insuficiente.
Fumador adicto grave	1.) 15 a 20 cigarrillos al día 2.) Varios intentos por dejar de fumar 3.) Síntomas de Abstinencia 4.) Fagérstrom > 7 5.) Historia de Depresión	Antidepresivos de acuerdo a criterio médico. TSN a partir del día de la abstinencia, dosis de acuerdo al No de cigarrillos fumados habitualmente
Ex-fumador	Abstinencia completa	< de 1 mes de abstinencia, clasificarlo de acuerdo a cualquiera de las 3 categorías anteriores. < de 1 mes no requiere TSN. Valorar tratamiento de dependencia psicológica o tratamiento de ansiedad, depresión.

» Contraindicado en pacientes con antecedentes de crisis convulsiva o cuadros psicóticos.
Valorar costo-beneficio en mujeres embarazadas.
NOTA: Todos llevan consejo médico y terapia

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Dentro del abanico de medicamentos para la atención de los pacientes que sufren trastornos por uso de sustancias, deberemos hacer diferencia entre medicamentos que se recomiendan directamente para el manejo de sustancias específicas. La Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado medicamentos para el tratamiento de la dependencia del alcohol, a los opiáceos y al tabaco, aunque no para sustancias como la cocaína, los inhalables, las metanfetaminas, la fenciclidina o el cannabis, en las que es recomendado el manejo sintomático. En el caso de la cocaína, pese a que han sido evaluados un sinnúmero de medicamentos los resultados no llegan a ser concluyentes.

A continuación, se presente un cuadro donde se resumen medicamentos.

	TIPO	MEDICAMENTO	USOS
ALCOHOLISMO		Naltrexona	Disminución del efecto reforzante del alcohol y el deseo de consumir
		Topiramato	Disminuye sintomatología ansiosa, impulsiva y el deseo de beber
		Disulfiram	Aversivo
PATOLOGÍA DUAL			
PRIMERA LÍNEA	ANSIOLÍTICOS	Buspirona	Ansiolítico con bajo potencial de adicción
		Lorazepam	Agitación motora, Sx Abstinencia leve, Ansiedad
	ANTIDEPRESIVOS (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina)	Paroxetina	Depresión.
		Duloxetina* Fluoxetina	Disminución de la ingesta etílica durante las primeras semanas Trast. Ansiedad generalizada en relación al craving o recaídas
	ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO	Carbamazepina*	Trastornos del ánimo con resultados en poco tiempo, Apoyo en la reducción gradual y posterior suspensión de las benzodiacepinas
SEGUNDA LÍNEA	ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS	Risperidona*	Disminuye los efectos reforzantes y las conductas agresivas
		Quetiapina	Tratamiento Insomnio Incremento de abstinencia principalmente en usuarios con trastorno afectivo
	ANTIPARKINSONIANO Efectos Extrapiramidales	Biperideno*	Manejo de efectos extrapiramidales de la Risperidona
OTROS MEDICAMENTOS			
VITAMINAS		Tiamina Sln Iny.	Manejo de la Polineuropatía
		Tiamina Tableta	
		Cianocobalamina Sln. Inyectable	
Sales de rehidratación oral			Manejo de la deshidratación
Ranitidina			Manejo enfermedad Ácido-Péptica

2.5.2 Protocolo de atención psicológica

Componentes.

- Evaluación:

Se llevará a cabo un proceso de evaluación psicológica que considere aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y con aspectos de carácter influyente en la personalidad del usuario.

Estas evaluaciones se dividen en dos fases:

- Diagnóstico:
En esta fase se debe indagar sobre la forma de consumo del usuario y los factores de personalidad que se han visto involucrados en la afectación del mismo. Este proceso de evaluación brindará las valoraciones que permitirá el establecimiento del plan de tratamiento de forma efectiva ajustado a las necesidades de cada usuario. Dicha evaluación, se realizará de forma inicial y se desarrollará en un período máximo de 6 sesiones (aproximadamente mes y medio) posterior a su inscripción al programa de deshabituación.
- Seguimiento:
Debe realizarse un proceso de Re-Test previo a la finalización de cada fase (cada cinco meses), a través del cual, se considerará la evolución de las necesidades particulares del usuario, con el objetivo de valorar su avance a la siguiente fase de atención. También, los resultados registrados posterior a dicha evaluación, serán utilizados para considerar la efectividad del plan de tratamiento y de ser necesario, se realizará un ajuste al mismo para garantizar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Detalle de las pruebas a considerar en este proceso de evaluación:
FICHA TÉCNICA DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS
 »Instrumentos de evaluación para el consumo de Alcohol.

Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)	
Raistrick, D.S. Dunbar, G. & Davidson, R.J. (1983); validación Perez-Lopez, A., Villalobos-Gallegos, L., Graue-Moreno, J., Marin-Navarrete (en proceso). Echeverría, L. & Ayala., H. (versión en español).	
Objetivo	Identificar el grado de la severidad de la dependencia alcohólica
Composición	Escala de 15 ítems auto aplicables.
Ámbito de aplicación	La escala puede medir un amplio rango del síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976) en alcohólicos que están o no en tratamiento.
Duración	15-20 minutos.
Descripción	Escala de 15 ítems diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios. Los reactivos se contestan en una escala de cuatro puntos (nunca, a veces, frecuentemente y siempre), calificados de 0 a 3, respectivamente.
Fiabilidad	Confiabilidad por división de mitades=0.87 validez concurrente con varias medidas de moderada a alta (0.49-0.83).
Corrección e interpretación	Los puntajes del cuestionario se interpretan de la siguiente manera: de 1 a 9 puntos dependencia baja, de 10 a 19 dependencia moderada o media, y la sumatoria de 20 o más puntos dependencia severa.
Recomendación	Puede ser auto aplicado o en forma de entrevista para usuarios que tengan dificultades de lecto-escritura. Será aplicado durante la fase de diagnóstico, con el objetivo de obtener datos relacionados al nivel de dependencia.

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)	
Diseñado por Annis y traducido por Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, & Ayala (2004).	
Objetivo	Medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída.
Composición	Está integrada por 100 reactivos, 6 de las 8 subescalas (Malestar físico, Emociones agradables, Probando auto-control, Necesidad, y Momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (Emociones desagradables y Conflicto con otros) están representada por 20 reactivos en cada categoría.
Ámbito de aplicación	Puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo. Como instrumento de investigación el ISCA proporciona una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.
Duración	20 minutos.
Descripción	<p>El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:</p> <p>1) SITUACIONES PERSONALES, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones desagradables • Malestar físico • Emociones agradables • Probando auto-control • Necesidad o urgencia por consumir. <p>2) SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS, que se subdividen en tres subcategorías: • Conflicto con otros • Presión social • Momentos agradables.</p>
Fiabilidad	Cuenta con un análisis confirmatorio de máxima verosimilitud robusta, con el que se obtuvo un instrumento confiable ($\alpha = .96$) y válido, con una varianza explicada del 59%.
Corrección e interpretación	El riesgo se mide en cuatro niveles, el bajo con un puntaje de 0, moderado de 1-33, alto de 34-66 y muy alto de 67-100. Para determinar el riesgo, se deben sumar las puntuaciones de las subescalas, dividir las por el puntaje máximo posible y multiplicarlo por 100, este puntaje es conocido como "Índice del problema".
Recomendación	Esta prueba deberá ser administrada cada cinco meses, ya que se tomarán en cuenta los valores obtenidos, para el análisis del progreso del usuario y para que permita un ajuste en su plan de tratamiento si fuere necesario.

»Instrumentos de evaluación para el consumo de Tabaco.

Test de Fagerström de dependencia de nicotina	
Becoña E, Vázquez FL.	
Objetivo	Valoración del nivel de dependencia a la nicotina.
Composición	Escala de seis ítems auto aplicables.
Ámbito de aplicación	Este instrumento está diseñado para evaluar la dependencia de nicotina. La versión original constaba de ocho ítems, pero posteriormente se diseñó una versión modificada de seis ítems, en el que las puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos.
Duración	<= 10 minutos.
Descripción	Se trata de una escala de seis ítems o valoraciones, de los que cuatro son dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.
Fiabilidad	La fiabilidad en la versión española (ocho ítems) se ha mostrado adecuada (0.66).
Corrección e interpretación	Una puntuación inferior a cuatro indica dependencia baja a la nicotina. Entre cuatro y siete moderada, y superior a siete es dependencia alta.
Recomendación	Puede ser auto aplicado o en forma de entrevista para usuarios que tengan dificultades de lecto-escritura.

Test de Glover Nilsson	
I. Nerín, A. Crucelaegui, P. Novella, A. Beamonte, N. Sobradíel, V. Bernal y cols.	
Objetivo	Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo.
Composición	Escala de 11 ítems auto aplicables.
Ámbito de aplicación	Adultos en tratamiento al tabaquismo.
Duración	<= 10 minutos.
Descripción	Este instrumento evalúa la dependencia psicológica a la nicotina, valorando elementos psicológicos, gestuales y sociales que están implicados en la dependencia.
Fiabilidad	z
Corrección e interpretación	Para su corrección, se proporciona una puntuación total, sumando las puntuaciones de los 11 ítems, clasificando el nivel de gravedad de dependencia en cuatro categorías: - Baja: 0-11 puntos - Moderada: 12-22 puntos - Alta: 23-33 puntos - Muy alta: 34-44 puntos
Recomendación	Esta prueba deberá ser administrada cada cinco meses, ya que se tomarán en cuenta los valores obtenidos, para el análisis del progreso del usuario y para que permita un ajuste en su plan de tratamiento si fuere necesario.

»Instrumento de evaluación para el consumo de Drogas.

CAD 20: Cuestionario de Abuso de Drogas (DAST. DRUG ABUSE SCREENING TEST)	
Skinner, H.A. , Adaptación de Fuentes y Villalpando, 2001.	
Objetivo	Medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas.
Composición	Autoinforme compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo de rango de problemas asociados con el abuso de drogas.
Ámbito de aplicación	El CAD 20 puede ser administrado tanto en forma de entrevista como en formato de auto aplicación. No debe administrarse a pacientes que se encuentren bajo la influencia de drogas.
Duración	Puede ser contestado en cinco minutos en formato de prueba de lápiz y papel.
Descripción	Indaga sobre cinco dimensiones. Dependencia a las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poli-uso de drogas, búsqueda de ayuda.
Fiabilidad	El análisis psicométrico se llevó a cabo con 256 sujetos que buscaban tratamiento por problemas relacionados con el uso de drogas. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas. En estudios de análisis factorial se han encontrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total.
Corrección e interpretación	Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica, es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. la calificación total es la suma de los 20 reactivos. Una calificación de cero, indica ausencia de problemas relacionados con las drogas; de 1 a 5, nivel bajo; de 6 a 10, nivel moderado; de 11 a 15, nivel sustancias; de 16 a 20, nivel severo.
Recomendación	Será aplicada tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de seguimiento.

»Instrumento para identificar el grado de disposición al cambio.

Inventario de procesos de cambio	
Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del Inventario de Procesos de Cambio, para adictos a la heroína. Adicciones 9, 331-345.	
Objetivo	Identificar los procesos de cambio que utiliza un paciente, permitiendo conocer, de manera indirecta, cual es el estadio que mejor le representa.
Composición	Autoinforme de 40 ítems en los que cada proceso queda representado por cuatro ítems.
Ámbito de aplicación	Pacientes que inician un tratamiento. Pacientes en tratamiento (seguimiento).
Duración	7-8 minutos.
Descripción	Cuestionario basado en un inventario elaborado previamente por Diclemente y Prochaska (1985) para fumadores que trata de determinar los procesos para el cambio de una conducta problemática. En España, Tejero, Trujols y Casas adaptaron este instrumento para consumidores de opiáceos (IPC-AH), pero con posterioridad ha ido generalizando su uso al resto de sustancias adictivas. Los 10 procesos (cognitivos y conductuales) de cambio que evalúa son: aumento de la concienciación; autoliberación; liberación social; autorre Evaluación; reevaluación ambiental; contra-condicionamiento; control de estímulos; manejo de contingencias; relieve dramático y relaciones de autoayuda.
Fiabilidad	De los trabajos realizados por Tejero y Trujols (1988) se desprende que el IPC-AH es un instrumento que presenta una consistencia y validez interna satisfactorias y que ha demostrado poseer una correcta eficacia discriminativa. Estos mismos investigadores (Tejero, Trujol y Casas, 1997) años más tarde encontraron un coeficiente alpha de 0,87.
Corrección e interpretación	Se responde con una escala likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan cada una de las estrategias cognitivo-conductuales consideradas como procesos a evaluar (0= no es en absoluto mi caso hasta tres = Muchas veces es mi caso). La puntuación de cada uno de los procesos se obtiene al sumar las respuestas de los cuatro ítems correspondientes, oscilando entre 0 a 12. Al igual que los estadios, el profesional obtiene información sobre el tipo de estrategias que utiliza el sujeto en ese momento, independientemente de su nivel motivacional. Además, al conocer la relación entre estadios y procesos se puede inferir el nivel motivacional o estadio en el que se sitúa esta persona.
Recomendación	La utilización de este instrumento y el conocer la relación entre procesos y estadios dentro del modelo de Prochaska y Di Clemente le permitirá al terapeuta orientar cómo trabajar con el paciente ya que puede identificar los procedimientos a aplicar y/o enseñarle para que pueda desarrollar los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio y en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia.

»Instrumentos para identificar rasgos de personalidad.

Clinical Analysis Questionnaire CAQ	
Samuel E. Krug	
Objetivo	Evaluación de doce variables clínicas de la personalidad.
Composición	La versión española del CAQ consta de 144 ítems de tres alternativas de respuesta cada uno.
Ámbito de aplicación	Adolescentes y adultos (nivel básico; estudios primarios).
Duración	Variable, entre 30 y 45 minutos aproximadamente.
Descripción	El Cuestionario de Análisis Clínico fue construido para cubrir la necesidad de un único instrumento que pudiese medir simultáneamente rasgos normales y patológicos y permitir un perfil completo y multidimensional del sujeto. Consta de dos partes y 28 escalas: la primera (CAQ) recoge los 16 rasgos de personalidad previamente medidos por el 16PF, la segunda incluye 12 rasgos, siete de los cuales miden manifestaciones primarias de la depresión y los cinco restantes han sido desarrolladas para evaluar rasgos factorialmente identificados en el conjunto de los elementos del MMPI.
Fiabilidad	La consistencia interna del cuestionario se midió utilizando el método de Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual proporcionó un índice de 0,69 (Tabla 1) para el Cuestionario completo, siendo este valor mayor al que ofrece la versión española (0,51) y muy cercano al presentado por la versión original en población normal (0,71).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de aplicar la plantilla examinar hoja para comprobar que no se han hecho anotaciones inapropiadas, como marcar dos de tres casillas. - En la plantilla las bandas horizontales se refieren a cada una de las escalas. - Debe comenzar desde la izquierda, sumando los puntos, de acuerdo a lo que aparece en la plantilla, si representa 2 o 1 puntos. - Al terminar la puntuación de cada banda de la plantilla, se anota los resultados en la casilla existente en el margen derecho de la hoja. - La puntuación máxima en cualquier de las escalas D1 a Ps es de 24 puntos. Si se utiliza la escala V (de validación), la puntuación máxima es 9.
Recomendación	Será aplicada tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de seguimiento.

Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial- V.I.P.	
Pedrero Pérez et al., 2005	
Objetivo	Analizar las dimensiones que conforman al perfil de interacción psicosocial para una estimación inicial del nivel de tales variables y la posibilidad de medir los cambios suscitados por el tratamiento.
Composición	Consiste en un auto informe de 84 ítems que miden 9 escalas: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento centrado en la tarea, en la emoción y en la búsqueda de apoyo social.
Ámbito de aplicación	Pacientes que inician un tratamiento. Pacientes en tratamiento (seguimiento).
Duración	Entre 20 a 25 minutos.
Descripción	El Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial fue propuesto hace una década para explorar variables psicológicas críticamente relacionadas con la adicción: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento.
Fiabilidad	La fiabilidad del cuestionario analizada a través de la consistencia temporal es de .69, siendo la correlación entre escalas de .80.
Corrección e interpretación	Se responde en una escala de Likert de cuatro opciones sin alternativa neutra: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo (MA, A, D y MD); de modo que puntúan +2, +1, -1 y -2 respectivamente (en sentido contrario para los ítems negativos)
Recomendación	Será aplicada tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de seguimiento.

- **Terapia Individual:**

En este proceso, con base a los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas, se debe elaborar un PTI, que se ajuste a las necesidades y demandas de cada paciente y de acuerdo a los aspectos considerados por el equipo multidisciplinario. No obstante, es necesario analizar periódicamente la efectividad de este, considerando las especificaciones de cada fase del tratamiento. La frecuencia e intensidad del tratamiento queda a criterio de cada terapeuta, siempre y cuando se garantice un abordaje basado en evidencia científica y con enfoque en resultados medibles.

- **Terapia Grupal:**

El tratamiento grupal es de suma importancia, a través del cual los pacientes podrán integrarse y desarrollar habilidades sociales que les permitirá conocer e intercambiar experiencias con respecto a las dificultades y otras particularidades que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas. Su planificación y desarrollo debe considerar los siguientes aspectos:

- » Considerar en el PTI, la incorporación del paciente a las terapias, valorando la idoneidad y aptitud con base a las evaluaciones psicológicas y las consideraciones generales del equipo multidisciplinario. Es decir, la incorporación del paciente a las terapias grupales, se hará posterior a la fase de diagnóstico para considerar las particularidades del mismo.

- » Las sesiones serán desarrolladas por grupo específico de consumo, es decir, se establecerá un grupo para pacientes tratados por el consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas, dichos grupos estarán distribuidos en un día específico de la semana. Para el grupo de pacientes tratados por el consumo de alcohol, se habilitarán dos días de la semana, debido a la demanda que existe para dicho tratamiento.

La distribución de las sesiones se hará de la siguiente manera, se considerará como excepción, solo los casos en que debido al contexto de la CPTA o por disposición de los pacientes, no se puedan acoplar en lo establecido:

Día	Grupo de Tratamiento
Lunes	Alcohol
Miércoles	Tabaco
Jueves	Alcohol
Viernes	Otras Drogas

»Las sesiones tendrán una duración máxima de dos horas, las cuales podrán adaptarse a la disposición de horario de atención de cada CPTA y estará conformada por grupos de 15 pacientes.

»El profesional de psicología será el responsable de coordinar, organizar, regular y velar por el buen desarrollo de las actividades correspondientes de cada sesión. No obstante, podrá auxiliarse de los demás miembros del equipo multidisciplinario, realizando una distribución de temáticas concernientes a la experticia y área de dominio de cada profesional. Sin embargo, su presencia en el desarrollo de dichas terapias, será indispensable para la observación de conductas específicas del grupo, salvo casos excepcionales en que se imposibilite la presencia de éste, podrá delegar dicha función a consideración del coordinador del equipo multidisciplinario.

»Como parte de las terapias grupales se consideran actividades intramurales y actividades extramurales, en las cuales, siempre se deberán cumplir objetivos terapéuticos que sumen al proceso tratamental de los pacientes.

Para las actividades intramurales se llevarán a cabo sesiones de abordaje psicoterapéutico, en el que se debe procurar la integración y adhesión al grupo por parte de cada paciente, mantenimiento y reforzamiento de conductas que fomenten las habilidades sociales, participación activa en las diferentes actividades y cumplimiento de acuerdos y compromisos. En cuanto a las actividades extramurales, se podrán implementar técnicas con un enfoque recreacional o con un enfoque terapéutico.

»Las actividades extramurales terapéuticas deben llevarse a cabo cada trimestre y serán organizadas en conjunto con el equipo multidisciplinario y los pacientes, quienes mediante consenso acordarán la ruta de destino, el profesional de psicología, definirá las actividades a desarrollar y designará las funciones o roles que desempeñará cada miembro del equipo durante el desarrollo de las actividades en pro del cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

»Las actividades extramurales recreativas, podrán desarrollarse periódicamente con el objetivo de mejorar la cohesión de los pacientes y de favorecer la expresión de emociones mediante la reducción de factores tensionales y cuyo abordaje podrá ser mediante un enfoque lúdico, procurando la diversidad de actividades para garantizar la integración de todos los pacientes.

»Para las terapias grupales se deberán abordar las siguientes temáticas, las cuales pueden ser distribuidas entre el equipo terapéutico acorde a su experiencia y dominio profesional y se recomienda hacer uso de múltiples metodologías con el fin de garantizar un óptimo nivel de aprehensión por parte de los pacientes mediante la integración y participación activa a las diversas actividades:

FASE	TEMA	SESIONES
1	GENERALIDADES DE LAS ADICCIONES	Generalidades de las adicciones
		Mitos y realidades
	USO, ABUSO Y DEPENDENCIA	Uso, abuso y dependencia
		Daños y consecuencias biológicas
		Daños Psicosociales
		Discusión y aplicación del tema
	MOTIVOS DE INICIO Y DE SOSTENIMIENTO	Factores de riesgo
		Factores de protección
		Discusión y aplicación del tema
	ETAPAS DE CRECIMIENTO Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	Etapas del desarrollo del carácter
		Estilos de aprendizaje
		Etapas de cambio
2	AUTOESTIMA Y PERSONALIDAD	Autoestima generalidades
		Factores que influyen en la autoestima
		Taller de aplicación del tema
	LOGOTERAPIA Y PROCESO DE PERDÓN	Taller de aplicación del tema
	MANEJO DEL ESTRÉS	Taller de aplicación del tema
	COMORBILIDAD Y CODEPENDENCIA	Taller de aplicación del tema
	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	Manejo de la publicidad engañosa
		Tolerancia a la presión de grupo
Identificación y manejo de automatismos		
3	REPARACIÓN DEL DAÑO FAMILIAR	La Familia: Generalidades
		Familia del adicto: factores de riesgo y protección
		Taller de aplicación del tema (reparación del daño familiar)
	FORTALECIMIENTO DEL CARÁCTER	Resiliencia
		Transformación de las actitudes
		Liderazgo
		Taller de aplicación del tema
4	PROCESO DE AUTOCUIDO	Inteligencia emocional
		Asertividad
		Ansiedad y depresión
		Discusión y aplicación del tema
	ACCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DIARIO VIVIR	Recuperación física (alimentación, ejercicio, hábitos saludables)
	CONDUCTAS ADICTIVAS	Otras adicciones a sustancias (según proceso)
		Adicciones sin sustancias
		Discusión y aplicación del tema

- **Terapia familiar y/o de pareja:**

Este proceso debe contemplar la necesidad imperiosa de preparar al paciente para elaborar su proceso de perdón y trabajar en la reparación de daños ocasionados por su padecimiento de consumo, principalmente con las personas significativas que este mismo considere pertinente.

Debe procurarse que previo contacto con el familiar, pareja y/o persona significativa con quien se trabajará, que el paciente sea capaz de reconocer los aspectos influyentes en el conflicto y que sea capaz de asumir compromisos con el objetivo de evitar la victimización. Además, debe garantizarse la disposición y voluntad de las personas involucradas en el proceso, si este aspecto no se cumple, deberá trabajarse solo con el paciente mediante técnicas sustitutivas tales como "La silla vacía". El objetivo de este proceso, es garantizar el manejo adecuado de los factores detonantes de recaídas, por lo que debe existir una fase preparativa que garantice en el primer contacto con la pareja, familiar y/o persona significativa, el paciente será capaz de llevar a la acción los aspectos que considere necesarios para reparar o mejorar la relación.

- **Reunión grupal familiar:**

En cuanto a la fase preparativa para la familia o personas significativas del paciente, que permita sumarse al proceso tratamental, se llevará a cabo una reunión grupal familiar, que se desarrollará con una frecuencia bimensual de preferencia día martes. Es decir, que se extenderá una invitación a los familiares del paciente, para que puedan asistir a reuniones programadas y en las cuales se desarrollarán temáticas concernientes al consumo de sustancias psicoactivas, las cuales se podrán brindar con un enfoque psicoeducativo que promueva la sensibilización y adhesión al programa, procurando ampliar las redes de apoyo para los pacientes. Los temas a abordar en este proceso son:

» **Temario para reunión grupal familiar**

» Conceptos básicos sobre drogas:

- ¿Qué es una droga?
- Tipos de drogas.
- Tolerancia.
- Dependencia

» Uso, abuso, tolerancia y dependencia.

- Intoxicación aguda.
- Síndrome de abstinencia.

- » Características del Adicto.
- » Períodos de la adicción.
- » Efectos y consecuencias a corto y largo plazo del consumo de distintas sustancias.
 - Psicofisiológico.
 - Social.
- » Indicadores del consumo de cada una de las sustancias.
 - Indicadores del uso de sustancias.
 - Indicadores del abuso de sustancias.
- » Recomendaciones generales para la actuación familiar en prevención de drogodependencias (en cada caso según evaluación previa).
- » Manejo de los conflictos.
- » Comunicación familiar.
- » Toma de decisiones.
- » Identificación y expresión adecuada de sentimientos.

Desarrollo de la atención psicológica

FASE 1

Objetivo: Promover y lograr la abstinencia para el consumo de la (s) sustancia (s) psicoactiva (s), según el caso.

Duración: cinco meses.

Diagnóstico:

1. Identificar motivo de consulta.
 - Detallar el motivo por el cual accede el paciente al programa, considerando los factores impulsores de dicha decisión. Los cuales pueden considerar complicación física o clínica por el consumo (ingreso hospitalario reciente, ataque epiléptico, reacciones ansiosas, etc.), procesos legales, referencia hospitalaria, decisión personal o por influencia familiar, etc.

2. Identificar la intensidad de consumo.
 - Valorar la frecuencia y la intensidad del consumo (dosis y días de consumo).
 - Aplicar pruebas de acuerdo a la sustancia de consumo, las cuales son:
 - » Evaluación para el consumo de alcohol.
 - Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).
 - Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).
 - » Evaluación para el consumo de tabaco.
 - Test de Fagërstrom.
 - Test de Glover-Nilsson.
 - » Evaluación para el consumo de drogas.
 - Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD – 20).
3. Identificar el nivel de disposición al cambio, luego considerar un pronóstico.
 - Aplicar el Cuestionario de los Estadios de Cambio de Prochaska y Di Clemente.
4. Identificar carencias personales, factores protectores y factores de riesgo, para lo cual, se deberá aplicar las siguientes pruebas:
 - Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ).
 - Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP).

Elaboración e implementación del plan terapéutico.

- Diseñar objetivos terapéuticos y establecer las estrategias de intervención a nivel individual, grupal y familiar.
- Brindar atención de seguimiento terapéutico a nivel individual.
- Establecer la incorporación del usuario a las terapias grupales.
- Promover la incorporación de (los) familiar (es) más significativo (s) para el usuario a la terapia grupal familiar.

FASE 2

Objetivo: Motivar la modificación del carácter a través de un abordaje integral y enfocado en la preparación para la superación de carencias personales y sociales.

Duración: cinco meses.

Terapia individual:

Deberá dársele cumplimiento a los objetivos terapéuticos y plan de tratamiento conforme a las necesidades de cada usuario. Será necesario considerar aspectos

del área social y médica y si lo requiere, realizar los respectivos ajustes al plan. Para esta fase, se sugiere realizar preferentemente, un abordaje con técnicas de la terapia cognitiva-conductual y otras que ameriten según cada caso.

Terapia grupal:

Programa para habilidades sociales.

Se llevará a cabo la realización de talleres que se desarrollarán con el objetivo de reforzar las siguientes áreas:

- Autoestima y personalidad.
- Logoterapia y Proceso de perdón.
- Manejo de Estrés.
- Comorbilidad y Codependencia.

Programa de prevención de recaídas.

En cuanto a esta área, se debe trabajar con mayor énfasis previo a los períodos vacacionales o actividades conmemorativas (festejos, reuniones familiares, etc.). Es decir, se deberá abordar conforme a las eventualidades y particularidades de cada caso.

¿Terapia familiar y de pareja?

Reunión grupal familiar educativa: Se abordarán temáticas relacionadas a la sensibilización y necesidad de apoyo para el paciente consumidor de sustancias psicoactivas con el objetivo de lograr una apertura y consolidar una red de apoyo.

¿Terapia familiar y de pareja?

Se debe establecer un primer acercamiento entre el paciente y el familiar significativo con el cual, el usuario ha identificado la necesidad de mejorar su relación o iniciar el proceso de reparación de daños. Debe ser necesario preparar al paciente para dicho proceso y considerar las particularidades de cada caso.

FASE 3

Objetivo: Establecer acuerdos o tareas para consolidar el proceso de reparación de daños consigo mismo y con su entorno social.

Duración: cinco meses.

Terapia Individual:

Reforzar las actitudes con respecto al cambio mostrado en su estilo de vida y consolidación de la abstinencia. Así mismo, indagar sobre las carencias psicológicas aún no resueltas, para restablecer nuevos acuerdos y cumplimiento de metas. Además, debe iniciar el proceso de reparación de daños personales, para lo cual se debe realizar

de preferencia un abordaje mediante técnicas de terapia racional emotiva y otras que se consideren necesarias acordes a cada caso.

Terapia grupal:

Desarrollar actividades haciendo uso de técnicas a través de las cuales el usuario pueda realizar ejercicios prácticos con los cuales pueda proyectar el aprendizaje adquirido y el proceso de reparación de daños en la realización de ejercicios prácticos, el inicio del restablecimiento sus relaciones afectadas. Se sugiere hacer uso de técnicas que permitan la proyección de sentimientos y emociones del usuario con el enfoque de Terapia conductual y cognitivo-conductual.

Terapia de familia y de pareja:

Debe verificarse periódicamente la consolidación de los acuerdos y compromisos adquiridos por parte del usuario y el familiar significativo que lo ha acompañado en el proceso. Considerando la evolución del caso, debe evaluarse el surgimiento de nuevas problemáticas para su intervención oportuna, procurando que el compromiso lo adquiera principalmente el usuario.

FASE 4

Objetivo: Promover el desarrollo de la autoeficacia y autoconfianza para generar el desprendimiento paulatino del programa de deshabitación.

Duración: cinco meses.

Terapia individual:

Durante esta fase, se debe procurar la consolidación de habilidades sociales desarrolladas, estrategias de afrontamiento, autoconfianza y autoeficacia. También, deberá considerarse ajustes al PTI, si se llegase a presentar alguna situación no contemplada en su abordaje inicial, tomando en cuenta el progreso del paciente y las observaciones realizadas por el área médica y de trabajo social.

Terapia grupal:

Durante esta fase se requiere que el usuario participe activamente en el desarrollo de las diferentes actividades, por lo que será necesario asignar responsabilidades que permita el protagonismo con el fin de consolidar las habilidades sociales, afrontar temores y fomentar la productividad. Debe considerarse el involucramiento voluntario en pro del mejoramiento del programa como un indicador positivo de la superación de carencias. Así mismo, el involucramiento en grupos de apoyo social o de formación personal, permitirá el desprendimiento paulatino que garantice la creación de redes de apoyo.

Terapia familiar y de pareja:

En esta fase, debe considerarse la capacidad que haya desarrollado el usuario para haber consolidado al menos una relación significativa, ya sea de pareja, familiar o de amistad que le permita garantizar el cumplimiento de compromisos y fortalecer su red de apoyo.

Consideraciones especiales:

Se requerirá del apoyo del área de trabajo social para la búsqueda de espacios o actividades productivas, en las cuales el usuario pueda involucrarse, para garantizar un desprendimiento paulatino efectivo del programa que no disminuya el soporte del mismo, sino que, al contrario, le permita ampliar los factores motivacionales que lo preparen para la experimentación de la autoeficacia y fortalezca la autoconfianza, lo cual se evaluará en la etapa de monitoreo extramural.

2.5.3 Protocolos de atención social

Componentes de la atención social

El trabajador social al igual que los demás profesionales del equipo terapéutico, brindará una atención integral a los pacientes afectados por el consumo de sustancias y velará por obtener una influencia favorable en el contexto social que contribuya a la recuperación, rehabilitación y reinserción del mismo. Por tal motivo, a continuación, se brinda detalle de los componentes que integran la atención social.

Intervención con pacientes:

El/la profesional de trabajo social brinda una atención al paciente y sus familiares con el objetivo de realizar un análisis de los factores motivacionales, factores asociados al tipo y forma de consumo, factores protectores y de riesgo, estructura familiar, condiciones formativo-laboral y expectativas frente al tratamiento, procurando reforzar y apoyar el deseo de cambio.

Los aportes del profesional en trabajo social, están enfocados en cumplir los siguientes objetivos:

- Dar apoyo y contención.
- Establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha y aceptación.
- Motivación al paciente para su implicación en el tratamiento y para el cambio.
- Seguimiento y refuerzo de resultados positivos en controles toxicológicos.
- Detección de situaciones o estresores sociales facilitadores de recaída y darlos a

conocer al equipo terapéutico.

- Dar pautas para el cambio de hábitos de relación social (entorno de consumo y riesgo).
- Orientación y asesoramiento acerca de los recursos sociales que puedan ser de utilidad en función de la situación del paciente.

Las atenciones brindadas a los pacientes y persona(s) de apoyo, quedarán distribuidas de la siguiente manera, conforme al cumplimiento de los objetivos de cada fase del Programa de deshabituación:

Fase 1

Diagnóstico social:

Desde la fecha de inscripción al programa, durante el primer mes y medio (aproximadamente 6 sesiones), debe llevarse a cabo una captura de datos que permita establecer el diagnóstico social, el cual permitirá el diseño y elaboración del plan de tratamiento individualizado. Por lo anterior, se requiere tomar en cuenta los siguientes datos:

- Datos generales del paciente, considerando la exactitud de la información proporcionada, con especial énfasis en la dirección de domicilio.
- Identificar el tipo y forma de consumo de la sustancia por la cual solicita el tratamiento.
- Conocer la frecuencia, gravedad y duración del problema.
- Determinar la estructura familiar y valorar las redes de apoyo actuales con base a la dinámica afectiva familiar (realizar genograma).
- Identificar la forma en que el paciente y su familia viven la situación-problema y el modo en que son capaces de afrontarla.
- Explorar sobre los intentos previos de búsqueda de solución a la problemática y la forma de abordarla a nivel personal y familiar.
- Identificar las condiciones formativo-laborales del paciente y el manejo del ocio.
- Valorar las condiciones legales u otros procesos judiciales que pudieran influir en su tratamiento.

- Realizar entrevista con familiar o persona responsable para validación de información proporcionada por el paciente.
- Realizar visita domiciliaria que permita constatar las condiciones sociales y permitaconocer la dinámica familiar del paciente.
- Registrar los hallazgos obtenidos para su respectivo análisis y consideraciones en la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado.

Plan de tratamiento individualizado.

Con base a los resultados obtenidos en el diagnóstico social, se elaborará el plan de tratamiento individualizado, el cual, deberá atender las necesidades y características identificadas en dicho proceso, procurando que el paciente y el familiar o responsable de este, sean conscientes y se comprometan con las implicaciones que conlleva el abordaje terapéutico.

Fase 2

Seguimiento individual:

Es necesario brindar seguimiento terapéutico a cada paciente, con la frecuencia que el trabajador social estime conveniente, pero se debe procurar que se brinde por lo menos una atención al mes, con el objetivo de velar por el progreso y adhesión del paciente al tratamiento.

Durante dichas atenciones, en esta fase se debe trabajar en lo siguiente:

- Estabilizar el estado de ánimo.
- Incrementar la capacidad de autocontrol del paciente y minimizar el riesgo de violencia hacia sí mismo, hacia la pareja/familia y/o hacia los demás.
- Llevar a cabo coordinación con los recursos comunitarios para favorecer el acceso, el buen uso de los mismos y facilitar la integración social.
- Proporcionar información sobre recursos que faciliten el contacto social y estimulen el interés y la participación del paciente (asociaciones, entidades o centros que faciliten la participación en actividades diversas y el contacto social y la relación con el entorno).

- Si el caso lo requiere, brindar motivación y orientación a los pacientes para que afronten con responsabilidad su situación judicial, facilitando el acceso a recursos de asesoría jurídica.
- Apoyo en la gestión de la autonomía económica (plan de ahorro, organización del presupuesto, tramitación de ayudas...).

Seguimiento con redes de apoyo:

Es necesario mantener una comunicación constante con el familiar o responsable del paciente, si se requiere, puede concertarse la respectiva cita con el familiar o responsable, todo con el objetivo de garantizar la notificación oportuna sobre los agentes disparadores que pudiesen afectar la recuperación de éste o si se llegase a presentar algún cambio conductual que pudiera influir de alguna manera en su tratamiento.

Dicha información obtenida, debe ser registrada y compartida con el Equipo Terapéutico, lo cual será considerado para actuar sobre la misma, de ser necesario.

Fase 3

Seguimiento individual:

Durante esta fase, se requiere incrementar la intensidad del trabajo con el paciente y enfocarse principalmente en lo siguiente:

- Fomentar en el paciente la concientización de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.
- Estimular una clarificación y redefinición de sistemas de comunicación, roles y responsabilidades familiares.
- Apoyo en la elaboración de nuevos discursos que favorezcan diferentes interacciones entre los miembros de la familia.
- Apoyo para el establecimiento y mantenimiento de vínculos sociales positivos y para las interacciones sociales sin drogas.
- Apoyo y refuerzo de las conductas sociales adecuadas del paciente en las diferentes relaciones interpersonales.

Seguimiento con redes de apoyo:

En esta fase, se mantiene la comunicación con el(los) familiar(es) o persona responsable del paciente, procurando la integración de este(os) en el tratamiento, con el objetivo de mejorar las relaciones familiares y mediante un trabajo en conjunto con el área de psicología, se debe velar por el cumplimiento de lo siguiente:

- Apoyo a la familia para que pueda pensar en posibles respuestas alternativas que mejoren sus vidas partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar.
- Identificación de los mitos y creencias en torno al proceso de drogodependencia.
- Facilitación del establecimiento de vías de comunicación incidiendo en aquellos casos en los que se encuentren muy deterioradas por el proceso del drogodependiente.
- Generación de alianzas con los diferentes miembros de la familia, ofreciéndoles un lugar en el proceso de tratamiento, favoreciendo así su participación e implicación en el mismo.
- Apoyo para la utilización de alternativas conductuales familiares de respuesta más saludables/ adaptativas.
- Redefinición de pautas de funcionamiento y hábitos de vida familiares que resulten más adaptativos.
- Apoyo a las familias para incrementar su motivación a la hora de participar activamente en las actividades propuestas por el equipo terapéutico, en especial, para la participación en actividades grupales.

Visita domiciliar:

En esta fase, se requiere una segunda visita domiciliar que permita valorar los avances obtenidos en cuanto al mejoramiento del carácter del paciente y su influencia en las relaciones familiares, además de procurar el acercamiento e involucramiento de las personas significativas para el paciente en dicho proceso. De igual manera, debe valorarse el cambio generado por el paciente en su contexto social, pues dicha valoración contribuirá al desarrollo de las estrategias terapéuticas que permita preparar al paciente en cuanto a los factores de riesgo y protectores que a la fecha son influyentes en su tratamiento.

Fase 4

Seguimiento individual:

Trabajo social juega un papel muy importante en esta fase, ya que a través de las gestiones llevadas a cabo, se podrá garantizar el desprendimiento paulatino del programa por parte del paciente para iniciar el proceso de rehabilitación y reinserción social, por lo que se debe considerar desarrollar los siguientes aspectos:

- Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo.
- Asesoramiento al paciente para que identifique y exprese sus intereses con un proyecto definido.
- Ajustar las expectativas formativo-laborales del paciente en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral.
- Análisis, junto con el paciente, de sus potencialidades y dificultades, de cara a su inserción laboral.
- Asesoramiento acerca de posibilidades realistas en función del nivel de empleabilidad del paciente.
- Adquirir herramientas para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en orden a incrementar la empleabilidad.
- Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.
- Brindar orientación y asesoramiento del paciente respecto a su situación de empleo y/o hacia la mejora o cambio de trabajo, si fuese necesario.
- Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo.
- Detección e intervención de las posibles dificultades que surjan durante el desarrollo de las actividades de ocio.

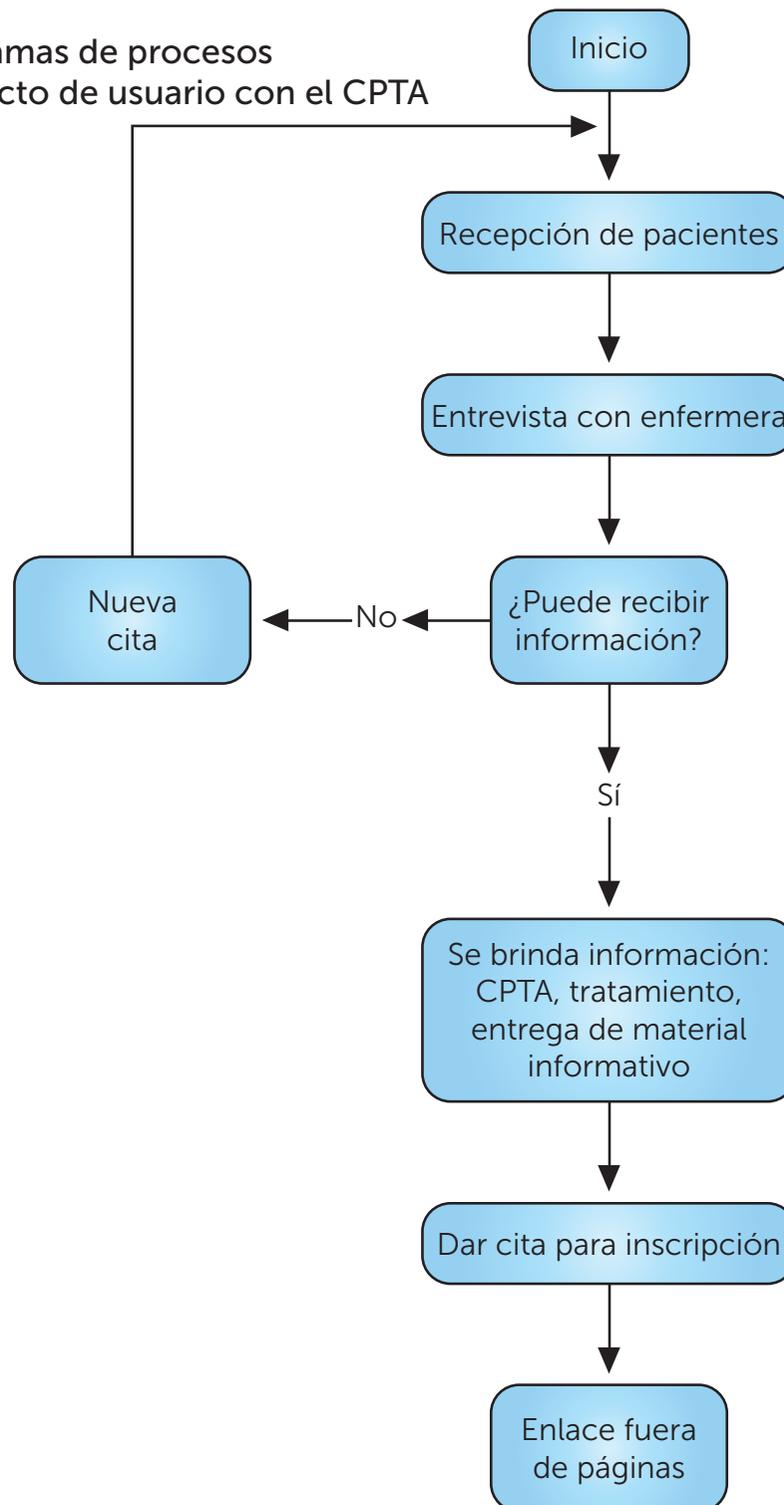
Gestión interinstitucional:

A través de este proceso deberá llevarse a cabo, la consolidación de alianzas estratégicas que permita una salida satisfactoria del programa por parte de los pacientes. Mediante este proceso, debe llevarse a cabo la gestión de fuentes de apoyo

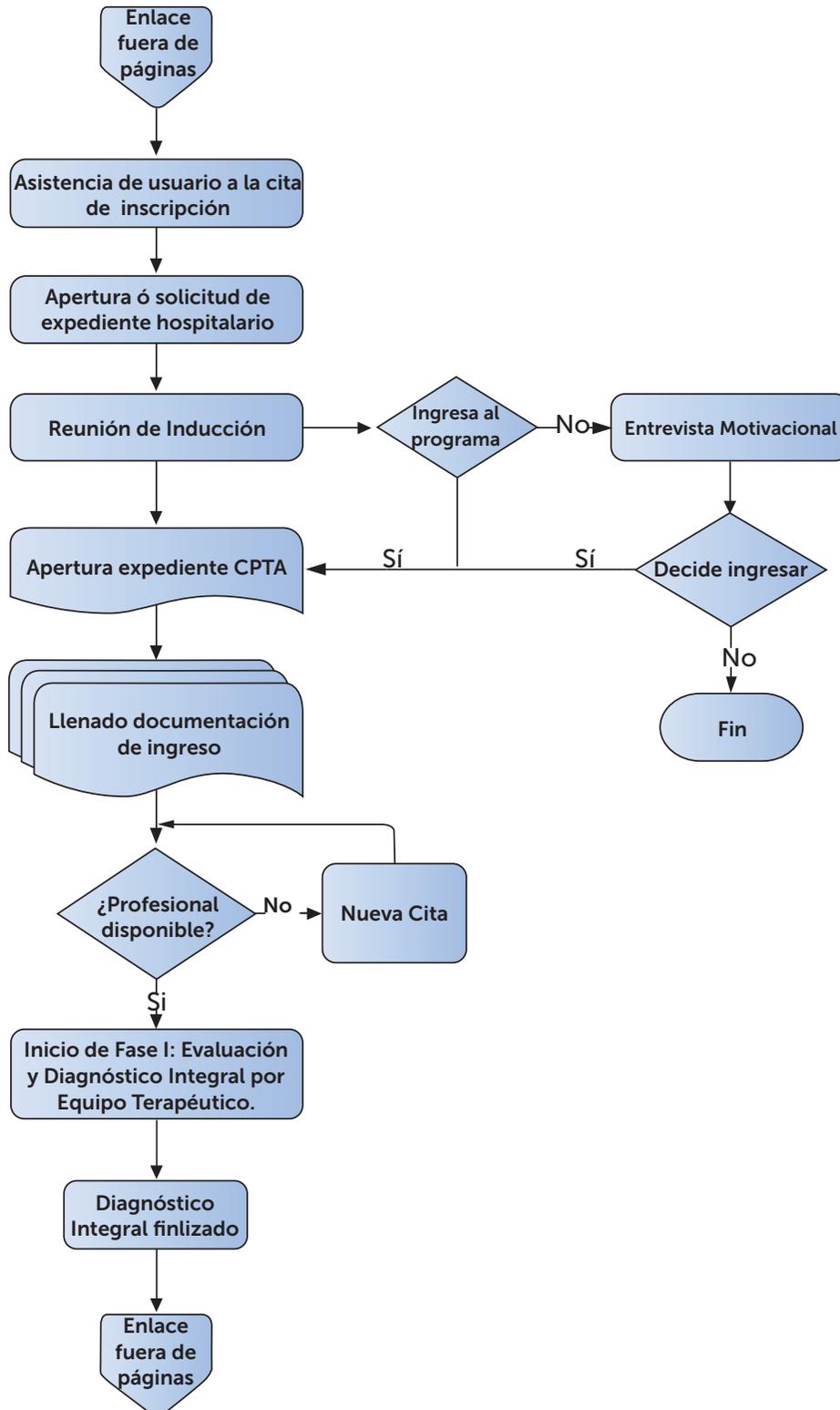
en el ámbito económico/financiero, formativo y de empleabilidad principalmente. Con esto se pretende establecer alternativas que favorezcan la amplitud de factores de protección que disminuyan los agentes disparadores de consumo y garantice una efectiva reinserción social.

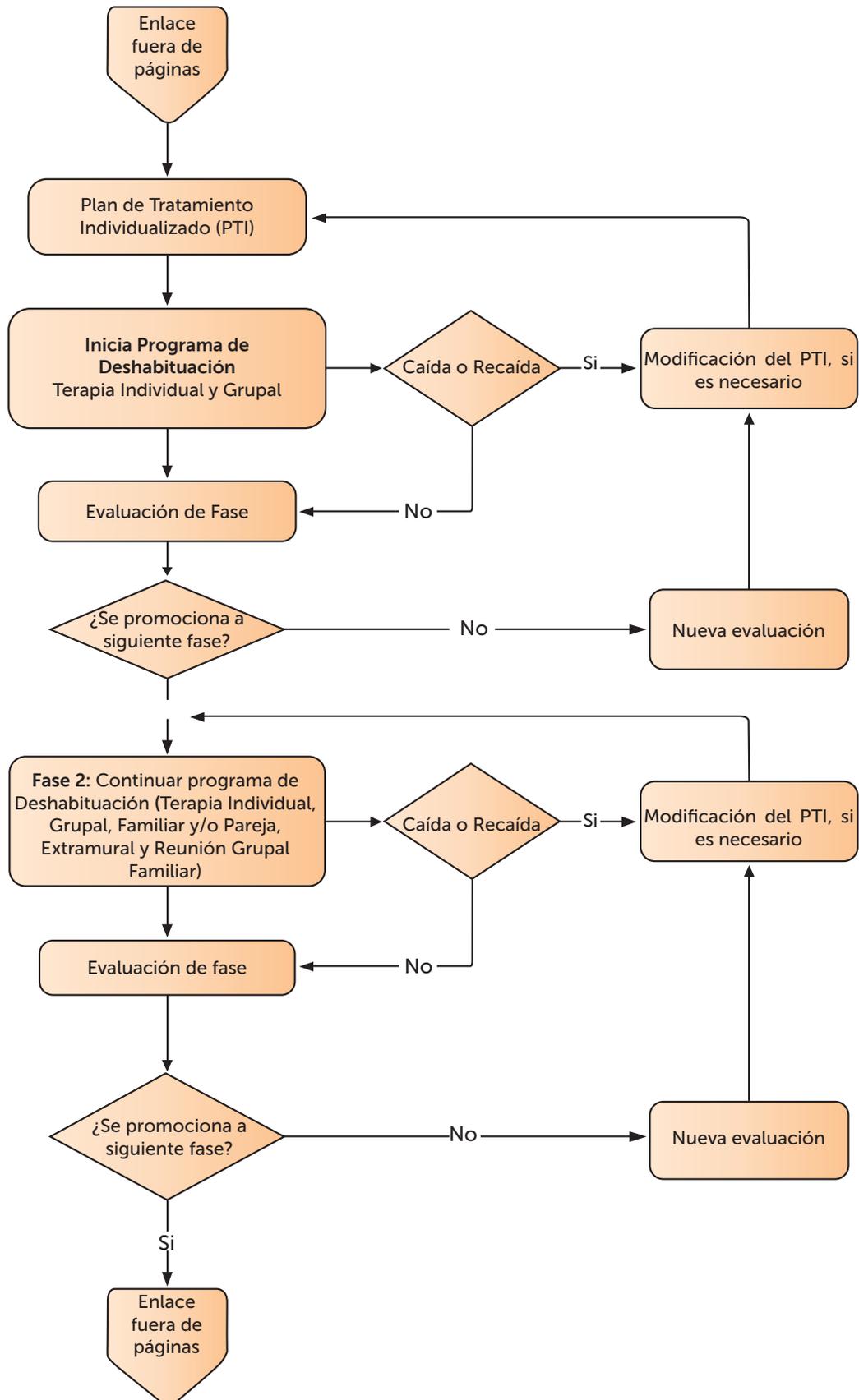
2.5.4 Flujogramas de procesos

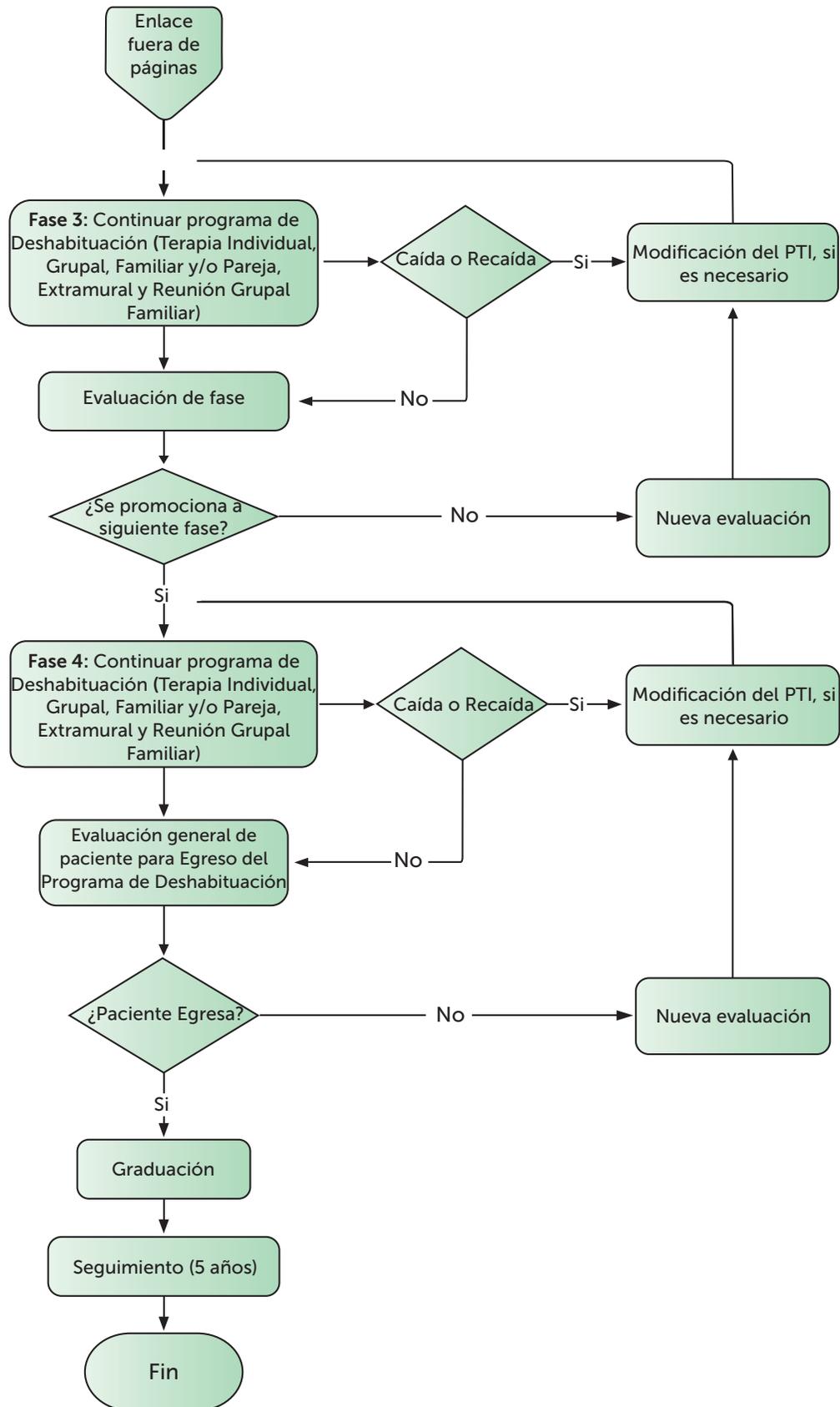
Primer contacto de usuario con el CPTA



Segundo Contacto de Usuario con el CPTA.







PARTE 3: SERVICIOS DE PREVENCIÓN

De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la prevención de drogas tiene como objetivo principal “ayudar a la gente, sobre todo, pero no exclusivamente a las personas jóvenes, para evitar o retrasar el inicio del uso de drogas, o, si han empezado ya, a evitar que desarrollen trastornos (por ejemplo, la dependencia)”. (United Nations Office on Drugs and Crime. Estándares Internacionales en prevención de drogas).

Los CPTA brindarán servicios preventivos coordinados por los educadores para la salud. Dichos servicios serán proporcionados de acuerdo a su capacidad instalada y se circunscriben al área geográfica asignada con base a un análisis realizado junto al Coordinador.

3.1 Descripción de las poblaciones objetivo

Adolescentes:

Jóvenes de 10 a 15 años, escolarizados, concentrados en alguna institución pública o de la sociedad civil. Deben estar dadas las condiciones mínimas para poder realizar una intervención preventiva basada en evidencia.

Adultos:

Predominantemente población adulta en entornos laborales con o sin alto riesgo, ya identificados previamente por otra institución pública o de la sociedad civil, o por el CPTA.

3.2 Descripción de las actividades preventivas

3.2.1 Nombre de las actividades

Se están ejecutando las siguientes actividades que pueden ser modificadas o sustituidas.

1. Apoyo a centros educativos con talleres sobre prevención de adicciones en adolescentes denominado, “Salvando Vidas del consumo de sustancias psicoactivas”. (prevención universal para escolares).
2. Jornadas de concientización en prevención de consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral. (prevención universal para población laboral).
3. Jornadas de Promoción de los servicios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones en acercamientos comunitarios. (prevención universal)

para población en general).

4. Taller de intervención con familiares de consumidores de sustancias psicoactivas que no desean recibir ayuda terapéutica. (prevención universal para familiares de consumidores.).

3.2.2 Población objetivo

- Adolescentes matriculados en tercer ciclo de centros educativos bajo el área geográfica de influencia de los CPTA.
- Empleados de centros de trabajo bajo el área geográfica de influencia de los CPTA.
- Personas que asisten a las actividades de promoción de los CPTA, coordinadas en conjunto con otras instituciones dentro de sus áreas geográficas de influencia.
- Familiares de consumidores de sustancias psicoactivas que no desean recibir ayuda terapéutica.

3.2.3 Tipo de prevención.

El tipo de prevención es determinado de acuerdo a la población con la que se trabaja en prevención de adicciones a sustancias psicoactivas. Según el NIDA (National Institute on Drug Abuse, Estados Unidos), clasifica los programas de acuerdo a la audiencia para los cuales han sido diseñados.

En el caso de las actividades de prevención a desarrollar, su clasificación es de tipo universal. Los cuales están diseñados para la población en general, para los estudiantes de tercer ciclo de centros educativos y para empleados en centros de trabajo.

3.2.4 Modelo teórico

Teoría cognitiva social de Bandura. Es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias, basada en los principios del aprendizaje, la persona y su conocimiento junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Reforzando el carácter del individuo hacia la percepción de autoeficacia para contribuir de modo causal a su conducta, fortaleciendo los valores del individuo como herramientas básicas para el manejo de la autoestima y afrontamiento de problemas.

3.2.5 Factores de riesgo, protección y modificación de comportamientos.

De acuerdo a la Organización de los Estados Americanos (OEA)³. Los factores de riesgo y los factores de protección pueden ubicarse en diferentes dominios: Individual, familiar, escolar, social y comunitario. Tales factores interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos de una manera diferente. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de desarrollo del individuo.

Factores de riesgo están: asociación con iguales que consumen sustancias psicoactivas y susceptibilidad a la presión de los mismos, alta disponibilidad de sustancias, convivencia con padres alcohólicos, trastorno emocional, aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas, fracaso académico.

Factores de protección: amigos poco tolerantes hacia el consumo, pertenencia a redes de apoyo social, alta autoestima, personalidad orientada a evitar riesgos, convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores, apego a la escuela, creencias saludables y claros estándares de conducta.

3.2.6 Objetivos

Fomentar los factores de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, a través de un proceso educativo el cual promueve habilidades para la vida dirigido a estudiantes de tercer ciclo de centros educativos, empleados de centros laborales, familiares de personas con trastornos adictivos y población en general.

3.2.7 Contenido de las actividades

Apoyo en centros educativos con talleres:

Los temas que se desarrollaran en cada uno de los cinco talleres son: autoestima; mitos y realidades de las sustancias psicoactivas; daños del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas; publicidad y educación en valores; y habilidades para la vida en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

Se llevarán a cabo diferentes metodologías en función de los temas a abordar: dinámicas de grupos, reproducción de audiovisuales, exposiciones en power point, trabajo de grupos, debates, reflexiones individuales y grupales entre otros. Además, se realizará una sesión con los padres de familia y otra con los docentes, para dar a conocer los talleres que se impartirán.

³ El problema de las drogas en las Américas: capítulo 2: Drogas y Salud Pública. Washington DC: OAS)

Los talleres se realizarán con un grupo de estudiantes que reúnan las siguientes características: capacidad para trabajar en equipo, facilidad de expresión, propositivo, comprometido, responsables y respetuosos; los cuales serán formados como facilitadores; el resto de los estudiantes de tercer ciclo realizarán, en una jornada o más, la réplica; esta se desarrollará durante el horario escolar según acuerdo con el director del centro educativo.

El tiempo de duración para la realización de los talleres es de aproximadamente seis meses; incluye la formación de facilitadores y replica con los demás estudiantes de tercer ciclo; sesión con docentes y sesión con padres de familia. Se impartirá como mínimo en dos horas clase por cada taller, con una frecuencia de dos veces al mes, alternando una semana o según acuerdos con el director y el tiempo disponible según la programación de actividades en el centro educativo.

Apoyo en centros laborales:

Los temas que se desarrollarán son: consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de sustancias psicoactivas; factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas; normativa jurídica salvadoreña en relación a sustancias psicoactivas y su aplicación en el ámbito laboral.

Las sesiones se desarrollarán en dos horas, dentro de la jornada laboral y el número de sesiones dependerá de la apertura de la institución. Se utilizarán técnicas de grupo como discusión de casos, lluvia de ideas, presentación multimedia, entre otras.

Esta información estará orientada a incrementar la sensibilización frente al problema de las adicciones y promover los servicios que ofrece el CPTA.

Taller de intervención a familiares de consumidores de sustancias psicoactivas.

Las temáticas que se abordarán son: El consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud, adicción, ¿vicio o enfermedad?; La familia y su estructura, identificación de características, creencias y tipo de relaciones; y Factores de riesgo y factores de protección en el grupo familiar.

Las metodologías educativas a utilizar son: expositiva, lluvias de ideas, estudios de casos, proyección de videos, entre otras.

Durante el desarrollo de las sesiones se expondrá una serie de temáticas orientadas a informar, sensibilizar y al cambio de actitud y de conducta en la relación cotidiana con sus familiares con trastornos de adicción.

Cada taller se desarrollará en tres sesiones, con frecuencia de una por semana, tiempo de duración 1 hora por sesión.

Apoyo en acercamientos comunitarios

Se realizará mediante la coordinación interinstitucional y en respuesta a solicitudes de apoyo en ferias de salud, jornadas médicas, celebraciones de "días D"; entre otras. En el cual se coloca un stand informativo y se entrega materiales educativos como: hojas volantes, trípticos, afiches, sobre los daños a la salud que ocasionan el consumo de sustancias psicoactivas y de los servicios que ofrecen los CPTA; se entrega artículos promocionales como: camisetas, squiz, globos, entre otros; y se brinda consejería a quien lo solicite.

3.2.8 Seguimiento

Procedimientos de coordinación para la implementación de sesiones educativas de carácter preventivas del CPTA con instituciones públicas y/o privadas (actas de visita, acuerdos, cartas o notas de compromiso, convenios y otros).

Presentación de las actividades educativas a las autoridades de instituciones públicas y/o privadas.

3.2.9 Evaluación

La evaluación de los participantes está orientada a ver los niveles de atención y evaluar sus conductas frente al tema de adicciones, para establecer focos potenciales de la problemática y ofrecer ayuda.



ANEXOS



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD
CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Expediente _____, _____ de _____ del 20_____

Yo, _____ consciente de toda la información vertida sobre mi diagnóstico en este centro, acepto ingresar como paciente del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CPTA) en el Programa de Deshabituación que más se adapte a mis necesidades.

Se me ha informado que como paciente del Programa de Deshabituación del CPTA, seré atendido por un Equipo Multidisciplinario de profesionales de la salud que en primera instancia realizarán un diagnóstico de mi enfermedad para conocer mi estado integral de salud, para lo cual se me indicarán exámenes de laboratorio y de gabinete, así como los procedimientos necesarios para el correcto diagnóstico, manejo y tratamiento farmacológico, psicológico y social de la enfermedad que padezco, que a lo largo del proceso de deshabituación se me practicarán pruebas toxicológicas para monitorear el consumo de sustancias psicoactivas. Se me ha explicado que al tener dicho diagnóstico los profesionales del CPTA elaboraran un Plan de Tratamiento diseñado para mi persona en el cual debo participar activamente en sesiones de terapia individual, familiar o de pareja y grupal (ocupacional, recreativas, psicoeducativas, entre otras) las cuales pueden desarrollarse en el Centro o en forma extramural, además en la resolución de pruebas psicológicas, así como en el llenado de instrumentos que ayuden al monitoreo de mi avance en el tratamiento. Se me ha dado a conocer que toda la información que brinde durante el Programa de Deshabituación será manejada en forma confidencial conforme a las leyes de la República de El Salvador. Se me ha informado que como parte del tratamiento se realizarán visitas a mi casa de habitación para corroborar la veracidad de la información brindada, así como para conocer el ambiente en el cual me desenvuelvo día a día. He sido notificado que la duración del tratamiento es de veinte meses, el cual podría variar dependiendo de la evolución del cuadro clínico, que posterior a ser graduado del programa de deshabituación estaré cinco años en proceso de seguimiento de mi enfermedad para lo cual se me darán citas periódicas; así mismo se me ha hecho ver que si en el transcurso del tratamiento se detectan situaciones que no pueden ser manejadas en el CPTA, se me referirá a otra institución para que se me brinde la atención requerida.

Estoy de acuerdo en proporcionar el nombre, dirección y número telefónico de dos personas cercanas a mí, para que proporcionen información reciente sobre mi consumo de drogas, así como de otras conductas relacionadas al mismo. A estas personas se les informará de mi autorización para que proporcionen la información requerida, referente a mi tratamiento y rehabilitación.

Luego de haber sido informado de todos los pormenores que implica mi tratamiento, me doy por enterado/a y en señal de consentimiento de mi parte firmo el presente documento a pie de página y/o estampando mi huella digital, y de ser posible también la persona responsable que me acompañará en el presente tratamiento de deshabituación.

_____	_____
Nombre paciente CPTA	Firma o Huella
_____	_____
Nombre Responsable	Firma
_____	_____
	DUI

Brindaran información del paciente:

1) Nombre _____ Teléfono: _____
Dirección _____

2) Nombre _____ Teléfono: _____
Dirección _____

CONTRATO TERAPEUTICO

En el municipio de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____, en las instalaciones del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de _____, se reúnen el/la Dr./Dra. _____ como coordinador/a y representante del Equipo Multidisciplinario de dicho Centro y el paciente de nombre _____ con DUI No. _____ y expediente No. _____ para establecer los lineamientos del tratamiento terapéutico al que se ha comprometido él, como usuario del CPTA bajo las siguientes

CLAUSULAS:

1. El Equipo Multidisciplinario del CPTA se compromete a:

- Brindar un tratamiento gratuito.
- No limitar el acceso al tratamiento al usuario debido a condiciones tales como religión, sexo, orientación sexual u otra característica de estigma social.
- Realizar un diagnóstico integral de su situación de salud actual en cuanto a la adicción que padece y complicaciones de salud que pudieran haberse producido a consecuencia de esta.
- Organizar un Plan Terapéutico Individualizado, específico a sus necesidades.
- Discutir el Plan Terapéutico con él/ella y respetar las decisiones que este tome referente a dicho Plan.
- Brindar un apoyo terapéutico por parte de todo el Equipo Multidisciplinario del Centro basados en la ética, asesorándolo durante el tiempo que dure el Programa de Deshabitación y durante el seguimiento al mismo.
- Manejar toda la información recibida por parte del paciente y registrada en su expediente clínico en forma confidencial, utilizándola solamente para la implementación de su Plan Terapéutico.

2. El paciente se compromete a:

- Realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona y su familia, tratando de lograr su bienestar físico, mental y social.
- Asistir puntualmente a las citas que se le programen como parte del Programa de Deshabitación y en el periodo de seguimiento al mismo.
- Brindar información fidedigna y confiable durante las entrevistas, atenciones o consultas que se le brindarán en el entendido que dicha información es utilizada por los profesionales para implementar su proceso de tratamiento.

- Realizarse las pruebas diagnósticas o terapéuticas que se le indicarán por parte del Equipo Terapéutico como parte del Programa de Deshabitación.
- Participar activamente en los diferentes tipos de terapia que los profesionales del Equipo Terapéutico utilizarán para desarrollar el Plan de Tratamiento Individualizado, ya discutido previamente.
- Dar aviso al CPTA si en caso de fuerza mayor no podrá hacerse presente a las atenciones programadas para su rehabilitación. Lo anterior debido a que, si pasan dos meses sin hacerse presente al proceso de deshabitación, a menos que tenga permiso del CPTA por escrito para ello, se tomará como abandono al tratamiento por parte del paciente.

Coordinador CPTA:

Nombre:

Firma o Huella:

Paciente:

Nombre:

Firma o Huella:

En caso de ser menor de edad:

Nombre del responsable:

Firma o Huella:

Relación o parentesco con el paciente:

HISTORIA DE ADMISIÓN (Llenado por Enfermería)

Fecha: _____ No. Expediente: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre Cónyuge: _____

¿Cómo conoció el CPTA? Charlas _____, Rótulos _____, Amigos _____, Familia _____, Referencia _____,
Otro medio _____. Especifique _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: _____ 2. Fecha Nac. _____ 3. Sexo: M____ F____ 4. Orientación sexual _____

5. DUI: _____ 6. Escolaridad: (Nivel de Estudios) _____

7. Estado Familiar: (solo una opción):
Soltero(a) ____ Unión libre ____ Casado(a) ____ Separado(a) ____ Divorciado(a) ____ Viudo(a) ____

8. Con quién vive actualmente? (Marque las necesarias):
Padres ____ Hermanos ____ Esposo(a) ____ Hijo(s) ____ Amigos ____ Parientes ____ Solo ____
Otros (especifique): _____

9. Lugar de residencia en la actualidad:
Propia ____ Familiar ____ Renta ____ Mesón ____ No dirección permanente ____ Situación de Calle ____
Otra ____

10. En los últimos 12 meses, ¿Ha cambiado de casa? SI ____ NO ____ ¿cuántas veces? _____

II. SALUD FÍSICA

11. ¿Peso? _____ kg. Talla: _____ m

12. Por qué está buscando tratamiento _____

13. ¿Principal problema por el que está buscando ayuda? (Marque solo uno):
Tabaco _____, Sistema electrónico de Administración de Nicotina (en adelante **SEAN**) _____, Alcohol _____,
Marihuana/ Cannabis _____ Cocaína/crack _____ Anfetaminas/Meta-anfetaminas _____, Inhalables _____
Otra(s) droga(s): _____ Medicamento Recetado (Pastillas): _____
Problemas con varias drogas, especifique: _____

14. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas con el tabaco, SEAN, alcohol o drogas? Si ____ No ____
Tipo de tratamiento/ayuda (Tabaco/SEAN/Alcohol/Drogas):

Desintoxicación ____ Residencial ____ Ambulatorio ____ Tratamiento Psiquiátrico ____
Tratamiento Médico ____ Grupos de Autoayuda (AA) ____ Otro: _____

15. ¿Está siendo atendido por algún(os) problema(s) de salud en la actualidad? Sí ____ No ____ ¿Cuál o Cuáles?: _____

16. ¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí ____ No ____
¿Para qué? _____ Prescripción médica ____
Automedicación ____ Nombre: _____ ¿Cada cuánto? _____
17. ¿Realiza actividades en su tiempo libre? Sí ____ No ____, ¿Cuáles?:
Leer ____ Practicar deporte ____ Ir al cine, ____, discotecas, bailes ____, bares ____, fiestas ____
Otros (especifique) _____
18. ¿Estas actividades están relacionadas con el consumo de tabaco, SEAN, alcohol, drogas? Si ____ No ____
19. ¿Cuándo esta con amigos o familiares estos lo presionan a consumir tabaco, SEAN, alcohol o drogas?
Sí ____ No ____. Si la respuesta es Sí.
Solo mis amigos ____ Solo mi familia ____ Tanto mis amigos como con mi familia ____
20. Entre sus amigos o familiares, ¿Quién cree usted lo ayudarían a superar su consumo de tabaco,
alcohol o drogas? Nombre _____

IV. HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

TABACO, SEAN

21. En los últimos 12 meses,
¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de tabaco, SEAN? _____
22. ¿A qué edad probó el tabaco, SEAN? _____ años
23. ¿Por cuantos años ha consumido tabaco, SEAN? _____
24. ¿Por cuantos años ha sido un tabaquista o consumidor de SEAN excesivo? _____
25. ¿Por cuantos años ha tenido problemas con el tabaco, SEAN? _____
26. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de tabaco o SEAN, durante el
año pasado (marque solo una):
- Sin problema ____
- Un pequeño problema (estoy preocupado, pero no he tenido ninguna experiencia negativa). ____
- Un problema menor (he tenido experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerar seria). ____
- Un problema mayor (he tenido consecuencias, una de las cuales puedo considerar seria). ____
- Un gran problema (he tenido consecuencias negativas y dos puedo considerar serias) ____
27. Desde que el CONSUMO DE TABACO o SEAN, se ha convertido en un problema, ¿ha intentado dejar
de consumir? Sí ____ No ____ ¿cuántas veces lo ha intentado seriamente? _____
28. Desde que el CONSUMO DE TABACO o SEAN, se ha convertido en un problema. ¿Cuánto es el
mayor tiempo en que se ha propuesto no consumir, y lo ha cumplido? (abstinencia). Si nunca se ha
abstenido marque "0" _____ ¿Cuándo ocurrió? _____ (mes y
año) Por qué se abstuvo en esa ocasión? _____
29. ¿En qué porcentaje (0 a 100%), consume las siguientes presentaciones de tabaco o SEAN?
Fumado (Cigarrillo, Puro, Pipa) _____ %, Tabaco Mascado _____ %, Tabaco Calentado _____ %,
Cigarrillos Electrónicos _____ %, Rapé _____ %, Otro: _____

IV. ALCOHOL

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? _____
31. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? _____
32. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? _____
33. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? _____
34. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? _____
35. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque solo una):
- Sin problema _____
- Un pequeño problema (estoy preocupado, pero no he tenido ninguna experiencia negativa). _____
- Un problema menor (he tenido experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerar seria). _____
- Un problema mayor (he tenido consecuencias, una de las cuales puedo considerar seria). _____
- Un gran problema (he tenido consecuencias negativas y dos puedo considerar serias) _____
36. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿ha intentado dejar de consumir? Sí ___ No ___ ¿cuántas veces lo ha intentado seriamente? _____
37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema. ¿Cuánto es el mayor tiempo en que se ha propuesto no consumir, y lo ha cumplido? (abstinencia). Si nunca se ha abstenido marque "0" _____ ¿Cuándo ocurrió? _____ (mes y año) Porque se abstuvo en esa ocasión? _____
38. ¿En qué porcentaje (0 a 100%), consume las siguientes bebidas?
Cerveza _____ %, Chicha _____ %, Vino _____ %, Licores (aguardiente, chaparro, ron, vodka, whisky, tequila, etc.) _____ %, Coolers (bebidas preparadas: Smirnoff- ice, etc) _____ %,

V. DROGAS

39. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____
40. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el consumo de drogas? _____
41. ¿Por cuántos años ha consumido drogas? _____
42. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____
43. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque solo una):
- Sin problema _____
- Un pequeño problema (estoy preocupado, pero no he tenido ninguna experiencia negativa) _____
- Un problema menor (he tenido experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerar seria) _____
- Un problema mayor (he tenido consecuencias, una de las cuales puedo considerar seria) _____
- Un gran problema (he tenido consecuencias negativas y dos puedo considerar serias) _____

44. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿ha intentado dejar de consumir? Sí ___ No ___ ¿cuántas veces lo ha intentado seriamente? _____
45. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor tiempo que ha pasado sin consumir? (Si nunca lo ha logrado marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____ (Mes y año). ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? _____

46. SUSTANCIAS CONSUMIDAS:

Tipo de Sustancia	Consumo* 1=Sí 2=No	Forma de Consumo (Oral, inyectada, fumada, inhalada, otras)	Último Consumo	Últimos 90 días	
				Frecuencia Consumo**	Cantidad consumida con mayor frecuencia
Estimulantes					
Tabaco					
Cocaína					
Anfetaminas/Metanfetaminas					
Depresores					
Alcohol					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina,					
Hipnóticos, Sedantes o Ansiolíticos					
Alucinógenos					
Marihuana					
Inhalantes (pegamento, solventes, aerosoles)					
Otros alucinógenos (mescalina, LSD, psilocibina)					
Otras Drogas					

*Si el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco	**CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO		
	0= No Consume 1= más de 2 meses 2= 1 vez al mes	3= 2 veces al mes (c/15 días) 4= Fines de Semana	4= Fines de semana y entre semana 5= Diariamente

47. CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS (ULTIMOS 6 MESES)

	TABACO	ALCOHOL	COCAÍNA / CRACK	METANFETAMINA	MARIHUANA	INHALANTES	OTRO:	OTRO:
HA CONSUMIDO DROGA 1=SÍ 2=No								
NOTA: LLENAR LO SIGUIENTES CUADROS REFIRIENDOSE A LA DROGA CONSUMIDA								
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 Ninguno 1 Aviso preventivo del médico 2 Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedades o accidentes relacionados con el consumo de drogas)								
Daño Cognitivo (Agudo o Crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 Ninguno 1 5 o menos ocasiones 2 Más de 5 ocasiones								
Daño Afectivo (Agudo o Crónico, incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 Ninguno 1 Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
Problemas Interpersonales 0 Ninguno 1 Menor (Solamente discusiones) 2 Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas por el consumo)								
Agresión 0 Ninguno 1 Abuso Verbal cuando esta drogado 2 Violencia Física cuando esta drogado								
Problemas Legales 0 Ninguno 1 Solamente acusación (tramite pendiente o sin cargos) 2 Convicto								
Problemas Financieros 0 Ninguno 1 Menor (gastos en exceso) 2 Mayor (Consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

Nombre del Entrevistador: _____ Firma: _____

Sello: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ EXP.: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ años

TEST DE RICHMOND (Motivación)

Medición del nivel de motivación para dejar de consumir. Valora la motivación para dejar en una escala de 0 a 10 puntos.

1. ¿Le gustaría dejar de consumir si pudiera hacerlo fácilmente?

- SI 1 PUNTO ()
- NO 0 PUNTOS ()

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de consumir?:

- Nada en Absoluto 0 PUNTOS ()
- Algo..... 1PUNTO ()
- Bastante..... 2 PUNTOS ()
- Muy Seriamente..... 3 PUNTOS ()

3. ¿Intentará usted dejar de consumir en las próximas 2 semanas?

- Definitivamente no..... 0 PUNTOS ()
- Quizás..... 1 PUNTO ()
- Sí..... 2 PUNTOS ()
- Definitivamente Sí..... 3 PUNTOS ()

4. ¿Cuál es la posibilidad de que dentro de los próximos 6 meses sea un NO consumidor (tabaco/alcohol/drogas)?

- Definitivamente No..... 0 PUNTOS ()
- Quizás..... 1 PUNTO ()
- Sí..... 2 PUNTOS ()
- Definitivamente Sí..... 3 PUNTOS ()

TOTAL DE PUNTOS: _____

<u>GRADO DE MOTIVACIÓN</u> 0 – 4 PTOS: BAJA 5 – 6 PTOS: MODERADA 7 – 10 PTOS: ALTA

Responsable: _____ Firma: _____ Sello: _____

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO

Nombre del consultante	Fecha de la administración del instrumento	Nombre del administrador

Marque una cruz según corresponda:

Ingreso a tratamiento (línea base)

En tratamiento (Medición de Monitoreo N°___)

Egreso

Seguimiento post Egreso

Sección 1: Uso de Sustancias

1) Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha consumido las siguientes sustancias?

	Última semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total de días
Alcohol					
Marihuana					
Pasta Base de Cocaína					
Cocaína					
Sedantes o Tranquilizantes					
Otra sustancia (nombrar)					

2) De esas sustancias, ¿cuál considera que le genera más problemas? (Sustancia principal)

Sección 2: Salud

3) Durante las últimas 4 semanas usted diría que su salud psicológica es:

(Marque un número de 0 a 10 donde 0 = Muy mala, no podría estar peor y 10 = Excelente, no podría estar mejor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										

4) Durante las últimas 4 semanas usted diría que su salud física es:

(Marque un número de 0 a 10 donde 0 = Muy mala, no podría estar peor y 10 = Excelente, no podría estar mejor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										

Sección 3: Funcionamiento Social

5) Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días ha trabajado (remunerado o no, formal o informal*) o estudiado?

Nº de días _____

*Incluye el tiempo dedicado a las labores de casa y/o al cuidado de otras personas (hijos, adultos mayores, personas discapacitadas).

6) Pensando en las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha cometido algunos de estos actos?

Acto	Número de veces
Hurto, robo	
Venta de drogas	
Violencia contra otras personas (amistades, desconocidos)	
Violencia intrafamiliar	

7) Pensando en las últimas 4 semanas, usted diría que la calidad de sus relaciones es ¿Excelente, Buena, Ni buena ni mala, Mala, Muy mala?

	Muy mala 1	Mala 2	Ni buena ni mala 3	Buena 4	Excelente 5	No aplica
a. Padre						
b. Madre						
c. Hijos						
d. Hermanos						
e. Cónyuge o pareja						
f. Amigos						
g. Otros significativos						

8) Pensando en las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho está con su vida en general?

(Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con sus seres queridos y con su entorno).

(Marque un número de 0 a 10 donde 0 = Muy mal, no podría estar peor y 10 = Excelente, no podría estar mejor.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										

Historia Médica. Evaluación de Inscripción

NOMBRE PACIENTE: _____ REG.: _____

FECHA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ años

CONSULTA POR:

1. PRESENTE ENFERMEDAD:

2. ANTECEDENTES.

a. Personales (Nacimiento, Cirugías, ingresos hospitalarios, enfermedades, desarrollo, etc...)

- Alergias conocidas: No ___ Si ___ a que: _____

- Antecedentes psiquiátricos:

- Intoxicaciones-sobredosis:

- Hábitos Recreacionales:

b. Familiares

Orgánicos (Hipertensión, diabetes, cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, cáncer, asma, etc...):

Psiquiátricos:

Adicciones:

3. EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales:

Peso: _____ Kg Talla: _____ m TA: _____ mm Hg FC: _____ min FR: _____ min

T° _____ ° C IMC: _____ Estado Nutricional: _____

Aspecto General:

Piel y Faneras:

Cabeza y Cuello

Tórax
Respiratorio:

Cardiovascular:

Abdomen:

Genitourinario:

Aparato locomotor:

Sistema nervioso:

4. ESTADO MENTAL

Aspecto:
Psicomotricidad:
Afecto:
Pensamiento:

Sensopercepción:

Sensorio:

Juicio y Raciocinio:

MINIMENTAL TEST
(Basado en Folstein et al, 1975, Lobo et al, 1979)

Fecha: _____ Fecha Nacimiento: _____

Observaciones:

¿En qué año estamos	0-1			
¿En qué estación estamos	0-1			
¿En qué día (fecha)	0-1			
¿En qué mes	0-1			
¿En qué día de la semana	0-1			
		ORIENTACIÓN TEMPORAL (5 Máximo)		
¿En qué hospital estamos?	0-1			
¿En qué servicio estamos?	0-1			
¿En qué pueblo?	0-1			
¿En qué departamento?	0-1			
¿En qué país?	0-1			
		ORIENTACIÓN ESPACIAL (5 Máximo)		
Nombre 3 palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorga un punto por cada palabra correcta, pero continúa diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.		No. de repeticiones necesarias		
Peseta	0-1	Balón	0-1	
Caballo	0-1	Bandera	0-1	
Manzana	0-1	Árbol	0-1	
		FIJACIÓN (Recuerdo inmediato, más de 3)		
Si tiene 30 dólares y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 27 (0-1); 24 (0-1); 21 (0-1); 18 (0-1); 15 (0-1) O (0-1); D (0-1); N (0-1); U (0-1); M (0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (Máximo 5)		
Preguntar por las 3 palabras mencionadas anteriormente:				
Peseta	0-1	Balón	0-1	
Caballo	0-1	Bandera	0-1	
Manzana	0-1	Árbol	0-1	
		RECUERDO DIFERIDO (máximo 3)		
DENOMINACIÓN: Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera Lápiz 0-1; Reloj 0-1				
REPETICIÓN: Pedirle que repita la frase "mi sí-mí no-mi pero" (o "en un trigal había 5 perros) 0-1				
ORDENES: Pedirle que siga la orden "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo". Coge con mano d. 0-1; dobla por la mitad 0-1; pone en el suelo 0-1				
LECTURA: Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1				
ESCRITURA: Que escriba una frase con sujeto y predicado 0-1				
COPIA: Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto tienen que estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1		LENGUAJE (máximo 9)		
PUNTUACIÓN DE REFERENCIA: 27 o más: normal 24 o menos: sospecha patológica:				
	12-24: Deterioro 9-12: Demencia	Puntuación Total MAX.: 30 puntos		



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD
CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

DIAGNOSTICO:

PRONOSTICO:

TRATAMIENTO Y RECOMEDACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____

CONSULTA MÉDICA SUBSECUENTE

NOMBRE: _____ REG.: _____

FECHA: _____ HORA _____ SEXO: _____ EDAD: _____ años

SUBJETIVO: (REVISIÓN DE METAS Y SEGUIMIENTO DEL CASO)

OBJETIVO

T/A _____ mm Hg; FC _____ x min; FR _____ x min; T° _____ °C; TALLA _____ m; PESO _____ Kg; IMC: _____

ANALISIS

PLAN

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____

TRABAJO SOCIAL: HISTORIA Y DIAGNOSTICO SOCIAL

Fecha: _____ Hora: _____ No. Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ años Sexo: _____

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

EVOLUCION DEL CONSUMO DE DROGAS

Cantidad _____ vía actual de consumo _____ año de inicio _____

Otras drogas consumidas en el último mes u otras conductas adictivas: _____

Consumo activo: _____

Tiempo de Abstinencia: _____

Tratamiento Farmacológico Actual _____

Observaciones: _____

Tratamientos anteriores (año, lugar, motivo, modalidad de tratamiento):

Tratamientos en Salud Mental: SI _____ NO _____

Causa:

Diagnósticos médicos y/o psicológicos: _____

Adjunta informe. SI _____ NO _____ (solicitar)

CONOCIMIENTO DE LA SITUACION ACTUAL POR PARTE DEL PACIENTE (Actual, Individual y Familiar ante su tratamiento; motivación, expectativa y grado de implicación)

CONOCIMIENTO DE VARIABLES EXTERNAS QUE PUEDAN INCIDIR EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO (pérdida de trabajo, vivienda y recursos económicos, encarcelamientos, etc.)

FUNCIONES AREA FAMILIAR (Factores que han descompensado el funcionamiento familiar - identidad, valores y mitos familiares- como maltrato, denuncias, falla en comunicación, infidelidad, etc)

Tipo de Convivencia:

Funcional ____, Disfuncional ____, Aislado ____, Vive Solo ____, Institucional ____, Situación de Calle ____

Composición Familiar

Nombre	Edad (años)	Parentesco	Ocupación	Apoya Tratamiento		Consumo	
				Sí	No	Sí	No

GENOGRAMA

CONOCIMIENTO DEL ENTORNO Y SITUACIONES DE RIESGO (Grupo de relaciones, aceptación social y/o Grupal)

DATOS SOCIO-ECONOMICOS:

Lee y escribe Sí ___ No ___

Escolaridad: Ninguno ____, Primaria ____, Tercer Ciclo ____, Bachillerato, Técnico ____, Universidad __

Ultimo nivel superado: _____

SITUACION LABORAL

- Ocupación actual _____, Tiempo trabajando en la ocupación actual ___ años

- Trabaja al momento: **SI** ___ **NO** ___

SI. Completo () Medio Tiempo () Ocasional () Trabajo por su cuenta () Incapacitado ()

Labores del hogar () Otros _____

Ingreso personal aproximado durante los últimos 12 meses: _____ dólares

NO. Desempleado () Jubilado () Causa Jubilación: Discapacidad () Cumplimiento de Tiempo ()

Fuente(s) de Ingreso: Laboral ____, Pensión ____, Subsidio ____, Apoyo Familiar: ____,

Otro(s) _____. ¿Cuál/es?:

En los últimos 12 meses, ¿ha estado desempleado? Sí ___ No ___

¿cuánto tiempo estuvo o ha estado desempleado? _____

Días (0 a 365) que no trabajo los últimos 12 meses como resultado de consumir tabaco, alcohol o drogas _____ días.

En los últimos 12 meses, ¿ha perdido el empleo o empleos por el consumo de tabaco, alcohol o drogas? Sí ____, No ____. ¿Cuántas veces? _____ veces

En promedio, ¿qué porcentaje de su salario mensual utiliza en el consumo de:

Tabaco _____ %, Alcohol _____ %, Drogas _____ %?

ADECUACIÓN / SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON SU ACTIVIDAD LABORAL (en cuanto a consecución de objetivos terapéuticos).

- Actividad laboral satisfactoria y facilita la consecución de los objetivos del tratamiento _____
- Actividad laboral insatisfactoria pero facilita la consecución de los objetivos del tratamiento _____
- Actividad laboral satisfactoria aunque dificulta la consecución de los objetivos del tratamiento _____
- Actividad laboral insatisfactoria e impide la consecución de los objetivos del tratamiento _____

GASTOS

Vivienda \$ _____, Préstamos \$ _____, Deudas \$ _____, Servicios Básicos \$ _____,

Alimentación \$ _____, Otros _____

INTERESES Y/O NECESIDADES EN EL ASPECTO FORMATIVO-LABORAL (alfabetización, oficios, dificultades identificadas)

VIVIENDA.

TENENCIA	Propia	Alquilada	Pagándola	Prestada, Cuida	Familiar	
	Calle	Albergue	Otras...			
TIPO	Casa privada	Apartam ento	Pieza en Casa	Pieza en Mesón	Vivienda temporal	
	Vivienda improvisada		Otros...			
CONSTRUCCIÓN	Mixto	Adobe	Bahareque	Madera	Lamina	
	Plástico	Otros ...				

OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE (Conocimiento y buena utilización de los recursos de ocio).

- Desarrolla alguna actividad de ocio y/o tiempo libre:

Si () No ()Cuál/es: _____

- Tiene dificultades para la realización de actividades de ocio y/o tiempo libre:

SI () NO () Cuál/es: _____

- Aficiones e intereses en el ámbito del ocio/tiempo libre y participación social: _____

- Cómo es su relación con el entorno inmediato (Barrio, colonia, caserío, etc)

¿Contacto con entidades, colectivos o asociaciones dentro de la comunidad? (ADESCO, grupos...)

Si () No ()

Cuáles?: _____

¿Contacto con entidades, colectivos o asociaciones fuera de la comunidad? (UCSF, alcaldía...)

Si () No ()

Cuáles?: _____

VALORACION:



PROPUESTA DE ACTUACION:

Responsable: _____ Firma: _____ Sello:

Conclusiones

Recomendaciones

Firma y Sello _____
TRABAJADOR(A) SOCIAL

VISITA DOMICILIAR DE DIAGNOSTICO

NOMBRE DE PACIENTE: _____

REG.: _____ FECHA DE VISITA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ años

DIRECCIÓN: _____

Nombre y relación con el usuario de quien da la información: _____

Objetivo: Recolectar y verificar la información proporcionada por el usuario en visita domiciliar de apoyo en el diagnóstico.

PARTE A. DATOS GENERALES SOCIO-ECONOMICOS

1. EDUCACIÓN:

Grado académico alcanzado: _____

Centro educativo donde estudio: _____

¿Se retiró de los estudios? Sí _____ NO _____

Por qué: _____

Le hubiera gustado seguir estudiando: _____

Profesión que le hubiese gustado ejercer: _____

2. ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR:

Nº	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Estado Familiar	Nivel Educativo	Ocupación u oficio
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

3. VIVIENDA:

Tenencia	Tipo	Paredes	Techo	Piso	Letrina
Propia	Casa privada	Mixto	Duralita	Cerámica	Lavable
Alquilada	Apartamento	Adobe			
Pago a plazos	Pieza en casa	Bahareque	Lamina	Ladrillo	Fosa Seca
Prestada	Pieza en mesón	Madera			
Vive con familiares	Vivienda temporal	Lamina	Teja	Cemento	Abonera
Cuida	Vivienda improvisada	Block			
Otros ...	Otros ...	Otros...	Otros...	Tierra	No tiene

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA	BIENES DEL GRUPO FAMILIAR
Agua potable	Muebles
Energía eléctrica	Refrigeradora
Alcantarillado	Cocina
Alumbrado público	Equipo de sonido
Tren de aseo	Televisor
Teléfono	DVD
Cable TV	Computadora
Internet	Lavadora
Otros	Vehículo

4. SALUD:

¿Qué tipo de enfermedades padece con mayor frecuencia el grupo familiar?

¿Quiénes las padecen? _____

¿Cuándo usted o algún familiar se enferma, donde busca atención medica?

¿Usted o algún miembro de su familia presenta algún tipo de discapacidad? Sí ___ No ___

¿Quién o quienes las padecen? _____

¿De qué tipo? _____

5. INGRESOS FAMILIARES MENSUALES:

¿Quién asume la responsabilidad económica en su hogar?

¿A cuánto asciende el ingreso familiar mensual? _____

¿Cuántas personas aportan económicamente en su hogar? _____

¿El grupo familiar recibe ingresos de otras fuentes? Sí ____ No ____

Mencione que tipo de fuentes son: _____

¿Con que otros recursos cuenta para financiar los gastos del hogar?

6. EGRESOS FAMILIARES MENSUALES:

Nº	Rubro	Cantidad	Total
1	Gastos de alimentación		
2	Pago de vivienda (Alquiler, FSV, Banco.)		
3	Pago de servicios (agua, electricidad, teléfono, internet, etc.)		
4	Pago de tarjetas de crédito		
5	Pago de deudas o créditos (casa comerciales, otros.)		
6	Pago de vigilancia o seguridad privada de la residencia		
7	Pago de colegiaturas de los miembros del grupo familiar		
8	Pago de estudios adicionales (ingles, computación, etc.)		
9	Gastos por tratamientos médicos		
10	Gasto de combustible y mantenimiento del grupo familiar o trabajo		
11	Transporte (pago de buses, microbús, taxis.)		
12	Pago de cuotas mensuales a instituciones de beneficencia, culturales, religiosas, otras.		
13	Ahorro mensual		
14	Recreación familiar		
15	Otros gastos:		
	TOTAL		

OBSERVACIONES:

PARTE B. ADICCIONES

¿En el grupo familiar se ha hospitalizado algún miembro por el consumo excesivo de sustancias que no sea el paciente del Centro?

Sí _____ No _____, Sustancia: Alcohol (), Crack (), Cocaína (), Otra: _____

¿En el grupo familiar algún miembro padece enfermedades a consecuencias del consumo de sustancias?

Sí _____ No _____, Sustancia: Alcohol () Crack, Cocaína () Tabaco () Otra: _____

¿Existen miembros de la familia que asistan a rehabilitación por adicción a sustancias? Sí ____ No ____

¿Cuántos? _____ Relación con el usuario: _____

1) ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR PARTE DEL PACIENTE?

2) COMO FAMILIA (O VECINOS), ¿QUÉ CAMBIOS ESPERAN USTEDES QUE OBRE EL PACIENTE?

3) ¿HAN OBSERVADO CAMBIOS EN LA VIDA O ACTITUD DEL PACIENTE?, SI ____ NO ____

CUÁLES:

4) QUÉ OTRAS PERSONAS (FAMILIARES, VECINOS O AMIGOS) APOYAN AL PACIENTE EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN

F. _____
TRABAJADOR(A) SOCIAL

Firma o Huella: _____
PERSONA QUE BRINDA
INFORMACIÓN

VISITA DOMICILIAR DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DE PACIENTE: _____ REG.: _____

FECHA DE VISITA: _____ HORA: _____ EDAD: _____ años VISITA No: _____

DIRECCIÓN:

Nombre y relación con el usuario de quien da la información:

Objetivo de la visita:

Hallazgo de la visita:

Conclusiones

Recomendaciones

F. _____
TRABAJADOR(A) SOCIAL

Firma o Huella: _____
PERSONA QUE BRINDA
INFORMACIÓN

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	_____	Fecha:	_____
Edad:	_____	Sexo:	_____
Escolaridad:	_____	Expediente:	_____
Sustancia principal de consumo:	_____	Estado civil:	_____
Domicilio:	_____	Ocupación:	_____
Grupo Familiar compuesto por: _____			

II. Motivo de consulta:

III. Sintomatología:

Cognitivo: _____

Afectivo: _____

Motivacional: _____

Fisiológico: _____

Conductual: _____

IV. Anamnesis:

V. Antecedentes familiares:

VI. Relaciones familiares y área social:

VII. Área sexual:

VIII. Situaciones de Violencia intrafamiliar:

IX. Otros datos:

X. Diagnóstico Presuntivo:

XI. Pronóstico:

XII. Análisis sobre el caso:

Firma: _____ Sello:

Fecha: _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN- TEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle qué bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aun sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en la manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aun cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
INTERPRETACIÓN				
Puntaje Obtenido	1-10	11-20	21 o +	
	DEPENDENCIA BAJA	DEPENDENCIA MEDIA	DEPENDENCIA SEVERA	

Evaluador:		Firma:		Sello:	
-------------------	--	---------------	--	---------------	--

Fecha: _____

Nombre: _____ **Expediente:** _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Estado civil:** _____

Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: A continuación, se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASION ALMENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el “dueño” del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una “anécdota”	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí.	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3

INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)
ANÁLISIS DE ÍNDICE DEL PROBLEMA DE LAS DISTINTAS SUBESCALAS

Nombre: _____ Fecha: _____
 Expediente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Sustancia principal de Consumo: _____

SUBESCALA	PUNTAJE	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
1. EMOCIONES DESAGRADABLES			<p>BAJO RIESGO: El usuario nunca bebió en exceso durante el año pasado, en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo para el usuario.</p> <p>RIESGO MODERADO: El usuario algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el usuario.</p> <p>ALTO RIESGO: Durante el año pasado el usuario frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el usuario.</p> <p>MUY ALTO RIESGO: El usuario muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el usuario.</p>
2. MALESTAR FÍSICO			
3. EMOCIONES AGRADABLES			
4. PROBANDO AUTO-CONTROL			
5. NECESIDAD FÍSICA			
6. CONFLICTO CON OTROS			
7. PRESIÓN SOCIAL PARA BEBER			
8. EMOCIONES AGRADABLES CON OTROS			

Evaluador: _____ Firma: _____ Sello: _____

Nombre: _____ Fecha: _____
 Expediente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad. (Marque con una cruz).
TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

- 1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?
 - En cinco minutos o menos 3
 - Entre seis y treinta minutos 2
 - Entre treinta y uno y sesenta minutos 1
 - Después de sesenta minutos 0

- 2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?
 - Si 1
 - No 0

- 3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?
 - El primero de la mañana 1
 - Todos los demás 0

- 4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Diez o menos 0
 - Entre once y veinte 1
 - Entre veintiuno y treinta 2
 - Treintaiuno o más 3

- 5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
 - Si 1
 - No 0

- 6.- ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?
 - Si 1
 - No 0

INTERPRETACIÓN					
Puntaje Obtenido	Nivel de Dependencia				
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10
	Muy Baja	Baja	Moderada	Alta	Muy Alta
Evaluador:			Firma:		Sello:

Nombre: _____ Fecha: _____
 Expediente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: Cómo valora lo siguiente (Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar adecuado):

TEST DE GLOVER – NILSON

Preguntas 1 a 3: 0 – Nada en absoluto 1 – Algo 2 – Moderadamente 3 – Mucho 4 – Muchísimo	0	1	2	3	4
01.- Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
03.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
Preguntas 4 a 18: 0 – Nunca 1 – Raramente 2 – A veces 3 – A menudo 4 – Siempre	0	1	2	3	4
04.- ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
05.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
06.- ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
07.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
08.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
09.- ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10.- ¿Algunos lugares a circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin deseárselo realmente?	0	1	2	3	4
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos, aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.)?	0	1	2	3	4
14.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17.- ¿Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

INTERPRETACIÓN							
TIPO DE DEPENDENCIA	PUNTUACION	NIVEL DE DEPENDENCIA					
PSICOLÓGICA (preguntas 1, 6, 7 y 8)		0 – 5	Leve	6 – 10	Moderada	11 – 16	Alta
SOCIAL (preguntas 17 y 18)		0 – 2	Leve	3 – 5	Moderada	6 – 8	Alta
GESTUAL (preguntas 2, 3, 4, 5 y del 9 al 16)		0 – 15	Leve	16 – 31	Moderada	32 o >	Alta

Cuestionario de Abuso de drogas (CAD-20)

Nombre: _____ Fecha: _____
 Expediente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses*. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO. Entonces, marque la respuesta apropiada que está al lado derecho del reactivo. Entre las drogas que se pueden incluir están: cannabis (marihuana, hashis), solventes (pegamento), tranquilizantes (valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que los reactivos no incluyen a las bebidas alcohólicas. Por favor responda a todos los reactivos. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta más adecuada a su caso. Le agradecemos su participación.

Cuestionario de uso de drogas CAD-20	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Ha tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?		
8. ¿Supareja(ofamiliares)sequejaconstantementeporsu involucramiento con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?		
10. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?		
11. ¿Hadescuidadoasufamiliaofaltadoaltrabajocomoconsecuenciadelusodedrogas?		
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?		
13. ¿Ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Se ha involucrado en peleas cuando está bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Lo han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez ha experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejemplo: pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

CALIFICACIÓN					
Puntaje Obtenido	0	1-5	6-10	11-15	16-20
	No Reportó	Nivel Bajo	Nivel Moderado	Nivel Sustancial	Nivel Severo
Evaluador:	Firma:		Sello:		

Evaluador:		Firma:		Sello:	
------------	--	--------	--	--------	--

Fecha: _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Sustancia principal de Consumo: _____

Instrucciones: A continuación, encontrara una serie de comentarios referentes a conductas pensamientos y sensaciones que en la actualidad experimente sobre su consumo de drogas. Indica utilizando el número de la escala que encontrara a continuación la frecuencia con que últimamente te ocurren las cosas que en ello se describen.

**INVENTARIO DE PROCESO DE CAMBIO
(TOMADO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE. MOTIVACIÓN AL CAMBIO)**

1. Estoy comprometiéndome a no usar drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

2. Me molesta ser rechazado por los demás por hecho de ser consumidor de drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

3. Existen personas en mi vida diaria que se preocupan para que me sienta bien cuando no uso drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

4. Ver a otros consumidores de drogas en pésimas condiciones me hace sentir mal.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

5. Me siento molesto cuando pienso en mi problema con la droga.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

6. Pienso que mi vida familiar, afectiva, amorosa sería mejor si no usara drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

7. Me viene a la cabeza el recuerdo de programas de televisión o de radio que hablan de los problemas con los que un drogadicto se encuentra al dejar las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

8. A través de los medios de comunicación (TV, periódicos, radio) conozco las campañas que se están llevando a cabo contra las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

9. Creo que los que consumen drogas podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra persona si dejamos nuestra adicción.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

10. Pienso que la información que la gente me ha dado personalmente sobre los beneficios de dejar las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

11. Sé que cada vez más la gente piensa que ser consumidor de drogas significa ser delincuente.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

12. Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de usar drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

13. Cuando tengo ganas de consumir drogas, hago una actividad física para que desaparezcan.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

14. Mi dependencia a las drogas me hace sentirme a disgusto conmigo mismo.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

15. Suelo abrirme o sinceramente con alguna persona para explicarle mis experiencias con la droga.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

16. Pienso en la información de programas de televisión o anuncios de periódicos que hablan de cómo uno puede dejar las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

17. Creo que el que yo use drogas perjudica a las personas que me rodean.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

18. Acostumbro a poner alrededor de los lugares donde permanezco más horas, cosas que me recuerdan que no debo usar drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

19. Cuando pienso que usar drogas produce diversas enfermedades o problemas físicos me afecta emocionalmente (me siento nervioso/a, preocupado/a.).

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

20. Evito ir a divertirme a lugares donde van personas que consumen drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

21. Para no usar drogas camino por barrios o lugares donde no puedo encontrarla.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

22. Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si uso drogas como si no las uso.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

23. Me digo a mi mismo que soy capaz de dejar Las drogas si así lo quiero.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

24. Sé que los demás piensan que si uso drogas es porque soy una persona peligrosa y que crea problemas, pero yo sé que eso no es cierto y quiero dejar de usar drogas para demostrarlo.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

25. Sé que cada vez más gente de mi barrio o colonia es consciente del problema de las adicciones y se están movilizand para prevenirlas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

26. Creo que el usar drogas afecta las relaciones de amistad con las demás personas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

27. Cuando estoy tentado a usar drogas, pienso en cualquier cosa que pueda distraerme.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

28. Me digo a mi mismo que puedo escoger el usar drogas o no usarlas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

29. Recuerdo la información que la gente me ha dado personalmente de como dejar las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

30. Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debí dejar las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

31. Me felicito, me recompenso o me regalo algo a mí mismo cuando no uso drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

32. Cuando necesito relajarme para enfrentar mis problemas o tensiones, hago otra cosa en lugar de usar drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

33. Evito encontrarme con amigos que están utilizando drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

34. Me afecta emocionalmente (tenso, preocupado) cuando me advierten de los problemas familiares, de pareja, con amigos que se pueden dar si uso drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

35. Sé que alguien me felicitará o recompensará si no uso drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

36. Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

37. Me digo a mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin usar drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

38. Los consejos y advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud el usar drogas me afecta emocionalmente.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

39. Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con las drogas.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

40. Existen algunas personas que cuando no uso drogas me recompensan o me felicitan.

0 = no es en absoluto mi caso.	1 = Algunas veces es mi caso.	2= Bastantes veces es mi caso.	3= Muchas veces es mi caso
--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

INVENTARIO DE PROCESO DE CAMBIO
(TOMADO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE. MOTIVACIÓN AL CAMBIO)
HOJA DE CORRECCIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Expediente: _____
Estado civil: _____
Sustancia principal de Consumo: _____

SUBESCALA	PUNTAJE	RESULTADO
1. AUMENTO DE CONCIENCIA		
2. RELIEVE DRAMÁTICO		
3. REEVALUACIÓN AMBIENTAL		
4. AUTOEVALUACIÓN		
5. AUTOLIBERACIÓN		
6. CONTROL DE ESTIMULOS		
7. CONTRACONDICIONAMIENTO		
8. AUTOGOBIERNO		
9. RELACIONES DE AYUDA		
10. LIBERACIÓN SOCIAL		

Conclusiones: _____

Recomendaciones: _____

Evaluador: _____ Firma: _____ Sello: _____

25. Cuando se me acaba la paciencia me pongo ofensivo/a	MA	A	D	MD
26. A menudo me gustaría ser cualquier otra persona				
27. La mayoría de la gente es mejor que yo				
28. Cuando me encuentro frente a un problema suelo tratar de ser organizado para estar por encima de la situación				
29. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
30. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as	MA	A	D	MD
31. Cuando me encuentro frente a un problema procuro ajustar mis prioridades				
32. No merece la pena hacer muchos planes para el futuro, es la suerte la que decide lo que ocurrirá				
33. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir				
34. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables				
35. Soy una persona tímida				
	MA	A	D	MD
36. Cuando tengo problemas prefiero dormir para olvidarlos				
37. Tengo una mala opinión de mí mismo				
38. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar				
39. Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte				
40. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	MA	A	D	MD
41. Cuando me encuentro frente a un problema suelo llamar a un amigo				
42. Creo que nunca llegaré a sentirme satisfecho de mi vida				
43. Cuando tengo problemas me encierro en casa para no pensar en ellos				
44. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decidir una acción a seguir y llevarla a cabo				
45. Sin duda alguna, no tengo confianza en mí mismo	MA	A	D	MD
46. Cuando me encuentro frente a un problema suelo ponerme muy tenso				
47. Siempre soy optimista acerca de mi futuro				
48. Cuando me encuentro frente a un problema suelo marcar mis prioridades				
49. Algunas veces pienso que soy una carga para los demás				
50. Suelo tener que volver hacer las cosas por obrar precipitadamente	MA	A	D	MD
51. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas				
52. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hacer un esfuerzo extra para resolver las cosas				
53. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				
54. Creo que soy importante como persona				
55. Cuando tengo problemas utilizo la fantasía para imaginar que se resuelven satisfactoriamente	MA	A	D	MD
56. Cuando estoy muy irritado sé lo que tengo que hacer para tranquilizarme				
57. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
58. Cuando me encuentro frente a un problema suelo analizar el problema antes de actuar				
59. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular				
60. Cuando me encuentro frente a un problema suelo lograr controlar la situación	MA	A	D	MD
61. Estoy muy contento de ser como soy				
62. Cuando me encuentro frente a un problema suelo sentirme nervioso por no ser capaz de afrontarlo				
63. Pienso que soy una persona vulgar, sin interés para los demás				
64. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar con alguien cuyos consejos valore				

65. Cuando me encuentro frente a un problema suelo culparme por aplazar la toma de decisiones				
	MA	A	D	MD
66. Siempre miro el lado positivo de las cosas				
67. Cuando me encuentro frente a un problema suelo irme a ver a algún amigo				
68. Tengo la seguridad de que me será posible ser feliz				
69. Las cosas nunca ocurren como yo quiero				
70. Tengo demasiados defectos				
	MA	A	D	MD
71. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer				
72. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decirme a mí mismo que eso no me puede estar sucediendo a mí				
73. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
74. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por no saber qué hacer				
75. Tengo miedo del futuro, no espero que me pase nada bueno				
	MA	A	D	MD
76. Cuando me encuentro frente a un problema suelo centrarme en el problema y ver cómo puedo resolverlo				
77. Cuando me encuentro frente a un problema suelo enfadarme				
78. Tomo decisiones de forma rápida que después lamento				
79. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño				
80. Cuando me encuentro frente a un problema suelo pasar un tiempo con una persona especial				
	MA	A	D	MD
81. La mayor parte de los problemas que se resuelven no son por el esfuerzo que pongas en conseguirlo, sino por suerte o porque otros los solucionan				
82. Cuando tengo problemas me tomo cualquier cosa que me haga olvidarlos				
83. Con frecuencia descargo mi ira con violencia				
84. Suelo equivocarme por hacer ciertas cosas de modo precipitado				

ANÁLISIS DE RESULTADOS

SUBESCALAS	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Autocontrol		
Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social		
Afrontamiento centrado en la emoción		
Afrontamiento centrado en las tareas		
Habilidades sociales		
Locus de control		
Optimismo		
Autoeficacia general		
Autoestima		

Evaluador: _____ Firma: _____ Sello: _____

HOJA DE REGISTRO

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Sustancia principal de consumo: _____
APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN		RESPONSABLE DE EVALUACIÓN
	DIAGNÓSTICO	SEGUIMIENTO	
Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)			
Inventario situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)			
Test de Fagerström de Dependencia de Nicotina			
Test de Glover Nilsson			
Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD 20)			
Inventario de Procesos de Cambio			
Cuestionario de análisis clínico (CAQ)			
Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (V.I.P.)			
OTRAS PRUEBAS			



PARA ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS

FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES INFORME DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

CPTA:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		
LUGAR		
FECHA		
DETALLE	Consejerías	
	Personas referidas	
	Personas sensibilizadas	
	Otras actividades	
	TOTAL POBLACIÓN PROMOCIONADA	
MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO	Afiches	
	Trípticos	
	Hojas Volantes	
	Stickers	
	Artículos promocionales	
	Otros	
	TOTAL	
RESPONSABLE ACTIVIDAD (FIRMA Y SELLO)		
FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN		



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD
CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES
COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES

CPTA: _____ Fecha: _____

Institución Visitada: _____

Persona con la que se coordina: _____

Cargo: _____

OBJETIVO:	
PARTICIPANTES	
DESARROLLO	
ACUERDOS:	
FIRMA Y SELLO CPTA	FIRMA Y SELLO INSTITUCIÓN



SERVICIOS DE PREVENCIÓN

LISTADOS DE ASISTENCIA PARA DIFERENTES ACTIVIDADES

FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES

LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: _____

LUGAR: _____ FECHA: _____

RESPONSABLE DE ACTIVIDAD: _____

No.	NOMBRE	DEPENDENCIA/GRADO	F	M	EDAD	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

SELLO INSTITUCIÓN:

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcohólicos Anónimos, "Doce pasos y doce tradiciones". Traducción al español de 1995 por Alcoholics Anonymous World Service, inc. 9a Impresión, 2015
2. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática. "Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI)". Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA. 1a. Edición. Santiago de Chile, Chile. 2016
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV-TR, 4º edición. Washington, Asociación Americana de Psiquiatría.
4. Barragán Torres, Lydia, Dra.; Flores Mares, Marlene, Mtra. Ramírez García, Ana Nayeli, Psic.; Ramírez Mendoza, Carolina, Psic. "Manual del Programa de Prevención de Recaídas". Secretaría de Salud, CONADIC. 1a Edición. México, 2014
5. Becoña Iglesias, Elisardo; Cortés Tomás, Maite, Coordinadores, "Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación". Socidrogalcohol, Valencia, agosto 2010.
6. Bermejo Gutiérrez, María Victoria, Coordinadora grupo. "Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones". Instituto de adicciones de la ciudad de madrid. Edición digital. Madrid, España. Octubre 2012
7. Centros de Integración Juvenil, A. C. Para vivir sin adicciones, "Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones", México, 2013
8. CICAD-OEA-SENDA, Instrumento de medición de resultados de tratamiento. Manual para el entrevistador. 1a Edición, 2019
9. Consejo de la Juventud de Castilla y León, "Materiales didácticos de educación para la salud II. La prevención de drogodependencias", España. recuperado de: <https://es.scribd.com/document/314910555/Materiales-didacticos-educacion-para-la-salud-2-pdf>
10. COPOLAD, "Calidad y Evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación". Unión Europea. 1a Edición, 2014
11. COPOLAD, "Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas". 1a Edición. Madrid, noviembre 2014
12. Cuarta Encuesta Nacional sobre consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar de El Salvador. Año 2018. Recuperado de: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/03/Presentacio%CC%81n-Cuarta-encuesta-nacional-sobre-consumo-de-sustancias-psicoactivas-2018.pdf>
13. Fondo Solidario para la Salud, "Plan Estratégico Institucional", 2020

14. Guerrero, Alejandro Sánchez, Mtro., Coordinador, Para vivir sin adicciones, "Manual de técnicas y dinámicas grupales volumen II", Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2013 recuperado de:
15. León León, Laura M., Dra., Coordinadora. "Tratamiento para jóvenes que consumen marihuana. Manual de apoyo". Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2016
16. León León, Laura Margarita, Dra., Coordinadora. "Guía de intervención clínica para terapia grupal", Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2016
17. Ministerio de Salud, "Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de personas con problemas de consumo de Sustancias Psicoactivas". El Salvador, 1a. Edición, febrero 2014. Recuperado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_consumo_sustancias_psicoactivas_07022014.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
19. Pereiro Gomez, César y Fernandez Miranda, Juan Jose (Coordinadores). "Guía adicciones para especialistas en formación". 2a Edición. Socidrogalcohol, Madrid, febrero 2018.
20. Ponce, G; Jiménez Arriero, MA; y Rubio, G. "Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica". Trastornos adictivos 2003; 5(1):27-32
21. Sánchez-hervás, e., tomás gradolí, v. y morales gallús, e." Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones". Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Trastornos Adictivos 2004;6(3):159-66. Sociedad Española de Toxicomanías, España. 2004
22. Secretaria de Salud, "Guía preventiva para padres y maestros, Hablemos sobre alcohol, tabaco y otras drogas" Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: <http://passthrough.mailf.fosalud.gob.sv/static/677405/downloader.html>



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

EDITORIAL DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

EDITORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD

Gobierno de El Salvador