

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Ministerio de Salud



FEBRERO 2014



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Unidad de Salud Mental

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

San Salvador, El Salvador febrero 2014

AUTORIDADES

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

MINISTRA DE SALUD DE EL SALVADOR

DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR

VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

DR. EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS

VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

FICHA CATALOGRÁFICA.

2014 Ministerio de 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 del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1ª. Edición. 2014.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Viceministerio de Servicios de Salud

Programa Nacional de Salud Mental

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Programa Nacional de Salud Mental. Lineamientos Técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. San Salvador, El Salvador. C.A.

ÍNDICE

Introducción.....	1
I. Base Legal.....	2
II. Objetivos.....	2
III. Ámbito De Aplicación.....	3
IV. Disposiciones Generales.....	3
OFERTA DE SERVICIOS.....	4
1.PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD.....	4
2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	4
3.REHABILITACIÓN.....	13
4.REINSERCIÓN SOCIAL.....	23
V..Glosario.....	26
VI. Obligatoriedad	27
VII. Revisión Y Actualización.....	27
VIII. Derogatoria.....	27
IX. De lo No Previsto	27
X. Vigencia	28
XI.Anexos.....	29

EQUIPO TÉCNICO

Unidad de Salud Mental

Dr. Carlos Alberto Escalante
Dra. Hazel Valdez Godoy

Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

Dr. Arturo Carranza
Dra. Sandra Yanira Lazo de García
Lic. Ica de Angel
Dr. Roberto Arcides Medina Mendoza
Dr. Melvin Arturo Gómez
Dr. Henry Mauricio

Dirección del Primer Nivel de Atención

Dra. Evangelina de Ventura

Programa de Lesiones de Causa Externa

Dra. Silvia Argentina Morán de García

Unidad de Promoción de la Salud

Lic. Jeannette Suárez de Choto

FOSALUD

Dra. Ingrid Romero
Dr. Reynaldo Saravia

Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez
Lic. Ernesto Villalobos
Dra. Mayra Sáenz de Hernández

COMITÉ CONSULTIVO

Ministerio de Salud
Fondo Solidario para la Salud
Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Organización Panamericana de la Salud
Comisión Nacional Antidrogas
Comando de Sanidad Militar
Batallón de Sanidad Militar/ COSAM
Hospital Militar Central/ COSAM
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Salud 2009-2014 Construyendo la Esperanza en la Estrategia 14 “Toxicomanías, violencia y salud mental”, define estrategias orientadas al mejoramiento de la atención integral a la salud mental, a la reducción del alcoholismo y toxicomanías y a los aspectos vinculados a la salud mental que se identifiquen con respecto a la violencia social y la violencia contra la mujer, a su vez la Política Nacional de Salud Mental, propone contribuir al bienestar integral de las personas, familia y comunidad, lo que impulsa el desarrollo del presente documento, el cual contiene los Lineamientos técnicos para una atención integral e integrada de las adicciones por el personal de salud del primer nivel de atención y de la red hospitalaria que integran la Red integral e integrada de Servicios de Salud, en adelante RIISS.

En la actualidad, se atiende la demanda del paciente con consumo de sustancias psicoactivas, pero su manejo se limita a la atención de las complicaciones clínicas derivadas o no del consumo de estas sustancias, El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, implementa el modelo integral de atención orientado a la protección, promoción de la salud mental, prevención de los factores de riesgo, promoción de los factores de protección y atención adecuada de los trastornos mentales, con el abordaje psicosocial de base comunitario considerando las determinantes sociales a nivel nacional, con el fin de brindar una atención integral a la población que adolece de algún tipo de adicción a sustancias psicoactivas.

Para impulsar este modelo, en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud se hace necesario que los prestadores de servicios de salud unan esfuerzos, trabajando en forma conjunta y coordinada en el marco de la intersectorialidad y facilitando la participación social en salud, para desarrollar e implementar la atención integral e integrada de salud para las personas con consumo de sustancias psicoactivas, que les permita un mejor futuro a las nuevas generaciones y a las ya afectadas por las drogas, brindándoles la oportunidad de ser arquitectos de una nueva vida.

I. BASE LEGAL

El Artículo 65 de la Constitución de la República establece que es obligación del Estado y las personas, velar por la conservación y restablecimiento del bien público salud.

En tal sentido, y en ejecución del mandato constitucional, el Código de Salud en su artículo 186 impone que el Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, debe dictar las medidas necesarias para combatir el alcoholismo y la drogodependencia, pudiendo coordinar para ello, con instituciones públicas y privadas y crear programas científicos sobre los efectos de tales productos.

Acorde a lo anterior, la Ley para el Control del Tabaco, nuevamente faculta al MINSAL, como autoridad competente para la aplicación de tal Ley, por lo que deben establecerse programas de información y educación sobre los efectos del tabaco.

La Ley para el Control de la Comercialización de las Sustancias y Productos de Uso Industrial o Artesanal que Contengan Solventes Líquidos e Inhalantes, establece que el MINSAL, en coordinación con los demás entes estatales, es responsable de apoyar y velar por que se cumplan los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los niños, niñas, jóvenes y adultos, afectados por la drogo-dependencia.

La Política Nacional de Salud 2009 - 2014 en su Estrategia 14, establece que el MINSAL debe definir estrategias orientadas al mejoramiento de la atención integral a la salud mental, por lo que debe promover la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de las personas afectas en su salud mental, producto de la adicción a las drogas.

En tal sentido, la Política Nacional de Salud Mental amplía las atribuciones del MINSAL en dicho aspecto, ya que le faculta para la investigación, prevención y ejecución de campañas sobre los determinantes de las afectaciones a la salud mental.

Y la Estrategia Nacional Antidrogas 2010-2015, establece las actividades interinstitucionales a través de las cuales se cumplen las metas y objetivos de la prevención, combate y reducción del consumo de drogas.

II. OBJETIVOS

Establecer los requerimientos operativos para la atención integral de las personas con consumo de sustancias psicoactivas en las diferentes etapas del proceso de salud-enfermedad en la RIISS, para el restablecimiento de la salud y contribuir a su reinserción a la sociedad.

Objetivos específicos

1. Definir los aspectos operativos para la implementación de acciones integrales de promoción, prevención y educación en salud acerca del consumo de sustancias psicoactivas en la RIISS, para el fortalecimiento de los factores protectores y disminuir los factores de riesgo en la población.

2. Proporcionar los criterios técnicos para realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas con consumo de sustancias psicoactivas para el restablecimiento de su salud, en la RIISS.
3. Proporcionar los criterios operativos para la rehabilitación integral de las personas con consumo de sustancias psicoactivas en la red de establecimientos del MINSAL, a fin de contribuir a su reinserción a la sociedad.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos el personal de salud y otros actores involucrados en la temática, en el funcionamiento en RIISS.

IV. DISPOSICIONES GENERALES

Son funciones y atribuciones de los distintos niveles del MINSAL, en relación a la atención integral a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, las siguientes:

Nivel Superior:

- Desarrollar las acciones de rectoría ante las instituciones miembros del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS.
- Coordinar acciones con la Comisión Nacional Antidrogas en adelante CNA.
- Divulgar y hacer cumplir los Lineamientos técnicos en las Regiones de Salud y Hospitales.
- Gestionar recursos para la implementación de la atención integral a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, en la red de establecimientos del MINSAL.
- Desarrollar el plan de capacitación para la aplicación de los Lineamientos técnicos en el Nivel Regional y Hospitales.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los Lineamientos técnicos.
- Revisar y actualizar los presentes lineamientos de acuerdo con los resultados obtenidos.
- Sistematizar experiencias exitosas.

Nivel Regional

- Divulgar y hacer cumplir los lineamientos técnicos en los Sistemas Básicos de Salud Integral, en adelante SIBASI, y en la red de establecimientos del MINSAL.
- Gestionar recursos para la implementación de la atención a las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, en la red de establecimientos de su responsabilidad.
- Desarrollar el plan de capacitación para la aplicación de los Lineamientos técnicos en los SIBASI y Red de establecimientos de salud de su área de responsabilidad.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los Lineamientos técnicos en el área de su responsabilidad.

Nivel Local

En el SIBASI

- Divulgar y hacer cumplir los lineamientos técnicos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF.
- Desarrollar el plan de capacitación para la aplicación de los Lineamientos técnicos en la red de establecimientos de salud de su área de responsabilidad.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los Lineamientos técnicos en el área de su responsabilidad.
- Promover la participación social e intersectorialidad en el desarrollo de las actividades de promoción, prevención, educación en salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación integral y reinserción social.

En la UCSF Básicas, Intermedias, Especializadas y Hospitales

- Desarrollar el plan de capacitación para la aplicación de los Lineamientos técnicos con el personal de salud de su responsabilidad.
- Aplicar los Lineamientos técnicos a través de su personal de salud.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los Lineamientos técnicos.
- Promover la participación social y comunitaria e intersectorialidad en el desarrollo de las actividades de promoción, prevención, educación en salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación integral y reinserción social.

OFERTA DE SERVICIOS

Los servicios de salud que se ofertan a las personas con problemas en el consumo de sustancias psicoactivas, en la red de establecimientos del MINSAL, se enmarcan en la atención integral a las personas con problemas de consumo a las sustancias psicoactivas, se desarrollan a continuación:

1.PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

La promoción, prevención y educación en el consumo de sustancias psicoactivas, se conciben como el proceso por medio del cual se favorece el desarrollo de conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas saludables del individuo, familia, comunidad y sociedad, generando su participación consciente y activa, como agentes de cambio para promover su desarrollo biopsicosocial y espiritual, que les permitan ser menos vulnerables frente a las presiones que ejercen la familia, los amigos, los medios de comunicación y la sociedad en general.

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los pacientes que demandan atención en la red de establecimientos del MINSAL a causa de síndrome de dependencia, intoxicación aguda, consumo perjudicial y síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas, deberán ser diagnosticados según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

Todo paciente deberá ser evaluado mediante una historia clínica completa, examen físico y mental y si es necesario, habrá que utilizar apoyo diagnóstico con exámenes de laboratorio y de gabinete, realizando un diagnóstico diferencial, investigando patologías asociadas y comorbilidad.

La fase aguda de estas patologías y los problemas físicos agregados deben estabilizarse en el primer establecimiento de salud que lo atiende, por el médico general, médico internista o médico de familia con participación interdisciplinaria, según disponibilidad de recursos, quienes decidirán el plan terapéutico en esta fase. Posteriormente, de ser necesario se realizará interconsulta o referencia de acuerdo con el nivel de complejidad de la red, previa coordinación entre los establecimientos de salud, así como el retorno respectivo para dar seguimiento al plan terapéutico.

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, en adelante Ecos Familiares, 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 aplicar el instrumento de evaluación biopsicosocial para clasificar el grado de complicación física, médica, psiquiátrica y social proporcionando el oportuno tratamiento y/o derivación (ver Anexo 2).

Las UCSF según su complejidad, deben desarrollar actividades de diagnóstico y tratamiento siguientes:

Las UCSF básicas e intermedias deben:

1. Detectar riesgos de consumo de sustancias psicoactivas en la población que atiende, para lo cual se aplica el cuestionario CAGE, Ver Anexo 3 y en caso de detectar riesgos, debe ser atendido por el referente de salud mental, para realizar la intervención correspondiente. Si el paciente presenta condición estable, se procederá a la educación en salud; si su condición es de consumo activo, debe atenderse de acuerdo al Manejo de intoxicaciones y abstinencias. El criterio diagnóstico deberá hacerse de acuerdo a las Guías Clínicas de Psiquiatría u instrumento técnico jurídico relacionado vigente.
2. Educar en salud sobre los riesgos a los que se expone por consumir tabaco, alcohol u otras drogas.
3. Derivar a UCSF especializada u otros establecimientos, si detectan que el problema no puede ser manejado por este Nivel, ver anexo 4 de criterios de admisión.
4. 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 de la UCSF debe coordinar las visitas periódicas de seguimiento para evaluar la evolución del paciente.

Las UCSF especializadas deben:

- Desarrollar las mismas acciones que las UCSF básicas e intermedias realizan en atención integral a las personas con 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. Las terapias grupales se pueden realizar siguiendo el modelo de tratamiento del nivel especializado de psiquiatría.
- 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, haciendo uso de los Lineamientos técnico para la referencia, retorno e interconsulta en la RIISS.
- Coordinar con los niveles correspondientes las acciones de seguimiento del paciente.

Manejo de las intoxicaciones y abstinencias en UCSF

En todo paciente con intoxicación y abstinencia que no requiera referencia a otro nivel según condición clínica, se recomienda el siguiente manejo:

1. Tiamina 200 mg o 1-2 cc IM cada día durante cinco a diez días.
2. Bromacepam 3 mgr tableta administrar una tableta VO cada ocho horas durante tres días, luego disminuir una tableta cada tres días hasta suspender.
3. Sales de rehidratación oral.
4. Control en cinco días en UCSF.
5. Explicar la aparición de síntomas de alarma: alucinaciones, delirios, convulsiones, temblores fuertes, calambres, fiebre e incontinencia oral.
6. De presentarse estos síntomas debe asistir de inmediato la UCSF para nueva evaluación.
7. Referencia a programa de rehabilitación.

Segundo Nivel de Atención

Los casos que no pueden ser manejados en el Primer Nivel de Atención, de acuerdo con la capacidad instalada disponible, serán atendidos en el nivel hospitalario correspondiente, así mismo 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 debe recibir tratamiento ambulatorio, si pasa al área de observación o si es ingresado.

En el caso que se decida manejarlo ambulatoriamente, se le debe brindar las medidas generales y continuará sus controles en el hospital o en la UCSF, según criterio médico.

En caso de decidir que el paciente pase al área de observación, se requerirá cuatro horas de manejo, donde será evaluado cada hora y se decidirá la forma de manejo ambulatoria o de ingreso, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios para el manejo ambulatorio
Intoxicación leve-moderada.
Síndrome de abstinencia leve.
Ausencia de complicaciones médicas y/o psiquiátricas.
Adecuado apoyo familiar y/o social.
Buena respuesta al tratamiento aplicado.
Acceso a establecimientos de salud para seguimiento del caso.

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos Técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. MINSAL, diciembre 2013.

Criterios para ingreso
Intoxicación severa.
Síndrome de abstinencia moderada-severa.
Afección médica, quirúrgica o con patología psiquiátrica descompensada.
Paciente sin red de apoyo.
Paciente que no recupera la conciencia después de un periodo de 4 horas de observación.
Falta de acceso a establecimientos de salud para seguimiento del caso.
Paciente que solicite ingreso y de acuerdo a evaluación médica.
Paciente que repetidamente llega a atención de emergencia, y no logra parar el consumo .
Intolerancia a la vía oral y/o desequilibrio hidroelectrolítico que requiera corrección.

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos Técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. MINSAL, diciembre 2013.

MANEJO DE LA ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

a) Manejo ambulatorio del paciente con síndrome de abstinencia e intoxicación a sustancias psicoactivas:

En el caso de que se decida manejar al paciente en forma ambulatoria, se debe indicar el mismo tratamiento y recomendaciones anteriormente descritos para las UCSF.

b) Manejo del paciente con síndrome de abstinencia e intoxicación a sustancias psicoactivas en el área de observación:

Manejo de la intoxicación aguda y la abstinencia por sustancias psicoactivas:

Las medidas generales para el manejo de las intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia por sustancias psicoactivas, serán dirigidas a disminuir o evitar las complicaciones físicas y psiquiátricas derivadas de su consumo. A todo paciente se le debe realizar historia clínica, examen físico, neurológico y mental; las medidas a seguir dependerán de cada caso según los resultados de la evaluación del paciente, siendo tales medidas las siguientes:

- Tomar, monitorear y registrar signos vitales, cada hora mientras dure el periodo de observación o según lo amerite el estado del paciente.
- Controlar la temperatura corporal por medios físicos.
- Uso de respaldo a 30°.
- Administración de carbón activado 1 gr/kg, si el paciente esta consciente.
- Lavado gástrico, sólo si está consciente y menos de dos horas de intoxicación.
- Valorar el uso de vía oral.
- Toma de vía venosa si es necesario, y estabilizar hemodinámicamente.
- Administrar tiamina 100 mg/ ml (1 o 2 c.c.) endovenosa en forma directa, antes de utilizar líquidos dextrosados endovenosos. No la aplique en caso de ser alérgico al medicamento.
- Administrar líquidos para aumentar la diuresis y favorecer la eliminación de la sustancia psicoactiva.
- Vía oral: sales de rehidratación oral.
- Vía endovenosa: administrar un litro de solución salina al 0.9% en una hora.
- Tratamiento sintomático:
- Hipoglucemia: administración de glucosa intravenosa.
- Hipertermia: medidas físicas de enfriamiento. Si no se presenta respuesta, usar benzodiazepinas (BZD) como el diacepam a 0,2-0,5 mg/kg/dosis iv, máximo 10 mg/dosis. En caso de no presentar respuesta a las benzodiazepinas, usar dantroleno (2,5-4 mg/kg/dosis hasta dosis acumulada de 10 mg/kg) o relajante muscular más ventilación mecánica.
- Hipertensión arterial: leve: BZD; moderada: nifedipino (0,25-0,5 mg/kg/6-8 h sl, vo); grave: labetalol (0,2-2 mg/kg iv, repetir cada 5-10 min, máx. 300 mg), nitroglicerina (0,5-10 µg/kg/min en perfusión), nitroprusiato (0,5-8 µg/kg/min) o fentolamina (0,05-0,2 mg/kg/dosis iv cada 5 min hasta control). Evitar beta-bloqueantes puros.
- Hipotensión arterial: expansión con volumen y si no hay respuesta usar inotrópicos (dopamina, adrenalina en perfusión continua).

- Arritmias: antiarrítmicos (beta-bloqueantes asociados a fentolamina).
- Infarto de miocardio: oxígeno, nitroglicerina, AAS y opioides.
- Convulsiones: BZD (diazepam, clonazepam). Si por opioides, primero naloxon
- Agitación leve a moderada: ambiente tranquilo. Si no presenta respuesta usar BZD.
- Psicosis o agitación grave: haloperidol (niños tres a doce años 0,05-0,15 mg/kg/día, en niños(as) hasta los doce años 2,5-5 mg im). Administre benzodiacepinas y/o neurolépticos, si presenta alteraciones psicopatológicas, según la siguiente tabla:

Vía oral		Vía endovenosa	
Nombre de medicamento	Dosis	Nombre de medicamento	Dosis
Todo paciente con intoxicación leve o moderada, deberá administrarse Bromazepam.	Bromazepam 3 mg. c/2 horas Vía oral # 2 dosis.	Diazepam Ampolla.	Diazepam 10mg/2ml 1 ampolla endovenoso directo y lento a razón de 2 mg./ min. # 1 dosis.
En caso de presentar ideas delirantes, alucinaciones o agitación psicomotriz, administre Haloperidol,	Haloperidol 5 mg. tableta vía oral c/2 horas # 2 dosis.	Si el paciente no tolera la vía oral o el grado de alteración psiquiátrica es grave, administre Haloperidol ampolla	5 mg/2ml. 1 ampolla I.M. cada media hora # 2 dosis. Luego, evaluar el caso.

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. MINSAL, diciembre 2013.

- Rabdomiolisis: sondaje vesical, fluidoterapia, alcalinización orina (bicarbonato sódico 1-2 mEq/kg iv), furosemida (1-2 mg/kg/dosis c/6 h iv), manitol (0,5-1 g/kg iv inicial, y posteriormente 0,25-0,5 g/kg/6 h).
- Edema agudo pulmón: O₂ y/o Dispositivo de presión positiva (BIPAP) si el paciente está consciente y ventilación mecánica si está inconsciente.
- Valorar exámenes de laboratorio y gabinete: hemograma, nitrógeno uréico y creatinina, electrolitos, pruebas toxicológicas, examen general de orina, electrocardiograma, Rx de tórax.
- Manejar comorbilidad psiquiátrica según las Guías Clínicas de Psiquiatría, o los instrumentos técnicos jurídicos vigentes.
- Mantener en observación hospitalaria durante cuatro horas y defina el plan de tratamiento a seguir, dependiendo de la evaluación y evolución del paciente.
- Paciente hemodinámicamente estable y compensado psiquiátricamente posterior a cuatro horas de observación, será dado de alta.
- Previa coordinación con UCSF debe derivarse para continuar con su manejo, según Guías Clínicas de Psiquiatría.

c) Manejo del paciente con síndrome de abstinencia e intoxicación a sustancias psicoactivas-intrahospitalario:

Se deben manejar los cuadros clínicos de intoxicaciones y abstinencias por sustancias psicoactivas, con complicaciones médicas que no requieran tercer nivel y pacientes que presente comorbilidad o complicaciones psiquiátricas que no requieran manejo en el nivel especializado de psiquiatría. Se recomienda que el manejo médico de las intoxicaciones y abstinencias, sea proporcionado durante un intervalo de tiempo de cinco a diez días, con el objetivo de evitar que desarrolle delirium tremens.

Medidas generales para el manejo de la abstinencia a sustancias psicoactivas

- Nada por boca.
- Valorar uso de vía oral según estado clínico y evolución de paciente.
- Monitorización de signos vitales.
- Mantener con respaldo a 30°.
- Acceso venoso periférico.
- Colocar sonda transuretral.
- Balance hídrico y diuresis.
- Complemento vitamínico (previo uso de dextrosas y sueros EV).
- Hidratación: administre un litro de Solución Salina al 0.9%. EV a pasar en treinta a sesenta minutos.
- Requerimiento hidroelectrolítico y aporte calórico: use suero mixto con los requerimientos de cloruro de potasio (2 meq/ml una ampolla de 10 ml.)+ 2 c.c. de sulfato de magnesio (50%, ampolla de 10 ml.) EV cada ocho horas.
- Realice las correcciones hidroelectrolíticas necesarias.
- Sedación con benzodiazepinas y/o neurolepticos: Utilice diazepam 10 mgr/2ml (ampolla) EV directo a razón de 2 mgr / min cada seis a ocho horas y/o Haloperidol 5 mgr / ml (ampolla) una o dos ampollas IM cada seis a ocho horas. La medicación no debe administrarse si PA \leq 90/60 mgr Hg FR \leq 12 x min FC \leq 65 lat x min.
- Antiemético: metoclopramida 10 mgr EV directo cada ocho horas.
- Inhibidor de bomba de protones o bloqueante H2: Ranitidina 50 mg (ampolla) diluida en 18 cc de agua bidestilada EV cada doce horas.
- La utilización de fenitoina en status convulsivo: Impregnación con fenitoina 15-18 mgr/kg/día, diluida en SSN, administrarla lentamente no más de 50 mgr/min.
- Agregar medicamentos para el manejo de comórbidos.
- Exámenes de laboratorio: glicemia, sodio, potasio, magnesio, calcio, fósforo, cloro, hemograma, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, EGO, prueba de embarazo.
- Exámenes de gabinete según criterio médico.

d) Manejo del delirium tremens

La base del manejo del delirium tremens es la misma que la del síndrome de abstinencia alcohólica.

Su principal variante consiste en mejorar el aporte de líquidos, vigilar periódicamente los niveles de CPK total, la glucosa capilar y la relación del nitrógeno y creatinina, evitando que se instaure la insuficiencia renal aguda y las complicaciones de enfermedades, como el síndrome de Wernicke Korsakoff, entre otros.

e) Manejo de la intoxicación por sustancias psicoactivas:

Se deben cumplir las mismas medidas que para el manejo del síndrome de abstinencia; tomando en cuenta las siguientes recomendaciones en las intoxicaciones por cada sustancia:

- Alcohol: igual tratamiento del síndrome de abstinencia.
- Cocaína: tomar EKG para identificar y tratar complicaciones cardiovasculares y en caso de mujer embarazada USG pélvica para evaluar estado fetal. Enzimas cardíacas (CPK-mb y troponinas) si presenta dolor torácico.
- Sustancias volátiles: indicar si fuera necesario gases arteriales, oximetría y FSP, Rx de tórax y EKG.
- Marihuana : EKG.
- Opioides: el tratamiento por dependencia, intoxicación o abstinencia a los opiodes y derivados opiáceos debe evaluarse la tríada: depresión respiratoria, depresión del SNC y miosis y ser manejado en un área con monitoreo cardiaco y respiratorio continuo, oxímetro y equipo de intubación orotraqueal; el tratamiento farmacológico de elección consiste en la administración de metadona (agonista opiáceo) o naloxona (antagonista opiáceo). Si después de la administración del fármaco en dosis adecuadas no se obtiene mejoría, será preciso pensar en otra etiología, por ejemplo la combinación de drogas.
- Aplicación de naloxona 0,4 mg IV o subcutánea: se puede administrar cada minuto hasta completar los 2 mg; si no se obtiene respuesta adecuada, se incrementa la dosis a 2 mg cada cinco minutos hasta llegar a 8 a 10 mg. En niños y niñas la dosis es de 0,001 mg/kg de peso; si no se logra respuesta la dosis se incrementa a 0.01 mg/kg. La administración de bicarbonato de sodio ha mostrado utilidad cuando el paciente que se ha intoxicado con propoxifeno presenta prolongación del intervalo QRS o hipotensión.
- Metadona: el objetivo de la inducción es eliminar los síntomas de abstinencia. En general, la dosis inicial estará entre los 10 a 30 mg.
- Si la tolerancia a opiáceos es alta, la dosis normal estará entre los 25 a 40 mg.
- Si la tolerancia es baja o incierta, una dosis de entre los 10 a 20 mg. será la más apropiada.
- Si la dosis inicial es baja, es importante mantener al paciente bajo observación durante unas horas y si aparecen síntomas de abstinencia administrarle pequeñas dosis adicionales.
- Durante la primera semana, los pacientes deben evaluarse periódicamente para establecer una dosis de estabilización. Si la dosis tuviera que ser aumentada durante esta primera semana debería aumentarse hasta un máximo de 5 a 10 mg al día y sin pasarse de los 20 mg. respecto a la dosis inicial, durante la primera semana.
- Para la desintoxicación a largo plazo y para el tratamiento de mantenimiento se recomienda que las dosis aumentadas no excedan los 20 mg a la semana hasta un total de entre los 60 a 120 mg. El tiempo necesario para poder estabilizar a una

persona en tratamiento con metadona puede llevar seis o más semanas.

f) Desintoxicación del tratamiento de mantenimiento con metadona:

La desintoxicación del tratamiento de mantenimiento con metadona provocará un síndrome de abstinencia. Debido a que la vida media de eliminación de la metadona es relativamente larga y al hecho de que se acumula en los tejidos corporales durante el tratamiento de mantenimiento, su síndrome de abstinencia es más prolongado que el de los opiáceos de acción corta como la heroína y la morfina. Sin embargo, se dice que la abstinencia con metadona es menos intensa. Para poder prevenir o reducir la ansiedad del paciente es importante explicarles detalladamente lo que va a suceder; se sugieren que cuanto más despacio se disminuyan las dosis mejor.

- a) Dobutamina en caso de intoxicación por propoxifeno, por tener efecto inotrópico y cronotrópico negativo.
- b) Anfetaminas: uso de carbón activado (a menos de dos horas del consumo); en caso de taquicardia extrema usar labetalol (no usar cuando la intoxicación es combinada con cocaína), en caso de hipertermia usar paracetamol y medios físicos.
- c) Tabaco: uso de carbón activado o lavado gástrico.
- d) Detección toxicológica: son actividades orientadas a determinar los niveles de metabolitos de drogas en orina o en sangre. Se puede realizar por medio de algunas de las pruebas inmunológicas rápidas. La detección toxicológica se realiza en las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tiene como objetivos:
 1. Verificar la veracidad de la abstinencia del paciente. Este objetivo se cumple para los programas donde la confiabilidad del paciente siempre está en entredicho.
 2. Mejorar la adherencia a los programas de tratamiento, al brindar al paciente mayor confianza en ellos.
 3. Evitar las recurrentes inconsistencias de información entre los familiares y los pacientes. Es muy frecuente que en el proceso de tratamiento exista desacuerdo entre los pacientes y sus familias, especialmente en lo que corresponde a síntomas o signos de probable consumo.
 4. También se usa con fin diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.

Se recomienda realizar una o dos pruebas a la semana, en días fijos durante el primer mes y luego pruebas al azar las veces necesarias, según el perfil del paciente. La muestra siempre se debe tomar en presencia de un testigo.

El hospital especializado debe contar con los reactivos necesarios para la detección de sustancias como: marihuana, cocaína, crack, alcohol, anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos, heroína, entre otros.

Criterios de referencia a Hospital de Tercer Nivel de Atención:

- Paciente que necesita ventilación mecánica
- Status convulsivo refractario.
- Necesidad de monitoreo de signos y funcionamiento sistémico
- Pacientes que necesitarán interconsulta por patología, que requiere atención de sub especialidad médica, quirúrgica, ginecológica o pediátrica.

Criterios de referencia al Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

- Patología dual de difícil manejo.
- Paciente resistente a tratamiento psiquiátrico farmacológico.
- Dependencias graves.
- Fracasos repetitivos en tratamientos de la dependencia.
- Paciente que según evaluación del equipo multidisciplinario se beneficiará con el Programa de centro de día.
- Grave riesgo suicida.
- Paciente que necesite interconsulta por la especialidad de psiquiatría.

3. REHABILITACIÓN

En esta fase se deben fortalecer los valores, vínculos saludables familiares y sociales a fin de desarrollar habilidades y destrezas para el mantenimiento de la abstinencia o reducción del daño, que permitan su reinserción social y estilos de vida saludables.

Las intervenciones en rehabilitación integral serán dadas por personal interdisciplinario de salud capacitado en los diferentes niveles de atención de la red de establecimientos del MINSAL.

Criterios de ingreso al programa de rehabilitación

1. Voluntad para iniciar el programa.
2. Poseer expediente clínico en el establecimiento de salud.
3. Edad de trece años en adelante.
4. Compromiso de asistir regularmente a las terapias.
5. Disponibilidad a cumplir con las normas de funcionamiento del programa.
6. Siempre que su condición de salud le permita entender el cumplimiento de las normas y la convivencia social del grupo.
7. Que la persona esté dispuesta al cambio.
8. Que cuenten, preferentemente, con una red de apoyo.

Proceso de evaluación para iniciar la rehabilitación

La consulta inicial, evaluación, diagnóstico, intervención y tratamiento en sí mismos son partes de un proceso que no está fracturado en etapas, sino que forma parte de un continuo de atención. Comprender esta realidad es importante para poder tomar las decisiones pertinentes en cada momento del proceso.

Valoración y diagnóstico de ingreso

a) Evaluación al paciente

- A través de varias entrevistas, los profesionales realizan un estudio de la situación de la persona en diferentes aspectos: social, psicológico, médico-psiquiátrico, formativo y laboral. También se valoran otros aspectos como la motivación, la actitud ante los cambios que debe afrontar o los apoyos con los que puede contar (familia, amistades, entre otros).
- Se debe conocer al paciente desde diferentes puntos de vista, esto permite que las acciones terapéuticas den respuesta a las necesidades particulares de cada individuo.
- Cada uno de los profesionales realiza una evaluación y desde su perspectiva propone una intervención específica para cada paciente o familia.

b) Evaluación por Trabajo Social

La evaluación social que se efectúa en la entrevista de ingreso tiene por finalidad:

- Conocer la situación socioeconómica de la persona.
- Indagar los factores de riesgo social (desempleo, problemas legales, indigencia, entre otros) que presenta la persona para intervenir en forma oportuna.
- Valorar la existencia de soporte social.
- Conocer la motivación que tiene respecto del tratamiento.
- Implementar el instrumento de evaluación biopsicosocial.

c) Evaluación del Médico(a) Psiquiatra.

Se pretende precisar en el paciente la situación de salud mental que presenta en el momento de la consulta. En la entrevista inicial se evalúa si la persona presenta un síndrome de abstinencia y si hay sobre agregado a éste algún otro cuadro médico-psiquiátrico. Los diagnósticos de patologías sobre agregadas (otros síndromes psiquiátricos) deben dejarse, a lo menos, para después de la cuarta semana de evolución y esperar entre cuatro a seis meses para tener un diagnóstico definitivo. Igual comentario se cumple, y muy especialmente, para los diagnósticos de trastorno de personalidad, que suelen confundirse con las conductas adaptativas propias del paciente dependiente y que son parte de un arsenal conductual adquirido y no de elementos estructurales. Es así como muchas de estas conductas "sociopáticas" terminan desapareciendo con la abstinencia.

La evaluación cumple con los siguientes objetivos:

- Establecer el encuadre terapéutico.
- Recopilar la historia clínica (longitudinal) y toxicológica del paciente.
- Realizar la evaluación psiquiátrica.
- Coordinar con Medicina Interna las indicaciones iniciales en cuanto a las medidas terapéuticas ambulatoria u hospitalaria para el período de intoxicación y abstinencia.
- Diagnóstico y manejo de las patologías duales.

- Indicaciones consensuadas sobre el manejo del programa de pruebas toxicológicas.
- Evaluar el manejo psicofarmacológico.

d) Encuadre terapéutico:

Se entiende por encuadre terapéutico al conjunto de normas y obligaciones que se establecen entre el paciente y el terapeuta (y la familia si la hubiere). Éste debe incluir las características del tratamiento en cuanto a su desarrollo y a los principios conceptuales. La función del terapeuta es poner al servicio del paciente su destreza y sus conocimientos, de forma de facilitar el cambio en él. Por su parte, el paciente se compromete a cumplir las exigencias del tratamiento y a poner todas sus capacidades en función de la obtención del cambio por él propuesto.

e) Evaluación psicológica individual

La evaluación clínica llevada a cabo por el terapeuta individual tiene como objetivos principales los siguientes enunciados:

- Evaluar si el paciente debe ingresar a tratamiento específico por drogas o si debe ser derivado a otro tipo de atención psicológica.
- Obtener una caracterización desde el punto de vista de los dinamismos psíquicos del paciente, para delinear los aspectos sobre los cuales intervenir prioritariamente.
- Evaluar la motivación del paciente para iniciar un proceso de tratamiento.
- Realizar un diagnóstico de cuadros clínicos que presente el paciente y su relación o no con el consumo.
- Obtener elementos que permitan discutir acerca del pronóstico y evolución del eventual tratamiento.

f) Evaluación médica inicial

En el primer contacto con el médico internista se realiza un examen físico completo e interpretación de una batería de exámenes básicos para identificar los comórbidos que tendrán relevancia para la evolución del paciente.

g) Evaluación a la familia y pareja

Las dependencias no son consideradas como un problema situado sólo en la persona consumidora, se plantean como parte de pautas relacionales que favorecen o posibilitan este tipo particular de conducta.

La evaluación desde la perspectiva familiar y de pareja, tiene los siguientes objetivos:

- Conocer de forma general la estructura familiar del paciente (composición de la familia, tipo de familia, entre otros).
- Reconocer algunos patrones interaccionales que permitan definir la posibilidad de una intervención familiar en el tratamiento del paciente.
- Presentar a la familia la modalidad terapéutica: tiempo aproximado de duración de la terapia, tiempo de duración de las sesiones (una hora, una vez a la semana), con la asistencia de todos los miembros de la familia

- Evaluar la disposición de la familia para participar y colaborar con las reglas anteriormente descritas.
- Evaluar la disposición de la familia para involucrarse en el proceso de tratamiento del paciente.

El programa de rehabilitación integral comprende tres fases:

Fase uno: Esta fase inicia desde que el paciente está siendo manejado en la UCSF o en el Nivel Hospitalario, durante la fase aguda del manejo de las intoxicaciones, abstinencias y delirium, lo que garantizará el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas. Esta fase puede durar de cinco a diez días y según sea el caso y la presencia de complicaciones médico-psiquiátricas.

Fase dos: Esta fase es de modalidad abierta y ambulatoria, e inicia al finalizar la Fase anterior. El paciente será evaluado por el equipo multidisciplinario para valorar el plan psicoterapéutico a seguir, con participación del paciente y su familia. El paciente firmará el compromiso terapéutico que se archivará en su expediente clínico. Esta debe durar veinte días en la que recibirán terapias Individuales, grupales, de pareja, de familia, recreativas, ludoterapia, arteterapia, terapia ocupacional, de relajación, charlas educativas, charlas por grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, en adelante AA, Neuróticos Anónimos en adelante NA, entre otras; en esta fase el equipo se reunirá semanalmente para evaluar el progreso del paciente.

En la última semana se recopilarán los informes finales multidisciplinarios para analizarlos y discutir con el paciente su plan de tratamiento, incluyendo recomendaciones y referencia a las diferentes modalidades como Centro de Día, terapias ambulatorias grupales en el Hospital Especializado y/o establecimientos de salud que cuenten con Unidad de Salud Mental o hacia algún centro de rehabilitación en la comunidad.

Idealmente el paciente debe ser acompañado por un familiar o responsable tanto al presentarse al establecimiento de salud como al retirarse del mismo en un horario de 7:30 a.m. a 3:30 p.m., los fines de semana y periodos de vacación el paciente se debe apoyar en las redes comunitarias como grupos de autoayuda, iglesia, actividades familiares y sociales preferentemente acompañado de un responsable o familiar.

Las actividades diarias de esta fase se describen en el anexo 5.

Fase tres: es de modalidad abierta y ambulatoria, de acuerdo con la asistencia del paciente al programa y según el tiempo de abstinencia. Esta fase tiene duración aproximada de nueve meses y debe ser proporcionada en el primer nivel de atención, así como los hospitales, donde se ofrecerá consulta médica, psiquiátrica, psicológica, terapias ambulatorias individuales, grupales y de familia con un enfoque dirigido a consolidar la abstinencia, la rehabilitación para el logro de la reinserción sociolaboral, al finalizar cada etapa de esta fase, el paciente se graduará, ascendiendo al nivel inmediato superior.

Esta Fase tres consta de dos etapas:

Primera etapa

Tiene una duración de seis meses en la que los pacientes recibirán terapia grupal semanal ambulatoria durante dos horas. Además de las terapias utilizadas en la segunda fase se incluirá terapia extramural. El objetivo de esta etapa es consolidar la abstinencia, mejorar las relaciones interpersonales y aproximarlos a la sociedad para desarrollar intereses que lo conduzcan a la reinserción socio-laboral.

Al finalizar esta etapa se debe realizar acto de graduación donde se entrega diploma que lo promueve a la siguiente etapa firmado por los responsables del establecimiento, con el objetivo de incentivar el proceso de abstinencia, perseverancia y asistencia, se puede festejar en compañía de la familia, amigos(as) cercanos y el paciente.

La estructura de las sesiones a desarrollar en esta primera etapa se describe en el “Manual de formación de facilitadoras para la implementación de grupos de autoayuda de mujeres afectadas por violencia”.

Segunda etapa

Esta etapa tiene duración tres meses en la que los pacientes recibirán terapia grupal cada quince días. Esta etapa mantiene la misma estructura y oferta de servicios que las etapas anteriores. Su objetivo es prepararlo para la reinserción socio-laboral. Para el desarrollo de las sesiones, ver la temática en anexo 6.

Al finalizar esta etapa se realizará una graduación donde se entrega un diploma firmado por los responsables del programa, que haga constar que ha completado el proceso de rehabilitación, se puede realizar un festejo en compañía de la familia, amigos cercanos y el paciente comparte su proyecto de vida.

El seguimiento se coordinará con las UCSF, donde deben llenar el instrumento para dicho fin, ver anexo 7.

Técnicas recomendadas para las Fases 2 y 3.

Las técnicas de atención recomendadas para las Fases 2 y 3, son las siguientes:

1. Terapia grupal ambulatoria.
2. Psicoterapia individual (ver anexo 8).

Terapia farmacológica de la fase 2 y 3

El abordaje farmacológico de las dependencias es importante, tomando en cuenta el

involucramiento de ciertos neurotransmisores y funciones neuroendocrinas que se ven alteradas, así como también la necesidad de modular los impulsos del consumo.

El tratamiento debe mantenerse por tiempo relativamente largo, más de un año y acompañarlo de apoyo médico, psicológico y sociofamiliar.

Fármacos que inhiben el impulso o deseo de consumir:

- Acamprosato (acetilhomotaurinato) comprimido de 333 mg, dos comprimidos vía oral tres veces al día, que se reduce a cuatro comprimidos por día para las personas con menos de 60 kg de peso. Contraindicado en pacientes con hipercalcemias, litiasis renales e insuficiencia renal. El inicio de acción aparece a los siete a diez días de tratamiento, la duración del tratamiento oscila entre los seis a doce meses. Se pueden utilizar en diferentes fases del proceso, pero es de máxima eficacia en la fase de abstinencia.
- Naltrexona cápsula de 50 mg, un comprimido vía oral cada día o 25 mg/día, será de elección en reducción de la ingesta etílica diaria. Contraindicado en insuficiencia hepática. Se puede instaurar el tratamiento aunque el paciente esté consumiendo y debe mantenerse durante doce meses.
- Tiaprida tabletas de 300 mg una tableta vía oral cada día, también se ha utilizado para ayuda en el mantenimiento de la abstinencia.
- Carbamacepina tabletas de 200 mg una tableta vía oral cada doce horas.
- Acido valpróico comprimido de 500 mg un comprimido vía oral cada ocho horas.
- Topiramato tabletas de 25, 50 y 100 mg. Dosis: 75-150 mg/día divididos en dos dosis.

MODALIDAD TERAPEUTICA FASE 2 Y 3

Acogida

Se define esta modalidad como aquella en la cual el paciente establece su primer contacto dentro del tratamiento. En él los pacientes tienen la posibilidad de conocer a compañeros que están en proceso de ingreso y de rehabilitación y también entrar en contacto con algunos de los miembros del equipo.

Este grupo puede estar conformado por pacientes en un proceso avanzado de tratamiento y rehabilitación, tanto del Centro de Día como del programa ambulatorio. Durante la primera sesión de cada nivel de atención.

Los objetivos que se esperan lograr en esta modalidad son:

- Facilitar al paciente mayor conocimiento respecto de las características del programa ambulatorio.
- Evaluar los aspectos motivacionales.
- Fortalecer el compromiso con el cambio.

Las actividades propuestas:

- Facilitar los primeros pasos hacia la abstinencia.
- Escuchar las experiencias de sus semejantes que sí se puede dejar de consumir.

Grupos de autoayuda

Son los casos que no pueden o no quieren ingresar en los otros grupos. Asisten a Alcohólicos Anónimos (AA) por las noches o asisten a terapias grupales VIDA por el día y por la noche a AA. Lo que requiere un trabajo coordinado en el que exista comunicación y seguimiento del paciente, a través de un instrumento o tarjeta de control de asistencia a uno y otro programa. Respetándose las filosofías de tratamiento de ambas instituciones y no sobrepasando los límites.

Para el caso de los grupos de autoayuda que funcionan en los establecimientos de salud, consultar el Manual de grupos de autoayuda; de tal manera de facilitar el funcionamiento de éstos, cumplir con el perfil del facilitador(a) y el desarrollo de la metodología técnica.

Centro de día

El Centro de Día es un servicio diurno y de asistencia a las actividades de la vida diaria para personas con dependencia, con una duración de seis a doce meses. Se dirige a personas que necesitan organización, supervisión y asistencia en el desarrollo de este tipo de actividades y que ven completada su atención en su entorno sociofamiliar. Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones surgidas. Así, desde este servicio se ofrece atención socio sanitaria especializada, supervisión médica, atención psicológica y apoyo terapéutico o rehabilitación completando de esta manera la atención del usuario en su entorno sociofamiliar. Asisten de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 3:30pm excepto los días festivos. Realizan diferentes actividades, desde talleres, terapia ocupacional, hasta charlas, testimonios de personas rehabilitadas, planificación de tareas y actividades saludables, entre otros.

Los objetivos concretos de este programa son:

- Facilitar un entorno compensatorio al hogar, adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia.
- Favorecer el mantenimiento o la recuperación del máximo grado de autonomía personal y social.
- Mantener la aceptación de la persona en su entorno sociofamiliar.

Tratamiento psiquiátrico de la patología dual en Fase de Rehabilitación.

La Asociación de Patología Dual la define como la “Asociación Cruzada de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado y, por otro, la existencia de un problema de drogas”. Es extremadamente complejo delimitar cual de los dos ha influenciado para que el otro aparezca. Para esto, se tendría que hacer un análisis exhaustivo de toda la vida de la persona.

Las personas con diagnóstico dual tienden a no cumplir con los procesos terapéuticos de rehabilitación o no cumplen los perfiles para ingresar en algunos centros de rehabilitación, por eso se hace necesario e importante el manejo integral.

Los trastornos mentales más frecuentes asociados a las adicciones son la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y bipolar, fobias, entre otros.

Para el manejo farmacológico de estos trastornos referirse a las guías clínicas vigentes del MINSAL.

Tratamiento psicológico de patología dual en Fase de Rehabilitación:

El manejo inicialmente busca apoyar la manutención de la abstinencia a través de:

- Ayudar al paciente a centrarse en lograr y mantener su abstinencia.
- Entrenar en estrategias de enfrentamiento de situaciones de alto riesgo.
- Cambio de actividades reforzadoras o placenteras.
- Favorecer el manejo de emociones negativas.
- Mejorar relaciones interpersonales y su red de apoyo social.
- Prevenir recaídas.

Terapia para mujeres en Fase de Rehabilitación

El enfoque por género es muy importante ya que el proceso de desarrollo de la adicción y los patrones de consumo en la mujer es diferente al hombre; otro aspecto a considerar es que a las mujeres se les facilita la expresión en grupos terapéuticos homogéneos.

La estructura de las sesiones es la misma que las descritas para los hombres, y está conformado en una sola fase.

Abordaje recomendado:

- Terapia grupal motivacional.
- Terapia gestalt.
- Terapia cognitivo conductual.
- Análisis transaccional.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapia de exposición a señales.
- Programa de reforzamiento.
- Relación de pareja.
- Solución de problemas.
- Manejo de contingencias con enfoque de género.
- Conferencias médicas.
- Prevención de recaídas.
- Etapas de cambio.
- Taller de autoestima.
- Elaboración de proyecto de vida.

Terapia para la familia en Rehabilitación:

La familia y/o responsable del paciente deben adquirir el conocimiento necesario relacionado con las adicciones para identificar los factores de riesgo, los síntomas de consumo y recaída, así como la codependencia que sufren algunos familiares.

En el núcleo de algunas familias se gestan o desarrollan dinámicas que pueden interferir en el tratamiento de los pacientes, así mismo la familia se ve afectada directamente por la adicción de éste y requiere resolver conflictos y convertirse en agentes de cambio, colaborando y siendo parte del proceso de tratamiento y rehabilitación del paciente.

El programa se desarrolla en sesiones grupales con participación de toda la familia y se estructura de la misma forma a las anteriores; además en cada sesión un familiar comparte con los demás una reflexión para analizar en grupo. En casos necesarios se hacen intervenciones psicoterapéuticas individuales con la familia.

Las actividades de los grupos de familia son:

- Que las familias tengan un espacio para conocer los problemas de las otras familias.
- Conocer cuáles han sido las estrategias que han facilitado a otras familias el control del problema.
- Dar a conocer los aspectos generales del tema de las drogas.
- Facilitar estrategias de prevención de recaídas.
- Identificar la codependencia.
- Dar herramientas para el manejo de la codependencia.
- Que la familia se convierta en agente de cambio.
- Ayudar a resolver los conflictos que se han creado.
- Conocer la enfermedad y complicaciones.
- Colaborar en la recuperación del paciente.

Temática recomendada:

- Las drogas y sus efectos.
- Cómo identificar y ayudar a una persona que usa drogas? Qué hacer si sospecha que su familiar o hijo/a consume drogas?
- Cómo aprender a vivir sin drogas?
- El significado de ser padre.
- Factores de riesgo.
- Factores de protección.
- Cuatro modelos de crianza (representados por cuentos).
- ¿Cómo proteger a la familia contra el uso de drogas?
- Adicciones no químicas.
- Técnicas de relajación.
- La codependencia.
- Técnicas para manejo de la codependencia.
- Manejo del estrés.
- Actividades del tema “La comunicación”.
- Hijos(as) de alcohólicos.
- Hijos(as) adultos alcohólicos.
- Esposos(as) de alcohólicos.
- Prevención de recaídas con enfoque a la familia.

- Pautas de afrontamiento ante la recaída.
- Habilidades asertivas.

Las estrategias de prevención de recaídas dirigido a las familias

Son herramientas que le permiten a los pacientes disminuir la probabilidad de recaer; se deben cumplir los siguientes objetivos:

- Aprender a identificar las situaciones que disparan los deseos de consumir.
- Definir y aprender a controlar las situaciones de riesgo para el paciente.
- Incorporar habilidades asertivas frente a situaciones de probable riesgo.
- Aprender pautas de afrontamiento ante eventuales consumos.
- Conocer estrategias que permitan intervenir una vez que se ha presentado la caída o recaída.

Ingreso por prevención o ingresos de refuerzo

En ocasiones los pacientes pueden vivir situaciones críticas que suponen un peligro serio para su recuperación. En estas situaciones puntuales, el centro pone a disposición de los pacientes la posibilidad de realizar ingresos por prevención o de refuerzo de unos días para reequilibrar la situación y superar el momento difícil sin riesgo para su recuperación.

- Este será indicado por los médicos psiquiatras del equipo multidisciplinario.
- El paciente debe pertenecer al programa.
- El paciente debe solicitar el ingreso para evitar una caída o recaída.
- Disposición a aceptar una reevaluación del plan de tratamiento.
- Compromiso para continuar el proceso de rehabilitación.

Criterios de exclusión temporal del programa

- Irrespeto y daño a las instalaciones del hospital.
- Introducir drogas a la institución.
- Agresión física o verbal hacia los miembros del equipo multidisciplinario del programa.

Todo paciente que sea excluido temporalmente del programa, tendrá una evaluación por equipo multidisciplinario previa exclusión y reincorporación al mismo.

Motivos para reiniciar el programa

- Recaída en cualquiera de las fases de tratamiento.
- Ausentarse del programa sin solicitud de permiso por más de dos terapias.
- Reincidencia de faltas a las normas de convivencia.

Proceso de evaluación de egreso

Cada uno de los profesionales realiza una evaluación y desde su perspectiva propone una intervención específica con el fin de prepararlo para la reinserción social.

Después de realizar esta valoración, el equipo técnico multidisciplinario analiza los aspectos a trabajar con la persona y diseñan un plan de inserción. A continuación, el profesional de referencia y la persona interesada debaten este plan y lo consensuar. Este plan es el denominado Itinerario Personalizado de Inserción.

Criterios de egreso

Para egresar del programa el paciente debe cumplir los siguientes criterios:

- Haber concluido el programa satisfactoriamente.
- Capacidad de uso de las herramientas de habilidades para la vida.
- Estar fortalecido en el mantenimiento de la abstinencia.
- Haber iniciado la etapa de reinserción social.

4. REINSERCIÓN SOCIAL

En esta etapa se pretende insertar al paciente en su ambiente familiar, laboral, comunitario y social, a fin de que el individuo pueda adquirir, recuperar y fortalecer su autoestima, principios, valores y creencias con el objetivo de desarrollarse en la cotidianidad y desempeñar su rol en la sociedad; para el abordaje de esta etapa se requiere del apoyo y participación del individuo, familia, comunidad y sociedad, en el marco de la intersectorialidad de las instituciones involucradas en forma activa y sincronizada.

Las actividades realizadas para la reinserción social, se describen a continuación:

Primer Nivel de Atención:

Para realizar acciones de promoción, prevención y educación de la salud mental en el tema del consumo de sustancias psicoactivas, se deben desarrollar diferentes técnicas educativas tales como: charlas, consejerías, grupos focales, ferias de la salud, sociodramas, entre otros. A la vez, se deben gestionar espacios en los diferentes medios de comunicación masiva y en las instituciones de su área de responsabilidad.

Estas intervenciones deben estar dirigidas a la población en general y a grupos en riesgo, con énfasis en la comunidad educativa que involucra a niñas, niños y adolescentes, debiendo ser desarrolladas por un equipo interdisciplinario según disponibilidad de recursos humanos y materiales.

Metodología:

Las actividades son de tipo participativa-lúdica, en la que se debe aplicar cartas didácticas y guías para las temáticas a desarrollarse, con el propósito de facilitar y evaluar procesos de capacitación, así como el seguimiento y evaluación.

Temática a desarrollar (ver anexo 1):

1. Autoestima.
2. Control emocional.
3. Mitos y realidades.
4. Daños a la salud.
5. Valores y publicidad.

6. Familia y comunicación.
7. Habilidades para la vida y resolución de conflictos.

Nivel Hospitalario y Especializado:

En este nivel se abordarán las siete temáticas desarrolladas en promoción, prevención y educación del Primer Nivel de Atención, relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo consejería y sesiones educativas, entre otras, que serán impartidas al usuario y a la familia.

Para finalizar con la reinserción social de las personas con problemas de consumo de sustancias, es importante orientar y capacitar al paciente. La reinserción es el conjunto de recursos puestos a disposición de las personas para que estas puedan responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente se puedan presentar en la realidad. El objetivo final de la reinserción social es que las personas en tratamiento y los de su entorno puedan llevar una vida saludable y socialmente aceptable en la comunidad en la que viven. La consecución de este objetivo viene determinada por una intervención sobre el sujeto y su entorno. Todo esto exige el desarrollo de estrategias educativas, sanitarias y sociales dirigidas hacia el sujeto, su familia y comunidad. En la reinserción se buscan, con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios que permita cumplir este objetivo final y que se articule una red de participación, siendo imprescindible para ello crear coordinaciones con centros de formación y capacitación profesional, así como con centros formativos y educativos.

Los objetivos de la reinserción se enmarcan en cinco rubros:

- Relacional: el establecimiento de relaciones con la familia, los amigos y las personas que no tienen ni han tenido contacto con las drogas.
- Laboral: capacitación para la obtención y mantenimiento de su trabajo remunerado y normalizado; por ejemplo la adquisición de conocimientos y habilidades en algún tema específico.
- Formativa: mejora del nivel educativo y enriquecimiento de su bagaje cultural, por ejemplo el inicio o reanudación de los estudios.
- Salud: desarrollo de una forma de vida saludable y de funcionalidad integral; por ejemplo la adquisición y mantenimiento de determinados hábitos higiénicos y alimenticios o prácticas de actividades deportivas y otras prácticas saludables.
- Lúdico-recreativo: desarrollo de actividades y capacidades de juego que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

El Itinerario personalizado de inserción

Es el conjunto de acciones (formativas, psicológicas, laborales, sociales, entre otros) que establecen de mutuo acuerdo la persona interesada y el profesional para llegar al objetivo marcado. Una vez consensuado este plan, se ponen en marcha las diferentes acciones, iniciando el proceso de reinserción.

De forma ideal se pueden desarrollar las siguientes actividades:

- Talleres formativos (carpintería, mecánica, panadería entre otros).
- Talleres de alfabetización y cultura general.
- Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo.
- Elaboración y seguimiento de itinerarios individualizados de incorporación laboral.
- Gestión de ayudas sociales.
- Aplicaciones para becas de estudio.
- Orientación sobre aplicaciones para empleo.

Seguimiento y monitoreo

Es de gran importancia para dar cumplimiento a las metas y objetivos del tratamiento y rehabilitación del paciente.

Se debe coordinar con los UCSF para que estos den cumplimiento al seguimiento indicado por el equipo e informen sobre el mismo periódicamente. También se le realizarán pruebas toxicológicas dos veces al año, durante el periodo de seguimiento o las veces que el equipo considere necesario.

Objetivos:

- a) Monitorear el proceso de rehabilitación.
- b) Verificar el cumplimiento de las recomendaciones del equipo terapéutico.
- c) Reforzar los logros alcanzados.
- d) Verificar la existencia de factores de riesgo que obstaculicen el mantenimiento de la abstinencia y reforzar estrategias para su afrontamiento.

Plan de seguimiento

Se debe realizar con el propósito de favorecer la abstinencia permanente de las personas y el de conocer la evolución de estas después que hayan egresado del programa de rehabilitación. Este se debe realizar mediante visitas domiciliarias y a través de llamadas telefónicas realizadas por un miembro del equipo terapéutico y promotores de salud de UCSF. Realizar entrevistas directas al paciente y sus familiares, y posteriormente elaborar un informe.

Estructura del plan de seguimiento:

Tiempo de egreso	Método para el control
Al cumplir un mes	Visita por el referente de salud mental
Al cumplir dos meses	Llamada telefónica
Al cumplir tres meses	Llamada telefónica
Al cumplir cuatro meses	Visita por el referente de salud mental
Al cumplir seis meses	Visita a cargo del promotor de salud o responsable
Al cumplir doce meses	Visita a cargo del promotor de salud o responsable

Fuente: Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. MINSAL, diciembre 2013.

1- Objetivos del primer control:

- Verificar que la persona permanezca en abstinencia.
- Determinar el funcionamiento social y familiar.
- Explorar la existencia de factores de riesgo.
- Hacer recomendaciones.

2- Objetivos del segundo y tercer control:

- Verificar cumplimiento de recomendaciones y hacer nuevas propuestas.
- Revisar metas de proyecto de vida.
- Involucramiento en actividades productivas.
- Reforzamiento de los logros alcanzados.

3- Objetivos del cuarto control:

- Verificar la abstinencia del paciente.
- Evaluar el funcionamiento familiar, social y laboral.
- Determinar si se han cumplido las recomendaciones.

4- Objetivos del quinto y sexto control

- Establecer el estado actual del paciente.
- Reforzarle su motivación.
- Motivar el cumplimiento de las recomendaciones brindadas.
- Orientarle sobre buscar ayuda oportuna. Ver anexo 8.

V. GLOSARIO

Desintoxicación: proceso a través del cual se consigue que el paciente cese de consumir la sustancia de la que es dependiente y pueda permanecer abstinentemente sin experimentar un síndrome de abstinencia agudo.

Deshabitación: es un proceso largo y complejo con el que se pretende que desaparezcan el síndrome de abstinencia tardío y el de abstinencia condicionado, mientras el paciente efectúa un aprendizaje de estrategias terapéuticas que le permitirán enfrentarse, con

posibilidad de éxito, a los factores adversos, internos y externos, que normalmente tenderían a abocarle a un nuevo consumo de tóxicos.

Reinserción: el proceso de deshabitación debe solaparse con la progresiva integración del individuo en el medio socio-familiar que le corresponde, reestructurando su conducta hasta hacerla compatible con una forma de vida responsable y autónoma sin dependencia del tóxico.

Intoxicación aguda a sustancias psicoactivas: es un estado transitorio consecutivo a la ingesta o asimilación de la sustancia que produce alteraciones del nivel de conciencia, la cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Síndrome de Abstinencia a sustancias Psicoactivas: se presenta cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

Delirium: suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de la sustancia psicoactiva en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. En algunos casos se presenta durante de periodos de consumo muy elevados de sustancias psicoactivas, además puede ser provocado por otros factores como traumatismos e infecciones, trastornos metabólicos, entre otros.

VI . OBLIGATORIEDAD

Es responsabilidad de todo el personal que brinda servicios de atención dentro de las Redes integrales e integradas de Servicios de Salud, darle cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

VII. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos para adicciones, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

VIII. DEROGATORIA

Derógase la “Guías clínicas para la atención a personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas”, emitidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social en Mayo de 2006.

IX. DE LO NO PREVISTO

Todo lo que no esté previsto por los presentes Lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

X. VIGENCIA

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, siete días del mes de febrero de dos mil catorce.



María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

XI. ANEXOS

Anexo 1

Desarrollo de Actividades de la Oferta de Servicios:

1. Autoestima:

Autoestima, también denominada amor propio o autoapreciación es la percepción emocional profunda que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo.

1.1. Características de las personas con baja autoestima:

- Son personas indecisas, con dificultad para tomar decisiones y tienen miedo exagerado a equivocarse.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan riesgos.
- Son personas muy pasivas y evitan tomar iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o actividades.
- Se dan por vencidas, antes de realizar cualquier actividad.
- Manejan mucho sentimiento de culpa, cuando algo sale mal.
- En resultados negativos buscan responsabilizar a otros.
- Creen que son feos e ignorantes.
- Se alegran ante los errores de otros.
- Tienen dificultad para lograr sus metas y no le gusta esforzarse.

1.2. Características de las personas con autoestima inflada.

- Piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellos.
- Creen tener siempre la razón y que no se equivocan.
- Son seguros de sí mismos en extremo.
- Creen que todas las personas los aman.
- No toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o actividades.
- Por lo general la gente los rechaza, por pretender saberlo todo.
- Les gusta que los elogien y creen que nunca se equivocan. Atacan a los demás cuando se equivocan.
- Sienten que son los mejores amigos de sí mismos.
- Casi siempre tienen una actitud amigable con los demás.
- Sienten que merecen tener más que los otros.

1.3. Decálogo de autoestima adecuada y positiva:

- Saber aceptar que todas las personas tienen cualidades y defectos.
- Saber que todas las personas tienen algo bueno y se deben sentir orgullosas de ello.
- Poder liberarse de conceptos negativos sobre sí mismos.
- Aceptar que todas las personas somos importantes y debemos amarnos tal y como somos.
- Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad.
- Aprender a aceptarse a través de lo que se siente y lo que se es.

- Liberarse de la culpa.
- Tener coherencia entre lo que se piensa, se siente y se actúa, sin buscar la aprobación de los demás.
- Ser responsable de sí mismo.
- Fomentar la autoestima en otras personas.

1.4. Dinámicas sugeridas para el manejo de la Autoestima.

- Dinámica introductoria: Figura del gato y del león.
Hoja y percepción y evaluación del tema.

Guía para el desarrollo del tema de autoestima:

- Saludo y bienvenida.
- Presentación.
- Llamar a los participantes por su nombre.
- Establecer un ambiente de confianza entre los participantes.
- Conocer las expectativas que tienen hacia la actividad.

Objetivo:

Que todos los participantes conozcan qué es autoestima, cómo identifican una autoestima baja, inflada y el decálogo de la autoestima.

Material a utilizar:

- Figura del gatito.
- Papelógrafos.
- Plumones.
- Gafetes.
- Hojas de papel bond.
- Hojas de papel rojo, verde y amarillo.

Tiempo de duración: cuarenta y cinco minutos.

Dinámica de introducción del tema:

Se debe mostrar la imagen del gato y del león y los participantes expresarán con quién se identifican y las cualidades que tienen tanto el gato como el león.

Evaluación del desarrollo del tema de autoestima, se sugiere la siguiente dinámica:

“Juego de los Colores” que consiste en que a cada participante, se le entrega tres círculos de color: Rojo, amarillo y verde, que significan lo siguiente:

- Color verde: Si el tema le fue de utilidad.
- Color rojo: Si el tema no le fue de utilidad.
- Color amarillo: Si el tema puede mejorarse y le hace sugerencias.

Posteriormente, se realiza la despedida.

Hoja y percepción:

A cada participante se le entrega una hoja en blanco. El facilitador(a) da instrucciones a los participantes para que cierren sus ojos y tomen el papel en sus manos. Luego les da las siguientes indicaciones:

- Doble la hoja en dos partes.
- Rompa la esquina superior derecha de la hoja doblada.
- Doble nuevamente la hoja.
- Rompa ahora la esquina superior izquierda.
- Doble nuevamente la hoja.
- Rompa la esquina inferior izquierda de la hoja doblada.
- Doble nuevamente la hoja.
- Rompa la esquina inferior derecha.

Posteriormente los participantes abren sus ojos y comparan su hoja con la de los demás.

Reflexión: aunque las instrucciones eran iguales para todos, la percepción no es la misma, obteniendo resultados diferentes; por lo que todas las personas no son iguales y tienen diversas cualidades.

Evaluación del tema de autoestima:

Se sugiere utilizar la dinámica “Juego de los Colores” descrita anteriormente.

2. Control emocional

Es la capacidad de reconocer los sentimientos propios y los de los demás, motivarse y manejar adecuadamente las relaciones interpersonales y consigo mismo.

2.1 *Dinámicas para el manejo del control emocional.*

- Técnica de la respiración profunda.
- Técnica de pensamiento positivo.
- Ensayo mental.

Guía para el desarrollo del tema de Control Emocional:

Objetivo: Lograr que los participantes reconozcan los sentimientos propios para su automanejo y que identifique los sentimientos de otros participantes, a fin de motivarlos para el manejo de las relaciones interpersonales.

Material a utilizar:

Cartillas con el texto de las técnicas de control emocional.

Tiempo de duración: cuarenta y cinco minutos.

Dinámicas:

- Técnica de la respiración profunda.
- Técnica de pensamiento positivo.
- Ensayo mental

Técnica de la respiración profunda

Con el participante sentado en posición de relajación, se le pide que:

- Inspire profundamente mientras mentalmente cuenta hasta cuatro.
- Mantenga la respiración mientras mentalmente cuenta hasta cuatro.
- Suelte el aire mientras mentalmente cuenta hasta ocho.
- Repita el proceso anterior tres veces.

Técnica de pensamiento positivo:

Esta técnica puede utilizarse antes, durante y después de la situación que causa la pérdida del control emocional; se centra en el control del pensamiento, la cual consiste en los siguientes pasos:

- Divida en dos partes una hoja de papel bond en forma vertical, haga un listado de los pensamientos negativos y positivos, en cada una de las mitades del papel.
- Cuando el participante empiece a sentirse incómodo, nervioso o alterado, debe indicársele que preste atención al tipo de pensamientos que está teniendo y que identifique aquellos de connotación negativa.
- Indicar que diga para sí mismo: ¡¡¡basta!!!
- Que sustituya los pensamientos negativos por positivos.

Ensayo mental

Esta técnica se aplica en situaciones de inseguridad y se le pide al participante que:

- Imagine que está en una situación que le causa inseguridad y que lo está haciendo relajado y seguro al afrontar esa situación.
- Debe practicar mentalmente lo que va a decir y hacer.
- Repita varias veces hasta que se sienta completamente relajado y seguro de sí mismo.

3. Mitos del consumo del tabaco y alcohol

Son cualidades positivas o negativas que se le atribuyen a personas o cosas que no las poseen. Desde el punto de vista sociológico, se considera como una representación colectiva estereotipada y prejuiciosa.

Los mitos y realidades sobre el consumo de alcohol y tabaco forman parte de la vida social y cultural y es por eso que se observa una excesiva permisividad en el consumo y abuso de estas sustancias. Al mismo tiempo, se intenta otorgar a las bebidas alcohólicas un valor nutritivo, estimulante e incluso protector de la salud. En el caso del tabaco, un efecto estimulante, de pertenencia y de madurez. A la vez, se observa un rechazo social a su uso y abuso.

3.1 Dinámicas sugeridas para el manejo de los mitos y realidades acerca del consumo de tabaco y alcohol.

4. Daños a la salud.

El consumo del tabaco y alcohol tiene efectos en todos los órganos del cuerpo humano, por lo que afecta su funcionamiento biosicosocial y espiritual, provocando principalmente los siguientes daños a la salud: Alteraciones de los sistemas cardiovascular, nervioso,

gastrointestinal; alteraciones de la conducta, personalidad, trastornos del sueño, agresividad, violencia, delincuencia, problemas familiares y laborales, entre otros.

Los daños generados por el consumo de otras sustancias psicoactivas son los siguientes:

- Inhalantes: pueden provocar insuficiencia cardíaca y muerte por asfixia, pérdida de la audición, espasmos en las extremidades, daños a la médula ósea, entre otros.
- Cocaína y crack: pueden provocar perforación del tabique nasal, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, convulsiones, disnea, fiebre y síntomas similares a los de una neumonía; en embarazadas puede provocar aborto espontáneo y parto prematuro. En el feto, bajo peso al nacer, alteraciones genitourinarias y cardíacas; además, puede producir disfunción sexual, ausencia de menstruación, ginecomastia en hombres, infecciones por HIV y hepatitis.
- Cannabinoides (marihuana): pueden provocar aumento de la frecuencia cardíaca, bronquitis y aumenta el riesgo de cáncer, disminución de la inmunidad celular; afecta la cantidad y movilidad del esperma y bajo peso del recién nacido. Además, pueden producir el “síndrome amotivacional” que se caracteriza por apatía, anhedonia (incapacidad de experimentar placer) y desánimo.

Guía para el desarrollo del tema de Mitos y Realidades:

Saludo y bienvenida.

Objetivo: Aclarar a los participantes las realidades sobre los mitos y creencias sobre el tabaco y el alcohol, desmintiendo la falsa idea que no sucederá nada y que su consumo es posible de evitar.

Material a utilizar:

Tabla de mitos y realidades.

Papelógrafo.

Plumones.

Tiempo: 45 minutos.

Dinámica:

El facilitador preguntará a los participantes sus mitos o realidades acerca del tabaco y alcohol y registrará las respuestas en un papelógrafo.

Los participantes votarán sobre si el mito o realidad es falso o verdadero.

El facilitador aclarará sobre si es mito o realidad, apoyándose con el siguiente cuadro:

Tabaco y Alcoholismo...Mitos y Realidades

1.- El alcohol no es una droga	Sí lo es, porque modifica el funcionamiento del cerebro, produce cambios en la personalidad y la conciencia. Su consumo prologado causa adicción.
2.- El alcohol es un alimento	No lo es, porque no tiene valor nutritivo para el crecimiento y mantenimiento de la salud, agota las reservas de ciertas vitaminas y no permite la verdadera absorción de los alimentos.
3.- El alcohol es un estimulante	Falso, realmente es un depresor como los anestésicos y sedantes. Primero actúa sobre las zonas del cerebro que tienen que ver con el juicio, razonamiento, comprensión y otras funciones que regulan la conciencia.
4.- El alcohol mejora la sexualidad	No, el alcohol interfiere con los centros que regulan la respuesta sexual humana, la producción y acción de algunas hormonas sexuales, lo que puede favorecer la aparición de impotencia sexual.
5.- Las personas que "asimilan o aguantan mucho alcohol" nunca se vuelven alcohólicas.	No. El consumo muy alto y por mucho tiempo va "obligando" al cuerpo a requerir mayores cantidades para sentir los mismos efectos.
6.-Fumar un cigarrillo relaja y alivia el estrés	El tabaco no relaja, es un estimulante. La aparente sensación de alivio que se siente al fumar es porque el cerebro recibe la nicotina a la que se ha hecho adicto.
7.-No noto que me haga tanto daño, todavía tengo que fumar mucho más tiempo para notar los efectos negativos del tabaco.	Fumar un solo cigarrillo produce aumento de la tensión arterial, que dura 15 minutos; de igual manera, aumenta de 10 a 15 latidos del corazón, por minuto. Además disminuye la cantidad de oxígeno en la sangre.
8.-Fumar es un signo de libertad y de autoafirmación: no voy a dejar de fumar porque me digan que es malo.	Que fumar sea considerado un signo de libertad y de adultez es lo que quieren hacer creer las grandes compañías tabacaleras, a través de la publicidad y del cine para que compres su producto.
9.-Necesito un cigarrillo para estudiar o para trabajar.	Muchas personas han asociado el tabaco a situaciones tales como el trabajar o estudiar y esto se ha convertido en un hábito. No significa que no pueda hacerse sin tabaco.
10.-Al dejar de fumar se disfruta menos de la vida.	Las personas que han dejado de fumar experimentan casi inmediatamente nuevas sensaciones agradables como una mejora en el gusto de las comidas y en los olores; respirar libremente sin opresión en el pecho, sin dolor de garganta ni tos.

Fuente: El Salvador, Fondo Solidario para la Salud, "Guía de facilitación del proyecto de prevención "Salvando vidas del tabaco y el alcohol", marzo 2012.

Desarrollo de la dinámica:

- El facilitador preguntará a los participantes sus mitos o creencias acerca del tabaco y alcohol ¿Qué cosas han oído acerca del cigarro o de tomar cerveza o licor?.
- Se anotarán las respuestas en un papelógrafo.
- Los participantes votarán sobre si creen que el mito o creencia es falso o verdadero.
- Al finalizar, el facilitador aclarará la realidad sobre los mitos descritos.

Reflexión:

Además de los mitos antes descritos, hay muchos otros, que se fomentan a través de campañas publicitarias con intereses económicos que ayudan a mantener estas ideas, sin embargo la realidad es que tanto el tabaco como el alcohol llevan a una vida de adicción, problemas económicos, familiares, enfermedad y muerte.

Evaluación del desarrollo del tema:

El facilitador utiliza una pregunta generadora para conocer la comprensión y aprendizaje sobre mitos y realidades del alcohol, tabaco y las drogas.

4.1 Dinámicas sugeridas para el manejo de daños a la salud. :

- Dinámica introductoria: Teléfono descompuesto.
- Dinámica de conceptos claves.

Guía para el desarrollo del tema de Daños a la Salud:

Objetivo: Orientar y concienciar a la población objetivo sobre los daños físicos y psicológicos ocasionados por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas psicoactivas.

Materiales a utilizar:

Láminas plastificadas con imágenes de enfermedades y texto con información referente a la enfermedad, partidas a la mitad.

Tarjetas con conceptos claves de daños del consumo de alcohol y tabaco

Tiempo: cuarenta y cinco minutos:

Evaluación del desarrollo del tema de daños a la salud, se sugieren las siguientes dinámicas:

- Dinámica introductoria de daños a la salud
- Dinámica de conceptos claves

Dinámica introductoria de daños a la salud:

Se repartirán entre los participantes la mitad de una de las láminas de enfermedades (adicción, cáncer, signos en la apariencia, signos metabólicos crónicos) y ellos deberán encontrar al participante que tiene la otra imagen con la información correspondiente a la enfermedad. Luego con su pareja se presentarán y leerán información al respecto, impresa en la parte posterior de las imágenes y lo compartirán con el grupo participante.

Dinámica de conceptos claves:

El teléfono descompuesto:

Se colocan los participantes en fila o círculo y se selecciona un participante para que lea el concepto de un daño que ocasiona el tabaco y él lo dirá a la persona que tiene a la derecha y este lo dirá al siguiente, hasta llegar al último, quien lo dirá en voz alta y luego el capacitador leerá el concepto original. El facilitador dará una breve explicación sobre los daños del consumo de estas sustancias.

Reflexión: El consumo de estas sustancias aunque sean lícitas o ilícitas causa daños de tipo físico, psicológico y social. El primer daño es la adicción que deteriora irreparablemente la vida de las personas. Posteriormente están los estigmas sociales y enfermedades; debido a esto, cada persona debe evitar su consumo y prevenirlo.

Evaluación del desarrollo del tema.

Los participantes se organizarán en grupos y presentarán un sociodrama relacionado con los daños de la salud por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

5- Educación en valores y publicidad

5.1. Valores

Es todo aquello que lleva al ser humano a defender y crecer en su dignidad como persona. La carencia de algunos valores se relaciona directamente con el consumo de drogas lícitas o ilícitas.

Entre los principales valores se mencionan los siguientes:

- **Perseverancia:** es el aliento o fuerza interior que permite llevar a buen término las obras que se emprenden, sin dejarse vencer por las adversidades o dificultades.
- **Respeto:** es el sentimiento que lleva a reconocer los derechos, el decoro y la dignidad de otros, así como abstenerse de ofender.
- **Responsabilidad:** es la obligación moral que se tiene a consecuencia de haber contraído un compromiso. Una persona responsable es consciente, juiciosa, diligente, reflexiva, confiable y madura.
- **Solidaridad:** cuando dos personas o más se unen y colaboran mutuamente para conseguir un fin común.

5.2 Dinámicas sugeridas para la educación en valores.

Historia: "El vuelo de los gansos".

Dinámica para el fortalecimiento de valores

- Historia: "El vuelo de los gansos".

El próximo otoño, cuando veas a los gansos dirigirse hacia el sur para evitar el frío del invierno, fíjate que vuelan formando una "V". Tal vez te interese saber lo que la ciencia ha descubierto acerca de por qué vuelan de esa forma.

Se ha comprobado que cuando cada pájaro bate sus alas, produce un movimiento en el aire que ayuda al pájaro que va detrás de él. Volando en "V" la bandada aumenta por lo menos un 71% más su poder que si cada pájaro volara solo. Las personas que comparten una dirección común y tienen sentido de comunidad pueden llegar a donde deseen más fácil y rápidamente porque van apoyándose mutuamente.

Cada vez que un ganso se sale de la formación siente inmediatamente la resistencia del aire, se da cuenta de la dificultad de hacerlo solo y rápidamente regresa a su formación para beneficiarse del poder del compañero que va adelante. Si nosotros tuviéramos la inteligencia de un ganso nos mantendríamos con aquellos que se dirigen en nuestra misma dirección.

Cuando el líder de los gansos se cansa, se pasa a uno de los puestos de atrás y otro ganso toma su lugar. Obtenemos mejores resultados si nos turnamos haciendo los trabajos difíciles. Los gansos que van atrás, graznan para alentar a los que van adelante y mantener la velocidad. Una palabra de aliento produce grandes beneficios.

Finalmente, cuando un ganso se enferma o cae herido por un disparo, otros dos gansos se salen de la formación y lo siguen para ayudarlo y protegerlo. Se quedan acompañándolo hasta que éste, nuevamente está en condiciones de volar o hasta que muere, y sólo entonces los dos acompañantes vuelven a su bandada o se unen a otro grupo. Si nosotros tuviéramos la inteligencia de un ganso nos mantendríamos uno al lado del otro apoyándonos y acompañándonos.

- El facilitador invita a los participantes a que tomen una postura confortable, procurando que esté concentrado.
- El facilitador debe conducir al grupo, a través de la lectura del vuelo de los gansos.
- Cada participante escribe las partes principales de la narrativa y las comenta con el resto del grupo.
- Al final, cada participante comparte sus reacciones al ejercicio realizado.
- El facilitador, conduce la actividad para que el grupo analice y reflexione sobre la forma en que puede aplicarlo en su vida cotidiana.

5.3 Publicidad:

Es una forma de comunicación comercial que intenta incrementar el consumo de un producto o servicio, a través de los medios de comunicación. Además hace uso de mensajes subliminales a través de los sentidos.

El criterio de una buena publicidad es aquella que deja un “sabor” positivo. La publicidad negativa busca crear falsas expectativas y miente para vender un producto.

Psicología de la publicidad

Los colores en publicidad: Está probado que el color aumenta la eficacia de un anuncio. Pero ¿qué simbolizan los colores?

Rojo: fuerza y dinamismo. Sentimientos tanto de amor como de agresión. El rojo atrae la atención y estimula la mente.

Verde: sedante y equilibrado. Lo relacionamos con la naturaleza y las plantas. Simboliza la esperanza.

Azul: para nosotros es fresco, ligero, transparente. También es sedante para la vista. Simboliza la madurez, la sabiduría.

Amarrillo: alegría, juventud, vivacidad. Simboliza la extroversión y la simpatía. Lo relacionamos con el Sol y la luz.

Blanco: sobriedad, luminosidad. Da sensación de vacío, de infinito. Simboliza lo puro e inaccesible.

Negro: el misterio. Es un color "lleno". Simboliza la muerte, pero también la nobleza y la dignidad.

5.3 Dinámicas sugeridas para la publicidad.

Presentación de video y de imágenes con publicidad engañosa.

Guía para el desarrollo del tema Fortalecimiento de Valores y Publicidad

Saludo y Bienvenida

Objetivo: fortalecer los valores de los participantes para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como el conocimiento sobre la publicidad engañosa relativo al consumo de las sustancias psicoactivas.

Material a utilizar:

Hoja que contiene Historia del Vuelo de los gansos.

Video con publicidad engañosa

Tiempo de Duración: 1 hora

Dinámica: Presentación de video y de imágenes con publicidad engañosa.

El facilitador presenta video e imágenes sobre tabaco y alcohol donde se haga ver la influencia de la publicidad engañosa. Posteriormente, los participantes deben analizar dicha publicidad.

Es importante hacer ver que las empresas que comercian con estos productos son capaces de mentir, para lograr que sus productos sean consumidos.

El facilitador promueve la reflexión en parejas, acerca de los valores formados en los participantes, así como el análisis de la publicidad mostrada. De esta reflexión, dependerá la decisión a tomar

6. Familia y Comunicación.

Para el caso de las personas afectas al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, familia es el conjunto de personas vinculadas de manera significativa con el consumidor, paciente o persona en situación de riesgo que son susceptibles de algún tipo de intervención. Juega un rol preponderante como un factor de riesgo o como un factor protector de la conducta adictiva.

La comunicación es la forma verbal y no verbal de transmitir lo que se piensa y siente. La familia es el seno donde se modelan las conductas y comportamientos del individuo, generando la comunicación bidireccional entre él, su familia y el entorno, lo cual es fundamental en el desarrollo de habilidades y destrezas sociales, así como para la adaptación en los cambios del curso de vida y afrontamiento idóneo en situaciones de riesgo, como lo son el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

6.1 Tipos de comunicación:

- Comunicación directa: La persona responde en forma sincera honesta y franca, sin dobles intenciones. Su cuerpo esta relajado y mira directo a los ojos de la otra persona, se siente bien diciendo lo que piensa y siente.
- Comunicación agresiva: La persona responde en forma altanera, acusadora, amenazante y a veces grita. Se comunica con palabras que ridiculizan a la otra persona mostrando su desacuerdo y buscando sus errores. En su interior siente que vale poco por lo que necesita agredir para conseguir lo que quiere.
- Comunicación pasiva: La persona responde tratando de complacer y busca la aprobación de la otra persona. Sus palabras siempre muestran acuerdo y se comporta como si su opinión no importara, con sus gestos corporales manifiesta como si siempre estuviera de acuerdo.

6.2 Dinámicas para el manejo de la Familia y Comunicación.

- Historia de formas de comunicación: Historia de María.
- *Ejercicio sobre el “mandado a la tienda”*

Guía para el desarrollo del tema de Familia y Comunicación:

Objetivo:

Que los participantes conozcan el concepto de familia y sus formas de comunicación para la identificación de factores de riesgo y factores protectores para procurar relaciones saludables entre sus miembros.

Material a utilizar:

- Papelógrafo,
- Plumones,
- Hojas de papel bond.
- Tiempo: 45 minutos.
- Dinámica
- Saludo bienvenida y presentación:
- Llamar a los participantes por su nombre.
- Establecer un ambiente de confianza entre participantes.
- Conocer las expectativas de los/as participantes hacia la actividad.
- Respuesta de María:
- Luís llega de la escuela y necesita usar la computadora para hacer una tarea de ciencias, María su hermana está ocupando la computadora para juegos de Internet.
- Luís le pide a su hermana que le deje usar la computadora para hacer la tarea, María en forma impulsiva le responde gritando, encolerizada, con la cara enrojecida y que no quiere prestarla porque tiene que terminar su juego. Luís le aclara que solo usará la computadora por una hora pero María insiste gritando que no desea compartir la computadora de la casa.

FORMA DE COMUNICACIÓN	RESPUESTA DE MARIA
	María le responde con la cara enrojecida por la cólera y con voz fuerte “eres un estúpido, no te la prestare”
	María se levanta de inmediato y sin hablar con Luís deja la computadora y se dirige a su cuarto sin decir nada.
	María hace contacto visual con Luís y le dice con voz clara: “Entiendo que necesitas la computadora, pero necesito 15 minutos para terminar” Luís le responde: “Que esperará y le da la gracias”

- El facilitador o facilitadora puede pedir voluntarios para dramatizar las formas de comunicación y les pide que compartan como se sintieron utilizando cada estilo.
- Ejercicio: “Mandado a la tienda”
- Tu estás frente a la televisión viendo tu programa favorito, tu mamá te llama y te pide que vayas a la tienda a traer azúcar para hacerte un refresco. Cómo le responderías?:
- Con la ayuda del facilitador puedes compartir con el grupo y analizar el estilo de comunicación y las consecuencias de las respuestas dadas.

- **Evaluación del desarrollo del tema:**
- El facilitador debe realizar preguntas sobre los tipos de comunicación en los participantes, haciendo énfasis en la comunicación efectiva en la familia, ante el consumo de sustancias psicoactivas.

7. Habilidades para la vida y resolución de conflictos

7.1. Habilidades para la vida:

Es la capacidad y destreza para realizar algo que se posee en forma innata, se adquiere o perfecciona en virtud del aprendizaje y la práctica. Ejemplos: Saludar, sonreír, hacer amigos, expresar sentimientos, expresar opiniones, defender sus derechos, iniciar, mantener o finalizar conversaciones, entre otros.

Entre los tipos de habilidades se mencionan:

- Artística: pintura, tocar instrumentos musicales y otros.
- Deportivas: fútbol, básquetbol, natación, voleibol, deportes extremos y otros.
- Intelectuales: habilidades de lectura, clubes de ortografía, matemáticas y ciencias.
- Manuales: crochet, bisutería, corte y confección, carpintería y otros.

Las habilidades para la vida son importantes para el ser humano, especialmente en los adolescentes porque les permiten desarrollar nuevas habilidades y destrezas, administrar su tiempo libre y mantenerse alejados del tabaco, alcohol y otras drogas.

7.2. Resolución de conflictos

Conflicto: es una situación en la que dos o más individuos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas con el objetivo de neutralizar, dañar o eliminar a la parte rival, para lograr los objetivos que motivaron la confrontación.

Resolución de conflicto: es el proceso de búsqueda y aplicación de una opción o un conjunto de opciones para encontrar la solución apropiada.

Estrategia para la resolución de conflictos: es la habilidad de solucionar satisfactoriamente los conflictos, es una de las más importantes desde el punto de vista social. El manejo y la resolución de conflictos pueden ser aprendidas y asimiladas a nivel cognoscitivo y comportamental.

Las conductas sugeridas para el manejo y resolución de conflictos son:

- **Adopte una aptitud pacífica:** usted nunca debería ser el agresor o causa del conflicto. Trate de evitar confrontaciones físicas.
- **Escuche, escuche, escuche:** el principal problema durante un conflicto es que ambas partes quieren explicar su punto. Esto les causa el deseo de hablar antes que la otra persona sea escuchada. Es importante ESCUCHAR para poder resolver el conflicto.
- **Declare su deseo de arreglar las cosas:** la otra persona debe saber que usted está dispuesto a llegar a un arreglo, lo que significa que desea entrar en el proceso de dar y recibir que lleva a un terreno neutral donde ambos están de acuerdo.

- **Sea un modelo de apoyo y cooperación:** sea sincero y muestre apertura en su intento de reconciliación con la otra persona.
- **Utilice la estrategia de negociación:** ambas partes del conflicto pueden ganar. Un objetivo de la negociación consiste en resolver el conflicto con un compromiso o una solución que satisfaga a las partes involucradas.
- **¡Mantenga la calma!** para abordar una situación de conflicto, tómese un momento para reflexionar y disminuir su ira antes de tratar de arreglar el problema.
- **Nunca** aborde a un individuo enfrente de otros, ya que sólo causará que actúe a la defensiva. La persona seguramente tomará represalia al sentirse avergonzada o amenazada.
- **No insulte** a otra persona. Dígale lo que piensa y siente, y hágalo con respeto.
- **No provoque** a la otra persona o grupo. Esto sólo llevará a más conflicto y violencia.

7.3 Dinámicas sugeridas para la resolución de conflictos.

- Juego de la telaraña
- Juego del escuadrón
- Juego de roles.

7.1 Guía para el desarrollo del tema de habilidades para la vida y manejo y resolución de conflictos:

Saludo y bienvenida.

Objetivo:

Desarrollar habilidades en los participantes para resolver conflictos o situaciones difíciles originadas por el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, mediante la tolerancia, convivencia social, optimismo y comunicaciones.

Material a utilizar:

- Hoja de papel en blanco.
- Bollo de lana.
- Lápices o lapiceros.
- Pizarrón o rotafolio.

Tiempo de duración: 45 minutos.

Dinámicas de habilidades para la vida y manejo y resolución de conflictos. Ver anexo 7
Evaluación del desarrollo del tema.

Juego de la telaraña

Consigna de partida del juego:

Utilizando una cuerda, construya una telaraña entre dos árboles o postes, que tengan una separación de dos metros de ancho entre ambos. Construya la telaraña, dejando espacios de varios tamaños, entre la red, considerando que el espacio entre el suelo y la primera telaraña. debe estar a la altura de un metro.

El grupo debe pasar por la telaraña sin tocar las cuerdas. Se le plantea al grupo, que están atrapados en una caverna, cueva o una prisión y que la única salida es a través de esa telaraña electrificada. Para tratar de salir, deben buscar una solución, buscando la ayuda entre los participantes, de tal manera que los primeros pasen con la ayuda de los demás, luego uno a uno van saliendo.

El moderador debe aplaudir los aciertos e invitar al grupo a aplaudir y felicitar a todos los participantes por el logro del objetivo.

Juego del escuadrón

1. Se forman los grupos de 3 a 5 personas, entregándoseles las hojas en blanco y se les proporciona la consigna del juego, que consiste en elaborar un avioncito de papel para que vuele y hacerlo pasar a través de un aro. Se les explica que para ello, pueden solicitar una hoja adicional.
2. El grupo concluye la prueba cuando logra que su avioncito vuele y atravesase el aro, para lo cual cada participante puede realizar hasta tres intentos. Los intentos de cada grupo pueden ser consecutivos o no, con el objetivo de fomentar la participación de todos.
3. El juego termina una vez todos los grupos han cumplido la prueba.
4. Evaluación de ambas dinámicas:
5. El moderador preguntará opiniones de manera abierta, acerca de la forma en que se desarrolló la dinámica.

Reflexión:

El moderador debe hacer una reflexión sobre lo realizado por cada grupo, en términos de comunicación, trabajo en equipo y motivación.

Juego de roles

El facilitador invita a los participantes a que tomen a su compañero de al lado para realizar el juego, asignándoles un rol; luego explicará un ejemplo sobre la problemática de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas y se les indica que deben identificar intervenciones para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Posteriormente aplicarán la metodología entre pares, a fin de desarrollar un plan de vida a nivel individual y relacional con sus compañeros de escuela o deportes o a nivel comunitario. Se darán 15 minutos por cada participante, para que anoten las ideas, preguntas y conclusiones.

Evaluación del desarrollo del tema.

Para la evaluación de tema, se recomienda la utilizada en el tema anterior.

Anexo 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN BIOPSICOSOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

Fecha: _____ Profesional: _____

Tipo de riesgo: médico psiquiátrico social legal

Nivel de riesgo: bajo medio alto Referido a: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ N° expediente: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ MINSAL ISSS
 ISBM Otros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Responsable: _____

Procedencia: Casa Albergue Calle Centro de Rehabilitación

Otro Centro de Salud Desconocido Otros: _____

II. EVALUACIÓN MÉDICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ Conciencia: _____
 Orientación: _____

FUR: _____ FPP: _____ FCF: _____ Control embarazo: _____

TABLA N° 1

TABLA N° 2

Cefalea			Trauma craneoencefálico	
Deshidratación			Alteración de la Conciencia	
Sudoración			Desorientación y Confusión	
Náuseas y/o Vómitos			Dolor torácico	
Calambres y temblor			Dificultad Respiratoria	
Dolores Musculares y Constipación Nasal			Dolor Abdominal	
Marcha Inestable			Ascitis y/o Ictericia	
Trastornos del Sueño			Embarazo	
Trastornos del Apetito			Edemas	

Si cumple solo criterios de tabla N° 1 puede ser manejado en primer nivel

Si cumple uno o más de los criterios de tabla N° 2 debe ser referido a segundo nivel

Otros datos relevantes de exploración física _____

Antecedentes médico importantes: _____

Tratamientos médicos actuales: _____

III. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

TABLA N° 1

Aspecto descuidado	
Gran ansiedad/angustia	
Triste	
Labilidad afectiva	
Ideas depresivas	
Desconfiado	
Alucinosis	
Autocrítica	

TABLA N° 2

Agresividad	
Violencia	
Agitación psicomotriz	
Ideas suicidas	
Ideas homicidas	
Dificultad articular palabras	
Alucinaciones	
Juicio alterado	
Dificultad comprensión	

Si cumple solo criterios de tabla N° 1 puede ser manejado en primer nivel

Si cumple uno o más de los criterios de tabla N° 2 debe ser referido a segundo nivel

HISTORIA CONSUMO DE DROGAS:

Drogas que usa: Alcohol marihuana cocaína crack pega tabaco sedantes o tranquilizantes anfetaminas

Otros: _____

Cantidad consumida: _____ N° de días de consumo: _____

Consume solo consume en compañía de amigos

Vía de administración: oral inyectada inhalada fumada Otras: _____

Antecedentes de: Intoxicación por drogas Delirium tremens problemas médicos SAA

Antecedentes Psiquiátricos especifique: _____

Tratamientos previos por drogodependencia: _____

Ha intentado dejar de consumir como: _____

Ingreso hospitalarios por Intoxicación Ingresos hospitalarios por Abstinencias Ingresos en Centros de rehabilitación especifique: _____

Familiares que consumen drogas: _____

Voluntad de someterse a tratamiento: ninguna escasa motivación bastante motivado

IV. EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN SOCIAL

Personas con las que comparte la vivienda: solo cónyuge pareja padre madre hermanos abuelos otros: _____

Nivel socio-económico: bajo medio alto desconocido

Financiamiento del consumo: _____

Problemas legales especifique: _____

Violencia intrafamiliar: cónyuge o pareja hijos padres otros: _____

Grupo de relación actual: amigos consumidores amigos no consumidores no se relaciona

Tipos de apoyo: padres otro familiar amigos iglesia otros: _____

IMPRESIÓN SUBJETIVA DEL EVALUADOR: _____

ANEXO 3

CAGE: TEST PARA DETECTAR EL ALCOHOLISMO

CUESTIONARIO CAGE:

- ¿ HA PENSADO EN ALGUNA OCASIÓN QUE TENÍA QUE REDUCIR O DEJAR LA BEBIDA?
- ¿ LE HAN MOLESTADO LAS OBSERVACIONES; DE SU FAMILIA, ALLEGADOS, CONOCIDOS, ACERCA DE SUS HÁBITOS DE BEBIDA ?
- ¿ SE HA SENTIDO ALGUNA VEZ A DISGUSTO O CULPABLE, POR SU MANERA DE BEBER ?
- ¿ ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE BEBER A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA, PARA SENTIRSE BIEN Y EMPEZAR EN FORMA EL DÍA ?

Se considera que una persona tiene problemas con el alcohol y presumiblemente es un alcohólico, si ha respondido afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Si es así debe consultar con su médico para empezar un tratamiento de deshabitación.

ANEXO 4

CRITERIOS DE ADMISIÓN



ANEXO 5

Modelo sugerido de actividades diarias para la fase dos

Primera semana

Hora	día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
7:30-8:00	Registro	Registro	Registro	Registro	Registro
8:00-8:30	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local
8:30-9:30	Presentación del equipo y usuarios	Encuentro de la mañana	Encuentro de la mañana	Encuentro de la mañana	Encuentro de la mañana
9:30-10:30	Elaboración de normas	Receso	Receso	Receso	Receso
10:30-11:00	Receso	Inducción nuevos usuarios	Terapia individual	Entrevista con familia	Ludoterapia
11:00-12:00	Receso	Musicoterapia	Terapia individual	Entrevista con familia	Ludoterapia
12:00-1:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00-1:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
1:30-3:30	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal

Segunda semana

Hora	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10
7:30-8:00	Registro	Registro	Registro	Registro	Registro
8:00-8:30	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local
8:30-9:30	Encuentro de la maña	Encuentro de la mañana			
9:30-10:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
10:30-11:00	Etapas de cambio I	Etapas de cambio II	Terapia individual	Biblioterapia	Expresión de emociones
11:00-12:00	Etapas de cambio I	Etapas de cambio II	Terapia individual	Biblioterapia	Expresión de emociones
12:00-1:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00-1:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
1:30-3:30	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal

Tercera semana

Hora	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14	Día 15
7:30-8:00	Registro	Registro	Registro	Registro	Registro
8:00-8:30	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local
8:30-9:30	Encuentro de la mañana	Encuentro de la mañana			
9:30-10:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
10:30-11:00	Resistencia al cambio	Cineforum	Terapia individual	Entrevista de pareja/ familia	Prevención de recaídas
11:00-12:00	Resistencia al cambio	Cineforum	Terapia individual	Entrevista de pareja/con familia	Prevención de recaídas
12:00-1:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00-1:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
1:30-3:30	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal

Cuarta semana

Hora	Día 16	Día 17	Día 18	Día 19	Día 20
7:30-8:00	Registro	Registro	Registro	Registro	Registro
8:00-8:30	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local	Aseo del local
8:30-9:30	Encuentro de la mañana	Encuentro de la mañana			
9:30-10:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
10:30-11:00	Charla sobre salud	Terapia ocupacional	Terapia individual	Elaboración proyecto de vida	Elaborar Plan de manejo al alta con pte, fam y equipo
11:00-12:00	Charla sobre salud	Terapia ocupacional	Terapia individual	Elaboración proyecto de vida	Elaborar Plan de manejo al alta con pte, fam y equipo
12:00-1:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00-1:30	Receso	Receso	Receso	Receso	Receso
1:30-3:30	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal	Terapia grupal

ANEXO 6

Temática recomendada para las sesiones de la segunda etapa

- Habilidades para la vida.
- Cine forum.
- Orientación sobre oportunidades de trabajo (parte 1).
- Orientación sobre oportunidades de trabajo (parte 2).
- Relaciones interpersonales.
- Terapia extramural (en convivencia con los usuarios de las otra etapas).
- Charla psicoeducativa “la ambivalencia”.
- Afrontando los obstáculos.
- Asertividad y comunicación + Relajación al final.
- Taller de expresión de emociones.
- Prevención de recaídas.

ANEXO 7

Ficha de seguimiento para pacientes egresados del programa de drogodependencias

1. Investigación sobre el consumo de drogas

Se ha mantenido Si__ No__ Si la respuesta es "no" aclare: _____
abstinente

2. Se ha expuesto ha situaciones de riesgo: Si__ No__ Si la respuesta es "si" aclare: _____

RELACIONES SOCIALES, ACTIVIDADES Y FUNCIONABILIDAD

• Realiza actividad Si__ No__ Cual: _____
laboral

• Realiza algún tipo de actividad recreativa: Si__ No__ Cual: _____

• Pertenece a alguna organización, asociación, iglesia : Si__ No__ Cual: _____

• Qué tipo de actividades realiza en estos grupos: _____
—

• Quién es la principal persona que lo apoya:

• Sus amistades son adecuadas:

Si ___ No ___

Aclare: _____

• Relaciones familiares son adecuadas

Si ___ No ___

En caso de "No" aclare: _____

Observaciones: _____

ANEXO 8 DE TERAPIAS GRUPALES EN FASE 2 Y 3

Terapias grupales ambulatorias

El tratamiento ambulatorio son aquellas intervenciones en las cuales los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos, estudios o en sus casas. Además, el paciente está en permanente interacción con el medio y su familia (si la hubiere) características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no sólo las estrategias de tratamiento propiamente como tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias que se originan de las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia. Desde esta perspectiva el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo.

En las terapias grupales ambulatorias, deberá abordar con el paciente los siguientes aspectos:

- Propiciar que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas.
- Prestar asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual y de familia.
- Facilitar estrategias de control del consumo y de trabajo grupal.
- Educar en el restablecimiento de los hábitos de vida saludable.
- Compartir y aprender de los demás, estrategias que le faciliten su rehabilitación.

Psicoterapias individuales

Estas son impartidas por el médico psiquiatra o psicólogo. La primera terapia individual debe ser de tipo motivacional, para lograr que el paciente reconozca por si mismo que tiene un problema y necesita ayuda y la acepta.

Las psicoterapias consisten en ayudar al individuo y a su entorno a:

- Definir el problema.
- Tomar conciencia de otros problemas que puedan afectar al funcionamiento individual o relaciones interpersonales.
- Modificar los comportamientos perjudiciales.
- Reducir el sufrimiento hasta su eliminación.
- Ayudar a la expresividad emocional o a su moderación.
- Evitar cualquier conducta agresiva.
- Desarrollar habilidades para afrontar las dificultades actuales.
- Romper el círculo vicioso tanto interaccional como individual que les lleva al conflicto permanente: "salir del túnel".
- Redefinir el problema original, modificando el discurso o narrativa.
- Atribuir y buscar significados diferentes a los problemas planteados.
- Establecer una relación empática con el profesional que sirva de modelo para otras.