



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health
Organization**

Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas

Anteproyecto para Prueba en Campo

© Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Marzo 2017.

Esta publicación no ha sido editada formalmente.

Reconocimientos

A la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) desea agradecer a las siguientes personas e instituciones por su invaluable contribución al proceso de publicación de estas normas:

El grupo de expertos internacionales por proporcionar relevante evidencia científica, asesoría técnica y desarrollar el anteproyecto principal de las normas, que incluye (en orden alfabético):

Dr. David Basangwa, Uganda; Dr. Adam Bisaga, Estados Unidos; Dr. Willem Van Den Brink, Países Bajos; Dra. Sandra Brown, Estados Unidos; Sr. Thom Browne, Estados Unidos; Dra. Kathleen Carroll, Estados Unidos; Sr. Humberto Carvalho, Estados Unidos; Dr. Michael Clark, Estados Unidos; Dr. Steve Gust, Estados Unidos; Dra. Loretta Finnegan, Estados Unidos; Dra. Gabriele Fischer, Austria; Dra. Hendree Jones, Estados Unidos; Dr. Martien Kooyman, Países Bajos; Dr. Evgeny Krupitsky, Rusia; Dr. Otto Lesch, Austria; Dr. Icro Maremanni, Italia; Dr. Douglas Marlowe, Estados Unidos; Dr. Andrew Thomas McLellan, Estados Unidos; Dr. Edward Nunes, Estados Unidos; Dr. Isidore Obot, Nigeria; Dr. John Strang, Reino Unido; Dr. Emilis Subata, Lituania; Dra. Marta Torrens, España; Dr. Roberto Tykanori Kinoshita, Brasil; Dra. Riza Sarasvita, Indonesia; Dr. Lucas George Wiessing, Países Bajos.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA, por sus siglas en inglés), en particular a la Dra. Marica Ferri; Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA); Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en particular a la Srita. Alexandra Hill; Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés); el Plan Colombo, en particular a la Srita. Verónica Felipe, el Sr. Bian How Tay y la Srita. Winona Pandan.

Dr. Vladimir Poznyak, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Dr. Gilberto Gerra, ONUDD, quienes coordinaron este esfuerzo conjunto de la ONUDD y OMS en el marco del Programa ONUDD-OMS sobre el Tratamiento y la Atención de la Farmacodependencia.

Al personal de la OMS, en particular Dr. Nicolás Clark por su gran apoyo y la revisión de las normas, Dr. Shekhar Saxena por su contribución a las normas y el Sr. Cesar Leos-Toro, Consultor, por su apoyo.

Al siguiente personal de la ONUDD por su compromiso e importantes aportaciones que ayudaron a hacer realidad este documento (en orden alfabético): Srita. Anja Busse, Srita. Giovanna Campello, Dr. Igor Koutsenok, Srita. Elizabeth Mattfeld, Dra. Elizabeth Saenz, así como las consultoras Srita. Christina Gamboa y Srita. Olga Parakkal.

Al siguiente personal de la ONUDD por su dedicación y apoyo de organización a lo largo de todos los procesos de desarrollo de las Normas Internacionales: Srita. Caecilia Handayani-Hassmann, Srita. Emilie Finkelstein, y Srita. Nataliya Graninger.

Al personal de la ONUDD en las oficinas locales y los expertos en todo el mundo por brindar un considerable apoyo.

Índice

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Trastornos por el Uso de Drogas	2
1.3 Nuevas Tendencias en el Uso de Drogas	5
1.4 Normas de Tratamiento Internacionales.....	7
CAPÍTULO 2: PRINCIPIOS Y NORMAS CLAVES PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR EL USO DE DROGAS	8
CAPÍTULO 3: MODALIDADES E INTERVENCIONES DEL TRATAMIENTO.....	17
3.1 Proyección a la Comunidad	Error! Bookmark not defined.
3.2 Detección, Intervenciones Breves, y Canalización al Tratamiento (SBIRT).....	20
3.3 Tratamiento de Paciente Interno o Residencial a Corto Plazo.....	25
3.4 Tratamiento Ambulatorio	33
3.5 Tratamiento Residencial de Largo Plazo	47
3.6 Manejo de la Recuperación	57
CAPÍTULO 4: POBLACIONES ESPECIALES	62
CAPÍTULO 5: CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMA EFICAZ PARA PROPORCIONAR SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR EL USO DE DROGAS	83
REFERENCIAS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

Capítulo 1: Introducción

1.1 Antecedentes

Se calcula que un total de 250 millones de personas, ó 1 de cada 20 con edades entre los 15 y 64 años, usó alguna droga ilícita en el año 2014 (Informe Mundial sobre Drogas, 2016). Aproximadamente 1 de cada 10 personas que usan drogas ilícitas está padeciendo algún tipo de trastorno por el uso de drogas, incluyendo farmacodependencia. Casi la mitad de las personas con farmacodependencia se las inyectan, y de ellos más del 10% está viviendo con VIH y la mayoría está infectada con hepatitis C. Los trastornos por el uso de drogas son uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial.

Los trastornos por el uso de drogas son un grave problema de salud, con una importante carga para los individuos afectados y sus familias. Existen también costos significativos para la sociedad que incluyen pérdida de productividad, retos de seguridad, crimen, costos crecientes de cuidado de la salud y una infinidad de consecuencias sociales negativas. Se calculó que el costo social por el uso de drogas ilícitas es de hasta 1.7% del PIB (producto interno bruto) en ciertos países (Informe Mundial sobre Drogas, 2016). El cuidado de los individuos con trastornos por el uso de drogas constituye una pesada carga para los sistemas de salud pública de los Estados Miembros y por lo tanto se deben mejorar los sistemas de tratamiento para hacer que sean los mejores posibles. Esto sin duda beneficiaría no solamente a los individuos afectados, sino también a sus comunidades y a toda la sociedad.

Después de muchos años de investigación médica, es evidente que la farmacodependencia es un complejo trastorno biológico y conductual multifactorial. Los avances científicos están posibilitando el desarrollo de tratamientos que ayuden a normalizar la función cerebral de los individuos afectados y a apoyarlos para cambiar su comportamiento. El ofrecer tratamientos con base en la evidencia científica está ayudando ahora a millones de individuos afectados a recuperar el control de sus vidas.

Lamentablemente, en muchas partes del mundo persisten puntos de vista obsoletos acerca de trastornos por el uso de drogas. El estigma y la discriminación que comúnmente se ejercen contra los individuos con farmacodependencia y los profesionales que trabajan con ellos han comprometido de manera significativa la implementación de acciones o *intervenciones* de tratamiento de calidad en esta área, mermando el desarrollo de las instalaciones de tratamiento, la capacitación de los profesionales de la salud y la inversión en programas de recuperación. Aunque la evidencia demuestra con claridad que los trastornos por el uso de drogas tienen un mejor manejo dentro de un sistema de salud pública, al igual que otros problemas médicos como la infección por VIH o la hipertensión, la inclusión del tratamiento de la adicción en el sistema de cuidado de la salud aún es muy difícil en muchos países en donde existe un enorme vacío entre la ciencia, la política y la práctica clínica.

En ciertos países, los trastornos por el uso de drogas aún son considerados como un problema de justicia principalmente penal, y las agencias del Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia o Ministerio de Defensa aún son responsables de los individuos

afectados sin la supervisión o participación del Ministerio de Salud. Es improbable que el solo uso de estrategias y métodos de aplicación de la ley de como resultado efectos positivos sostenidos. Solamente el tratamiento que tiene como su premisa básica una comprensión de la farmacodependencia como un trastorno primordialmente multifactorial, biológico y conductual que se puede tratar utilizando enfoques médicos y psicológicos, puede mejorar las oportunidades de una recuperación del trastorno y reducir las consecuencias relacionadas con las drogas.

Actualmente, la ONUDD demostró en el Informe Mundial sobre Drogas que a nivel mundial solamente 1 de cada 6 personas que necesitan tratamiento para la farmacodependencia tiene acceso a los programas de tratamiento; sólo 1 de cada 11 en Latino América y 1 de cada 18 en África. En muchos países el tratamiento solo está disponible en las grandes ciudades pero no en las áreas rurales. Lamentablemente, en muchos lugares el tratamiento disponible con frecuencia no es efectivo, no está apoyado en evidencia científica y, en ocasiones, no respeta los principios de derechos humanos. Esto también ocurre en los países altamente desarrollados en donde con frecuencia la disponibilidad de programas de tratamiento basados en evidencia es insuficiente.

1.2 Trastornos por el Uso de Drogas

El uso de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas sin supervisión médica está asociado a importantes riesgos para la salud. Por esta razón, la producción, venta, distribución y uso de estas sustancias han sido reguladas bajo el control de los tratados internacionales (Convenciones de 1961, 1971, 1988), con el propósito de evitar las consecuencias negativas que podrían dañar significativamente la salud y la seguridad.

Aproximadamente 10% de los individuos que se iniciaron en el uso de drogas con el paso del tiempo desarrollarán cambios en su comportamiento y otros síntomas que constituyen un Trastorno por el Uso de Drogas (ya sea uso de drogas perjudiciales o farmacodependencia en el sistema de clasificación ICD-10).

En el núcleo del síndrome de farmacodependencia se encuentra el fuerte e irresistible deseo de ingerir la droga, una incapacidad para controlar el consumo y la cantidad de drogas ingeridas que genera una cantidad desproporcionada de tiempo dedicado a actividades excesivas relacionadas con la droga. Con el paso del tiempo, el uso de una droga adquiere una prioridad mucho mayor para un individuo determinado, desplazando a otras actividades que alguna vez tuvieron mayor valor. Los individuos con este trastorno con frecuencia pierden el interés en, y se olvidan de sus familias y su vida social, educación, trabajo y recreación. Pueden involucrarse en comportamientos de alto riesgo y continuar con el uso de drogas a pesar del conocimiento de los problemas sociales y/o interpersonales recurrentes social que surgen del uso de las drogas. Finalmente, con el paso del tiempo ciertas drogas pueden ocasionar una reducción de sus efectos ante la misma dosis repetida de una droga, o tolerancia, y un síndrome de abstinencia – un conjunto de síntomas adversos característicos, cuando la cantidad de droga consumida se redujo o se ha suspendido completamente. El deseo de ingerir la droga puede persistir, o reactivarse con facilidad, incluso después de un período prolongado de abstinencia.

La base de estos síntomas y conductas es la alteración de las trayectorias neuronales en las áreas del cerebro que regulan la motivación y el estado de ánimo, experiencia de placer y bienestar, memoria y aprendizaje, y la habilidad para suprimir impulsos indeseables.

La comunidad científica tiene ahora un complejo entendimiento de cómo estas alteraciones en el funcionamiento cerebral generan el desarrollo de trastornos por el uso de drogas. En primer lugar, los factores hereditarios o genéticos desempeñan un papel en pasar un mayor riesgo de dependencia a la siguiente generación. Este riesgo genético está evidenciado por diferentes respuestas a dosis iniciales de droga observados en los individuos en riesgo; muestran más efectos positivos, menos efectos negativos, y la capacidad para tolerar dosis mucho más elevadas que las observadas en los individuos sin factores de riesgo genético. No obstante el riesgo genético puede ser modificado por las experiencias tempranas en la vida, las cuales pueden tener efectos protectores pero también nocivos. Los traumas, las carencias y la tensión persistente durante los primeros años pueden hacer más vulnerable al individuo a desarrollar efectos anormales en el cerebro después de la exposición inicial a las drogas. En los individuos vulnerables, la exposición a las drogas desata mecanismos de aprendizaje patológico por recompensa e interfiere con las respuestas previamente aprendidas a otras conductas y recompensas, tales como las interacciones sociales o la comida. Este nuevo tipo de respuesta aprendida es muy estable y puede perdurar toda la vida, de manera similar a otras conductas aprendidas tal como pasear en bicicleta.

Los ambientes previamente neutros adquieren una fuerte asociación con la experiencia con las drogas, cuando se consumen drogas, y posteriormente puede activar de forma independiente el deseo por la droga y estimular el comportamiento de búsqueda de drogas. El deseo por las drogas también puede ser activado por exposición a situaciones de tensión o incluso a pequeñas cantidades de otras sustancias intoxicantes como el alcohol. Con el paso del tiempo, los recuerdos relacionados a las experiencias con drogas se vuelven muy fuertes y persistentes. El deseo del uso puede ser activado cada vez con mayor facilidad en tanto que la habilidad para controlar y suprimir el impulso de usarlas se torna más débil, de modo que el individuo afectado puede reanudar el uso de drogas a pesar del fuerte deseo previo de no hacerlo.

Como consecuencia, el funcionamiento cerebral anormal en los individuos afectados los predispone a tomar decisiones con nefastas consecuencias para su propia salud y bienestar y también para el bienestar de sus familias y comunidades, incluyendo el practicar comportamientos que son ilegales o que ellos previamente han considerado como no éticos o inmorales, ya sea para adquirir drogas o bajo la influencia de las mismas.

Los avances científicos y los esfuerzos por educar al público en general están empezando a cambiar las percepciones acerca de la adicción a las drogas en todos los Estados Miembros y la sociedad civil. Existe un mayor reconocimiento de que los trastornos por el uso de drogas son un complejo problema de salud con factores determinantes psicosociales, ambientales y biológicos, los cuales necesitan de una respuesta multidisciplinaria e integral de las diferentes instituciones trabajando de manera conjunta. Muchos legisladores y el público en general están empezando a darse cuenta que la farmacodependencia no es simplemente un “mal hábito auto-adquirido” sino un resultado de una larga serie de factores biológicos y ambientales, desventajas y adversidades, que pueden ser prevenidos y tratados. Los factores de riesgo están siendo reconocidos tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La privación y el abuso en la primera infancia, la falta de sólidos apoyos familiares, la paternidad deficiente, la falta de apoyo emocional y compromiso personal de los profesores, la disfuncionalidad en el hogar, la exclusión y aislamiento social contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental y farmacodependencia en muchas comunidades. En otras comunidades, estos problemas se ven agravados por la pobreza extrema, vecindarios

degradados, falta de vivienda, desplazamiento, explotación, violencia, hambre y malas condiciones laborales y sobrecarga de trabajo.

Además de los síntomas de esta compleja enfermedad, los individuos con trastornos graves por el uso de drogas a menudo desarrollan problemas médicos o psiquiátricos adicionales. Aquellas personas que se inyectan drogas tienen la probabilidad de estar expuestos a infecciones transmitidas por la sangre (VIH – Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VHC – Virus de la Hepatitis C) y TB – Tuberculosis, de presentar un alto riesgo de problemas cardiovasculares y hepáticos, de tener una mayor incidencia de accidentes viales o de otro tipo, y de experimentar violencia con mayor frecuencia. Los individuos con farmacodependencia tienen una expectativa de vida mucho menor. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de las personas con dependencia a los opiáceos es significativamente mayor que la tasa esperada en la población general y la muerte ocurre con mayor frecuencia a una edad temprana. Se estimó que la dependencia a opiáceos representó el 0.37% de los DALYs (años de vida ajustados en función de la discapacidad) globales en el año 2010, un incremento del 73% de los DALYs estimados en 1990 (Degenhardt et al. 2014). La sobredosis, el VIH/SIDA, la Hepatitis C, las lesiones no intencionales (accidentes y violencia), las enfermedades cardiovasculares y el suicidio son las causas de muerte más frecuentes por el uso de drogas. La relación entre los trastornos psiquiátricos y por el uso de sustancias es muy compleja. Con frecuencia existe un trastorno psiquiátrico previo al inicio del uso de sustancias, lo que sitúa a los individuos afectados en un mayor riesgo de desarrollar trastornos por el uso de drogas. Los trastornos psiquiátricos también pueden desarrollarse de manera secundaria al trastorno por el uso de drogas, debido en parte a cambios biológicos en el cerebro que resultan del uso crónico de drogas. El riesgo de desarrollar farmacodependencia y complicaciones psiquiátricas es particularmente elevado en niños y adultos jóvenes que son expuestos a los efectos de las drogas antes de que su cerebro pueda madurar completamente, un proceso que por lo regular ocurre alrededor de los veinticinco años.

Debido a que los trastornos por el uso de drogas generalmente son de naturaleza crónica, el riesgo de recaer en el uso de drogas persiste durante varios años, en ciertos casos incluso después de muchos años de completa abstinencia de las drogas. La implicación de esto es que los servicios terapéuticos tienen que estar listos para trabajar con los pacientes con trastorno por el uso de drogas durante un largo tiempo, manteniendo contacto y ofreciendo monitoreo durante años, en ocasiones toda la vida. Esto es similar al sistema de cuidado de pacientes con otras enfermedades crónicas (diabetes, asma, presión arterial elevada) que están preparados para tratar con los períodos de remisión de los síntomas pero también con la exacerbación, proporcionando la intensidad de intervenciones que concuerden con el problema presentado sin la expectativa de que una condición pueda ser completamente curada después de un episodio de tratamiento a corto plazo. Tras reconocer la naturaleza de la cronicidad y el curso de recaída de los usuarios de drogas, el uso continuo de drogas no implica que el tratamiento sea ineficaz y por lo tanto inútil. Por el contrario, el tratamiento apropiado suministrado de manera repetida a pesar del uso continuo o recaídas intermitentes en el uso de drogas es esencial para garantizar una mejor calidad y duración de vida a pesar de los problemas de salud graves y persistentes, en tanto que se reducen al mínimo los efectos perjudiciales tanto para los usuarios de drogas como para la comunidad, y se aumentan al máximo las oportunidades de una vida longeva y saludable.

1.3 Nuevas Tendencias en el Uso de Drogas

Tradicionalmente las drogas que causan adicción eran sustancias derivadas de plantas tales como la cocaína, heroína y marihuana, consumidas en la región donde fueron cultivadas o a lo largo de rutas comerciales hacia su mercado final. El incremento en el comercio mundial y los viajes están globalizando el mercado de las sustancias de origen vegetal que previamente estuvieron enfocadas de manera específica en diferentes regiones.

En las décadas recientes, ha estado más disponible un mayor número de sustancias psicoactivas nuevas sintéticas (NPS) que incluyen anfetaminas y estimulantes relacionados que se sintetizan en laboratorios clandestinos y se están produciendo y consumiendo en toda región. Una proporción significativa del abuso de sustancias psicoactivas se debe al uso no-médico de medicamentos de prescripción que están clasificados como sustancias controladas tales como medicamentos sintéticos para el dolor, hipnóticos sedantes o psicoestimulantes. El incremento durante los últimos 10 años en el uso de opiáceos fuertes para el manejo de dolor crónico en ciertos pacientes en el mundo ha dado como resultado un drástico incremento de las muertes por sobredosis de opiáceos.

A fin de evitar los esfuerzos legales para controlar la distribución de sustancias psicoactivas peligrosas con base en la programación de los compuestos específicos, cientos de nuevas sustancias psicoactivas están siendo sintetizadas, distribuidas y consumidas en exceso cada año con consecuencias impredecibles y, con frecuencia, dramáticamente adversas para los usuarios. La producción y tráfico de NPS, que con frecuencia pueden ser adquiridas por Internet, hace aún más difícil su monitoreo y control. Muy pocos países tienen establecido un sistema de alerta temprana para recolectar y compartir información acerca de estas nuevas sustancias.

El resultado de estos cambios es que muchos países están viendo un cambio en los patrones del uso de drogas; alejados de las sustancias de origen vegetal más tradicionales hacia los compuestos sintéticos, los medicamentos de prescripción u otras sustancias de origen vegetal. Aunque a nivel global los opiáceos continúan representando la mayor amenaza para la salud pública, estos son seguidos más de cerca ahora por los estimulantes tipo anfetamina (ONUDD Informe Mundial sobre Drogas, 2016).

Con frecuencia, los sistemas de cuidado de la salud están esforzándose para responder apropiadamente el surgimiento de nuevos problemas conductuales y médicos en los usuarios de drogas. Por ejemplo, en las regiones del mundo en donde en los opiáceos casi nunca fueron utilizados con anterioridad, los sistemas de salud usualmente no tienen la capacidad de proporcionar el tratamiento asistido médicamente para el tratamiento de los trastornos por el uso de opiáceos, tales como el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos. De manera similar, en lugares del mundo en donde el sistema de tratamiento se ha enfocado principalmente en los trastornos por el uso de opiáceos, existen ahora grandes incrementos en la prevalencia de los trastornos por el uso de psicoestimulantes y los sistemas de tratamiento que se habían desarrollado para manejar los trastornos relacionados con opiáceos no son capaces de responder de manera adecuada al nuevo tipo de pacientes, para quienes el tratamiento psicosocial basado en evidencia es la intervención efectiva principal. Además, muchas regiones están considerando nuevas poblaciones de tratamiento tales como personas jóvenes con consumo combinado de drogas, mujeres embarazadas, niños con problemas de uso de drogas, ancianos usuarios de drogas, personas con comorbilidades médicas tales como VIH, TB, y VHC, personas con comorbilidades psiquiátricas tales como ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad y psicosis, personas con problemas con fármacos de prescripción primaria, y personas que utilizan principalmente nueva sustancias psicoactivas. La combinación resultante de los patrones cambiantes en el uso de sustancias y poblaciones

cambiantes de usuarios de sustancias genera desafíos para muchos de los sistemas de cuidado de la salud para adaptarse de una manera oportuna, eficaz y eficiente, lo cual requeriría de inversión urgente en programas de tratamiento y recursos humanos.

1.4 Normas de Tratamiento Internacionales

A fin de ayudar a los Estados Miembros en el desarrollo de respuestas apropiadas y servicios en base a evidencia para los trastornos por el uso de drogas, en el año 2009 la ONUDD y la OMS crearon de manera conjunta un Programa Global para el Tratamiento y Atención de la Farmacodependencia. El propósito principal de este programa interinstitucional es difundir los ejemplos de buenas prácticas reportados por la ciencia y los principios éticos en este campo, garantizar a las personas con farmacodependencia los mismos estándares de calidad y oportunidades que son proporcionados por el sistema de salud para cualquier otra enfermedad crónica.

Las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el uso de Drogas (las *Normas*) se prepararon para apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo y expansión de los servicios de tratamiento que ofrecen tratamiento ético y efectivo. La meta de dicho tratamiento es revertir el impacto negativo que tienen los trastornos persistentes por el uso de drogas en el individuo y ayudar a las personas a lograr una recuperación del trastorno lo más completa posible y ayudarlos a participar totalmente en la sociedad como un miembro de su comunidad.

Las Normas Internacionales de la ONUDD-OMS para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas resumen la evidencia científica actualmente disponible acerca de las intervenciones y enfoques de tratamiento efectivos, y establecen un marco para su implementación consistente con los principios del cuidado de la salud de manera más amplia. Este documento identifica los principales componentes y características de un sistema de tratamiento efectivo contra las drogas, con una descripción de las intervenciones de tratamiento en base a evidencia para atender las necesidades de las personas afectadas en diferentes etapas de la enfermedad, de una manera consistente con el tratamiento de cualquier enfermedad crónica.

Anteriormente, la ONUDD y la OMS desarrollaron los Principios del Tratamiento de la Farmacodependencia (los *Principios*) que constituyen una política y orientación general. Las *Normas* incluyen una descripción de prácticas y procedimientos específicos que ayudan a establecer, mantener y apoyar los *Principios*. Las *Normas* proporcionan reglas o requerimientos mínimos para la práctica clínica, principios generalmente aceptados de manejo del paciente en cualquier sistema de cuidado de la salud.

Este trabajo se basa en y reconoce el trabajo de muchas otras organizaciones (por ejemplo EMCDDA, CICAD, NIDA, SAMHSA) que han desarrollado previamente normas y directrices sobre varios aspectos del tratamiento de las drogas y participaron en la elaboración del presente documento de *Normas*.

Esperamos que las presentes *Normas* guíen a los legisladores y a los profesionistas sociales y de la salud en todo el mundo en el desarrollo de políticas, servicios de tratamiento por el uso de drogas y recursos humanos para apoyar a los servicios terapéuticos. Las *Normas* también serán útiles en la evaluación y mejoramiento continuo de los servicios. Tenemos la esperanza de que las nuevas políticas y los sistemas de tratamiento desarrollados con la ayuda de estas *Normas* sean una inversión verdaderamente eficaz en el futuro de las personas afectadas por trastornos por el uso de drogas, sus familias y comunidades.

Capítulo 2: Principios y Normas Claves para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas

Los Trastornos por el uso de Drogas pueden ser tratados de manera efectiva utilizando una gama de intervenciones farmacológicas y psicosociales. Se ha probado la efectividad de la mayoría de estas intervenciones utilizando métodos científicos desarrollados para el tratamiento de otros trastornos médicos.

En el manejo de los trastornos por el uso de drogas, los objetivos de tratamiento son:

- 1) reducir el uso de drogas y los deseos de consumir drogas,
- 2) mejorar la salud, bienestar y funcionamiento social del individuo afectado, y
- 3) prevenir daños a futuro al disminuir el riesgo de complicaciones y recaída.

Muchas de las intervenciones que se emplean comúnmente en el manejo de trastornos por el uso de sustancias no cumplen con las normas científicas aceptadas de eficacia clínica. Dichas intervenciones pueden ser ineficaces o incluso dañinas, o puede ser que no se hayan realizado las pruebas clínicas necesarias, y la efectividad del tratamiento sea desconocida. Los recursos disponibles para trabajar con los individuos afectados son limitados, por lo que las prioridades para la asignación de recursos deben ser cuidadosamente evaluadas contra los objetivos del tratamiento.

Además de estos criterios que tienen un enfoque de efectividad clínica, el tratamiento de los trastornos por el uso de sustancias deberá cumplir con las normas comunes de todo cuidado de la salud:

1. ser consistente con la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y las Convenciones de las NU existentes,
2. promover la autonomía personal,
3. promover la seguridad individual y social.

Las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el uso de Drogas definen un conjunto de requerimientos que deben estar establecidos antes de que cualquier forma de asistencia social, tratamiento, rehabilitación, o recuperación puedan ser considerados como un cuidado seguro y efectivo, independientemente de la filosofía de tratamiento empleada o la instalación en la que se utilice. Esto es de importancia crítica, debido a que los individuos con trastornos por el uso de drogas no merecen nada menos que normas de cuidado éticas y basadas en ciencia, que sean similares a las normas utilizadas en el tratamiento de otras enfermedades crónicas.

Principio 1. El tratamiento debe estar disponible, ser accesible, atractivo, y apropiado

Descripción: Los trastornos por el uso de drogas pueden ser tratados de manera efectiva en la mayoría de los casos si las personas tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubren la continuidad de los problemas que pueden enfrentar los pacientes. Los servicios de tratamiento deben cubrir los requerimientos específicos del paciente individual en la fase específica de su trastorno. Estos servicios incluyen asistencia social, detección e intervenciones breves, tratamiento del paciente hospitalizado y ambulatorio, tratamiento médico y psicosocial (que incluye el tratamiento de comorbilidades comunes), tratamiento residencial de largo plazo, rehabilitación, y servicios de soporte-recuperación. Estos servicios deberán ser accesibles, atractivos, estar disponibles tanto en los entornos urbanos como rurales, y accesibles con una amplia gama de horarios de atención y tendrán un tiempo de

espera mínimo. Se deben reducir al mínimo todas las barreras que limiten la accesibilidad a los servicios de tratamiento apropiado. Los servicios ofrecerán no solamente tratamiento contra la adicción, sino también proporcionarán apoyo y protección social y cuidado médico general. El marco jurídico no desalentará a las personas con trastornos por el uso de drogas de asistir a los programas de tratamiento. El ambiente de tratamiento será amigable, culturalmente sensible y enfocado en las necesidades clínicas específicas y al nivel de preparación de cada paciente, proporcionando así un ambiente que impulse, en vez de desanimar, a los individuos a asistir al programa.

Normas:

- 1.1. Los servicios de tratamiento esenciales para los trastornos por el uso de drogas estarán disponibles en los diferentes niveles de los sistemas de salud: desde los servicios de atención médica primaria hasta los servicios de atención médica terciaria con programas de tratamiento especializados para los trastornos por el uso de drogas.
- 1.2. Los servicios de tratamiento esenciales incluyen servicios de asistencia social, intervenciones psicosociales breves, evaluación diagnóstica, tratamiento psicosocial del paciente ambulatorio, tratamiento farmacológico en base a evidencia, servicios para el tratamiento de condiciones clínicas agudas inducidas por la droga tales como sobredosis, síndromes de abstinencia y psicosis inducidas por la droga, servicios del paciente internado para el manejo de abstinencia grave, servicios residenciales de largo plazo, tratamiento de comorbilidades comunes.
- 1.3. Los servicios de tratamiento esenciales para los trastornos por uso de drogas estarán ubicados cerca del transporte público y ser accesibles para las personas que viven tanto en áreas urbanas como rurales.
- 1.4. Los servicios de umbral bajo y de asistencia social, como parte de una continuidad de la atención, son necesarios para llegar a las poblaciones 'ocultas' más afectadas por el uso de drogas, con frecuencia desmotivadas para el tratamiento o con recaída después de un programa de tratamiento.
- 1.5. Dentro de una continuidad de la atención, las personas con trastornos por el uso de drogas tendrán acceso a los servicios de tratamiento a través de múltiples puntos de ingreso.
- 1.6. Los servicios de tratamiento esenciales para los trastornos por uso de drogas e inducidos por las drogas estarán disponibles durante un rango suficientemente amplio de horarios de atención para asegurar el acceso a los servicios a los individuos con responsabilidades laborales o familiares.
- 1.7. Los servicios de tratamiento esenciales serán asequibles para los clientes de diferentes grupos socio-económicos y niveles de ingresos con riesgo mínimo de dificultades económicas para aquellos que requieran los servicios.
- 1.8. Los servicios de tratamiento serán sensibles al género y adaptados a las necesidades de las mujeres incluyendo necesidades específicas de cuidado infantil y necesidades durante el embarazo.
- 1.9. Si no son de otra forma accesibles, económicos o están disponibles, los servicios de tratamiento proporcionarán acceso a apoyo social, atención médica general y manejo de condiciones de salud co-mórbidas.
- 1.10. Los servicios de tratamiento para trastornos por el uso de drogas estarán orientados a las necesidades de las poblaciones que atienden, con el debido respeto a las normas culturales y participación de los usuarios del servicio en el diseño, prestación y evaluación del servicio.
- 1.11. La información sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento esenciales para los trastornos por uso de drogas estará fácilmente accesible a

través de múltiples fuentes de información que incluyen Internet, materiales impresos y servicios de información de libre acceso.

Principio 2: Asegurar estándares de cuidado éticos en los servicios de tratamiento

Descripción: El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas se basará en normas universales éticas de cuidado de la salud – incluyendo el respeto por los derechos humanos y la dignidad del paciente. Esto incluye atender al derecho de disfrutar del más elevado estándar alcanzable de salud y bienestar, que garantice la no discriminación y la eliminación de estigmas. Las decisiones de tratamiento, que incluyen cuándo iniciar y cuándo detener el tratamiento, y qué tipo de tratamiento, serán tomadas por los individuos, en la medida que tengan la capacidad para hacerlo. El tratamiento no será forzado ni contra la voluntad y autonomía del paciente. Se obtendrá el consentimiento del paciente antes de cualquier intervención de tratamiento. Se mantendrán expedientes médicos precisos y actualizados y se garantizará la confidencialidad de los expedientes de tratamiento. No se permitirá el registro de los pacientes que entran a tratamiento fuera de los expedientes médicos. Nunca se utilizarán intervenciones represivas, humillantes ni degradantes. El individuo afectado debe ser reconocido como una persona que padece un problema de salud y merece un tratamiento similar al de pacientes con otros problemas psiquiátricos o médicos.

Normas:

- 2.1 Los servicios de tratamiento de trastornos por el uso de drogas respetarán en todos los casos los derechos humanos y la dignidad de los usuarios del servicio, y no se utilizarán nunca intervenciones humillantes o degradantes.
- 2.2 Se obtendrá el consentimiento informado de un paciente antes de iniciar el tratamiento y se garantizará la opción a retirarse del tratamiento en cualquier momento.
- 2.3 Los datos de los pacientes serán estrictamente confidenciales, y no se permitirá el registro de los pacientes que entren a tratamiento fuera de los expedientes médicos. Se asegurará la confidencialidad de los datos del paciente y serán protegidos por disposiciones legislativas y soportados por la adecuada capacitación del personal y las reglas y regulaciones del servicio.
- 2.4 El personal de los servicios de tratamiento estará adecuadamente capacitado en la prestación del tratamiento en pleno cumplimiento de las normas éticas y de los principios de los derechos humanos, y mostrarán actitudes respetuosas, no estigmatizantes y no discriminatorias hacia los usuarios del servicio.
- 2.5 Se establecerán procedimientos de servicio que requieran que el personal informe adecuadamente a los pacientes acerca de los procesos y procedimientos de tratamiento, incluyendo el derecho a retirarse del tratamiento en cualquier momento.
- 2.6 Cualquier investigación realizada en los servicios de tratamiento que involucre a seres humanos estará sujeta a revisión de los comités éticos de investigación humana, y la participación de los usuarios del servicio en la investigación será estrictamente voluntaria con el consentimiento informado por escrito asegurado en todos los casos.

Principio 3: Promoción del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas mediante la coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios médicos y sociales.

Descripción: Los trastornos por el uso de drogas serán considerados principalmente como problemas de salud y no como comportamientos criminales y como una regla general, los usuarios de drogas serán tratados en el sistema de cuidado de la salud en vez del sistema de justicia penal. Aunque los individuos con trastornos por el uso de drogas pueden cometer crímenes, comúnmente estos son crímenes de bajo nivel utilizados para financiar la adquisición de la droga, y este comportamiento comúnmente se detiene con el tratamiento efectivo del trastorno por el uso de drogas. Debido a esto, el Sistema de justicia penal colaboraría estrechamente con el Sistema de salud y social para alentar el tratamiento en el sistema de cuidado de la salud antes del proceso penal o la prisión. Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los profesionales judiciales y los funcionarios del sistema penitenciario estarán adecuadamente capacitados para participar más eficazmente con los esfuerzos de tratamiento y rehabilitación. Si la prisión está justificada, solamente se ofrecerá el tratamiento a los prisioneros con trastornos por el uso de drogas durante su estancia en prisión y después de su libertad ya que un tratamiento efectivo reducirá el riesgo de reincidencia posterior a su libertad. La continuidad del cuidado después de que son puestos en libertad es de vital importancia y será asegurada o facilitada. En todos los casos relacionados con la justicia, se proporcionará a las personas el tratamiento y cuidado de un estándar igual al tratamiento ofrecido en la comunidad.

Normas:

- 3.1 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas se proporcionará de manera predominante en los sistemas de cuidado de la salud y social, y se establecerán mecanismos de coordinación efectivos con el sistema de justicia penal para facilitar el acceso a servicios de tratamiento y sociales de las personas en contacto con el sistema de justicia penal.
- 3.2 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas estará disponible para infractores con trastornos por el uso de drogas y, cuando sea apropiado, será una alternativa parcial o completa a la pena de prisión u otras sanciones penales.
- 3.3 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas como una alternativa a la pena de prisión o proporcionado dentro de las instalaciones de justicia penal será apoyado por los marcos jurídicos apropiados.
- 3.4 Las instalaciones de justicia penal brindarán oportunidades para que los individuos con trastornos por el uso de drogas reciban el tratamiento y cuidado de la salud que estén disponibles en los sistemas de cuidado de la salud y social en una comunidad.
- 3.5 Las intervenciones de tratamiento para trastornos por el uso de drogas no serán impuestas a los individuos con trastornos por el uso de drogas en el sistema de justicia penal en contra de su voluntad.
- 3.6 Los servicios de prevención y tratamiento esenciales estarán accesibles para los individuos con trastornos por el uso de drogas en las instalaciones de justicia penal, incluyendo la prevención de la transmisión de infecciones por vía sanguínea, tratamiento farmacológico y psicosocial de trastornos por el uso de drogas y condiciones de salud co-mórbidas, servicios de rehabilitación y el enlace con los servicios de salud y sociales comunitarios en preparación para su libertad.
- 3.7 Se establecerán programas de capacitación apropiados para el personal del Sistema de justicia penal, que incluyen a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los del sistema penitenciario y los profesionales judiciales para

- asegurar el reconocimiento de las necesidades médicas y psicosociales asociadas con los trastornos por el uso de drogas y para apoyar los esfuerzos de tratamiento y rehabilitación.
- 3.8 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas en el sistema de justicia penal seguirá las mismas directrices en base a evidencia y las normas éticas y profesionales como en la comunidad.
 - 3.9 Se asegurará la continuidad del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas en todos los casos mediante la coordinación efectiva de los servicios de salud y sociales en las comunidades y las instalaciones de justicia penal.

Principio 4: El tratamiento se debe basar en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de los individuos con trastornos por el uso de drogas

Descripción: El conjunto acumulado de conocimiento científico sobre la naturaleza de los trastornos por el uso de drogas y su tratamiento guiará las intervenciones e inversiones en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Las mismas normas elevadas requeridas para la aprobación e implementación de intervenciones farmacológicas o psicosociales en otras disciplinas médicas se aplicarán para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas. Como una regla general, solamente se aplicarán los métodos farmacológicos y psicosociales que hayan demostrado ser efectivos según la ciencia o de conformidad con el grupo internacional de expertos. Cuando exista una razón para considerar que otros enfoques de tratamiento pueden ser útiles, serán proporcionados en el contexto de estudios clínicos. La duración y la intensidad (dosis) de la intervención estarán en concordancia con las directrices basadas en evidencia. Equipos multidisciplinarios integrarán diferentes intervenciones adaptadas para cada paciente. La organización del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas se basará en una filosofía de atención crónica en oposición a una filosofía de atención intensiva. Varios trastornos por el uso de drogas son similares en su evolución y pronóstico a otras enfermedades crónicas como la diabetes, VIH, cáncer o hipertensión. Es más probable que un modelo de tratamiento a largo plazo promueva una vida longeva y saludable. Las intervenciones existentes serán adaptadas a la situación cultural y financiera del país sin menoscabar los elementos fundamentales identificados por la ciencia como cruciales para obtener resultados efectivos. Los sistemas de tratamiento tradicionales pueden ser únicos para un país o instalación en particular y pueden tener evidencia limitada de su efectividad más allá de la experiencia de los pacientes y sus médicos. Tales sistemas aprenderán y adoptarán tanto como sea posible de las intervenciones en base a evidencia existentes dentro de sus programas y se harán esfuerzos para evaluar de manera formal si dichos tratamientos son efectivos y/o conllevan riesgos aceptables.

Normas:

- 4.1 La asignación de recursos en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas estará dirigida por la evidencia existente de la efectividad y rentabilidad de las intervenciones de prevención y tratamiento para los trastornos por el uso de drogas.
- 4.2 Se establecerá un rango de intervenciones de tratamiento en base a evidencia de diferente intensidad en distintos niveles de los sistemas de salud y social con adecuada integración de las intervenciones farmacológicas y psicosociales.
- 4.3 Los profesionales de la salud en la atención médica primaria serán capacitados en la identificación y manejo de los trastornos más prevalentes debidos al uso de drogas.

- 4.4 En el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas los profesionales de la salud en la atención médica primaria serán apoyados por servicios especializados en los trastornos por el uso de sustancias en niveles avanzados del cuidado de la salud, particularmente para el tratamiento de trastornos graves por el uso de drogas y pacientes con comorbilidades.
- 4.5 Cuando sea posible, la organización de los servicios especializados para trastornos por el uso de drogas se basará en equipos multidisciplinarios adecuadamente capacitados en la aplicación de intervenciones en base a evidencia con competencias en medicina, psiquiatría, psicología clínica y trabajo social de las adicciones.
- 4.6 La duración del tratamiento se determinará según las necesidades individuales y no habrá límites preestablecidos de la duración del tratamiento que no puedan ser modificados de conformidad con las necesidades clínicas del paciente.
- 4.7 Se establecerá la capacitación de los profesionales de la salud en la identificación, diagnóstico y tratamiento en base a evidencia de los trastornos por el uso de drogas en diferentes niveles de educación que incluyan planes de estudio universitarios y programas de educación continua.
- 4.8 Las directrices, procedimientos y normas de tratamiento se actualizarán regularmente de conformidad con la evidencia acumulada de la efectividad de las intervenciones de tratamiento, conocimiento acerca de las necesidades de los pacientes y usuarios del servicio y los resultados de la investigación de evaluación.
- 4.9 Los servicios e intervenciones de tratamiento para trastornos por el uso de drogas se adaptarán por relevancia para el ambiente socio-cultural en el cual se aplican.
- 4.10 Los servicios de tratamiento intentarán medir su desempeño contra las normas de desempeño para servicios comparables.
- 4.11 Se conducirá el desarrollo de nuevos tratamientos a través del proceso de estudio clínico y supervisado por un comité ético de investigación en humanos autorizado.

Principio 5: Respuesta a las necesidades de poblaciones específicas

Descripción: Varios subgrupos dentro de la población más grande de individuos afectados por trastornos por el uso de drogas requieren de consideración especial y con frecuencia de cuidado especializado. Los grupos con necesidades específicas incluyen, aunque no se limitan a: adolescentes, ancianos, mujeres, mujeres embarazadas, niños, trabajadores sexuales, minorías sexuales y de género, minorías étnicas y religiosas, individuos involucrados con el sistema de justicia penal e individuos que son marginados socialmente. Trabajar con estos grupos especiales requiere de planeación de tratamiento diferenciada e individualizada que considere sus vulnerabilidades y necesidades únicas. Para algunos de estos subgrupos, será necesario que se aborden directamente consideraciones especiales en cada escenario sobre la continuidad del tratamiento.

En particular, los niños y los adolescentes no deberán de ser tratados en el mismo entorno que los pacientes adultos, y serán tratados en una instalación capaz de manejar otros problemas que enfrentan esos pacientes, y comprenderá un contexto de salud, aprendizaje y bienestar social más amplio en colaboración con la familia, las escuelas y los servicios sociales. De manera similar, las mujeres que acuden a tratamiento contarán con protección y servicios especiales. Las mujeres con trastornos por el uso de drogas son más vulnerables a la violencia doméstica y abuso sexual, y sus hijos también pueden estar en riesgo de abuso, por lo que es útil un contacto con los organismos sociales que protegen a la mujer y a los niños. Las mujeres

pueden requerir de tratamiento enfocado a ellas en una instalación no mixta segura para obtener el máximo beneficio. Los programas de tratamiento serán capaces de cubrir las necesidades de los niños y permitir también el cuidado de los padres para los niños que reciben tratamiento, y apoyar la buena paternidad y las prácticas de cuidado infantil. Las mujeres pueden requerir de capacitación y apoyo sobre temas como la salud sexual y la anticoncepción.

Normas:

- 5.1 Las necesidades de los grupos de población específicos se reflejan en la prestación de servicios y protocolos de tratamiento, incluyendo las necesidades de mujeres, adolescentes, niños, mujeres embarazadas, minorías étnicas y grupos marginados tales como las personas sin vivienda.
- 5.2 Se establecerán servicios especiales y programas de tratamiento para adolescentes con trastornos por el uso de sustancias para atender las necesidades de tratamiento específicas asociadas con esta edad y para prevenir el contacto con pacientes en etapas más avanzadas de los trastornos por el uso de drogas. Se considerarán instalaciones separadas para el tratamiento de adolescentes siempre que sea posible.
- 5.3 Los servicios y programas de tratamiento de los trastornos por el uso de drogas se adaptarán a las necesidades de las mujeres y mujeres embarazadas en todos los aspectos de su diseño y suministro, incluyendo la ubicación, dotación de personal, desarrollo del programa, entorno amigable a los niños y contenido.
- 5.4 Los servicios de tratamiento se adaptarán a las necesidades de las personas con trastornos por el uso de drogas de los grupos minoritarios, y los mediadores culturales e intérpretes estarán disponibles siempre que sea necesario a fin de reducir al mínimo las barreras culturales y del idioma.
- 5.5 Se integrará un paquete de asistencia y apoyo social en los programas de tratamiento para las personas con trastornos por el uso de drogas que no tienen casa o están desempleadas.
- 5.6 Se establecerán servicios de asistencia social para establecer contacto con las personas que podrían no buscar el tratamiento debido a los estigmas y la marginación.

Principio 6: Asegurar el adecuado manejo clínico de los servicios y programas de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas

Descripción: Los servicios de tratamiento eficientes y de buena calidad para los trastornos por el uso de drogas requieren de un método responsable y eficaz de manejo clínico. Las políticas, programas, procedimientos y mecanismos de coordinación de los tratamientos se definirán por anticipado y se aclararán para todos los miembros del equipo terapéutico, personal administrativo y la población objetivo. La organización del servicio reflejará la evidencia de investigación actual y responderá a las necesidades de los usuarios del servicio. Tratar a personas con trastornos por el uso de drogas quienes con frecuencia tienen múltiples discapacidades psicosociales y en ocasiones físicas, es desafiante tanto para cada miembro del personal individual como para las organizaciones. Se reconoce el desgaste laboral del personal en este campo y las organizaciones establecerán una variedad de medidas para apoyar a su personal y alentar la prestación de servicios de buena calidad.

Normas:

- 6.1 Las políticas de tratamiento de los trastornos por el uso de drogas se basarán en los principios de la cobertura universal de salud, acordes con la mejor evidencia disponible y desarrolladas con la participación activa de las partes interesadas claves que incluyen a las poblaciones objetivo, miembros de la comunidad (familias), y organizaciones no gubernamentales.
- 6.2 Estarán disponibles las políticas de servicio y protocolos de tratamiento por escrito, serán del conocimiento de todo el personal y guiarán la prestación de los servicios e intervenciones de tratamiento.
- 6.3 El personal que trabaje en los servicios especializados para trastornos por el uso de drogas estará debidamente calificado, y recibirá capacitación continua en base a evidencia, certificación, apoyo y supervisión clínica. La supervisión clínica, la tutoría y otras formas de apoyo son necesarias para la prevención del desgaste laboral entre los miembros del personal.
- 6.4 Las políticas y procedimientos para el reclutamiento de personal y monitoreo del desempeño estarán claramente articuladas y serán del conocimiento de todo el personal.
- 6.5 Estará disponible una fuente de financiación sostenible en los niveles adecuados y se establecerán los mecanismos adecuados de gestión financiera y de rendición de cuentas. Siempre que sea posible, se incluirán en el presupuesto correspondiente, los recursos para la educación continua del personal y para la evaluación de la calidad y desempeño del servicio.
- 6.6 Los servicios para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas establecerán contactos y se vincularán con servicios de salud y sociales generales y especializados relevantes a fin de proporcionar una gama de cuidado integral a sus pacientes.
- 6.7 Se establecerán sistemas de registro adecuados para asegurar la responsabilidad y la continuidad del tratamiento y el cuidado.
- 6.8 Los programas, reglas y procedimientos de servicio serán revisados periódicamente, y se desarrollarán mecanismos de retroalimentación continua, monitoreo y evaluación.
- 6.9 Los patrones de uso de drogas y las consecuencias y comorbilidades de salud relacionadas serán monitoreados de manera regular y los resultados estarán disponibles para ayudar en la planeación y gobierno de los servicios de tratamiento.

Principio 7. Las políticas, servicios y procedimientos de tratamiento apoyarán un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos a servicios complementarios deben ser monitoreados y evaluados de manera constante

Descripción: Como una respuesta a un complejo y multifacético problema de salud, se deben desarrollar sistemas de tratamiento integrado para facilitar el tratamiento efectivo de los trastornos por el uso de drogas y los problemas de cuidado de la salud asociados. Cuando sea posible, un sistema de tratamiento incluirá y los equipos de coordinación se ocuparán de los servicios psiquiátricos, psicológicos y de cuidado de la salud mental, servicios sociales (para el hogar y habilidades laborales/empleo y, si es necesario, asistencia legal), y otros cuidados de la salud especializados (tales como servicios para el VIH, VHC, TB y otras infecciones). El sistema de tratamiento debe ser monitoreado, evaluado y adaptado de manera continua. Esto requiere la planeación e implementación de servicios en una secuencia lógica, etapa por etapa que asegure la fortaleza de los vínculos entre (a) la política, (b) la evaluación de necesidades, (c) la planeación del tratamiento, (d) la implementación de servicios, (e) el monitoreo de servicios, (f) la evaluación de resultados y (g) las mejoras de calidad.

Normas:

- 7.1 Las políticas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas serán formuladas por las autoridades gubernamentales pertinentes en base a los principios de la cobertura universal de salud, la mejor evidencia disponible y con la participación activa de las partes claves que incluyen a las poblaciones objetivo, miembros de la comunidad (familias), organizaciones no gubernamentales y organizaciones religiosas.
- 7.2 Se establecerán y pondrán en operación vínculos entre la prevención del uso de drogas, el tratamiento de la farmacodependencia, y la prevención de las consecuencias de salud y sociales por el uso de drogas.
- 7.3 La planeación del tratamiento se basará en las estimaciones y descripciones de la naturaleza y extensión del problema de las drogas, así como las características de la población necesitada.
- 7.4 Se definirán los roles de las organizaciones nacionales, regionales y locales en los diferentes sectores responsables de la aplicación del tratamiento para los trastornos por el uso de drogas y la rehabilitación y se establecerán mecanismos para la coordinación efectiva.
- 7.5 Se establecerán estándares de calidad para los servicios de tratamiento de drogas y se requerirá del cumplimiento de los mismos para obtener la acreditación.
- 7.6 Se establecerán mecanismos de gobierno, monitoreo y evaluación clínicos, incluyendo la responsabilidad clínica, el monitoreo continuo de la salud y el bienestar de los pacientes, y una evaluación externa intermitente.
- 7.7 La información sobre el número, tipo y distribución de los servicios disponibles y utilizados dentro del sistema de tratamiento será monitoreada para fines de planeación y desarrollo.

Capítulo 3: Modalidades e Intervenciones de Tratamiento

3.1 Proyección a la Comunidad

3.1.1 Breve Definición y Descripción del Entorno

Los servicios de asistencia social basados en la comunidad se enfocan en e interactúan con las personas que usan drogas en su comunidad que actualmente no están recibiendo tratamiento, debido a la falta de disponibilidad, inaccesibilidad o inaceptabilidad de los servicios existentes. La atención social se dirige también a individuos que están afectados por el uso de drogas de otros (por ejemplo, parejas sexuales, compañeros que comparten jeringas, etcétera.). Con base en, o procedentes de la comunidad a la que atienden, los trabajadores sociales con frecuencia son originarios de la comunidad local. Están familiarizados con la subcultura del uso de drogas o incluso, ellos mismos pueden ser usuarios previos u ocasionales de drogas. Los trabajadores sociales y los compañeros inter-pares comúnmente siguen un conjunto de estrategias de educación y apoyo concebidas e implementadas por miembros de esa misma subcultura, comunidad o grupo de personas.

La asistencia social reconoce la influencia de las redes sociales en los individuos que experimentan trastornos por el uso de drogas y reconoce que estas redes son factores determinantes importantes de resultados de salud y sociales negativos y las utilizan para influir y promover conductas saludables. Muchos de los modelos de asistencia social utilizan una mezcla de intervenciones en base individual y en base a la red.

3.1.2. Población objetivo

Las actividades de asistencia social se dirigen principalmente a individuos con uso nocivo de drogas y/o dependencia quienes actualmente no están recibiendo tratamiento para los trastornos por el uso de drogas.

3.1.3 Objetivos

Los objetivos de la atención social comunitaria son identificar a las poblaciones afectadas, hacerlas participar, proporcionar cuidado comunitario, y si es necesario, referirlas a modalidades de tratamiento más intensivo.

El trabajo de asistencia social es posible en cualquier comunidad, incluyendo las comunidades “virtuales” en línea, siendo las principales barreras el acceso a financiamiento e interferencia con las autoridades locales.

3.1.4 Características

Dada la naturaleza frecuentemente clandestina de las poblaciones que usan drogas, los trabajadores sociales deberán tener conocimiento de las comunidades locales a las que atienden y tendrán acceso a los servicios de salud mental y otros apoyos por sí mismos. Requieren de capacitación básica adecuada:

- para generar confianza y reconocer las fuentes de información precisa,
- para reconocer y responder a situaciones de crisis,
- en condiciones de salud relevantes:

- reconocimiento y respuesta a sobredosis,
- prevención y tratamiento del VIH, TB y Hepatitis,
- salud mental y conducta suicida.
- respecto a los servicios de salud y sociales en la comunidad.

Un programa de asistencia social depende de sus trabajadores de contacto directo con las personas, activos claves que requieren de capacitación periódica adecuada y acceso a servicios de salud mental y otros apoyos por sí mismos.

El programa mismo será flexible, adaptable, tendrá una clara declaración de misión, mecanismos para monitoreo y evaluación, así como documentación clara y relevante.

3.1.5 Modelos y Métodos de Tratamiento

Los programas de asistencia social varían enormemente de acuerdo con la situación aunque, de manera común, se proporcionarán los siguientes 'servicios fundamentales':

1. Información y vinculación a servicios que cuiden de sus necesidades básicas (seguridad, alimentación, albergue, higiene y ropa).
2. Cambio de jeringas y distribución de preservativos.
3. Prueba y asesoramiento para VIH/VHC.
4. Vacunación contra la Hepatitis B.
5. Educación acerca de los efectos de las drogas y los riesgos involucrados en el uso de drogas.
6. Evaluación básica de los trastornos por el uso de sustancias.
7. Intervención breve para motivar un cambio en el uso de sustancias.
8. Referencia al tratamiento de trastornos por el uso de sustancias.
9. Asesoramiento básico/apoyo social.
10. Canalización a los servicios de cuidado de la salud según sea necesario.
11. Servicios de prevención de sobredosis que incluyan naloxona de emergencia.

3.1.6 Solidez de la Evidencia

La efectividad de los programas de asistencia social, los cuales involucran intervenciones de reducción de riesgo dirigidas a sobredosis, VIH, hepatitis viral y otras infecciones, está soportada principalmente por estudios de observación grandes y cuasi-experimentales¹.

¹ OMS

http://www.OMS.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q6.pdf?ua=1

3.1.7 Normas recomendadas para asistencia social

Legisladores

- Hay detección de personas intoxicadas que requieren de tratamiento por intoxicación y síndromes de abstinencia en espacios públicos.
- Existen acuerdos entre el personal de la salud y el encargado de hacer cumplir la ley y hay una comprensión mutua de los beneficios del trabajo de asistencia social.
- Están disponibles ‘intervenciones fundamentales’ (ver arriba) para reducir las consecuencias de salud y sociales negativas del uso y dependencia a las drogas.
- Existe un fomento de la intervención temprana para los problemas relacionados con las drogas.
- Hay un fomento de la intervención temprana entre subgrupos de población específicos (por ejemplo, mujeres embarazadas, trabajadores sexuales, jóvenes, personas sin hogar).
- Hay un fomento de la búsqueda voluntaria de tratamiento de los problemas relacionados con las drogas.
- La información acerca de los procedimientos de evaluación y recursos de tratamiento es distribuida a los individuos que están en los puntos de contacto inicial para pacientes potenciales.
- Existen procedimientos para asesoramiento a miembros de la familia, empleadores, y aquellos que buscan asistencia para reclutar usuarios de drogas al tratamiento.
- Se mantiene un registro de referencia progresivo para asegurar la continuidad del cuidado clínico.

Directores de programa

- Los trabajadores sociales inter-pares deberán ser contratados de manera oficial.
- El trabajo de los trabajadores sociales inter-pares cumplirá con las normas de seguridad aceptadas.
- El servicio tendrá políticas para definir lo que constituye unas condiciones laborales seguras y qué hacer si el personal siente que se encuentra en una situación insegura.
- El cuidado especializado (médico, de enfermería, administración de medicamentos, psicológico, psiquiátrico) siempre será realizado por personal con las calificaciones y licencias pertinentes.

3.2 Detección, Intervenciones Breves, y Referencia al Tratamiento (SBIRT)

3.2.1 Breve Definición y Descripción del Entorno

La Detección, Intervención Breve, y la Canalización al Tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés) es una práctica basada en evidencia utilizada para identificar, reducir, y prevenir los trastornos por el uso de drogas, en particular en entornos de la salud que no están especializados en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas (por ejemplo, cuidado primario, cuidado de emergencia, pacientes hospitalizados, atención prenatal, servicios de bienestar social, servicios de salud escolar, servicios de salud penitenciarios, instalaciones de salud mental, etcétera). La Detección e Intervenciones Breves (SBI) se pueden implementar de manera rápida y económica que ocasione una mínima interferencia con la prestación de otros servicios (OMS, 2012).

Recomendaciones en Base a Evidencia OMS mhGAP para el Manejo de Trastornos por el Uso de Drogas en Instalaciones de Salud No Especializadas: Intervenciones Psicosociales Breves

Se ofrecerá intervención breve a los individuos que utilizan marihuana y psicoestimulantes, cuando sean detectados en instalaciones de cuidado de la salud no especializadas. La intervención breve comprenderá una sesión individual de 5-30 minutos de duración, que incorpore retroalimentación y asesoría individualizada acerca de la reducción o detención del consumo de marihuana / psicoestimulantes, y el ofrecimiento de seguimiento.

Las personas con problemas continuos relacionados con su uso de marihuana o drogas psicoestimulantes que no respondan a las intervenciones breves serán considerados para su referencia a evaluación especializada.

OMS, 2012

3.2.2 Objetivos

La detección rutinaria en instalaciones de salud no-especializadas puede apoyar la identificación inicial de los individuos que experimentan problemas relacionados con su uso de drogas. Para las personas con prueba de detección positiva, una intervención breve, realizada sin emitir juicios de valor y con un estilo motivacional, puede ser eficaz en la alteración de la trayectoria de las personas en riesgo de desarrollar trastornos por el uso de drogas o de experimentar otras complicaciones negativas graves relacionadas con su uso de drogas. La detección puede identificar también un subconjunto más pequeño de personas que ya presentan problemas más importantes, crónicos o complejos por el uso de sustancias, quienes requerirán de una evaluación más exhaustiva y canalización al tratamiento formal.

3.2.3 Tipos de pacientes para los que resulta más adecuado este entorno

Se recomienda la detección sistemática de todos los pacientes en todos los entornos clínicos con una elevada prevalencia del uso de drogas. Esto puede incluir:

- Entornos de práctica general en áreas económicamente desfavorecidas
- Pacientes de cuidado de salud mental.
- Pacientes hospitalarios
 - Sala de emergencias

- Quirófano de cirugía plástica
- Quirófano de cirugía ortopédica
- Clínicas de salud sexual
- Servicios para hepatitis
- Individuos en contacto con los organismos de servicio y bienestar social
 - Poblaciones que experimentan condiciones habitacionales inseguras
 - Poblaciones que viven y trabajan en la calle
 - Poblaciones en transición dentro de las instituciones
- Pacientes en clínicas de enfermedades infecciosas

En otros entornos, la detección oportuna se puede basar en quejas específicas que pueden estar asociadas con el uso de drogas u otras características del paciente que incrementan la posibilidad del uso de drogas.

Las intervenciones breves son adecuadas para personas con uso nocivo de drogas aunque no para personas que son farmacodependientes, quienes necesitan ser canalizados a un tratamiento más completo.

3.2.4 Modelos y Métodos de Tratamiento Utilizados

3.2.4.1 Detección

Las herramientas de detección pueden estar agrupadas en dos categorías:

- Herramientas de auto-informe (entrevistas, cuestionarios de auto-reporte) y
- Marcadores biológicos (analyzer de aliento, niveles de alcohol en sangre, prueba de exámenes de saliva u orina, prueba de drogas en suero).

Las herramientas de *auto-reporte* tienen las ventajas de ser físicamente no invasivas y económicas. Una adecuada herramienta de detección de auto-reporte será breve, fácil de administrar e interpretar, se dirige al alcohol y otras drogas, tiene una adecuada sensibilidad y especificidad clínicas para identificar a personas que necesitan de una intervención breve o canalización al tratamiento.

La precisión del auto-reporte se puede mejorar cuando se asegura la confidencialidad al paciente, cuando el paciente es entrevistado en un entorno que fomenta la presentación de informes honestos y cuando se le hacen al paciente preguntas claramente redactadas y objetivas.

La **ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* [Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias]) es una herramienta de detección en base a evidencia desarrollada y recomendada por la Organización mundial de la Salud. Consta de la formulación de 8 preguntas acerca del uso de alcohol, tabaco y drogas (incluyendo el uso de drogas inyectables). Las preguntas dan información acerca de uso nocivo, nocivo o de dependencia. Ha sido especialmente desarrollada para un entorno de cuidado primario y está recomendada en un formato de entrevista o auto-completado (OMS, 2010).

Los *marcadores biológicos* pueden ser útiles cuando un paciente no es capaz de responder a una entrevista en-persona, aunque la información se requiere para obtener un resultado de detección (por ejemplo, un paciente inconsciente en terapia intensiva). Sin embargo, para los

pacientes que están conscientes es preferible utilizar una herramienta de detección de auto-reporte.

3.2.4.2 Intervención Breve

Una intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (comúnmente de 5-30 minutos) con la intención de ayudar al individuo a detener o reducir el uso de sustancias psicoactivas o (de manera menos habitual) para hacer frente a otros problemas de la vida. Está diseñada en particular para médicos generales y otros trabajadores de cuidado primario de la salud (OMS, 1994).

Siguiendo un enfoque orientado al paciente y basado en las fortalezas se faculta y se motiva a los pacientes a tomar la responsabilidad y a cambiar su conducta de uso de sustancias. Si está disponible y es necesaria, la intervención breve se puede extender durante uno o dos sesiones para ayudar a los pacientes a desarrollar las habilidades y recursos para cambiar, o para un seguimiento para evaluar si se requiere de tratamiento adicional.

Se seguirán varias etapas básicas para una intervención breve eficaz. Inicialmente el médico general introducirá el tema del uso de drogas en el contexto de la salud y el bienestar del paciente, en contexto del desafío que los llevó a esta situación actual. Ya que el paciente está situado en el centro de la discusión, se usarán estrategias tales como síntesis y reflexión para proporcionar la retroalimentación. Se pide a los pacientes que hablen acerca del cambio y que establezcan objetivos realistas. Al final de la sesión, los médicos generales hacen un resumen y proporcionan una retroalimentación positiva para facultar a los pacientes a tomar la responsabilidad para cambiar su comportamiento.

Los componentes de las intervenciones breves eficaces se pueden resumir en el marco *FRAMES* (Miller and Rollnick, 2002):

- **Feedback** (Retroalimentación) que es proporcionada al individuo acerca del riesgo o deterioro personal.
- **Responsabilidad** para el cambio que es depositada en el individuo.
- **Asesoramiento** para el cambio que es proporcionado por el prestador del servicio
- **Menú** de opciones de auto-ayuda o de tratamiento alternativas que se ofrecen
- **Empático** es el estilo utilizado en el asesoramiento
- **Self-efficacy** (Auto-eficacia) o fortalecimiento optimista que se genera

La OMS recomienda el siguiente enfoque de 9 etapas para intervenciones breves tras la detección ASSIST:

1. Preguntar a los clientes si están interesados en ver sus resultados del cuestionario ASSIST.
2. Proporcionar retroalimentación personalizada a los pacientes acerca de sus resultados utilizando la ficha de datos de retroalimentación de ASSIST.
3. Brindar asesoramiento acerca de cómo reducir el riesgo asociado con el uso de sustancias.
4. Permitir a los pacientes asumir la responsabilidad final por sus elecciones.
5. Preguntar a los pacientes que tan preocupados están por sus resultados.
6. Ponderar las cosas buenas acerca del uso de la sustancia contra las cosas menos buenas relacionadas con el uso de esa sustancia.
7. Resumir y reflexionar sobre las declaraciones de los pacientes acerca de su uso de sustancias con énfasis en las 'cosas menos buenas'.
8. Preguntar a los pacientes que tan preocupados están por las 'cosas menos buenas'.
9. Dar a los pacientes materiales para llevar a casa a fin de reforzar la intervención breve.

3.2.4.3 Canalización al tratamiento

Las personas que son detectadas y subsecuentemente evaluadas por tener un trastorno por el uso de sustancias clínicamente importante o una condición co-existente grave deben ser canalizadas de inmediato para tratamiento a la instalación o clínica más adecuada. Tales canalizaciones pueden ser facilitadas por técnicas tales como hacer una cita en el centro de tratamiento junto con el paciente actual, utilizando ‘asesores del paciente’ quienes acompañan al paciente al centro de tratamiento, y dan seguimiento junto con el paciente con respecto a su inscripción en el programa de tratamiento. La canalización al tratamiento más eficiente se logra al iniciar y proporcionar el tratamiento para drogas en el entorno en donde se aplicó SBIRT.

3.2.5 Criterios para culminación de programa e indicadores de efectividad

Las métricas de desempeño para SBIRT pueden incluir porcentajes de detecciones completadas por cada persona capacitada dentro de las instalaciones, la proporción de aquellos que tuvieron prueba de detección positiva (cantidades inusualmente altas o bajas de detecciones positivas pueden indicar un problema), la proporción de pacientes con detecciones positivas que recibieron por lo menos una sesión de intervención motivacional breve, la proporción de pacientes con resultados de detección más graves que recibieron evaluación formal y canalización al tratamiento, y la proporción de pacientes canalizados a tratamiento que lo iniciaron.

3.2.6 Calificación de la Solidez de la Evidencia

Existe evidencia a partir de un pequeño número de Estudios Clínicos Aleatorios (RCTs, por sus siglas en inglés) de que la detección y la intervención breve son efectivas en la reducción del uso de drogas, en personas que no son farmacodependientes².

3.2.7 Recomendaciones

- Las instalaciones de cuidado de la salud con una elevada prevalencia detectarán de manera sistemática a todos los pacientes respecto a trastornos por el uso de sustancias.
- Los pacientes en todos los entornos de cuidado de la salud serán detectados en cuanto a trastornos por el uso de drogas cuando exista un indicio clínico de uso de drogas.
- Todo el personal de cuidado de la salud será capacitado en detección, intervención breve y canalización al tratamiento.

² OMS

http://www.OMS.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q1.pdf?ua=1

Dotación de Personal

- El prestador del servicio tiene un sistema establecido que asegura que el método para seleccionar, contratar y capacitar al personal corresponde a normas jurídicas vigentes y reglamentos internos establecidos.
- La organización tiene reglas definidas que el personal sigue en casos en donde la legislación vigente es demasiado general.
- La estructura y manejo de la organización están definidas, dejando en claro las competencias por los puestos individuales.
- El prestador del servicio ha especificado la estructura y las necesidades de personal, así como los correspondientes perfiles de puesto y calificaciones del personal, tomando en consideración las necesidades y número actual de usuarios del servicio para la organización del servicio. La composición y adiciones al equipo corresponden a estas necesidades.
- Se ha asegurado la prevención de riesgos laborales.
- Los casos en los que los derechos de un paciente hayan sido violados por un empleado y las medidas correspondientes que se tomaron están documentados en los expedientes del personal.
- El cuidado especializado (médico, psicológico, psicoterapéutico, social, educativo etcétera) siempre será realizado por el personal con las calificaciones y licencias pertinentes.

3.3 Tratamiento de Paciente Interno o Residencial a Corto Plazo

3.3.1 Breve definición y descripción del entorno

El entorno de tratamiento de paciente interno (o residencial) a corto plazo es un ambiente en el cual está disponible el cuidado las 24 horas a una intensidad que es capaz de manejar los síntomas y complicaciones potenciales que probablemente ocurren en los días y semanas iniciales posteriores al cese del uso de drogas, incluyendo el síndrome de abstinencia de drogas.

El tratamiento de paciente interno a corto plazo proporciona una oportunidad para suspender el uso de drogas con un mínimo malestar y riesgo para la salud y ofrece un alivio temporal de los estresores ambientales de en la vida de una persona y también, una oportunidad para recibir apoyo psicosocial, el cual se puede convertir en el inicio de un proceso de tratamiento continuo. La duración de la estancia varía de 1 a 4 semanas de acuerdo con las prácticas locales y la situación clínica. Dado que el síndrome de abstinencia de drogas y su tratamiento pueden plantear riesgos de salud significativos, el tratamiento residencial de corto plazo requiere de un mayor grado de supervisión médica que el tratamiento residencial a largo plazo el cual sigue a la fase de abstinencia aguda (ver el capítulo 3.5).

3.3.2 Objetivos

Los objetivos del tratamiento residencial a corto plazo son facilitar el cese inicial del uso de drogas y motivar a los pacientes a continuar con algún tratamiento adicional después del tratamiento residencial a corto plazo. Este tratamiento continuo puede ser psicológico (por ejemplo un apoyo psicológico estructurado tal como CBT, MET, CRA o CM), social (por ejemplo empleo de programas de vivienda), o farmacológico (tal como naltrexona para la dependencia a opiáceos, o tratamiento de mantenimiento con metadona o buprenorfina).

La desintoxicación con asistencia médica también se puede lograr en una base ambulatoria, la cual requiere de menos recursos, aunque los índices de desintoxicación completa son menores (OMS, 2009). El riesgo de recaída es elevado después de cualquier forma de desintoxicación, lo cual puede generar un mayor riesgo de sobredosis posterior al tratamiento, en particular en los usuarios de opiáceos.

3.3.3 Población objetivo

La población objetivo común son personas con farmacodependencia que probablemente experimentan síntomas de abstinencia importantes al cese de su uso de drogas. El tratamiento residencial a corto plazo también puede ser utilizado para iniciar el tratamiento de mantenimiento relacionado con opiáceos.

Cualquier persona con probabilidad de experimentar un síndrome de abstinencia severo posterior al cese del uso de drogas, y las personas a las que su actual uso de drogas les esté ocasionando un riesgo significativo de daño son quienes tienen mayor necesidad.

Se considerarán los siguientes criterios cuando se decida si es aplicable un tratamiento residencial a corto plazo u otro ajuste de tratamiento:

- Tipo de droga que se está usando,
- Probabilidad de síndrome de abstinencia,
- Severidad de la dependencia a la droga,
- Problemas de salud y sociales relacionados,
- Problemas médicos y psiquiátricos co-existentes,
- La abstinencia de sedantes y opiáceos puede ser severa, y es muy probable para las personas que usan dosis elevadas durante períodos prolongados.

3.3.4 Modelos y métodos de tratamiento utilizados

El logro de los objetivos terapéuticos del tratamiento residencial a corto plazo comúnmente requiere de una combinación de intervenciones tales como las de psico-educación sobre los efectos de las drogas, de asesoramiento motivacional, de farmacoterapia y de apoyo durante la abstinencia de drogas. Otras intervenciones que se pueden iniciar son la incorporación a terapia conductual, orientación hacia grupos de auto-ayuda, servicios sociales, y canalizaciones apropiadas para cuidado de seguimiento después del alta. Los tipos específicos y la duración de estas intervenciones varían dependiendo de la naturaleza, complejidad y patrones de uso de la droga, así como de la presencia de problemas médicos o psiquiátricos co-existentes.

Actividades de tratamiento

Los programas de tratamiento residencial a corto plazo para trastornos por el uso de drogas incluirán las siguientes actividades:

- Evaluación médica y psicosocial integral
- Plan de tratamiento que resuelva de mejor manera las necesidades individuales
- Desintoxicación asistida por medicamento si está indicada
- Inicio de medicación de mantenimiento si está indicada
- Estrategia para fomentar la motivación de los pacientes al cambio
- Contacto con individuos que son de importancia en la red social del paciente para involucrarlos en el plan de tratamiento
- Inicio de estrategias de tratamiento conductual para el tratamiento de la adicción
- Inicio de tratamiento para trastornos médicos o psiquiátricos co-existentes, si el tiempo y los recursos lo permiten
- Evaluación continua del avance de los pacientes en el tratamiento, y evaluación clínica continua que se incorpora en el programa
- Planificación del alta con estrategias de prevención de recaída y de cuidado continuo para el período posterior al tratamiento residencial, que incluyen medicación de mantenimiento si está indicada, un nivel apropiado de tratamiento psicosocial para la adicción, y tratamiento continuo para problemas médicos y psiquiátricos co-existentes.

Ya sea antes de la admisión, de preferencia, o en el momento de la admisión al tratamiento residencial a corto plazo se conducirá una evaluación médica y psicosocial integral de cada paciente para determinar las necesidades únicas y el plan de tratamiento para cada paciente. Esto incluirá el historial médico y psiquiátrico, y evaluaciones tanto del estado físico como mental. También puede ser valioso realizar algunas investigaciones de laboratorio, que incluyen detección de droga en la orina, y prueba de VIH y hepatitis.

Una herramienta de evaluación en base a evidencia tal como el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI, por sus siglas en inglés), el cual evalúa la severidad de los problemas por el uso de drogas y los problemas asociados (médico, psiquiátricos, familiares, etcétera) puede ser administrada por un miembro capacitado del personal. Cuando el paciente no se encuentre en abstinencia aguda, se puede considerar una entrevista estructurada para trastornos psiquiátricos tal como MINI, SCID, o CIDI-SAM y es de particular utilidad para establecer tanto los trastornos por el uso de drogas como para identificar los trastornos psiquiátricos co-existentes.

Inmediatamente después de la admisión para el tratamiento residencial a corto plazo, los pacientes serán monitoreados varias veces al día con relación a los problemas de abstinencia, y cualesquiera problemas médicos o psiquiátricos agudos. Una vez que se han estabilizado estos problemas agudos, el monitoreo diario se enfocará tanto en el estado médico como en el psiquiátrico, así como la motivación y el desarrollo de objetivos y planes para el tratamiento después del alta.

3.3.5 Tratamiento de la abstinencia

El tratamiento de la abstinencia, también llamado desintoxicación, comúnmente es la principal preocupación si el paciente ha tenido un historial reciente prolongado y severo de uso de opiáceos, alcohol, benzodiacepinas o barbitúricos. En estos casos, existen protocolos de abstinencia establecidos que emplean usualmente farmacoterapia combinada con descanso, nutrición y asesoramiento motivacional. Es probable que la abstinencia desapercibida y no tratada conduzca al paciente a dejar el tratamiento. Por tanto, es necesario que el personal de los programas de tratamiento residencial a corto plazo tenga conocimiento acerca de los diversos síndromes de abstinencia, y esté preparado para ser un apoyo psicológico, motivando al paciente para superar la fase de abstinencia, y ser capaz de prescribir tratamientos de medicación efectivos para la abstinencia.

Los servicios de tratamiento residencial a corto plazo necesitan ser capaces de realizar el manejo médico de los síntomas severos del síndrome de abstinencia, o tener la capacidad de transferir a dichos pacientes a un hospital clínico.

Síndrome de abstinencia de opiáceos

El tratamiento farmacológico de la abstinencia de opiáceos incluye tratamiento a corto plazo con metadona y buprenorfina, o agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina o lofexidina). Si ninguno de estos se encuentra disponible, se puede utilizar la reducción de las dosis de los opiáceos débiles, así como medicaciones para tratar los síntomas específicos que surgen (sedantes para ansiedad e insomnio, analgésicos para dolores musculares, anti-diarreicos, y anti-eméticos). Sin embargo, las personas con dependencia a los opiáceos por lo general tienen mejores resultados con el tratamiento con agonistas opiáceos a largo plazo, ya que presentan un mayor riesgo de sobredosis posterior a la desintoxicación sola. Si está disponible,

a las personas con dependencia a opiáceos y sus familias se les proporcionará naloxona para llevar a casa en caso de que se presente una sobredosis de opiáceos, y se les capacitará en el manejo de la sobredosis de opiáceos.

Síndrome de abstinencia de sedante-hipnótico

A los pacientes admitidos para el programa de tratamiento residencial a corto plazo se les interrogará acerca del uso de alcohol y sedantes, serán monitoreados respecto a la aparición de síntomas de abstinencia, o serán tratados de manera profiláctica si se consideran de alto riesgo (uso excesivo o habitual, o historial de episodios de abstinencia anteriores).

La abstinencia de sedante-hipnótico puede ser tratada de manera eficaz con benzodiazepinas de acción prolongada en una dosis suficiente para aliviar la abstinencia y disminuirla lentamente en un período de días o semanas. Es necesario que los pacientes sean monitoreados por el surgimiento de manifestaciones severas de abstinencia de alcohol o sedante-hipnótico, que incluyen convulsiones, inestabilidad cardiovascular y delirio. Debe garantizarse que el tratamiento no esté solamente prolongando el uso del sedante-hipnótico.

Síndrome de abstinencia de estimulante

La abstinencia de estimulante (la "caída") es menos definida que los síndromes de abstinencia de las sustancias depresoras del sistema nervioso central; la depresión es notoria y está acompañada de malestar, apatía, e inestabilidad.

Síndrome de abstinencia de marihuana

Un síndrome de abstinencia de la marihuana se puede presentar en grandes consumidores, caracterizado por insomnio, cefalea, estado depresivo e irritabilidad.

El tratamiento farmacológico de la abstinencia de estimulante y marihuana depende de la aparición de los síntomas.

3.3.6 Tratamiento de problemas psiquiátricos y médicos co-existentes

Los trastornos psiquiátricos, que incluyen depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, están asociados a trastornos por el uso de drogas y pueden interferir con el compromiso con el tratamiento. Los síntomas psiquiátricos, que incluyen depresión, ansiedad y psicosis, pueden ser ocasionados o exacerbados por el uso de diferentes drogas y pueden resolver cuando se detiene el uso de drogas.

Una primera etapa clínica en la evaluación precisa de los síntomas psiquiátricos entre los usuarios de drogas es distinguir los trastornos independientes de aquellos que son inducidos por la sustancia y que resolverán con la abstinencia.

El tratamiento residencial a corto plazo puede brindar una oportunidad para observar si los síntomas psiquiátricos resuelven cuando se logra la abstinencia de las sustancias, y para iniciar el tratamiento médico o psicosocial de trastornos que persisten después del cese del uso de la sustancia.

Se aplicará una evaluación integral del paciente al incorporarse a cualquier programa de tratamiento que sea tan completo como se pueda e incluya un historial médico, presencia de enfermedades crónicas o agudas y terapias farmacéuticas relacionadas, así como la documentación rutinaria de enfermedades infecciosas que incluyan VIH, Tuberculosis, Hepatitis, etcétera.

Puede ser necesario que las condiciones médicas agudas observadas a la admisión sean manejadas antes de cualquier tratamiento o cuidado adicionales. Estas pueden incluir: confusión, sedación excesiva, alucinaciones, convulsiones o fiebre. Dependiendo de las condiciones locales, los mecanismos para tratar la dependencia a opiáceos se combinarán, si es necesario, con el tratamiento para TB, VIH y hepatitis, a fin de asegurar la continuidad de los agentes anti-infecciosos. Un programa de tratamiento residencial a corto plazo puede no tener la experiencia médica, o el tiempo para iniciar dicho tratamiento, aunque estarán disponibles la consulta y canalización a los servicios apropiados.

La Hepatitis B es común en muchas de las poblaciones con uso de drogas, en particular (aunque no de manera exclusiva) en aquellas que se inyectan drogas. El tratamiento residencial a corto plazo puede ser una oportunidad para aplicar la vacuna contra la hepatitis B. Dependiendo de la duración del tratamiento, se puede administrar un programa de vacunación acelerado, que consta de 2 ó 3 dosis, a personas que no habían tenido antes un ciclo completo de vacunación contra la hepatitis B, y sin necesariamente realizando pruebas serológicas por anticipado (OMS, 2012).

El dolor crónico es otro problema común que puede contribuir a la motivación para utilizar drogas ilícitas, en particular opiáceos, y al riesgo de recaída. Se dispondrán la canalización para evaluación adicional de la fuente del dolor y estrategias de manejo específico.

3.3.7 Tratamiento de seguimiento

El ingreso y participación en el tratamiento residencial a corto plazo constituye con frecuencia una primera etapa importante en el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas. No obstante, el mantenimiento de comportamientos saludables sostenibles es de particular importancia después de que los pacientes dejan el tratamiento ya que el riesgo de recaída y sobredosis se incrementa de forma significativa inmediatamente después del alta.

Un plan de tratamiento de seguimiento eficaz incluirá estrategias para que los pacientes hagan una transición exitosa hacia el siguiente nivel de cuidado y aumenten al máximo las oportunidades de mantener la salud médica y psicológica. Los profesionales del cuidado de la salud y sociales trabajarán de manera conjunta a fin de proporcionar a los pacientes los recursos necesarios y considerarán la siguiente dimensión de tratamiento cuando se planea un alta del tratamiento residencial a ambulatorio o a un programa residencial a largo plazo:

Disponibilidad de apoyos sociales

Las redes sociales tienen influencia en los patrones de consumo de drogas y un adecuado apoyo social puede ayudar a los pacientes a recuperar y mantener la abstinencia. Se educará a los pacientes y se les hará saber de los diferentes factores que contribuyen a su nocivo uso de drogas y se les equipará con diferentes estrategias para crear y mantener un ambiente que promueva la salud.

Tratamiento de medicación a largo plazo

Para la dependencia a los opiáceos, los planes de tratamiento incluyen usualmente mantenimiento o medicación a largo plazo (mantenimiento con metadona, mantenimiento con buprenorfina, o con naltrexona de liberación prolongada). Los agonistas opiáceos (metadona y buprenorfina) reducen el uso de droga, el crimen y el riesgo de muerte por la dependencia a opiáceos en aproximadamente dos tercios. La naltrexona agonista opiácea ha demostrado ser más eficaz que el placebo. De manera ideal, la medicación se iniciará durante el tratamiento hospitalario y se continuará después del alta en un programa de mantenimiento de medicación del paciente ambulatorio.

Cuidado de seguimiento

Es necesario que el cuidado psicosocial para trastornos por el uso de sustancias continúe después del tratamiento residencial a corto plazo. Para los pacientes con trastornos más severos por el uso de sustancias y sin apoyo social, está indicada la canalización al tratamiento residencial a largo plazo tras el tratamiento residencial a corto plazo. Para los pacientes con menor severidad y mejores apoyos sociales, un tratamiento ambulatorio puede ser una siguiente modalidad de tratamiento aconsejable. El apoyo para moverse en el sistema de cuidado social estará presente para el acceso a una capacitación profesional, vivienda estable, etcétera, según sea necesario.

3.3.8 Criterios para culminación del programa e indicadores de efectividad

La culminación exitosa del tratamiento residencial a corto plazo puede ser evaluada para cada paciente en base a diversas dimensiones que incluyen:

- Resolución de los síntomas de abstinencia
- Conocimiento del trastorno por el uso de sustancias y problemas relacionados
- Motivación para participar en el tratamiento de seguimiento después del alta ya sea en el tratamiento residencial a largo plazo o bien en el tratamiento ambulatorio.
- Mejora de la salud física y mental, e inicio de planes de tratamiento y/o de alta para manejar dichos problemas a largo plazo.
- Mejora en el ansia por consumir drogas e inicio del desarrollo de habilidades para controlar los detonantes (pensamientos, emociones, y conductas) que conducen al uso de drogas.

La efectividad de un programa de tratamiento residencial a corto plazo puede ser evaluada a través de indicadores del proceso (por ejemplo, qué servicios proporcionan o qué objetivos son cumplidos por los pacientes durante la estancia en el tratamiento), o mediciones objetivas de los resultados a largo plazo de los pacientes después del alta. Una medición de resultado objetiva sería la proporción de pacientes que participaron en el tratamiento de seguimiento posterior al alta. Otro indicador de resultado sería la abstinencia y otros marcadores de recuperación de seguimiento a largo plazo (por ejemplo, 6 meses). Este tipo de indicador a largo plazo rara vez es implementado en el cuidado rutinario, ya que requiere de rastreo y seguimiento a largo plazo de los pacientes.

3.3.9 Calificación de la solidez de la evidencia

- Existe evidencia a partir de Estudios Clínicos Aleatorios (RCTs) de que la metadona, buprenorfina, clonidina y lofexidina son eficaces en el apoyo de desintoxicación por dependencia a opiáceos.
- Existe evidencia a partir de un pequeño número de RCTs que indica que los tratamientos de agonista a largo plazo son más eficaces que la desintoxicación para la dependencia a opiáceos.
- Existe evidencia a partir de RCTs de que el apoyo psicosocial mejora los resultados de la desintoxicación en la dependencia a opiáceos.
- Existe un RCT que comparó la desintoxicación en hospitalización con la ambulatoria para la abstinencia de opiáceos, que se encontró que duplica los índices de culminación exitosa con el tratamiento hospitalario³.

3.3.10 Recomendaciones

- Los tratamientos son revisados y modificados de manera regular por el personal en conjunción con el paciente para asegurar el adecuado manejo.
- Existen protocolos claramente definidos para prescribir medicaciones y otras intervenciones apropiadas para las necesidades específicas de los pacientes.
- Los protocolos están firmemente basados en hallazgos de investigación siempre que es posible. Si eso no es posible, están en concordancia con las buenas prácticas clínicas.
- Se describe al paciente el rango disponible de opciones de tratamiento relevantes.
- Están disponibles el laboratorio in-situ o externo y otras instalaciones de diagnóstico.
- Está disponible el acceso a grupos de auto-ayuda y otros grupos de apoyo.
- Sea o no la abstinencia el objetivo del tratamiento, se toman medidas para reducir el daño por uso continuo de drogas (dieta saludable, uso de equipo de inyección estéril).
- Cuando un procedimiento con riesgos conocidos está bajo consideración se lleva a cabo una cuidadosa evaluación riesgo/beneficio que dé lugar a la selección de los criterios que produzcan el menor riesgo.
- Existe un mecanismo para asegurar la continuidad del cuidado del paciente.
- Hay una evaluación regular de la efectividad de los servicios (es decir, evaluación del programa).
- Existen vínculos entre los programas de tratamiento de dependencias y otros servicios que facilitan las intervenciones con niños y otros miembros de la familia de los pacientes que han sufrido psicológica o socialmente.
- Está disponible el apoyo o transporte de emergencia en caso de complicaciones que amenacen la vida por el uso de drogas o la abstinencia.
- Existen criterios definidos para la expulsión de pacientes debido a violación de las reglas del servicio, violencia, uso continuo de drogas no prescritas, etcétera.

³ OMS

http://www.OMS.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (por ejemplo, intoxicación, riesgo de suicidio).

Dotación de personal

- El prestador del servicio tiene un sistema establecido que asegura que el método para seleccionar, contratar y capacitar al personal corresponde con las normas jurídicas vigentes y reglamentos internos establecidos.
- La organización tiene reglas definidas que el personal sigue en casos en donde la legislación vigente es demasiado general.
- La estructura y manejo de la organización están definidas, dejando en claro las competencias por los puestos individuales.
- El prestador del servicio ha especificado la estructura y las necesidades de personal, así como los perfiles de puesto y calificaciones de personal correspondientes, tomando en consideración las necesidades y número actual de usuarios del servicio para la organización del servicio. La composición y adiciones al equipo corresponden a estas necesidades.
- Se ha asegurado la prevención de riesgos laborales.
- Los casos en los que los derechos de un paciente hayan sido violados por un empleado y las medidas correspondientes que se tomaron están documentados en los expedientes del personal.
- El cuidado especializado (médico, psicológico, psicoterapéutico, social, educativo etcétera) siempre será realizado por el personal con las calificaciones y licencias pertinentes.

3.4 Tratamiento Ambulatorio

3.4.1 Breve Definición y Descripción del Entorno

El entorno de tratamiento ambulatorio para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias cuida de las personas que no residen en las instalaciones de tratamiento, que en vez de ello viven en casa y visitan las instalaciones de tratamiento solamente para las intervenciones de tratamiento. Los servicios ambulatorios varían de manera considerable en términos de sus componentes e intensidad. Comúnmente el tratamiento de drogas ambulatorio es llevado a cabo por servicios de salud o sociales que se especializan en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, o dentro del contexto del tratamiento de la salud mental de forma más amplia.

El rango del tratamiento ofrecido en el entorno ambulatorio incluye:

- intervenciones psicológicas
- apoyo social
- intervenciones farmacológicas

3.4.2 Población Objetivo

El tratamiento ambulatorio en sus diferentes modalidades puede atender a una amplia gama de individuos, aunque ciertas modalidades tales como las terapias psicológicas son más apropiadas para individuos que tienen un suficiente apoyo social y recursos en casa y en sus comunidades, y quienes son capaces de mantenerse sobrios el tiempo suficiente para beneficiarse de dicho tratamiento.

3.4.3 Objetivos

Los objetivos primarios del tratamiento ambulatorio son ayudar a los pacientes a detener o reducir el uso de drogas; reducir al mínimo los problemas médicos, psiquiátricos y sociales asociados con el uso de drogas; reducir los riesgos de recaída y mejorar su bienestar y funcionamiento social, como parte de un proceso de recuperación a largo plazo.

3.4.4 Características

Los servicios y programas de tratamiento ambulatorio varían considerablemente dependiendo del nivel de intensidad de los servicios e intervenciones que ofrecen.

Intervenciones de Alta-Intensidad

Los programas como el tratamiento diurno intensivo requieren de interacciones frecuentes con pacientes (por ejemplo, diario, o varias horas en uno o más días). Los componentes y actividades de estos entornos de servicio incluyen:

- Evaluación médica y psicosocial integral a la admisión
- Plan de tratamiento que atienda de la mejor manera las necesidades individuales
- El tratamiento es voluntario, con participación del paciente en las decisiones de tratamiento

- Desintoxicación asistida por médico, si está indicada.
- Inicio de medicación de mantenimiento si está indicada
- Contacto con familiares y otras personas importantes de la red social para involucrarlas en el tratamiento continuo
- Tratamiento conductual y psicosocial para el trastorno por el uso de sustancias y trastornos psiquiátricos co-existentes
- Tratamiento farmacológico para trastornos médicos y psiquiátricos co-existentes
- Contrato de tratamiento que describe con claridad todos los procedimientos, servicios y otras políticas y regulaciones del tratamiento, así como las expectativas del programa que tenga el paciente
- Evaluación continua del avance de los pacientes en el tratamiento, y evaluación clínica continua que está incorporada al programa
- Prevención de recaída y estrategias de alta para cuidado continuo después del tratamiento residencial, que incluye medicación de mantenimiento si está indicada, un nivel apropiado de tratamiento psicosocial para la adicción, y tratamiento continuo para problemas médicos y psiquiátricos co-existentes
- Apoyo social intensivo que incluye alojamiento y empleo

Intervenciones de Intensidad Media-a-Baja

Las intervenciones de baja intensidad implican sesiones semanales de apoyo grupal, tratamiento psicológico individual, educación sobre salud y drogas, y apoyo social de menor intensidad.

En el curso del tratamiento ambulatorio, los profesionales del cuidado de la salud asociados pueden evaluar de manera regular el uso de drogas y alcohol, y el estado de salud física y mental de los pacientes. Es esencial la cooperación regular con los servicios de cuidado afines e incluirá la integración del tratamiento ambulatorio con servicios médicos para el VIH, hepatitis viral, TB e infecciones de transmisión sexual.

También estará presente la cooperación regular con las agencias de apoyo social y otras, que incluye educación, empleo, bienestar, fuentes de apoyo para discapacitados, alojamiento, interacción social o asistencia jurídica.

3.4.5 Modelos y Métodos

Los objetivos de tratamiento se pueden cumplir mejor utilizando una combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales. De manera ideal, los programas de tratamiento ambulatorio para trastornos por el uso de drogas ofrecen un rango integral de servicios para manejar diversos problemas que afectan a los pacientes a través de varios aspectos de la vida.

3.4.6 Intervenciones psicosociales y conductuales basados en evidencia

Las intervenciones psicosociales se usarán en los programas de tratamiento ambulatorio para abordar los factores motivacionales, conductuales, psicológicos, sociales y ambientales relacionados con el uso de sustancias y se ha demostrado que reducen el uso de drogas, promueven la abstinencia y previenen la recaída. También se pueden emplear las intervenciones psicosociales para incrementar el apego al tratamiento y las medicaciones. Para diferentes trastornos por el uso de drogas, la evidencia a partir de estudios clínicos apoya la eficacia de la terapia cognitiva conductual (CBT, por sus siglas en inglés), la entrevista

motivacional (MI), el enfoque de refuerzo comunitario (CRA), la terapia de mejoramiento motivacional (MET), las modalidades de terapia familiar (FT), el manejo de contingencias (CM), los tratamientos orientados a la introspección, la facilitación grupal de 12 etapas, y el apoyo al alojamiento y empleo, entre otras.

Terapia Cognitiva Conductual (CBT)

La CBT se basa en la comprensión de que los patrones conductuales y los procesos cognitivos en torno al uso de drogas son aprendidos y pueden ser modificados. Durante el tratamiento los pacientes son introducidos a nuevas habilidades para afrontar y estrategias cognitivas para reemplazar los patrones conductuales y de pensamiento inadaptados. Las sesiones de CBT son estructuradas con objetivos específicos a lograr en cada sesión y enfocadas en los problemas inmediatos a los que se enfrenta el usuario de drogas. La CBT puede ser utilizada como un enfoque de corto plazo que puede adaptarse a una amplia gama de pacientes y una variedad de entornos y sesiones de tratamiento tanto individuales como grupales. La CBT puede combinarse con una variedad de otros tratamientos psicosociales y farmacológicos.

Manejo de contingencias (CM)

El CM implica proporcionar a los pacientes recompensas no-monetarias concretas para reforzar las conductas positivas tales como la abstinencia, asistencia a tratamiento, cumplimiento de la medicación, o sus propios objetivos de tratamiento particulares. Una medición objetiva de un resultado positivo convenido (recolección de orina y prueba toxicológica comúnmente supervisadas) con retroalimentación inmediata es necesaria para la efectividad del CM. Los resultados de prueba proporcionan un indicador de progreso del tratamiento y esto puede ser discutido en sesiones de terapia confidenciales para promover una mejor comprensión de la condición del paciente. Con frecuencia, se emplea un enfoque CM como parte de un tratamiento que se enfoca en promover nuevas conductas que están compitiendo con el uso de drogas y puede ser combinado con la CBT.

Los pacientes tratados con un CM muestran frecuentemente mayores reducciones iniciales en el uso de drogas que en otros tratamientos, aunque hay interrogantes acerca de la persistencia de estos efectos a menos que el CM se combine con otros enfoques de tratamiento. Se ha encontrado que el CM es de particular utilidad en el tratamiento de pacientes con trastorno por el uso de anfetaminas y cocaína ayudando a disminuir el abandono del tratamiento y a reducir el uso de drogas. Otros estudios encontraron que el CM que utiliza cupones para la recompensa al alto desempeño en el tratamiento fue eficaz para incrementar el nivel de empleo de los usuarios de drogas bajo tratamiento. Aunque muchas de las pruebas de investigación emplean el refuerzo monetario, el uso del manejo de contingencia se adaptará a la cultura y la población con aportaciones de los pacientes.

Entrevista Motivacional (MI) y Terapia de Mejoramiento Motivacional (MET)

La Entrevista Motivacional es colaborativa, evocadora, y reconoce la autonomía del paciente. El médico clínico asume un papel de asesor, más que de autoridad, y busca comprender lo que el paciente valora – este proceso desarrolla empatía y fomenta una alianza terapéutica a partir de la cual puede ser posible promover modificaciones conductuales. En este proceso el paciente puede darse cuenta de que su comportamiento de uso de drogas es inconsistente con las cosas que son importantes para él. La MI también es prometedoras como un enfoque para reducir las conductas de alto riesgo tales como sexo sin protección y compartir jeringas. La MI se puede realizar en una o dos sesiones para las formas menos severas de uso de drogas, o el enfoque puede extenderse (cuando se llame MET) durante 6 o más sesiones para trastornos más severos por el uso de drogas.

Involucramiento de los miembros de la familia y otras personas importantes afectadas

Se ha encontrado que los enfoques de tratamiento orientados a la familia son eficaces para mejorar el compromiso con el tratamiento, reducir el uso de drogas y mejorar la participación en el cuidado posterior cuando se compara con el cuidado enfocado en el paciente individual. Los enfoques de tratamiento orientados a la familia son de particular utilidad en la educación de los pacientes y sus familias acerca de la naturaleza de la adicción y el proceso de recuperación.

Los enfoques eficaces identificados orientados a la familia incluyen: Terapia de Parejas Conductuales, Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Multi-sistémica y Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, por sus siglas en inglés).

La MDFT parece tener una particular efectividad en el tratamiento de la dependencia a la marihuana en la adolescencia. La terapia de parejas se ha examinado más en el marco del tratamiento de dependencia al alcohol, aunque puede desempeñar un papel en el tratamiento de la farmacodependencia.

Trabajar con la familia también puede ser útil cuando el paciente rechaza involucrarse en el tratamiento utilizando enfoques tales como la Terapia Familiar Unilateral o Refuerzo de la Comunidad y Capacitación Familiar.

Recomendaciones de la OMS:

Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales que incluyen manejo de contingencia y terapia cognitiva conductual (CBT) y terapia familiar para el tratamiento de dependencia a **psicoestimulantes**.

Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales basadas en terapia cognitiva conductual o terapia de mejoramiento motivacional (MET) o terapia familiar para el **manejo** de la **dependencia a la marihuana**.

Se pueden ofrecer intervenciones conductuales para niños y adolescentes, y capacitación en habilidades de cuidador, para el tratamiento de trastornos conductuales.

Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales que incluyen terapia cognitiva conductual (CBT), terapia de parejas, terapia psicodinámica, terapias conductuales, terapia de red social, manejo de contingencia e intervenciones motivacionales, y facilitación de 12 etapas para el tratamiento de la **dependencia al alcohol**.

(mhGAP, 2015)

3.4.7 Intervenciones farmacológicas basadas en evidencia

Las medicaciones pueden ser muy útiles en el manejo/tratamiento de una variedad de aspectos del trastorno por el uso de drogas, tales como intoxicación, sobredosis, abstinencia, dependencia y problemas psiquiátricos relacionados con el uso de drogas. Las intervenciones farmacológicas serán aplicadas junto a las intervenciones psicosociales.

3.4.8 Tratamiento Farmacológico

3.4.8.1 Tratamiento Farmacológico de Trastornos por el uso de Opiáceos

Sobredosis de Opiáceo

La sobredosis de opiáceos puede ser identificada por medio de una combinación de tres síntomas: 1) pupilas puntiformes, 2) inconsciencia, y 3) depresión respiratoria. La naloxona antagonista de opiáceos puede revertir por completo los efectos de la sobredosis de opiáceos en unos minutos y es un tratamiento para salvar la vida. Con un largo historial de éxito clínico y efectos adversos sumamente escasos, la Naloxona estará disponible por lo tanto en todas las instalaciones de cuidado de la salud a las que se pueda recurrir para responder a una sobredosis de opiáceos.

La naloxona puede ser inyectada por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, o puede ser administrada también por vía intranasal. Se ha demostrado que los dispositivos intranasales improvisados fabricado mediante la adición de un atomizador a una jeringa que contiene naloxona son eficaces en las pruebas clínicas, aunque en ocasiones fue necesaria una segunda dosis. Las formulaciones intranasales comerciales son más concentradas que aquellas para inyección, ya que la mucosa nasal tiene un límite para la cantidad de líquido que puede absorber a la vez. Puede ser necesario que las dosis usadas para administración intranasal sean más elevadas que aquellas empleadas por vía intramuscular.

Además de la administración de naloxona, el tratamiento de sobredosis de opiáceos incluye el intento de activar a la persona, llamar a una ambulancia, técnicas de resucitación tales como respiración de rescate, y permanecer con la persona hasta que se encuentre totalmente recuperada.

La naloxona y la capacitación en resucitación se distribuirán a los pacientes, miembros de la familia y otras personas que probablemente presencien una sobredosis de opiáceos.

Recomendaciones de la OMS (2014)

La naloxona estará disponible en todas las instalaciones de cuidado de la salud a las que se pueda recurrir para que respondan a una sobredosis de opiáceos.

Uso de un agam de opciones de tratamiento para dependencia a opiáceos que incluye apoyo psicosocial, tratamientos de mantenimiento con relación a opiáceos tales como metadona y buprenorfina, desintoxicación asistida y tratamiento con antagonistas opiáceos como la naltrexona.

La naloxona estará disponible para las personas que probablemente presencien una sobredosis de opiáceos, así como la capacitación en el manejo de sobredosis de opiáceos.

Desintoxicación de Opiáceos

El objetivo principal de la desintoxicación es estabilizar la salud física y psicológica de un paciente en tanto que se manejan los síntomas de la abstinencia al cese o reducción del uso de drogas. La desintoxicación es necesaria antes de iniciar el tratamiento subsecuente, sin embargo, este es un momento particularmente vulnerable para los pacientes ya que los períodos recientes de abstinencia son factores de riesgo importantes para una sobredosis de opiáceos fatal debido a una reducción en la tolerancia y un juicio impreciso con respecto a la dosificación. Cuando esté disponible, se puede utilizar una reducción de las dosis diarias supervisadas de metadona y buprenorfina durante 1-2 semanas de manera segura y eficaz para la desintoxicación de opiáceos. De otro modo, se pueden emplear bajas dosis de clonidina o lofexidina, o una reducción gradual de las medicaciones de opiáceos más débiles para, junto con las medicaciones específicas, tratar los síntomas de la abstinencia de opiáceos a medida que surgen (por ejemplo, anti-eméticos, anti-diarreicos, analgésicos,

sedantes). Los médicos clínicos únicamente prescribirán medicaciones sedantes durante períodos cortos y monitorearán de cerca la respuesta al tratamiento ya que se puede desarrollar el riesgo de tolerancia y mal uso de la medicación para ciertas medicaciones con el uso más prolongado. La efectividad del tratamiento es mayor cuando la asistencia psicosocial está disponible durante el manejo de la abstinencia.

Recomendaciones de la OMS	
<p>Recomendaciones Estándar</p> <p>Para el manejo de la abstinencia de opiáceos, se utilizarán preferiblemente dosis decrecientes de agonistas opiáceos (metadona o buprenorfina), aunque también pueden emplearse agonistas alfa-2 adrenérgicos.</p> <p>Los médicos clínicos no usarán de manera rutinaria la combinación de antagonistas opiáceos y la sedación mínima en el manejo de la abstinencia de opiáceos.</p> <p>Los servicios sociales se ofrecerán de manera rutinaria en combinación con el tratamiento farmacológico de abstinencia de opiáceos.</p>	<p>Recomendaciones Fuertes</p> <p>Los médicos clínicos no usarán la combinación de antagonistas opiáceos con la sedación intensa en el manejo de abstinencia de opiáceos.</p>

Dependencia a opiáceos

La dependencia a opiáceos generalmente tiene un curso crónico y de recaídas y por lo tanto se implementará un tratamiento de prevención de recaídas a largo plazo para individuos que dejan de usar opiáceos. El tratamiento de prevención de recaída incluirá una combinación de tratamiento farmacológico e intervención psicosocial. El resultado del tratamiento que incluye únicamente enfoques psicosociales es inferior al tratamiento que incluye también medicación apropiada.

Las dos principales estrategias terapéuticas farmacológicas para afrontar la dependencia a opiáceos son:

1. Tratamiento de Mantenimiento de Agonista Opiáceo (OAMT, por sus siglas en inglés) con opiáceos de acción prolongada (metadona o buprenorfina).
2. Desintoxicación seguida por tratamiento de prevención de recaída utilizando un antagonista opiáceo (naltrexona).

Tratamiento de Mantenimiento de Agonista Opiáceo (OAMT)

Recomendaciones de tratamiento de mantenimiento de agonista opiáceo de la OMS.

Recomendaciones Estándar

Las dosis de mantenimiento de buprenorfina promedio serán de por lo menos 8 mg por día.

Se pueden proporcionar dosis para llevar para los pacientes cuando se considera que los beneficios de la frecuencia reducida de asistencia superan el riesgo de desviación, sujeto a revisión regular.

Recomendaciones Fuertes

Para el tratamiento de mantenimiento de agonista opiáceo, se recomendará a la mayoría de los pacientes que usen la metadona en dosis adecuadas de preferencia a la buprenorfina.

Durante la inducción de metadona, la dosis diaria inicial dependerá del nivel de neuroadaptación; generalmente no será mayor a 20 mg, y sin duda no mayor a 30 mg.

En promedio, las dosis de mantenimiento de metadona estarán en un rango de 60–120 mg por día.

Las dosis de metadona y buprenorfina serán supervisadas directamente en la fase inicial del tratamiento.

Se ofrecerá apoyo psicosocial de manera rutinaria en asociación con el tratamiento farmacológico para dependencia a opiáceos.

El objetivo principal del Tratamiento de Mantenimiento de Agonista Opiáceo (OAMT) es reducir el uso de opiáceos ilícitos y manejar la abstinencia al evitar los síntomas de retiro, reduciendo el deseo compulsivo por las drogas, y la reducción de los efectos de opiáceos adicionales si son consumidos.

Tratamiento de Mantenimiento de Metadona

En comparación con el tratamiento sin medicación, los pacientes tratados con metadona exhiben marcadas reducciones en el uso de heroína y otras drogas, tienen menor mortalidad, menos complicaciones médicas, índices más bajos de transmisión de VIH y hepatitis, actividad criminal reducida, y un mejor funcionamiento social y ocupacional.

La metadona debe iniciarse siguiendo la regla general ‘empezar con una dosis baja, avanzar lentamente’. Por lo general la dosis inicial será de 20 mg o menos, dependiendo del nivel de tolerancia al opiáceo, permitiendo un alto margen de seguridad para reducir al mínimo el riesgo de sobredosis de metadona. Se pueden dar pequeñas dosis adicionales, si es necesario, hasta 30 mg. Una vez introducida de manera segura, el objetivo principal es lograr una dosis óptima para el mantenimiento a largo plazo a fin de evitar el deseo compulsivo y el uso de opiáceos ilícitos. La dosis inicial será ajustada en forma ascendente de manera gradual hasta alcanzar la dosis óptima la cual elimina los deseos compulsivos por el opiáceo en tanto que no produce sedación ni euforia y permite a los pacientes un óptimo funcionamiento en todas las áreas de su vida. La dosis será ajustada de manera ascendente si hay un uso continuo de heroína y de manera descendente si existe cualquier sedación, o si la persona está lista para detener el tratamiento.

De manera común, las dosis de mantenimiento de metadona eficaces varían desde 60 hasta 120 mg/día y dependen de factores individuales tales como la habilidad para metabolizar la medicación y las interferencias metabólicas de otras medicaciones que pueden cambiar el nivel sanguíneo de la metadona (por ejemplo medicaciones para VIH o TB, medicaciones psiquiátricas o cardíacas).

A fin de mantener niveles adecuados en plasma y evitar la abstinencia de opiáceos es importante que la metadona sea administrada diariamente y que los pacientes sean monitoreados de manera regular en cuanto al apego al régimen de medicación. Al inicio del tratamiento, la metadona será administrada bajo supervisión. Una vez que el paciente esté estabilizado, se pueden introducir dosis para llevar a casa de acuerdo con las leyes locales y una evaluación del riesgo-beneficio individual.

Ya que la metadona es un opiáceo, algunas personas pueden intentar la venta de manera ilícita de su metadona prescrita. Esto puede reducirse, entre otras medidas, a través de la dilución de la dosis supervisada y mediante la dilución de la dosis de metadona para llevar a casa hasta un punto en donde es menos probable que sea inyectable.

Recomendaciones de la OMS para el uso de metadona en el tratamiento de mantenimiento

Las opciones de tratamiento farmacológico consistirán tanto en metadona como en buprenorfina para el mantenimiento agonista opiáceo y la abstinencia de opiáceos, agonistas alfa-2 adrenérgicos para la abstinencia de opiáceos, naltrexona para la prevención de recaída, y naloxona para el tratamiento de sobredosis.

La dosis de metadona inicial será de 20 mg o menos, dependiendo del nivel de tolerancia de opiáceo, permitiendo un alto margen de seguridad para reducir la sobredosis inadvertida.

La dosificación será ajustada después rápidamente de manera ascendente si hay síntomas continuos de abstinencia de opiáceos y de manera descendente si hay cualquier sedación.

Un incremento gradual hasta el punto en donde cesa el uso de opiáceo ilícito; probablemente este se encuentre en el rango de 60–120 mg de metadona por día.

Los pacientes serán monitoreados con evaluación clínica y prueba de drogas.

Se ofrecerá apoyo psicosocial a todos los pacientes.

Inicialmente se supervisará el uso de metadona.

El grado de supervisión se adaptará de manera individual, y de conformidad con las regulaciones locales; ponderará los beneficios de la frecuencia de dosificación reducida en pacientes estables con los riesgos de la inyección y la desviación de la metadona hacia el mercado de drogas ilícitas.

Buprenorfina y combinación de buprenorfina/naloxona

Los objetivos y principios del tratamiento de mantenimiento de buprenorfina son similares a aquellos del tratamiento de mantenimiento de metadona: evitar el deseo compulsivo y el uso de opiáceos ilícitos. Cuando se inicia el tratamiento con buprenorfina, la primera dosis será administrada dentro de un rango de 2-4 mg por lo menos 8-12 horas después del último uso de opiáceo o cuando se presenten los síntomas de la abstinencia de opiáceo. En contraste con la premisa de la inducción de metadona ('empezar con una dosis baja, avanzar lentamente'), la inducción de buprenorfina procederá con rapidez una vez que se haya demostrado que la primera dosis es bien tolerada ya que el riesgo de toxicidad es bajo debido a su acción agonista parcial.

Las dosis de mantenimiento efectivas de buprenorfina varían desde 8 hasta 24 mg por día sin sobrepasar una dosis diaria máxima de 32 mg. Se puede considerar la dosificación en días alternados, utilizando el doble de la dosis diaria, en pacientes que requieren de dosificación supervisada y no requieren de una dosis en días alternados mayor a 32 mg. En comparación con la metadona, la buprenorfina tiene menor interacción con otras medicaciones comúnmente administradas. Al igual que con la metadona, se recomienda que las dosis de buprenorfina sean administradas bajo supervisión hasta que el paciente esté estable y después se pueden

introducir las dosis para llevar a casa de acuerdo con las leyes locales y una evaluación de riesgo-beneficio individual.

Para reducir la atracción de las personas a inyectar o vender las tabletas de buprenorfina, existe también la buprenorfina en una combinación de buprenorfina-naloxona. Esta combinación la hace menos atractiva para los usuarios de opiáceos y pueden experimentar síntomas de abstinencia si la inyectan. Ya que la formulación sublingual puede demorar hasta 15 minutos para disolverse por completo en la boca, se ha desarrollado también una formulación de película la cual se solidifica al contacto con el agua y dificulta aún más la inyección.

Cuando se maneja a personas que son dependientes a opiáceos de prescripción fuertes (por ejemplo, similares a la morfina), los médicos pueden cambiar a un opiáceo de acción prolongada (tal como metadona y buprenorfina) que se pueden tomar una vez al día, con administración supervisada si es necesario, ya sea para tratamiento de mantenimiento o para desintoxicación.

OMS, 2009

Tratamiento de antagonista opiáceo con naltrexona

El tratamiento con naltrexona antagonista opiáceo de acción prolongada solamente puede ser administrado después de la desintoxicación en individuos que no han usado opiáceos durante una semana o más (por ejemplo, de manera común, aquellos que dejan el tratamiento residencial). La naltrexona es utilizada para prevenir la recaída; bloquea los efectos de los opiáceos durante 1-2 días. A menos de que los pacientes estén suficientemente bien motivados, los índices de abandono del tratamiento pueden ser elevados.

La naltrexona puede ser útil para pacientes que:

- 1) no tienen acceso al tratamiento con agonistas,
- 2) tienen elevada motivación para la abstinencia de todos los opiáceos,
- 3) no son capaces de tomar el tratamiento de agonista debido a los efectos adversos, o
- 4) han tenido éxito en el tratamiento de agonista pero desean discontinuar el tratamiento de agonistas y estar protegidos adicionalmente contra la recaída.

La naltrexona está disponible como una tableta oral la cual se puede tomar diariamente (50 mg/día) o tres veces a la semana (100-150 mg cada dosis) para mantener los niveles sanguíneos de bloqueo de la medicación. La naltrexona también está disponible en una preparación de inyección de reservorio de liberación prolongada (suministrada como una inyección o como un implante) que puede mantener los niveles de bloqueo de la medicación durante 3-6 semanas después de una dosis única. Está en circulación varias formulaciones de implante de naltrexona las cuales reportan una duración aún mayor del bloqueo del opiáceo.

Recomendación de la OMS para el tratamiento de Antagonista Opiáceo con naltrexona.

Para pacientes dependientes a opiáceos que no inician el tratamiento de mantenimiento de agonista opiáceo, la farmacoterapia antagonista que utiliza naltrexona se considerará tras culminar la abstinencia del opiáceo.

OMS, 2009

3.4.8.2 Tratamiento Farmacológico de Trastornos por el uso de Psicoestimulante

Los psicoestimulantes tales como las anfetaminas y la cocaína son una de las sustancias ilícitas utilizadas con mayor frecuencia y más problemáticas en muchas partes del mundo. Hasta la fecha no existe una medicación que demuestre ser eficaz de manera consistente para el tratamiento de los trastornos por el uso de psicoestimulantes. En la actualidad, las medicaciones son utilizadas principalmente para manejar los trastornos psiquiátricos y síntomas de abstinencia co-existentes.

Si se observa un síndrome de abstinencia de estimulante, se pueden usar medicaciones sintomáticas para tratar los síntomas de abstinencia según se requiera (por ejemplo, anti-eméticos, anti-diarreicos, analgésicos, sedantes). Sin embargo, los médicos clínicos prescribirán estas medicaciones solo durante cortos períodos y monitorearán estrechamente la respuesta al tratamiento ya que puede desarrollarse el riesgo de tolerancia y mal uso de la medicación con un uso más prolongado.

Se pueden emplear medicaciones antipsicóticas y sedantes para manejar los síntomas psicóticos que resultan a partir de la intoxicación aguda de psicoestimulante. Ya que más de la mitad de los pacientes con un trastorno por el uso de psicoestimulante tienen un trastorno psiquiátrico severo co-existente, (por ejemplo, un trastorno depresivo severo, trastorno bipolar, o esquizofrenia), las medicaciones psicotrópicas desempeñan un papel importante en el tratamiento de los trastornos por el uso de psicoestimulantes. Con frecuencia, los pacientes con trastorno por el uso de psicoestimulantes padecen también otro trastorno por el uso de sustancias, (por ejemplo, dependencia de alcohol o de opiáceos) el cual será tratado utilizando enfoques farmacológicos así como psicosociales.

Recomendación de OMS para el tratamiento de la dependencia a psicoestimulantes

No se ofrecerá dexanfetamina para el tratamiento de los trastornos por el uso de estimulantes en instalaciones no-especializadas.

mhGAP, 2012

Tratamiento Farmacológico de Trastornos por el uso de Marihuana

Hasta la fecha no hay un tratamiento farmacológico aprobado de los trastornos por el uso de marihuana y el tratamiento psicosocial se mantiene como el enfoque primario. Si se observa un síndrome de abstinencia de marihuana, se pueden usar medicaciones sintomáticas para tratar los síntomas de la abstinencia según se requiera (por ejemplo, anti-eméticos, anti-diarreicos, analgésicos, sedantes), aunque los médicos clínicos sólo prescribirán estas medicaciones durante períodos cortos y monitorearán estrechamente la respuesta al tratamiento ya que se puede desarrollar el riesgo de tolerancia y mal uso de la medicación con un uso más prolongado.

Farmacoterapia de trastornos mentales co-mórbidos

Muchos pacientes con trastornos por el uso de drogas también experimentan trastornos mentales co-mórbidos tales como depresión, trastorno por estrés post-traumático, manía o psicosis.

Poco después del cese del uso de drogas muchos pacientes experimentan síntomas psiquiátricos tales como ansiedad o insomnio que pueden ser tratados con medicaciones sintomáticas. Sin embargo, las medicaciones sedantes-hipnóticas tales como las benzodiacepinas serán utilizadas con precaución como una primera línea de tratamiento ya que tienen un elevado potencial adictivo. Más bien, se considerarán medicaciones alternativas tales como los antidepresivos sedantes o neurolépticos de dosis baja además del tratamiento psicosocial y conductual.

3.4.9 Manejo de la Recuperación y Apoyo Social

El manejo de recuperación combina una variedad de actividades que promueven y refuerzan los recursos internos y externos para ayudar a los pacientes a manejar de manera voluntaria y activa los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia. Algunas de estas actividades pueden ya estar presentes en el ámbito de la casa, vecindario y comunidad de un paciente en tanto que es necesario desarrollar otras. Los siguientes factores y actividades incrementan la reinserción social y mejoran las oportunidades de la remisión estable y recuperación de los trastornos por el uso de sustancias:

- Refuerzo de la resiliencia, auto-eficacia y auto-confianza del individuo para manejar los retos diarios y la tensión en tanto que mantiene el compromiso para la recuperación y evitar la recaída en el uso de sustancias.
- Una red social de apoyo (por ejemplo, pareja, miembros de la familia y amigos) que puede monitorear la estabilidad de la recuperación, abstinencia de las drogas y cumplimiento con el tratamiento.
- Alojamiento estable.
- Empleo significativo con el reconocimiento en el lugar de trabajo que reemplaza los estigmas y la discriminación.
- Interacción con individuos y redes sociales de amigos y compañeros de trabajo que tienen normas orientadas hacia la abstinencia y apoyan los objetivos de recuperación.
- Participación política, humanitaria o espiritual que proporciona una manera de darle significado a los estresores de la vida y desarrollar un propósito más fuerte en la vida.
- Participación e integración social en actividades educativas y profesionales, que incluyen voluntariado o participación en la comunidad.
- Solución de los problemas legales y financieros.
- Participación activa en grupos de auto-ayuda, religiosos u otros de apoyo

3.4.10 Calificación de la solidez de la evidencia

- Existe un gran número de Estudios Clínicos Aleatorios (RCTs) que comparan diferentes enfoques con el apoyo psicosocial, aunque la mayoría tienen un poder estadístico insuficiente para demostrar una diferencia. Un número pequeño de estudios muestra que algunos enfoques son mejores que la atención habitual, que ciertos enfoques son mejores que algunos otros enfoques, y que algunos enfoques son equivalentes a otros enfoques que han demostrado ser eficaces (ver OMS mhGAP revisión para detalles).

- Existe evidencia a partir de RCTs que el apoyo psicosocial combinado con el Tratamiento de Mantenimiento de Agonista Opiáceo (OAMT) es mejor que el OAMT por sí solo⁴.
- Existe una sólida evidencia a partir de RCTs sobre los beneficios del mantenimiento de metadona y buprenorfina, y de la eficacia de la metadona y buprenorfina para la desintoxicación⁵.
- Existe una débil evidencia de los beneficios de la naltrexona oral para la dependencia a opiáceos⁶.

3.4.11 Recomendaciones para los servicios de tratamiento ambulatorio

Se proporciona información acerca de instalaciones de emergencia de 24-horas a los pacientes y sus familiares que están siendo tratados de manera ambulatoria.

Manejo de Trastorno Opiáceo Ambulatorio

- Los servicios de abstinencia a opiáceos integrarán el tratamiento de abstinencia con otras opciones de tratamiento continuo.
- Las opciones de tratamiento farmacológico esenciales consistirán en tratamiento de mantenimiento de agonista opiáceo y servicios para el manejo de la abstinencia a opiáceos. Como mínimo, esto incluiría metadona o buprenorfina para el mantenimiento de agonista opiáceo y el manejo de abstinencia ambulatoria.
- Las opciones de tratamiento farmacológico constarán tanto de metadona como de buprenorfina para el mantenimiento de agonista opiáceo y la abstinencia de opiáceos, agonistas alfa-2 adrenérgicos para la abstinencia de opiáceos, naltrexona para la prevención de recaídas, y naloxona para el tratamiento de sobredosis.
- Se pueden recomendar dosis para llevar a casa cuando la dosis y la situación social sean estables, y cuando haya un bajo riesgo de desviación para propósitos ilícitos.
- El alta involuntaria del tratamiento está justificada para garantizar la seguridad del personal y otros pacientes, aunque la sola falta de cumplimiento a las reglas del programa no será una razón para el alta involuntaria. Antes del alta involuntaria, se habrán tomado medidas razonables para mejorar la situación, incluyendo la re-evaluación del enfoque de tratamiento utilizado.
- Estará disponible un laboratorio u otras instalaciones para el monitoreo del avance y cumplimiento del tratamiento que se está administrando.
- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (por ejemplo, intoxicación, riesgo de suicidio).

⁴ OMS

http://www.OMS.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q5.pdf?ua=1

http://www.OMS.int/mental_health/mhgap/evidence/substance_abuse/q4/en/

http://www.OMS.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

⁵ OMS

http://www.OMS.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

⁶ OMS

http://www.OMS.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

Evaluación y Elección de Tratamiento

- La elección de tratamiento para un individuo se basará en una evaluación detallada de las necesidades de tratamiento, la idoneidad del tratamiento para cubrir esas necesidades (la evaluación de idoneidad se basará en evidencia), la aceptación del paciente y la disponibilidad del tratamiento.
- Estará disponible la prueba voluntaria del VIH y enfermedades infecciosas comunes como parte de una evaluación individual, acompañada por asesoramiento antes y después de la prueba.
- De manera ideal, a todos los pacientes se les hará una prueba en la evaluación inicial respecto al uso reciente de drogas.
- Los planes de tratamiento adoptarán una visión a largo plazo.
- La abstinencia de opiáceos se planeará en conjunción con el tratamiento continuo.

Rango de Servicios Ofrecidos

- Las opciones de tratamiento farmacológico consistirán tanto en metadona como en buprenorfina para en el mantenimiento de agonista opiáceo y abstinencia de opiáceos, agonistas alfa-2 adrenérgicos para la abstinencia de opiáceos, naltrexona para la prevención de recaída, y naloxona para el tratamiento de sobredosis.
- Estará disponible una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas, de conformidad con las necesidades de los pacientes. Dichas intervenciones pueden incluir, aunque sin limitación a, diferentes formas de asesoramiento y psicoterapia, y asistencia con necesidades sociales como vivienda, empleo, educación, bienestar y problemas legales.
- Se proporcionará tratamiento psicosocial y psiquiátrico *in situ* para los pacientes con comorbilidades psiquiátricas.

Tratamiento de Condiciones Médicas Co-mórbidas

- Cuando haya cantidades importantes de pacientes dependientes de opiáceos con ya sea VIH, hepatitis o TB, el tratamiento de dependencia a opiáceos estará integrado con servicios médicos para estas condiciones.
- Para pacientes que padecen TB, hepatitis o VIH y dependencia a opiáceos, se administrarán agonistas opiáceos en conjunción con el tratamiento médico; no es necesario esperar por la abstinencia a los opiáceos para iniciar cualquier medicación anti-TB, tratamiento para la hepatitis o medicación antirretroviral.
- Los servicios de tratamiento ofrecerán vacunación contra la hepatitis B a todos los pacientes dependientes de opiáceos.
- Habrá una evaluación intermitente o continua tanto del proceso como de los resultados del tratamiento proporcionado.

Dotación de Personal

- El prestador del servicio tiene un sistema establecido que asegura que el método para seleccionar, contratar y capacitar al personal corresponde con las normas jurídicas vigentes y reglamentos internos establecidos.
- La organización tiene reglas definidas que el personal sigue en casos en donde la legislación vigente es demasiado general.
- La estructura y manejo de la organización están definidas, dejando en claro las competencias por los puestos individuales.

- El prestador del servicio ha especificado la estructura y las necesidades de personal, así como los perfiles de puesto y calificaciones de personal correspondientes, tomando en consideración las necesidades y número actual de usuarios del servicio para la organización del servicio. La composición y adiciones al equipo corresponden a estas necesidades.
- Se ha asegurado la prevención de riesgos laborales.
- Los casos en los que los derechos de un paciente hayan sido violados por un empleado y las medidas correspondientes que se tomaron, están documentadas en los expedientes del personal.
- El cuidado especializado (médico, psicológico, psicoterapéutico, social, educativo etcétera) siempre será realizado por el personal con las calificaciones y licencias pertinentes.

Alta, Cuidado Posterior y Canalización

- Existen criterios definidos para la expulsión de pacientes debido a violación a las reglas del servicio de tratamiento, violencia, uso continuo de drogas no prescritas, etcétera.
- El alta involuntaria del tratamiento está justificada para garantizar la seguridad del personal y otros pacientes, aunque la sola falta de cumplimiento de las reglas del programa no será una razón para el alta involuntaria. Antes del alta involuntaria, se habrán tomado medidas razonables para mejorar la situación, incluyendo la re-evaluación del enfoque de tratamiento utilizado.
- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (por ejemplo, intoxicación, riesgo de suicidio).
- Se buscaron planes de cuidado que tracen vías alternas que se puedan seguir en caso de falla parcial o completa del plan original, o expulsión de los servicios de tratamiento contra drogas.

3.5 Tratamiento Residencial a Largo Plazo

3.5.1 Breve definición y descripción del entorno

El tratamiento residencial para trastornos por el uso de drogas existe en una diversidad de formas, que se han desarrollado de manera independiente en una variedad de entornos. El tratamiento residencial que intenta promover el cambio terapéutico debe distinguirse del apoyo de alojamiento que funciona principalmente como una intervención de alojamiento que no proporciona un tratamiento activo.

El tratamiento residencial a largo plazo puede realizarse en un ambiente de hospital, comúnmente un hospital psiquiátrico, o en una comunidad terapéutica (TC, por sus siglas en inglés). Como un híbrido de terapia y vida en comunidad, las comunidades terapéuticas se han desarrollado a partir de programas de vida comunitaria libre de drogas con una filosofía de apoyo mutuo. Se han desarrollado otros modelos de tratamiento residencial a largo plazo a fin de enfrentar de manera más específica los trastornos de salud mental co-existentes, y tienen características de clínicas psiquiátricas y clínicas médicas con psicoterapia, terapia familiar e intervenciones farmacológicas integradas.

La estancia a largo plazo en un entorno residencial permite a los pacientes ser retirados del ambiente caótico y estresante que pudo haber contribuido a su uso de drogas. En un ambiente terapéutico que está libre de drogas y usualmente, libre también de alcohol, los pacientes ya no están expuestos a los indicios usuales que detonan el comportamiento de búsqueda de drogas y puede resultar más fácil mantener la abstinencia y trabajar en la recuperación.

No todos los entornos en los que viven juntas las personas con trastornos por el uso de drogas en un intento por crear un ambiente para apoyarse unos a otros, califican necesariamente como una instalación de cuidado de la salud. Sin embargo, una vez que una instalación hace declaraciones acerca de proporcionar beneficios de cuidado de la salud, una vez que acepta financiamiento para propósitos terapéuticos, entonces por definición es una instalación de cuidado de la salud, y como tal, se esperaría que cumpla con las normas de dichas instituciones de cuidado de la salud. La característica única de la comunidad terapéutica es que, aunque posee las normas de una instalación de cuidado de la salud, mantiene también los aspectos beneficios menos formales de la vida comunitaria.

Las TCs usan a toda la comunidad del programa, incluyendo a otros residentes, personal y el contexto social, como componentes activos del tratamiento. El ambiente está “libre de drogas” lo que significa que los residentes están de acuerdo en no traer ni utilizar drogas (incluyendo alcohol) mientras residan en la comunidad.

Aunque los modelos tradicionales de tratamiento residencial a largo plazo incluyen solamente métodos de tratamiento psicosocial, los enfoques modernos pueden involucrar el uso de medicaciones para reducir los deseos compulsivos por la droga y manejar síntomas psiquiátricos comórbidos.

El enfoque primario de tratamiento está en aprender habilidades para controlar los deseos compulsivos y en desarrollar nuevas habilidades interpersonales, responsabilidad personal, y mejoramiento de la auto-estima. Los programas de tratamiento residencial a largo plazo tienen reglas y actividades diseñadas para ayudar a los residentes a examinar las maneras

disfuncionales de pensar y comportarse y ayudarlos a adoptar nuevas y mejores formas para interactuar con otras personas. Los servicios integrales que incluyen habilidades profesionales, capacitación para el empleo, y tratamiento de trastornos de salud mental pueden ser proporcionados en el entorno residencial.

El cuidado intensivo y de apoyo que experimentan los pacientes en el tratamiento residencial representa una adecuada respuesta al historial personal caracterizado frecuentemente por cuidado paterno deficiente, abandono emocional, abuso físico o sexual, trauma, violencia interpersonal y exclusión social. De manera adicional, las actividades estructuradas y las reglas del programa residencial ayudan a los pacientes a desarrollar un mejor control del impulso y retraso de la gratificación mientras aprenden habilidades para enfrentar la frustración y para manejar el estrés. Asumir compromisos concretos ayuda a desarrollar la responsabilidad personal y a evaluar el progreso personal con logros medibles.

Aunque el modelo de una comunidad terapéutica es uno de los modelos más antiguos de tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, y aunque es bien aceptado en muchos países, es un modelo que ha sido difícil de probar en los estudios clínicos. La revisión Cochrane sobre Comunidades Terapéuticas, por ejemplo, encontró evidencia para apoyar su eficacia solo en el entorno de prisión, y no hay una directriz específica de la OMS sobre las comunidades terapéuticas. Sin comentar sobre la efectividad del enfoque de comunidad terapéutica en comparación con otras modalidades de tratamiento, este capítulo describirá las normas que se esperan de un tratamiento residencial a largo plazo, incluyendo a las comunidades terapéuticas.

3.5.2 Población objetivo

Pacientes que es improbable que mantengan la abstinencia fuera de un ambiente estructurado para mejorar su calidad de vida, o para participar en la integración social y de la salud. Los programas residenciales a largo plazo son más apropiados para individuos que requieren de tratamiento intensivo y continuo para tratar a la persona por completo, con un enfoque particular sobre el manejo de los problemas psicológicos y sociales complejos asociados con la adicción, e iniciar cambios en múltiples ámbitos de la vida para facilitar la transición hacia el proceso de recuperación.

Los servicios de tratamiento residencial están indicados comúnmente para individuos:

- que experimentan problemas severos relacionados con las drogas que afectan su educación, empleo y proceso de integración social,
- con un historial de tratamiento infructuoso, que no responden al tratamiento farmacológico y psicosocial en la modalidad ambulatoria o en las instalaciones de hospitalización a corto plazo,
- afectados por trastornos de salud mental co-existentes severos que afectan su salud y seguridad fuera de los ambientes estructurados (quienes usualmente requieren de hospitalización),
- con recursos personales limitados,
- con problemas sociales y familiares y apoyos sociales limitados,
- que están socialmente aislados o marginados,

- con dificultades para interrumpir su vinculación con grupos criminales y redes de tráfico de drogas,
- que reconocen la necesidad y están preparados para cambiar de manera significativa su estilo de vida y adquirir nuevas habilidades.

3.5.3 Objetivos

Los objetivos primarios del tratamiento residencial a largo plazo para pacientes son:

- reducir el riesgo de un regreso al uso activo de drogas
- tratar los trastornos psiquiátricos y adictivos utilizando medicación y terapia psicosocial
- desarrollar habilidades para enfrentar los deseos compulsivos y estresores de la vida sin drogas
- mejorar la salud personal y el ambiente familiar y de trabajo y el funcionamiento social
- desarrollar relaciones interpersonales efectivas con otros pacientes y con el personal en tanto que adquieren nuevas habilidades sociales, desarrollan auto-confianza y reciben reconocimiento por conductas positivas
- desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación para crear una red de amigos que permanecen abstinentes
- adquirir un estilo de vida más saludable por ejemplo buena alimentación, ciclo sueño-vigilia estable, monitoreo rutinario de la salud y apego al tratamiento
- completar su educación y desarrollar sus capacidades profesionales para ser cada vez más capaces de recuperar el control de su vida una vez que regresen a la comunidad general

3.5.4 Enfoques de Tratamiento

Los programas de tratamiento a largo plazo pueden diferir en sus enfoques aplicados. El tratamiento puede iniciar con un período de desintoxicación, o esto puede ocurrir antes de la admisión. Usualmente en las TCs el tratamiento consta de una combinación de intervenciones grupales e individuales, con los miembros de la comunidad compartiendo las tareas de la vida también como una forma de terapia. Las intervenciones ofrecidas varían significativamente y se pueden basar en el enfoque de 12 etapas o de alcohólicos anónimos, enfoques psicosociales estructurados tales como CBT, o un enfoque menos preciso del juicio colectivo del grupo. Aunque los residentes por lo general se apoyan unos a otros, la mayoría de las comunidades brindan un alcance limitado para proporcionar retroalimentación crítica.

3.5.5 Métodos de Tratamiento

Evaluación

Una reunión inicial permite al personal familiarizarse con el probable residente, y que el residente potencial se familiarice con el programa residencial. Es la primera etapa en el desarrollo de una alianza terapéutica. Durante esta reunión, los residentes potenciales usualmente deciden si entrarán o no al programa, y el programa decide si acepta o no al probable residente. Se puede utilizar una entrevista telefónica inicial antes de la evaluación en persona.

Los programas de tratamiento residencial realizarán una evaluación psicosocial y médica integral de cada paciente que entre al programa a fin de determinar las necesidades individuales y considerar la idoneidad de los pacientes para el programa de tratamiento específico. Los pacientes con problemas importantes de salud mental y física pueden necesitar un entorno de tratamiento que proporcione el nivel adecuado de cuidado médico y psiquiátrico.

Posterior al consentimiento del paciente, se discutirán las necesidades individuales y medicaciones con las agencias de referencia y con los médicos de los pacientes, incluyendo un plan para desintoxicación, si es necesario.

Los planes de tratamiento se desarrollarán en base a evaluaciones integrales, las cuales incluirán instrumentos y procedimientos tales como el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) o un Módulo de Abuso de Sustancias de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-SAM).

Las siguientes áreas son importantes para la evaluación:

- Tratamiento a corto y largo plazo previo y percepción del tratamiento previo
- Salud general, que incluye problemas de salud actuales, discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas
- Salud mental, que incluye trauma e historial de abuso (físico, emocional y sexual), riesgo de violencia y suicidio, funcionamiento psicológico e interpersonal actual
- Condiciones de vida actuales, incluyendo alojamiento y vivienda seguros, sistema de apoyo en casa
- Vida familiar, incluyendo relaciones con la familia de origen, relaciones íntimas, e hijos dependientes
- Amistades, incluyendo red de relaciones entre pares, influencias positivas o negativas, y personas que apoyan la sobriedad a largo plazo
- Educación y trabajo, que incluye historial escolar y laboral, nivel de capacitación profesional y necesidades, ingresos (legales e ilegales)
- Problemas legales, que incluyen actividad criminal y vínculos con el uso de drogas
- Actividades recreativas y pasatiempos

El período de largo plazo y el entorno residencial crean una oportunidad para la evaluación minuciosa. Permite también la evaluación después de un período inicial de abstinencia de drogas, lo cual asegura que la evaluación no es perjudicada por los efectos de la intoxicación con drogas o la abstinencia y que los pacientes comprenden plenamente la naturaleza del tratamiento y tienen la capacidad de aceptarlo en su totalidad. Vivir junto con los compañeros y el personal permite la evaluación de los rasgos temperamentales y de personalidad que pueden ser muy útiles para individualizar el tratamiento.

Cada programa contará con una política de admisión por escrito para asegurar que la admisión al programa es voluntaria y confirmada con el consentimiento por escrito del paciente. Dicha política describirá con claridad los criterios de elegibilidad y exclusión. Además, los programas tendrán un procedimiento de admisión/orientación por escrito, el cual es utilizado para todos los nuevos residentes. Durante el procedimiento de admisión, los nuevos residentes serán adecuadamente informados y recibirán información por escrito acerca del programa que incluye sus objetivos, los métodos de tratamiento utilizados y las reglas del programa. Los pacientes serán informados acerca de sus obligaciones, sus derechos y los detalles con respecto a la privacidad, la no-discriminación y la confidencialidad. Se informará a los pacientes acerca del papel del personal, la filosofía subyacente, y las reglas con relación a la

comunicación con las personas fuera del programa y los visitantes. Finalmente se discutirán los detalles administrativos (es decir los costos del programa y los métodos de pago). El personal tendrá un buen conocimiento de las políticas y procedimientos de admisión.

Rechazo hacia un programa

Si un residente potencial no es aceptado a un programa, se dará una explicación verbal completa de las razones y se proporcionará en un formato por escrito a la persona rechazada y, si es posible (y sin perjuicio de la confidencialidad del paciente), a la agencia que lo remite. Si una persona no es aceptada, se debe realizar una canalización apropiada. El personal de evaluación debe conocer los servicios de referencia alternativos adecuados con la ayuda de una red de servicios pre-establecida.

Participación en el Tratamiento

Los mayores niveles de participación en el tratamiento pueden influir positivamente en los resultados del mismo. Las variables que fomentan la retención del tratamiento incluyen:

- Nivel de motivación antes del tratamiento
- Nivel de consumo de drogas o alcohol antes del tratamiento
- Número de detenciones antes del tratamiento
- Solidez de la relación terapéutica
- Utilidad percibida del servicio de tratamiento y utilidad del tratamiento
- Empatía del personal
- Inclusión de capacitación para prevención de recaídas

Durante las primeras tres semanas y en particular durante los primeros días del tratamiento, el riesgo de abandono y recaída es más elevado. Por lo tanto, es importante que los residentes reciban atención individualizada enfocada en mejorar la motivación para permanecer en el tratamiento. Especialmente durante este período muchos residentes pueden continuar experimentando malestar psicológico intenso relacionado con abstinencia prolongada (insomnio, ansiedad, irritabilidad, deseos compulsivos de la droga), mostrándose ambivalentes acerca de abandonar las drogas y puede encontrar difícil la adaptación a las reglas del programa. Las sesiones de información cubrirán temas tales como: la filosofía y expectativas del programa así como su enfoque para el tratamiento y recuperación, la retención del programa y los resultados de salud y las preocupaciones frecuentemente encontradas que los residentes tienen durante las fases iniciales del tratamiento.

Para abordar la motivación vacilante y la ambivalencia acerca del programa de tratamiento, el personal:

- Proporcionará una atmósfera amigable y acogedora
- Establecerá una alianza terapéutica basada en la confianza al inicio del proceso
- Responderá rápidamente a las peticiones de tratamiento para aumentar al máximo el compromiso con el mismo
- Se enfocará en las preocupaciones inmediatas del paciente, no en las del programa

- Proporcionará apoyo más intensivo durante las primeras 72 horas en el tratamiento a través de una observación más estrecha, interacción general incrementada y el uso de un “sistema de compañerismo” (formación de pareja del nuevo residente con un residente establecido)
- Será cuidadoso y respetuoso en todos los aspectos del programa de tratamiento, ya que la confrontación frecuentemente genera enojo y abandono prematuro
- Proporcionará retroalimentación objetiva acerca de los problemas y los procesos de cambio a fin de fomentar la credibilidad y confiabilidad
- Desarrollará estrategias motivacionales que se enfoquen en el paciente individual
- Desarrollará objetivos de tratamiento realistas y personalizados que reflejen la etapa de cambio del paciente y que sean lo suficientemente flexibles para cambiar a medida que el paciente progresa
- Creará una conciencia de la heterogeneidad de los pacientes, en particular en el proceso de tratamiento grupal
- Identificará múltiples estrategias para pacientes con numerosos problemas
- Intervendrá inicialmente para reducir la confusión y para aclarar las expectativas y roles
- Manejará a los pacientes a fin de proporcionar apoyo individualizado, integral y continuo
- Desarrollará habilidades para manejar las relaciones después del alta

Intervenciones Terapéuticas

Como mínimo, el tratamiento residencial a largo plazo (principalmente aquellos basados en el modelo de comunidad terapéutica) proporcionarán ambientes libres de drogas y alcohol, una variedad de reuniones de grupo regulares (por ejemplo, reuniones matutinas, grupos de no-confrontación, grupos especiales para residentes femeninas, grupos de evaluación por pares), y apoyo psicosocial individual si es necesario. Los programas residenciales de base hospitalaria proporcionarán cuidado médico y psiquiátrico, terapia individual y de grupo e intervenciones que involucren a miembros de la familia.

Los programas residenciales a largo plazo pueden incluir una amplia gama de modalidades terapéuticas como la intervención psicosocial individual y de grupo, capacitación en habilidades para la vida, capacitación profesional y educativa y actividades recreativas. Las intervenciones en base a evidencia que son utilizadas de manera rutinaria en el tratamiento ambulatorio se pueden adaptar y utilizar también en el tratamiento residencial a largo plazo. Los métodos de tratamiento psicosocial específicos que se pueden utilizar incluyen: Terapia Cognitiva-conductual, Terapia de Mejoramiento Motivacional, y Capacitación en Habilidades Sociales. Los programas de Prevención de Recaída Estructurados son esenciales en la preparación para la reintegración de los residentes en la comunidad. Las intervenciones terapéuticas tales como el arte y la terapia creativa, terapia de movimiento, meditaciones, relajación y actividad física (por ejemplo ejercicio y deportes de grupo) pueden ayudar a los pacientes a descubrir y desarrollar nuevas actividades de tiempo libre y recreativas, las cuales pueden ayudar a apoyar la recuperación si se continúan después del retorno a la comunidad.

Ya que el empleo es esencial para la reintegración y la recuperación, comúnmente los residentes son preparados para el trabajo con educación, servicios profesionales y capacitación laboral. Los servicios profesionales incluyen asesoramiento laboral, asesoría de entrevista de trabajo, redacción de currículum y servicios de solicitud/colocación de empleo. La capacitación laboral permite a los residentes aprender habilidades y adquirir confianza. Las actividades laborales y educativas, son intervenciones terapéuticas combinadas con otros métodos para preparar a los residentes para reingresar a la comunidad.

Al igual que en cualquier otro entorno de tratamiento, se evitarán la confrontación verbal hostil o las técnicas vergonzosas, técnicas punitivas o restrictivas (que incluyen restricciones físicas), enfoques tales como contra-acondicionamiento o terapia de choque, y cualquier otra intervención que comprometa la seguridad o la dignidad individual.

Duración del Tratamiento

Una duración e intensidad suficiente del tratamiento incrementa la posibilidad de que cualquier cambio conductual se pueda consolidar e interiorizar, y que los residentes estén suficientemente preparados para vivir una vida libre de drogas en sus comunidades. La duración de tratamiento necesaria para alcanzar este punto varía para cada residente, aunque los residentes que permanecen al menos 3 meses en el tratamiento usualmente tienen mejores resultados.

3.5.6 Requerimientos de programa específicos

Los programas que ofrecen tratamiento residencial a largo plazo para personas con trastornos por el uso de drogas incluirán los siguientes componentes:

- Evaluación médica y psicosocial integral a la admisión
- Plan de tratamiento que resuelva de mejor manera las necesidades individuales
- Reglas de programa que cubran procedimientos claros para la admisión, alta y consecuencias de una conducta negativa
- Contrato de tratamiento que describe con claridad todos los procedimientos, servicios y otras políticas y regulaciones del tratamiento así como las expectativas de programa del paciente
- Evaluación continua del avance de los pacientes en el tratamiento, y evaluación clínica continua que está incorporada en el programa
- Prevención de recaída y estrategias de alta para cuidado continuo después del tratamiento residencial.
- Una estructura clara de actividades y responsabilidades

Documentación

Los registros por escrito o electrónicos de todas las evaluaciones se conservarán de manera confidencial en una ubicación segura, solamente disponible para el personal directamente involucrado en el tratamiento. La documentación adecuada incluirá como mínimo:

- Consentimiento firmado para el tratamiento y convenio sobre las reglas del programa
- Política firmada de confidencialidad y ética
- Planes de tratamiento y manejo adecuados para cada residente
- Actualizaciones regulares con detalles de tratamiento, progreso y cualesquiera cambios a los objetivos originales
- Un resumen de terminación al final del programa (que informe al residente de su contenido)

Dotación de personal

Se requiere de algún grado de supervisión médica para las comunidades terapéuticas y otros servicios de tratamiento residencial a largo plazo. De acuerdo con el tamaño de la comunidad terapéutica, usualmente es necesario un equipo de profesionales y voluntarios capacitados para proporcionar el cuidado óptimo.

Los médicos, incluyendo a psiquiatras si es posible, estarán “de guardia” o disponibles durante un cierto número de horas cada semana. En las instalaciones de tratamiento residencial de trastornos de salud mental co-existentes, es necesario que los servicios de cuidado médico estén presentes en el sitio durante el día y con una disponibilidad “a solicitud” durante la noche. Los asesores, enfermeras y trabajadores sociales estarán presentes en las instalaciones del programa en todo momento.

Los individuos que por sí mismos están en recuperación por trastornos por el uso de drogas y que trabajan como parte del personal pueden ser un valioso modelo para los residentes. De preferencia ellos deberán tener experiencia laboral fuera de un programa de tratamiento y seguir una capacitación profesional como asesor o asistente para grupos. Para los profesionales que empiezan a trabajar en una TC es aconsejable pasar un tiempo en una TC antes o inmediatamente después de ser contratados. Se aplicará un código de ética estricto para el personal. El personal se abstendrá de medidas humillantes o degradantes y de promover creencias personales. De manera óptima, un consejero externo proporciona supervisión para asegurar que los directores de la TC y el personal no abusen de su poder.

Requerimientos de seguridad

Todos los programas de tratamiento residencial deben proporcionar un ambiente seguro para el personal y los residentes a fin de garantizar un ambiente de vida y aprendizaje psicológica y físicamente seguro.

El ambiente físico y la apariencia del sitio del programa son de gran importancia, ya que los residentes pueden quedarse por varios meses. La instalación no tendrá el aspecto de una prisión o un hospital sino de una casa. Se requerirá y garantizará la ausencia de alcohol y drogas. Sin embargo, las medicaciones psicoactivas utilizadas bajo supervisión médica para tratar trastornos psiquiátricos o de adicción, tales como metilfenidato, antidepresivos, metadona o buprenorfina, no serán descontinuadas a menos de que esté médicamente indicado. Se establecerán procedimientos para el suministro y administración de la medicación prescrita.

Las conductas que no sean aceptables y pueden causar la expulsión del programa incluyen el uso de drogas o alcohol, violencia, robo o actividades sexuales entre los residentes. El examen toxicológico de la orina de manera regular, al regreso a la comunidad después de un permiso temporal y cuando se sospeche de uso de drogas, puede ayudar a asegurar un ambiente libre de drogas. Se establecerán procedimientos para reportar y encargarse de incidentes peligrosos tales como abuso físico o sexual. Asimismo, para responder a violaciones de las reglas y valores del programa, se instalarán procedimientos claros con diferentes niveles de respuesta que reflejen las circunstancias específicas. Se monitoreará o supervisará el contacto con visitantes, y se restringirá si es necesario, particularmente en las etapas iniciales del tratamiento.

3.5.7 Criterios para culminación de programa e indicadores de efectividad

Durante el tratamiento, los residentes son monitoreados de manera regular y evaluados periódicamente con el objetivo de proporcionar al residente retroalimentación acerca de su progreso hacia los objetivos de tratamiento y la culminación del programa.

La evaluación del éxito del tratamiento y preparación para el alta se basará en varias dimensiones que incluyen:

- Mejoramiento de la salud física y mental
- Comprensión de los factores y detonadores que pueden contribuir al uso de drogas y recaída, así como la demostración de habilidades para reconocerlas y manejar los deseos compulsivos por la droga
- Mejoramiento del funcionamiento social y voluntad abandonar las drogas utilizando las redes sociales que valoran la abstinencia y la recuperación
- Desarrollo de nuevos pasatiempos e intereses que pueden continuar después del alta
- Motivación para continuar el mantenimiento del tratamiento y la recuperación después del alta
- Habilidad y motivación para participar en el trabajo y contribuir a la comunidad

Algunos programas de tratamiento residencial a largo plazo ofrecen una fase de tratamiento de transición o re-ingreso para preparar a los residentes para el alta del programa. Durante esta fase los residentes pueden pasar más tiempo de manera gradual fuera de la comunidad (prosiguiendo con la escuela o el trabajo) en tanto que residen aún en el programa. Este período de contacto incrementado con la comunidad más amplia en tanto que se mantiene la seguridad, estabilidad y apoyo proporcionado por los servicios del programa brinda a los residentes la oportunidad de practicar las habilidades recién adquiridas, mantener la abstinencia, desarrollar nuevas relaciones y redes de amigos de apoyo y, cuando sea apropiado, re-establecer relaciones con sus familiares directos.

3.5.8 Calificación de la Solidez de la Evidencia

Se carece de estudios controlados de manera rigurosa que evalúen la efectividad del tratamiento residencial a largo plazo y específicamente el modelo de comunidad terapéutica (TC). Una revisión Cochrane reciente no encontró evidencia para decir si el modelo TC es más o menos eficaz que otros enfoques de tratamiento, excepto para las TCs en prisiones, que se encontró que son más efectivas⁷ que el cuidado médico y psiquiátrico en la prisión.

⁷ Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.

3.5.9 Recomendaciones

Normas de la Comunidad Terapéutica

- La comunidad tiene un programa terapéutico planeado
- Hay un programa diario estructurado y consistente de actividades de grupo
- Todos los miembros tienen un plan de cuidado por escrito
- La comunidad prepara a los miembros para vivir independientemente en la comunidad más amplia
- La comunidad tiene una cadena de responsabilidad clínica precisa
- Existen privilegios claramente definidos con una justificación y proceso para asignarlos
- La comunidad asume la responsabilidad de mejorar y mantener la salud física de los miembros paciente
- Cuando se ofrece una terapia farmacológica a los pacientes, hay una política por escrito y la adecuada supervisión clínica
- Los centros asistenciales registrados cumplirán con las normas mínimas nacionales

Dotación de Personal

- El prestador del servicio tiene un sistema establecido que asegura que el método para seleccionar, contratar y capacitar al personal corresponde con las normas jurídicas vigentes y reglamentos internos establecidos.
- La organización tiene reglas definidas que el personal sigue en casos en donde la legislación vigente es demasiado general.
- La estructura y manejo de la organización están definidas, dejando en claro las competencias por los puestos individuales.
- El prestador del servicio ha especificado la estructura y las necesidades de personal, así como los perfiles de puesto y calificaciones de personal correspondientes, tomando en consideración las necesidades y número actual de usuarios del servicio para la organización del servicio. La composición y adiciones al equipo corresponden a estas necesidades.
- Se ha asegurado la prevención de riesgos laborales.
- Los casos en los que los derechos de un paciente hayan sido violados por un empleado y las medidas correspondientes que se tomaron están documentados en los expedientes del personal.
- El cuidado especializado (médico, psicológico, psicoterapéutico, social, educativo etcétera) siempre será realizado por el personal con las calificaciones y licencias pertinentes.

Alta

- Existen criterios definidos para la expulsión de pacientes debido a violación de las reglas del servicio de tratamiento, violencia, uso continuo de drogas no prescritas, etcétera.
- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (por ejemplo, intoxicación, riesgo de suicidio).
- El alta se basa en una consideración del estado de recuperación del paciente.
- Se presta atención al tratamiento y apoyo adicional (por ejemplo, familia, social) que se puede requerir, con base en los diagnósticos, objetivos y recursos del paciente
- Se buscaron planes de cuidado que tracen vías alternas que se puedan seguir en caso de falla parcial o completa del plan original, o expulsión de los servicios de tratamiento contra las drogas.

3.6 Manejo de la Recuperación

3.6.1 Breve Definición y Descripción del Entorno

El manejo de la recuperación, también conocido como “cuidado posterior”, “cuidado continuo” o apoyo social, describe un modelo orientado a la recuperación a largo plazo que sigue a la estabilización de la abstinencia lograda durante tratamiento ambulatorio o residencial. Se enfoca en la reducción del riesgo de recaída para el uso de drogas mediante funcionamiento social de amplio apoyo, bienestar, así como la reinserción social en la comunidad y la sociedad. El manejo de la recuperación ayuda a estabilizar y reforzar la recuperación siguiendo una perspectiva de ciclo de vida. Al desarrollar la fortaleza y resiliencia de los pacientes el enfoque se mueve hacia el paciente, el cual incrementa su sentido de responsabilidad personal para manejar su trastorno por el uso de drogas.

Estudios longitudinales han demostrado de manera repetida que el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas está asociado a importantes reducciones en el uso de sustancias, problemas relacionados con las drogas, y costos para la sociedad. Sin embargo, la recaída posterior al alta y la posible re-admisión son muy comunes, de modo que la mayoría de los pacientes admitidos para tratamiento han recibido tratamiento con anterioridad. El riesgo de recaída parece no reducirse hasta después de 4 a 5 años de abstinencia exitosa. Sin embargo, es posible una recuperación exitosa, y hasta un 40% de los pacientes con trastornos por el uso de drogas la logran.

De manera ideal, el cuidado residencial a largo plazo y el ambulatorio intensivo serán precedidos por una reducción hacia un nivel de cuidado menos intensivo que continúa a largo plazo. Esto es opuesto a los episodios breves repetidos de cuidado posteriores a cada recaída que carecen de continuidad. El cuidado continuo orientado a la recuperación es un enfoque para manejo de pacientes a largo plazo dentro de la red de apoyos y servicios comunitarios. El manejo de recuperación dirigido de manera profesional, al igual que el manejo de otros trastornos de salud crónicos, desplaza el enfoque de cuidado de uno de “admisión, tratamiento y alta” a uno de asociación del manejo de la salud sostenido. En este modelo, el proceso de alta tradicional es remplazado por el monitoreo post-estabilización, educación de la recuperación, recuperación y asesoría, vinculación activa a comunidades de recuperación, desarrollo de recursos de comunidad de recuperación, y re-intervención inicial cuando es necesario.

El enfoque en el manejo a largo plazo en oposición al tratamiento de episodio individual es apoyado por la evidencia de que la farmacodependencia es mejor comprendida y manejada como un trastorno crónico y de recaída más que una enfermedad o episodio de carácter agudo, similar a enfermedades como la hipertensión, asma y diabetes. Por lo tanto las intervenciones médicas y psicosociales estarán disponibles para los individuos afectados por trastornos por el uso de drogas durante toda la vida, con la intensidad que se equipara con la severidad de los síntomas. Los enfoques de manejo de recuperación incluirán intervenciones farmacológicas, psicosociales y ambientales de largo plazo dirigidas a reducciones en el uso de sustancias y comportamiento criminal así como mejoras en la salud física y mental, y funcionamiento social.

3.6.2 Objetivos

El objetivo principal del manejo de recuperación es mantener los beneficios obtenidos en el tratamiento anterior. Después de tener la capacidad de mantener la abstinencia y controlar el comportamiento compulsivo de búsqueda de drogas, durante las etapas de tratamiento intensivo, el cuidado orientado a la recuperación intenta dar apoyo al desarrollo y consolidación de los activos personales y sociales que son necesarios para afrontar circunstancias externas y mantener un estilo de vida saludable. Esto incluye la búsqueda continua de la recuperación personal y social como una parte de una vida libre de drogas, el mejoramiento del auto-cuidado para el bienestar físico y psicológico, la reivindicación de la dignidad personal, auto-valoración, y crecimiento espiritual.

La recuperación puede ser apoyada por el contacto regular con el tratamiento (incluyendo la medicación y la terapia regular) y/o manteniendo la participación con una comunidad de recuperación más amplia como los grupos de apoyo-mutuo. El cuidado orientado a la recuperación apoya el desarrollo de habilidades para manejar el estrés diario relacionado con la falta de hogar o el mantenimiento de vivienda, desempleo o problemas en el sitio de trabajo, aislamiento social o relaciones interpersonales insatisfactorias. En particular, los pacientes necesitan apoyo antes de y durante las crisis y conflictos para ayudar a controlar las reacciones disfuncionales e intensas a nivel emocional. A través de todos estos elementos el tratamiento orientado a la recuperación apoya un enfoque en la reducción de estímulos estresantes que pueden provocar la recurrencia de búsqueda compulsiva de drogas. En general, el cuidado orientado a la recuperación ayuda a los pacientes a mejorar y estabilizar una buena calidad de vida y las oportunidades para la reinserción social en la comunidad.

Además, el resurgimiento de los síntomas psiquiátricos que han sido “enmascarados” por el uso de drogas debe ser anticipado e identificado durante la recuperación social. Esto permite la aplicación apropiada del tratamiento y cuidado, incluyendo las intervenciones farmacológicas y psicosociales.

3.6.3 Tipos de pacientes para los que es más adecuada esta modalidad de tratamiento

Después del tratamiento inicial de los trastornos por el uso de drogas la mayoría de los pacientes necesita de cierto grado de manejo de recuperación a largo plazo, en una intensidad que se adecua a las necesidades de cada individuo. Los pacientes con un historial de múltiples episodios de recaída, trastornos de salud física y mental, escaso apoyo familiar y comunitario, problemas financieros, legales y/o de vivienda, tienen especial necesidad de manejo de la recuperación. Los pacientes con alta complejidad del trastorno, en particular aquellos con un inicio temprano de los trastornos por el uso de drogas y deterioro general del funcionamiento, habilidades para la vida de poca eficiencia y mecanismos de afrontamiento limitados para el estrés, tienen necesidad de programas de manejo de la recuperación más intensivos. Es importante que los pacientes con una elevada vulnerabilidad para recaída estén conectados con los componentes apropiados y personalizados de manejo de la recuperación antes del alta de un tratamiento residencial de largo plazo o ambulatorio intensivo.

3.6.4 Modelos y Métodos de Tratamiento

El Cuidado Continuo y el Manejo de la Recuperación (RM, por sus siglas en inglés) ofrecen a los pacientes la oportunidad de mantener el contacto continuo con el Sistema de cuidado de salud, los servicios sociales y las instalaciones de tratamiento. Comúnmente un asesor coordinará el manejo del caso, se reunirá con el paciente de manera frecuente, proporcionará apoyo positivo, alentará la participación en la comunidad y ayudará a manejar las situaciones

estresantes cuando surjan. Un asesor ayuda al paciente a comunicarse con otros profesionales que pueden ser de utilidad en el proceso de reinserción social. En respuesta a las necesidades específicas, un asesor canaliza a los pacientes en particular a los trabajadores sociales y psicólogos, médicos, profesionales de la salud sexual y reproductiva y funcionarios de los servicios legales.

Principios del manejo de la recuperación

El enfoque del manejo de la recuperación está caracterizado por:

Enfoque en incrementar las fortalezas más que en reducir las deficiencias. Los enfoques orientados a la recuperación buscan identificar, apoyar y desarrollar habilidades, talentos, recursos e intereses en lugar de enfatizar las necesidades, deficiencias y patologías.

Programas flexibles más que fijos. Los programas de manejo de la recuperación deben responder a los cambios del paciente a través de las modificaciones realizadas con el paso del tiempo, ofreciendo la opción para proporcionar un rango flexible de apoyo y servicios para apoyar las necesidades de cada paciente.

Consideración de la autonomía del paciente. El manejo de la recuperación es un enfoque auto-dirigido que alienta y apoya la toma de decisiones informadas acerca de su vida y el tratamiento. La importancia de incorporar las elecciones del paciente ha sido resaltada en otras áreas de la medicina, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, y se encontró que incrementa la responsabilidad del individuo para su recuperación.

Participación de la comunidad. En oposición a la superación de la dependencia en aislamiento, el manejo de la recuperación intenta involucrar a los miembros de la familia, amigos y a la comunidad para reforzar los aspectos sociales de la recuperación. Otros son alentados a desempeñar un papel en el proceso de recuperación y se utilizan recursos de la comunidad tales como organizaciones profesionales y no-profesionales, organizaciones religiosas y escuelas.

Actividades de Tratamiento

El manejo de la recuperación combina una variedad de actividades que promueven y refuerzan los recursos internos y externos para ayudar a los pacientes a manejar voluntaria y activamente los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia. Algunas de estas actividades pueden ya estar presentes en el marco del hogar, vecindario y comunidad del paciente en tanto que es necesario desarrollar otras. Los siguientes factores y actividades incrementan la reinserción social y mejoran las oportunidades de una remisión y recuperación estables de los trastornos por el uso de sustancias:

- Reforzamiento de la resiliencia individual, la auto-eficacia y la auto-confianza para manejar los retos diarios y el estrés en tanto que se mantiene el compromiso para la recuperación y se evita la recaída en el uso de sustancias.
- Una red social de apoyo (por ejemplo, pareja, miembros de la familia y amigos) que pueden monitorear la estabilidad de la recuperación, abstinencia de drogas y cumplimiento con el tratamiento.

- Vinculación con individuos y redes sociales de amigos y compañeros de trabajo que tienen normas orientadas a la abstinencia y apoyan en los objetivos de recuperación.
- Trabajo representativo y reconocido que reemplaza a los estigmas y la discriminación.
- Participación e integración social en actividades educativas y profesionales, que incluyen voluntariado o participación en la comunidad.
- Participación activa en grupos de auto-ayuda, religiosos u otros de apoyo.
- Participación política, humanitaria o espiritual que proporciona una forma de lograr un propósito de vida más firme.
- Alojamiento estable.
- Solución de problemas legales y financieros.

Requerimientos Específicos

Los planes de tratamiento se desarrollarán con ayuda de un equipo de profesionales con la participación de los pacientes. Los planes de tratamiento serán individualizados y consistentes con el manejo de otras enfermedades crónicas. En contraste con los programas de cuidado intensivo, los planes de tratamiento en el cuidado orientado a la recuperación expanden su enfoque desde el cuidado médico primario hasta el cuidado social que incluye a otros profesionales (por ejemplo, trabajadores sociales, psicólogos, consejeros entre pares, y también de manera potencial los ancianos tribales, líderes religiosos y otros líderes de la comunidad), así como amigos y miembros de la familia que brinden apoyo.

Los planes de tratamiento de manejo de la recuperación involucran usualmente un monitoreo regular o evaluaciones de seguimiento que pueden ser realizadas por un asesor, psicólogo así como un médico especialista o de cuidado primario. Dichas revisiones de recuperación, realizadas personalmente o vía telefónica, pueden promover la recuperación sostenida y prevenir la recaída. Durante la revisión, el asesor puede pedir al paciente que proporcione una actualización sobre su desempeño laboral, condiciones de vida, mecanismos de afrontamiento con el estrés, o el mantenimiento de relaciones saludables. Con las revisiones de recuperación, que pueden incluir prueba toxicológica voluntaria, se puede detectar la recaída de los pacientes mientras viven en la comunidad y si se necesita, recibir una re-intervención temprana.

3.6.5 Criterios para la culminación del programa e indicadores de efectividad

Ya que el enfoque de manejo de la recuperación adopta una perspectiva de “ciclo vital”, es abierta y puede continuar durante todo el tiempo de vida. Por lo tanto, no se utilizan los términos de “alta” o “graduación” usados en los modelos más tradicionales. Comprende el enfoque de manejo de enfermedad crónica que pretende ayudar a los individuos a manejar de manera eficaz sus propios problemas de salud con el objetivo de mejorar su bienestar.

Se evaluará el éxito de los programas de manejo de la recuperación con relación a su capacidad para reducir el índice de recaída (controlar el uso de drogas y evitar los daños asociados) y para mejorar la salud física y psicológica, el bienestar, el funcionamiento social y la reintegración. Se puede utilizar un instrumento estructurado que evalúa el funcionamiento general tal como el Índice de Gravedad de la Adicción para evaluar el avance en múltiples dimensiones de la salud y el funcionamiento en tanto que otros instrumentos pueden evaluar el “capital de recuperación”, que es la cantidad de recursos internos y externos que se pueden emplear para iniciar y sostener la recuperación.

3.6.6 Calificación de la solidez de la evidencia

El Manejo de la Recuperación es una nueva y cambiante conceptualización del tratamiento a largo plazo de los trastornos por el uso de drogas que no se detiene después de un episodio de tratamiento individual, ni después de un programa de cuidado posterior a corto plazo. Es más un enfoque de tratamiento que una intervención específica y no ha sido comparado con los otros enfoques de tratamiento a través de Estudios Clínicos Aleatorios (RTCs).

Capítulo 4: Poblaciones Especiales

4.1 Tratamiento de mujeres embarazadas

4.1.1 Principios de Tratamiento

Las mujeres con trastornos por el uso de drogas que están embarazadas representan una población única con necesidad especial de tratamiento por dos razones. En primer lugar, la mujer embarazada con trastornos por el uso de drogas representa un desafío para los prestadores de servicio de la salud, debido a que el uso de drogas puede impactar tanto en la madre como en el feto – y, debido a que el tratamiento puede afectar de manera adversa a ambos miembros de la díada. Existen retos médicos y éticos que surgen con la aplicación del tratamiento por trastornos por el uso de drogas a una díada, en comparación a una madre y un niño por separado. En segundo lugar, la mayoría de las mujeres embarazadas con un trastorno por el uso de drogas tienen pocas, o ninguna, habilidades parentales, y pueden carecer de conocimientos básicos acerca del desarrollo infantil y crianza de los hijos. Además, una vez que el bebé ha nacido puede necesitar de servicios médicos y otros integrales, dada la posibilidad de haber experimentado circunstancias fetales adversas. Por otra parte, la oportunidad de proporcionar tratamiento para los trastornos por el uso de sustancias a las mujeres embarazadas tiene un enorme potencial para cambios positivos que mejoren la vida tanto para la madre como para el feto y la madre y el hijo si también se le proporcionan servicios a él. Por lo tanto, con frecuencia hay dos “díadas” que están involucradas en el tratamiento de las mujeres embarazadas con trastorno por el uso de sustancias – la díada madre-feto, y la díada madre-hijo.

Los problemas para las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas reflejan los problemas para los adultos que usan drogas. Muchos de estos problemas, tales como la falta de educación formal o probablemente implicación legal, son comunes para hombres, mujeres y mujeres embarazadas. En contraste, los estigmas, la vergüenza y la falta de relaciones positivas y de apoyo son problemas que pueden tener un impacto más adverso en las mujeres, los cuales son razones claves por las que las mujeres con frecuencia no buscan, ingresan o participan en un tratamiento. Las mujeres son más susceptibles que los hombres a haber experimentado abuso infantil y/o abandono, padecido exposición a violencia, ser económicamente dependientes de otros para sobrevivir, no haber sido capaces de acceder a oportunidades educativas o profesionales, y tienen limitadas habilidades parentales y recursos. Los problemas antes mencionados pueden volverse aún más notorios con el embarazo y representar barreras para el ingreso a, el compromiso con y los resultados de un tratamiento. A diferencia de otros individuos que usan drogas, las mujeres embarazadas están exponiendo a sus fetos a sustancias potencialmente dañinas. La gran mayoría de estas mujeres están en una situación de conflicto, avergonzadas y tienen un sentimiento de culpa acerca de lo que con frecuencia ellas consideran como su incapacidad para ‘controlar’ su conducta por el uso de sustancias.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado recientemente las necesidades únicas de los servicios de tratamiento para mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas. Las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas tienen los mismos derechos para tratamiento que las personas no embarazadas y las mujeres embarazadas sin trastornos por el uso de sustancias y no serán expulsadas del tratamiento ni se les impedirá que reciban tratamiento debido a su embarazo. Tratar a las mujeres con trastornos por el uso de drogas no es más complicado que tratar a otras poblaciones de pacientes. Las mujeres con un trastorno

por el uso de drogas no serán forzadas a abortos ni esterilizaciones de manera involuntaria. Además, los programas de tratamiento deben tener establecidos procedimientos y medidas de protección para evitar la detención y tratamiento forzado de las mujeres embarazadas. Finalmente, las mujeres tienen mejores resultados a largo plazo cuando reciben tratamientos que se enfocan en los problemas encontrados más comúnmente en las mujeres con trastornos por el uso de drogas en comparación con los tratamientos que carecen de dicho enfoque centrado en las mujeres.

4.1.2 Métodos de Tratamiento

Detección y Admisión

Los servicios que proporcionan tratamiento a mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas y sus hijos tienen comúnmente un procedimiento de detección y admisión que permite la determinación de la idoneidad para ingreso en el programa. Como mínimo, la detección evaluará tres factores de riesgo: atención médica urgente, desintoxicación y prevención de daños a sí mismas y/u otros. Uno o más de los tres factores de riesgo pueden indicar que la mujer embarazada puede ser canalizada o transferida a una unidad médica o psiquiátrica más especializada para manejar estos riesgos, al menos en una base a corto plazo, antes de entrar al programa de tratamiento. Las necesidades de las mujeres embarazadas y si estas encajan en los servicios proporcionados por el programa se considerarán como la primera etapa para establecer una relación paciente-prestador de servicio y como una oportunidad para establecer una relación.

Existirá una política y procedimientos de admisión por escrito e incluirán los siguientes elementos:

- Descripción de los procedimientos de detección y medidas y/o entrevistas de admisión. En la medida de lo posible, se validarán todas las medidas y entrevistas de admisión en mujeres embarazadas con trastorno por el uso de sustancias.
- Requerimientos de capacitación del personal para conducir la detección y admisión.
- Política con respecto a la elegibilidad para admisión al programa y los procedimientos para la no admisión que incluyen información acerca de servicios alternativos para mujeres embarazadas.

Toda la información clínica se mantendrá protegida y en una ubicación segura, y será ingresada en los expedientes de programa de los pacientes.

Evaluación

La evaluación clínica se presenta al entrar al programa, examinando a detalle la vida de la mujer embarazada para 3 propósitos: diagnóstico preciso, colocación en el tratamiento adecuado y desarrollo de los objetivos de tratamiento apropiados. El propósito principal de una evaluación es examinar las circunstancias de vida actuales y recolectar información con respecto a la salud física y psicológica, uso de sustancias, apoyo de la familia e historial social de manera que se pueda desarrollar un plan de tratamiento que coincida con sus fortalezas y necesidades. También es importante la información del embarazo tal como la fecha probable del parto, embarazos anteriores y planes para el parto. Una evaluación utilizará varios recursos de información para obtener un historial completo de la mujer. Habrá una evaluación inicial y después se considerará como un proceso continuo, y la evaluación será planeada de manera periódica para que se realice durante el tratamiento. Dados los cambios en el funcionamiento

físico, psicológico y social, es crítico evaluar a una mujer a lo largo del tratamiento, y a medida que ella entra en la recuperación. La frecuencia en la que se efectuará dicha evaluación dependerá del curso crítico de tratamiento y la incidencia de cualquier contratiempo en el avance del tratamiento. Las normas para evaluación son similares a aquellas para la detección y admisión como se describieron con anterioridad.

Planeación de Tratamiento

Una mujer embarazada con un trastorno por el uso de drogas no será considerada como una paciente pasiva a la que únicamente se le informa de su estado de salud. En vez de ello, ella estará participando de manera activa en las decisiones del tratamiento que le afectan no sólo a ella misma, sino también a su hijo.

Enfoques de Tratamiento

Los enfoques de tratamiento para mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas dependen en gran parte de la o las drogas que está usando, y la cantidad de dicho uso. En ciertas circunstancias puede ser adecuada una intervención breve que se enfoca en la revisión de educación y riesgo y es aplicada por un prestador de cuidado primario u obstetra. Sin embargo, dados los riesgos potenciales para el feto, es necesario limitar dichas intervenciones a casos muy selectivos solamente con uso problemático de sustancias o trastorno por uso moderado drogas. Como tal, la mayoría de los programas de tratamiento para mujeres embarazadas que usan sustancias emplean enfoques de tratamiento más tradicionales.

Existen dos dimensiones distintas que se pueden utilizar para organizar estos programas de tratamiento: Entorno y Tipo de Intervención. En un extremo de la continuidad del entorno de tratamiento están los programas ambulatorios de tratamiento; en el otro, los programas residenciales de tiempo completo. Las intervenciones de tratamiento incluyen intervenciones de farmacoterapia y psicosociales.

Consideraciones especiales para tratamientos farmacológicos durante el embarazo

Las consideraciones farmacológicas son de especial importancia para las mujeres con trastorno por el uso de opiáceos en donde es esencial el tratamiento asistido de medicación. A las mujeres no se les negará el tratamiento con medicación de agonista opiáceo únicamente por su embarazo. Las elecciones de medicación de opiáceos ser harán para cada paciente considerando las características individuales. Tanto la metadona como la buprenorfina son tratamientos efectivos con una relación riesgo beneficio favorable aunque sus efectos no siempre son comparables en cada paciente. La evidencia de investigación demuestra que la exposición a buprenorfina en el útero conduce a síndromes de abstinencia neonatal (NAS) menos severos que con la metadona. Sin embargo, el NAS es una condición fácilmente identificable y tratable que es tan solo un aspecto de la decisión de relación riesgo beneficio completa a considerar por una mujer y su médico cuando se toman decisiones sobre medicación durante el embarazo.

Tanto la metadona como la buprenorfina reducen de manera efectiva el uso de opiáceos y permiten a las pacientes tener un mayor beneficio a partir del tratamiento psicosocial. La dosis de medicación será re-evaluada de forma periódica durante el embarazo para ajustes, usualmente en forma ascendente, a fin de mantener los niveles en plasma de medicación terapéutica y de esta manera reducir al mínimo el riesgo de abstinencia y deseo compulsivo de opiáceos y reducir o eliminar el uso de drogas y mantener la abstinencia.

Si una mujer queda embarazada mientras está tomando ya sea metadona o buprenorfina, el tratamiento continuará con la misma medicación, en especial cuando la respuesta al tratamiento sea buena. No está recomendado el retiro del agonista opiáceo por parte del médico durante el embarazo. El retiro está asociado con altos índices de abandono del tratamiento y recaída con riesgo asociado para la mujer y el feto, y la abstinencia de opiáceos incrementa el riesgo de aborto espontáneo.

Tratamiento Integral

Un enfoque de tratamiento integral centrado en la mujer consiste en el tratamiento de la persona completa y la díada madre-hijo. Esto incluye grupo informado sobre trauma y tratamiento individual, cuidado de niños, transportación, cuidado médico, cuidado obstétrico y ginecológico, psiquiatría, educación parental, intervención temprana, rehabilitación profesional, alojamiento y asistencia jurídica. El suministro de estos servicios es necesario, aunque no suficiente para lograr un tratamiento centrado en la mujer. Los programas de tratamiento centrados en la mujer para mujeres embarazadas que usan drogas necesitan ser sensibles y tratar los factores biológicos específicos así como los culturales, sociales, y ambientales relacionados con el uso de drogas y el tratamiento en mujeres a fin de optimizar el resultado del tratamiento.

Otras consideraciones en el tratamiento de mujeres con trastornos por el uso de drogas incluyen:

- Las relaciones interpersonales significativas y la historia familiar desempeñan un papel integral en el inicio del uso de drogas.
- Los estigmas desalientan la entrada al tratamiento de las mujeres.
- Con frecuencia las mujeres entran al tratamiento para trastornos por el uso de drogas desde una gama más amplia de fuentes de referencia.
- Es más probable que las mujeres encuentren obstáculos en la búsqueda de y durante el tratamiento como resultados de los roles de cuidador, expectativas de género y dificultades socioeconómicas. Estas barreras pueden causar una entrada tardía al tratamiento en una etapa más severa del trastorno con patología médica y psiquiátrica adicionales
- Es más probable que las mujeres se comprometan en una conducta de búsqueda de ayuda y de asistencia al tratamiento después de la admisión.
- Las mujeres embarazadas pueden requerir de ajuste en las dosificaciones de medicación.
- Las mujeres pueden requerir de tratamiento enfocado en la mujer en un entorno seguro exclusivo para mujeres para obtener el máximo beneficio.
- Las mujeres pueden necesitar de capacitación y apoyo en temas como la salud sexual, anticoncepción, paternidad y cuidado infantil.
- Las mujeres y los niños son más vulnerables al riesgo de violencia doméstica y abuso sexual, por lo tanto es útil un contacto con las organizaciones sociales que protegen a los niños y las mujeres.
- Los servicios de tratamiento serán capaces de albergar a los niños para permitir que las madres reciban el tratamiento.

Protocolo de Parto

Los programas que incluyen servicios de parto para mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas tendrán un protocolo de parto por escrito que especifique los problemas potenciales tanto con el parto como con el manejo de la paciente. Como mínimo, la discusión de donde se efectuará el parto, a quién se notificará, que provisiones necesitan ella y su hijo y cómo obtendrá ella estas provisiones, en caso de estar incluidas. También deben estar establecidos los procedimientos de manejo del dolor apropiados. Muchas mujeres con trastornos por el uso de opiáceos en realidad son más sensibles al dolor que las mujeres sin esos trastornos. El dolor no tratado puede denotar una recaída en el uso de drogas y otros resultados adversos para la madre y el infante si la madre no es capaz de cuidar al hijo.

Protocolo de Tratamiento Postnatal

Todos los programas que proporcionan servicios a mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas tendrán establecido un protocolo de tratamiento postnatal. Las mujeres no serán dadas de alta del tratamiento por el sólo hecho del embarazo o estado postparto. Se describirán también los métodos para apoyar a la díada madre-hijo, que incluyen por lo menos habilidades parentales básicas.

Lactancia

Aunque se deben hacer todos los esfuerzos para alentar la lactancia en las madres que usan drogas, la decisión acerca de la lactancia será evaluada en base a cada caso. La lactancia puede estar contraindicada en el caso de madres VIH-positivas y para otras madres con condiciones médicas que tienen ciertas medicaciones psicotrópicas. Otras contraindicaciones o precauciones con respecto a la lactancia se presentan en el caso de uso de inhalantes, metanfetaminas, estimulantes, tranquilizantes y alcohol por parte de la madre.

Se han publicado directrices específicas sobre este problema para ayudar a los médicos a hacer la mejor recomendación. La necesidad de un enfoque caso por caso para la lactancia cuando se habla de las madres que usan sustancias, se basa en una evaluación de la comprensión de la madre sobre el impacto de la sustancia secretada en la leche materna, así como sus prácticas de uso de sustancias. Se sugiere llegar a acuerdos claros, por escrito con las madres acerca de sus prácticas de lactancia.

4.1.3 Requerimientos específicos para el programa

Dotación de Personal

Cualquier miembro del personal que tenga contacto directo con las pacientes (secretarias, gerentes de oficina) debe tener conocimiento de y ser sensible con los problemas que enfrentan las mujeres embarazadas. El personal estará capacitado sobre qué hacer cuando una mujer entra en labor de parto: quienes tienen contacto, como reaccionar, a donde acudir por ayuda médica. A diferencia de otros individuos que usan drogas, las mujeres embarazadas están exponiendo a su feto a sustancias potencialmente dañinas. La gran mayoría de estas mujeres están en una situación de conflicto, avergonzadas y tienen un sentimiento de culpa acerca de lo que con frecuencia ellas consideran como su incapacidad para ‘controlar’ su conducta por el uso de drogas. El personal necesita estar consciente de estos sentimientos y preocupaciones y estar preparado para responder apropiadamente de una manera que brinde apoyo. Avergonzar y estigmatizar a las mujeres por el uso de drogas durante el embarazo no es un método de tratamiento efectivo para evitar la exposición a drogas para el feto ni para mejorar la salud de la madre.

Documentación

Independientemente del tipo de entorno o la intensidad del cuidado proporcionado, la documentación adecuada del tratamiento de mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas incluirá todos los elementos especificados para la población general de pacientes con trastornos por el uso de drogas, es decir, contrato del tratamiento, tratamiento individualizado y plan de manejo, y un resumen de culminación del tratamiento. Los servicios que proporcionan cuidado a las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas necesitan mantener adecuadamente los expedientes de todos los servicios médicos, psiquiátricos, y adicción para asegurar la estrecha coordinación entre los diversos servicios de cuidado y la implementación de todo el cuidado recomendado.

4.2 Tratamiento de Infantes Recién Nacidos Expuestos de Manera Pasiva a Opiáceos en el Útero

Introducción

Es difícil determinar el número de neonatos nacidos después de la exposición crónica intrauterina a opiáceos y otras sustancias. Los factores que contribuyen a esta imprecisión incluyen la falta de medición y alteraciones en los patrones de consumo de droga con el paso del tiempo, y la geografía. El resultado de los infantes recién nacidos se mejoró si se proporcionó a sus madres tratamiento integral médico, psicosocial y asistido con medicación. Cuando no se proporcionan estos servicios, el niño recién nacido está en riesgo de prematuridad, Restricción de Crecimiento Intrauterino (IUGR, por sus siglas en inglés), sepsis neonatal, muerte fetal, asfixia perinatal, deficiente vínculo madre-hijo, privación, descuido, Retraso en el Desarrollo, y Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS, por sus siglas en inglés). Una de las principales condiciones que pueden existir en 50-80% de los recién nacidos a expuestos a opiáceos en el útero es el Síndrome de Abstinencia (NAS, por sus siglas en inglés). NAS está definido como un conjunto de alteraciones transitorias en el sistema nervioso central (por ejemplo, irritabilidad, llanto agudo, temblores, hipertensión, hiperreflexia, trastornos del sueño), sistema gastrointestinal (por ejemplo, regurgitación, heces blandas, incremento del reflejo de succión, succión y deglución arrítmicas, ingesta deficiente con pérdida de peso), sistema respiratorio (por ejemplo, congestión nasal, taquipnea), y el sistema nervioso autónomo (por ejemplo, estornudos, bostezos), que se manifiestan en los días y semanas posteriores al nacimiento en bebés expuestos a opiáceos u otros sedantes en el útero. Los bebés recién nacidos desarrollan NAS a partir del uso materno de opiáceos ilícitos adquiridos en la calle o a partir de medicación prescrita dada por el médico de la madre para su condición médica que incluye metadona o buprenorfina usada para tratar su trastorno por el uso de opiáceos.

Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Neonatal (NAS)

El tratamiento de NAS incluirá intervenciones no farmacológicas seguidas por el tratamiento de medicación (cuando sea necesario) después de la evaluación adecuada y consistente. Las medidas de apoyo incluyen: alojamiento conjunto, lactancia, ofrecimiento de un chupón (sin succión nutritiva), envolver completamente con las manos disponibles para succión sin exceso de ropa, y contacto piel con piel con la madre. El conducto nasofaríngeo de los recién nacidos será aspirado y la alimentación incluirá ofrecimientos frecuentes (cada 2 horas) de pequeñas cantidades (si persiste la alimentación deficiente) sin sobrealimentación con colocación recostada del lado derecho para reducir la aspiración si el vómito o regurgitación son los síntomas notorios del NAS.

Nos se retrasará el inicio del tratamiento farmacológico del NAS. Las medicaciones utilizadas más comúnmente para el NAS debido a la exposición a opiáceos son la morfina o la metadona oral de acuerdo con el peso y valoración corporal. Con la abstinencia neonatal a partir de otras sustancias (por ejemplo, barbitúricos, etanol, e hipnóticos sedantes) por lo general se administra fenobarbital. El objetivo de la medicación es aliviar los síntomas de la abstinencia y calmar al bebé de modo que las funciones usuales de comer, dormir y eliminación sean normales. La dosis de medicación será aumentada adecuadamente cuando sea necesario, de preferencia en respuesta a las evaluaciones frecuentes de la severidad del NAS utilizando instrumentos validados, e igualmente reducida adecuadamente a medida que se reduzcan los síntomas del NAS.

Capacitación del Personal

Todo el personal de cuidado de la salud que cuida de los infantes estará capacitado para identificar los signos y síntomas del NAS así como las condiciones neonatales que puedan estar presentes en formas similares al NAS (por ejemplo, septicemia, encefalitis, meningitis, irritación del SNC post-anóxica, hipoglucemia, hipocalcemia, y hemorragia cerebral).

Documentación

Se registrará cualquier evaluación para el NAS así como las intervenciones de medicación y sin medicación proporcionadas para minimizar el NAS.

4.3 Niños y Adolescentes con Trastornos por el uso de Sustancias

4.3.1 Principios de Tratamiento

Tipos de niños y adolescentes que pueden presentarse a tratamiento

Los niños y adolescentes alrededor del mundo comprenden una gran mayoría de las víctimas de la negligencia y abuso físico, sexual y emocional. Los niños son usados en la guerra, el terrorismo, son sometidos a muchas formas de violencia, se les mantiene analfabetas, son víctimas de trata, y usados en el narcotráfico. Los niños sufren privaciones, pobreza, hambre, discriminación por razones de género, desplazamiento y diversas condiciones de salud mental y física. Los niños son víctimas en cada punto de la industria del narcotráfico, son usados en el cultivo, fabricación, venta, compra y distribución. Los niños cuyas familias cultivan plantas para la producción de drogas están expuestos a residuos tóxicos y al tabaquismo pasivo y al humo de “tercera mano”. Los niños que viven en países en conflicto son más vulnerables a graves riesgos en múltiples formas. Los niños soldados tienen un fácil acceso a las drogas para mantenerse alerta, los hace pelear, y ejecutar otros comportamientos terroristas así como a sobrellevar el trauma de la violencia. Para ellos, el uso de drogas es utilizado como una forma de encontrar consuelo temporal en un mundo inseguro e impredecible.

Problemas a Considerar cuando se Trata a Niños y Adolescentes

Los trastornos por el uso de sustancias son enfermedades pediátricas críticas. Entre más pronto inicia el uso de sustancias, mayor es el riesgo para una progresión más rápida a un uso más elevado y trastornos por dicho uso. Es improbable que los niños que usan drogas lo identifiquen como un problema para ellos mismos u otros en sus vidas; sin embargo, el uso de drogas – tanto lícitas como ilícitas – puede perjudicar el desarrollo de un niño. Además, esos niños muy probablemente tendrán necesidad en el futuro de servicios de tratamiento por el uso de sustancias y de salud mental.

Los niños pueden residir con sus familias aunque también pueden vivir en las calles, ser huérfanos o rechazados por su familia, pueden estar reclutados en la milicia, o vivir en instituciones del sistema correccional. Como resultado, las circunstancias y entornos del tratamiento para estos dos últimos grupos de niños pueden ser muy diferentes del tratamiento ambulatorio o residencial tradicional, y puede involucrar más centros de asistencia social y de atención de acceso voluntario que los que se encuentran comúnmente en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias de adultos. Los adolescentes pueden ser llevados a tratamiento por sus padres que están preocupados por el uso reciente de drogas.

La investigación sobre el tratamiento para esta población es limitada y aunque hay evidencia alentadora de que el tratamiento psicosocial es eficaz en niños mayores, la directriz con respecto al tratamiento en niños más jóvenes con frecuencia se ha basado en hallazgos de investigación a partir de tratamientos administrados a adultos o adolescentes. Sin embargo, dicho enfoque para tratar a niños con trastornos por el uso de drogas puede presentar problemas imprevistos tales como respuesta diferente a las medicaciones en niños en contraste con los adultos. Finalmente, muchos tratamientos psicosociales empleados en los niños necesitan ser ajustados al nivel del desarrollo cognitivo y experiencias de vida de los niños.

Otros problemas a considerar cuando se proporciona tratamiento para trastornos por el uso de sustancias en niños y adolescentes incluyen:

- Los usuarios de drogas niños y adolescentes tienen necesidades de tratamiento únicas relacionadas con su cerebro inmaduro y funcionamiento cognitivo y habilidades de afrontamiento limitadas relacionadas con un desarrollo psicosocial incompleto;
- Los adolescentes tienen altos niveles de toma de riesgos y de búsqueda de experiencias nuevas y responden fácilmente a la presión de sus compañeros;
- Los adolescentes con problemas por el uso de drogas tienen alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos y disfunciones familiares que necesitan ser un enfoque de tratamiento;
- Puede ser que los niños y los adolescentes perciban menos que los adultos el valor de hablar acerca de sus problemas, ellos son más concretos en sus pensamientos, menos desarrollados en sus habilidades de lenguaje y pueden ser menos introspectivos que los adultos;
- Las intervenciones de tratamiento conductual pueden ser adaptadas para tomar en consideración las limitadas habilidades cognitivas de los niños y adolescentes;
- Los niños y adolescentes pueden tener motivaciones diferentes a las de los adultos para participar en el tratamiento y para compartir los objetivos de tratamiento comunes con un proveedor de tratamiento.

La adolescencia es un importante período de desarrollo y los cerebros de los adolescentes son especialmente vulnerables a los trastornos por el uso de drogas. Dado los efectos neurotóxicos de las drogas o el alcohol sobre el cerebro en desarrollo, es necesario identificar y resolver el uso de sustancias lo más pronto que sea posible. Los adolescentes también se pueden beneficiar a partir de las intervenciones para uso de sustancias incluso si ellos no son dependientes de ninguna sustancia específica. La interrupción de la exposición a la sustancia tan pronto como sea posible puede ayudar a reducir al mínimo los riesgos para daño físico y/o psicológico subsecuente. Las visitas médicas rutinarias, escolares u otras relacionadas con la salud brindan oportunidades para preguntar a los adolescentes acerca del uso de sustancias y los adolescentes responderán con honestidad si ellos no perciben consecuencias negativas inmediatas por ser honestos. La presión legal, escolar, y familiar pueden ser fuerzas importantes para hacer que los adolescentes entren a, permanezcan en, y finalicen el tratamiento.

El tratamiento de trastornos por el uso de drogas se adaptará a las necesidades únicas del adolescente y cubrirán las necesidades de la persona completa, no solamente el uso de drogas. Es necesario que al inicio del tratamiento se identifiquen y resuelvan la violencia, el abuso infantil y el riesgo de suicidio. Para el tratamiento de adolescentes es clave monitorear el uso de sustancias, en donde el objetivo es proporcionar el apoyo necesario y la estructura adicional en tanto sus cerebros se están desarrollando. En el tratamiento, los adolescentes necesitan más apoyo, diferente al que se brinda a los adultos. Dado el inicio de actividad sexual y los mayores índices abuso sexual entre adolescentes con farmacodependencia, la prueba a adolescentes de enfermedades de transmisión sexual tal como el VIH, así como la Hepatitis B y C, es una parte importante del tratamiento contra las drogas. El tratamiento incluirá también estrategias tales como: capacitación en habilidades sociales, capacitación profesional, intervenciones de base familiar, intervenciones de salud sexual que incluye prevención de embarazo indevido y enfermedades de transmisión sexual.

Los tratamientos pretenderán integrar otras áreas de participación social de los adolescentes tales como la escuela, deportes, pasatiempos y reconocer la importancia de relaciones positivas entre compañeros. El tratamiento de adolescentes promoverá la participación parental positiva cuando sea apropiado. El acceso a los organismos de bienestar infantil debe estar disponible.

Los servicios de tratamiento de trastorno por el uso de drogas y de salud mental incluirán las características únicas serán flexibles en la identificación y la solución de las necesidades de los niños y adolescentes dentro de una estructura que de mejor protección a los niños contra el daño y cubra sus necesidades de salud individuales.

4.3.2 Métodos de Tratamiento

Servicios de Asistencia social

El objetivo de los programas de asistencia social es identificar a los niños que puedan necesitar los servicios relacionados con la salud y, proporcionar esos servicios en la medida de lo posible, dadas las restricciones bajo las cuales puede estar viviendo un niño (por ejemplo, en las calles, encarcelado). Por tanto, el personal de asistencia social intenta dirigirse a niños que se sabe que están riesgo, y después servir como un conducto para los servicios necesarios. Estos servicios están destinados a resolver cualquiera de una variedad de problemas, que incluyen a los servicios de tratamiento relacionados con la salud y con la salud mental. En los casos de asistencia social, la detección puede ser realizada mediante entrevista por parte del personal de asistencia social, y su objetivo es recolectar suficiente información para determinar la necesidad de referencia y tratamiento en múltiples áreas que se saben que son problemáticas para el niño en ciertas circunstancias en donde se hace contacto (por ejemplo, la calle) y ser un agente activo en la organización de dicho tratamiento. La causa y extensión del problema son secundarias para simplificar el tratamiento inicial.

Detección y Evaluación

Los programas hospitalario y ambulatorio tradicionales que proporcionan tratamiento para el niño contarán de manera común con procedimientos de detección y admisión que determinar la idoneidad del niño para entrar al programa. Por tanto, la detección de tres factores de riesgo, como mínimo, es necesaria como parte de los procesos de admisión: intoxicación, amenaza de auto-lesión y/o daño a otros y abuso (emocional, sexual y/o físico). Uno o más de los problemas pueden sugerir que un niño puede ser admitido para un tratamiento hospitalario más adecuado. Una evaluación examina las circunstancias de vida actuales de un niño y reúne información con respecto al historial físico, psicológico, familiar y social para determinar las necesidades de tratamiento específicas, de modo que se pueda desarrollar un plan de tratamiento que reúna las fortalezas y necesidades. El uso de normas en la detección y evaluación no serán diferentes a aquellas empleadas para otras poblaciones de pacientes.

Planeación del Tratamiento

Los niños con trastornos por el uso de drogas necesitan ser considerados como parte de un equipo de tratamiento que se enfoca tanto en el bienestar físico como psicológico. El niño no será considerado como un paciente que será informado de manera pasiva de su estado de salud, en vez de ello, el niño será visto, junto con el cuidador, participando de manera activa en las decisiones de tratamiento. De manera adicional, en una fase inicial del proceso de planeación, se tomarán decisiones con respecto a la transición de regreso a la comunidad.

Enfoques de Tratamiento

Los enfoques de tratamiento para niños con trastornos por el uso de drogas dependen en gran parte de la(s) sustancia(s) que está(n) usando. Al igual que con otras poblaciones de pacientes, el tratamiento involucrará intervenciones psicosociales en combinación con medicación cuando sea apropiado. Sin embargo, hay poca investigación con respecto a la eficacia de estas farmacoterapias en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias en adolescentes e incluso menos con los niños y por lo tanto, ninguna medicación está aprobada para uso en esta población. Existe cierto apoyo para el uso de agonistas opiáceos, tales como la metadona y la buprenorfina, en adolescentes cuando se considera que son capaces de consentir dicho tratamiento y se utilizará para adolescentes con dependencia severa de opiáceos con alto riesgo para uso de drogas continuo. El consentimiento de cualquier tratamiento de menores será proporcionado también por los padres en cumplimiento con las legislaciones nacionales. Los adolescentes con una corta duración del trastorno por el uso de opiáceos que tienen un importante apoyo familiar y social pueden responder a la abstinencia de opiáceos con o sin naltrexona como una estrategia de prevención de la recaída. Se usará también la farmacoterapia adecuada para tratar trastornos psiquiátricos co-existentes como parte del plan de tratamiento integrado que también involucra tratamientos psicosociales.

Los enfoques psicosociales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas en niños y adolescentes cubrirá una amplia gama de sus vidas tanto como sea posible usando un enfoque individualizado que toma en cuenta sus vulnerabilidades y fortalezas. Los ejemplos de enfoques de tratamiento para trastornos por el uso de sustancias en niños y adolescentes incluyen el enfoque de habilidades para la vida, intervenciones de base familiar (por ejemplo, terapia de estrategia breve para familias, terapia conductual familiar o terapia familiar multisistémica) y educación básica. Los adolescentes se beneficiarán a partir de la capacitación en auto-control, habilidades sociales, y toma de decisiones.

Problemas Específicos de Género en el Tratamiento de Adolescentes

Se incluirá el reconocimiento de las diferencias de género como una parte integral del tratamiento en adolescentes. Los muchachos comúnmente preferirán los grupos mixtos, en tanto que las muchachas preferirán grupos sólo de mujeres, lo que refleja las diferencias tanto en la socialización como en los historiales en el uso de sustancias de chicas y chicos. Dados los índices mucho más elevados de abuso físico, abuso sexual y el intercambio de relaciones sexuales por droga entre las muchachas que entre los muchachos, por lo menos una parte del programa de tratamiento será específica de género. En las muchachas, el tratamiento puede enfocarse en vulnerabilidades únicas de las chicas tales como la depresión y un historial de abuso físico y sexual, en tanto que en los muchachos el tratamiento puede enfocarse en los problemas de control de impulsos, alteraciones en la escuela y la comunidad, y un historial de problemas de aprendizaje y comportamiento aunque será necesario resolver muchos de estos problemas en todos los niños.

4.4 Tratamiento de Personas con Trastornos por el uso de Drogas en Contacto con el Sistema de Justicia Penal

4.4.1 Breve definición y descripción del entorno

Más de 10 millones de personas están encarceladas en todo el mundo (aproximadamente 146 por cada 100,000 habitantes) y en la mayoría de los países la mayoría de estos individuos tienen un historial de uso de drogas. Asimismo, un gran porcentaje de individuos con trastornos por el uso de drogas que no están encarcelados actualmente indican que han estado en prisión al menos una vez.

Debe notarse que con respecto a los delitos por posesión para consumo personal los tratados de fiscalización internacional de drogas⁸ prevén la adopción de medidas tales como el tratamiento, educación, cuidado posterior, rehabilitación o reinserción social, incluyendo como alternativas totales a la condena o pena.⁹ Además de los tratados de fiscalización internacional de drogas, los Estados tienen una gama de estándares y normas relacionados con la aplicación de medidas sin reclusión, a las cuales se deberá recurrir.¹⁰

A las personas con trastornos por el uso de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal se les pueden ofrecer servicios de tratamiento contra las drogas, los cuales al mismo tiempo pueden abordar también un factor esencial en el riesgo de reincidencia. Al asegurar que las personas con trastornos por el uso de drogas en contacto con el sistema de justicia penal tienen acceso al tratamiento en base a evidencia y servicios de cuidado, es probable que se presenten reducciones significativas en los trastornos por el uso de drogas, y la actividad criminal directamente relacionada, y se esperarían resultados de salud pública positivos (por ejemplo, transmisión reducida de la Hepatitis C, VIH). Es más probable que los individuos sin tratamiento, que tienen un amplio uso de drogas e historial criminal relacionado, continúen con sus actividades, planteado de esta manera una amenaza constante para la salud y la seguridad pública.

El tratamiento de personas con trastornos por el uso de drogas en contacto con el sistema de justicia penal puede – dependiendo del delito – realizarse como una alternativa a la condena o pena o en adición a ella (por ejemplo, en prisión). El tratamiento, como una alternativa a la condena o la pena, tiene lugar bajo una variedad de condiciones, tales como condena condicional o libertad condicional, programas judiciales de tratamiento de desviación y drogas, o canalización policiaca al tratamiento, según sea apropiado. En los entornos cerrados, tales como las prisiones y centros de detención preventiva, el sistema de justicia penal trata a personas que en gran medida pueden beneficiarse del acceso a los servicios de tratamiento de la farmacodependencia, según sea apropiado.

⁸ Los tratados internacionales de control de drogas son la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes reformada por su Protocolo de 1972 (Convención de 1961); la Convención de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas (Convención de 1971); y la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 (Convención de 1988).

⁹ Vea el párrafo 1 b) del artículo 36 de la Convención de 1961, el apartado b) del párrafo 1 del artículo 22 del Convenio de 1971 y el párrafo 4 del artículo 3 de la Convención de 1988.

¹⁰ Vea, en particular, las Reglas Mínimas Estándar de las Naciones Unidas para las medidas no privativas de libertad, la resolución 45/110 de la Asamblea General, anexo (Reglas de Tokio); y las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las mujeres reclusas y las medidas no privativas de la libertad para mujeres delincuentes, resolución 65/229 de la Asamblea General, anexo ("Reglas de Bangkok").

La prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación de las drogas en el contexto del sistema de justicia penal se debe basar en los mismos principios que para cualquier campo de la práctica médica. Además, los principios fundamentales listados más Adelante serán pertinentes en base al contexto específico.

4.4.2 Objetivos

Los enfoques en base a evidencia, que incluyen intervenciones basadas en una evaluación de un riesgo de reincidencia del individuo, pueden ser efectivos para romper el ciclo de uso de droga y crimen. Un aspecto importante de la selección de estas intervenciones es proporcionar a los individuos con el tipo y la intensidad más apropiados de los servicios. La prestación de servicios de tratamiento de baja intensidad a aquellos que tienen graves problemas relacionados con las drogas comúnmente no conduce a los resultados deseados. De manera similar, la prestación de servicios de tratamiento de alta intensidad a aquellos con problemas menos graves relacionados con las drogas también puede ser problemática y, de manera ocasional, empeora la situación al exponer al individuo a personas con patrones de mayor riesgo del uso de drogas. La concordancia de los individuos con los servicios de intervención y la adaptación de los servicios a los riesgos y necesidades específicos se basará en la equiparación de la intensidad de los problemas del individuo con el tipo e intensidad de los servicios que se proporcionan.

4.4.3 Tipos de pacientes

El tratamiento en base a evidencia y las necesidades de cuidado estará disponible para todas las personas con trastornos por el uso de drogas independiente de su condición jurídica. Considerar a las personas que usan drogas y aquellas con diferente grado de severidad de los trastornos por el uso de drogas sin ninguna conducta delictiva, no como delincuentes, sino principalmente como personas que padecen un trastorno de salud, facilita su acceso a los servicios de salud y social.

La interacción con el sistema de justicia penal puede convertirse en una oportunidad para alentar la participación voluntaria en los servicios de tratamiento para las personas con trastornos por el uso de drogas. Por lo tanto, es de importancia crítica detectar a los individuos que necesitan de servicios de tratamiento para las drogas y cuidado continuo también en el marco del sistema de justicia penal. Con excepción de los casos en donde el sistema de justicia penal emplea de manera directa a especialistas en tratamiento, es sensato que profesionales del tratamiento clínicamente capacitados proporcionen primero una evaluación, en tanto que sistema de justicia penal facilitaría la canalización al servicio de tratamiento en primer lugar. Dependiendo de la severidad de la adicción, algunas personas con trastornos por el uso de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal pueden requerir solamente de una intervención breve con un servicio de tratamiento, y otros casos requerirán de tratamiento a largo plazo.

Cuando los individuos con trastornos por el uso de drogas han cometido delitos, esos delitos pueden estar relacionados con los trastornos por el uso de drogas, tales como financiamiento para adquirir una droga. La intervención más efectiva para dichos pacientes es el tratamiento de su trastorno por el uso de drogas; y la conducta delictiva usualmente se detiene cuando el paciente cesa el uso de drogas ilícitas. En esta situación, el ofrecimiento de tratamiento para drogas efectivo es la mejor respuesta de salud pública y seguridad pública para individuos con

un trastorno por el uso de drogas y delitos relacionados. La necesidad continua de sanciones de la justicia penal, según es aplicable, puede depender del resultado de este tratamiento.

En otros casos, el delito mismo puede no estar relacionado con el uso de drogas; y la persona puede no cumplir con los criterios diagnósticos de farmacodependencia. En esta situación, en tanto que los esquemas de tratamiento como una alternativa pueden ser menos aplicables, cualquier persona que usa drogas o con trastornos por el uso de drogas en contacto con el sistema de justicia penal se beneficiaría aún de las intervenciones de cuidado de la salud o sociales como parte de o en conjunción con otras medidas aplicables.

4.4.4 Modelos y métodos de tratamiento

Principios fundamentales

La evaluación de trastornos por el uso de drogas será realizada por alguien con capacitación clínica

Es necesario que la evaluación de trastornos por el uso de drogas sea realizada por personal capacitado con antecedentes en salud. Los problemas claves a ser resueltos en la evaluación son:

- ¿La persona tiene necesidad de tratamiento agudo, por ejemplo para abstinencia de drogas o psicosis?
- ¿El patrón de uso de drogas ajusta en el patrón de uso o dependencia perjudicial?
- ¿Está interesada la persona en recibir tratamiento por trastornos por el uso de drogas?
- ¿Qué tipo de tratamientos han recibido en el pasado?
- ¿Qué rango de intervenciones de tratamiento es probable que sea eficaz?
- De estas intervenciones de tratamiento, ¿cuál sería la que le interesaría seguir a la persona?
- ¿Existen problemas médicos co-existentes (incluyendo problemas psiquiátricos) que necesiten tomarse en consideración?

Las autoridades judiciales y de la salud serían capaces de evaluar de manera conjunta si el tratamiento podría ser aplicado como una alternativa a la condena o pena y qué opciones están disponibles y sería la mejor opción para la persona bajo consideración tomando en cuenta tanto el delito cometido como las necesidades de cuidado de la salud.

La Detección y la evaluación son la clave para elegir el tratamiento adecuado

Se ha demostrado que es complicado determinar cuáles opciones de tratamiento son las adecuadas para los pacientes. Un enfoque pragmático tomaría en consideración el patrón de uso de drogas y el grado de dependencia, en el cual la no dependencia normalmente comienza con intervenciones psicológicas breves y un rango completo de opciones de tratamiento de plazo más largo para aquellos de tienen dependencia al uso de las drogas. Las opciones de tratamiento asistido con medicación tales como metadona y buprenorfina, están limitadas a la dependencia a opiáceos. El tratamiento antagonista de la dependencia a opiáceos por ejemplo con naltrexona, está limitado con frecuencia a individuos altamente motivados con comorbilidad psiquiátrica limitada. La comorbilidad médica o psiquiátrica importante requiere de un entorno de tratamiento en donde estos problemas también puedan ser resueltos. El desempeño de tratamientos anteriores también puede ser una buena guía para el éxito del tratamiento futuro.

Un médico puede, después de su discusión inicial, proponer un rango de alternativas de tratamiento que son viables, en concordancia con las necesidades del paciente, y con las que el paciente esté preparado para participar. Con base en esta lista, y la disponibilidad de diferentes programas de tratamiento, el tribunal puede hacer una o más propuestas al delincuente,¹¹ quien puede estar de acuerdo o en desacuerdo, indicando una opción preferida.

Debido a que mucha de la información utilizada en el proceso de detección y evaluación se basó en el auto-reporte, es crítico que se puedan obtener también fuentes de información colaterales (por ejemplo, resultados del examen de drogas) cuando se tomen las decisiones de asignación de tratamiento.

Principio del Riesgo de Reincidencia

Los programas más eficaces son aquellos que se adecuan de forma apropiada al tipo de intervención del paciente individual. Está bien establecido que los programas que solamente proporcionan sanciones o servicios y que no se basan en el perfil de riesgo del individuo tiene poco o ningún impacto en los resultados; y en ciertos casos, estos servicios están asociados con resultados más deficientes que los grupos de comparación no tratados. Como resultado de estos hallazgos, muchos sistemas de justicia penal han decidido reservar las opciones de tratamiento más intensivo para los individuos con los niveles más elevados de riesgo de reincidencia. De igual manera, la asignación de recursos de tratamiento debería ser mayor en los servicios intensivos para individuos con un riesgo de reincidencia más elevado. En la mayoría de los casos, aquellos con un menor riesgo de reincidencia probablemente permanecerán en el bajo riesgo, independientemente de si se proporcionaron servicios de tratamiento.

Principio de Necesidad

El Principio de Necesidad establece que los servicios para individuos en contacto con el sistema de justicia penal se enfocarán en las necesidades "criminogénicas", resolverán comportamientos y actitudes que están asociadas con la reincidencia, se enfocarán en las personas, que están dispuestas a cambiar como un resultado de servicios de tratamiento dirigidos. De manera específica, los servicios se dirigirán a cambios en las actitudes antisociales, los sentimientos y las asociaciones personales. Se ha demostrado que ayudar a los individuos a mejorar las habilidades de auto-control y adquirir habilidades pro-sociales conduce a mejores resultados. En cambio, los enfoques de tratamiento tradicionales que se dirigen a las construcciones psicosociales generales, tales como intentar mejorar la auto-estima sin abordar los aspectos antisociales de la personalidad, no serán un pilar fundamental de la prestación del servicio.

La investigación en esta área ha demostrado que existen cuatro categorías de necesidades criminogénicas a ser resueltas: 1) el historial de conducta antisocial, 2) los patrones de personalidad antisocial, 3) cognición antisocial, y 4) asociaciones antisociales, con cuatro áreas adicionales que garantizan la consideración, a saber uso de sustancias, familia, escuela o trabajo, y ocio y recreación.

¹¹ Al igual que en las Reglas de Tokio, a las personas que están en contacto con el sistema de justicia penal se les denomina "delincuentes", independientemente de si son sospechosos, acusados o sentenciados.

Principio de Respuesta

Con base en una evaluación integral del individuo (que incluye evaluación de su estilo de aprendizaje, nivel de motivación, género y origen étnico), se desarrollará un enfoque de tratamiento adaptado. Por ejemplo, muchos individuos en el sistema de justicia penal no tienen una buena respuesta a los enfoques de tratamiento didáctico tradicionales, por lo tanto los servicios de tratamiento necesitan esforzarse por incluir más enfoques visual-espaciales cuando se proporcione el contenido del tratamiento. Se evitarán los enfoques basados exclusivamente en el punitivo, así como aquellos que carezcan de estructura.

Equidad de los servicios

La premisa básica de la prestación de servicios de salud en relación con el sistema de justicia penal es que los servicios de salud serán similares en tipo y alcance a los que están disponibles en el nivel comunitario. Las decisiones de los funcionarios de justicia penal no privarán a una persona del derecho de acceder al cuidado y servicios de la salud necesarios.

Vinculación a servicios a nivel comunitario

Además de la equidad en los servicios dentro y fuera de las prisiones, habrá una vinculación entre el sistema de justicia penal y los servicios comunitarios para evitar la interrupción de los servicios y para asegurar una calidad sostenida y la continuidad del cuidado.

La estructura de los servicios de tratamiento

La mayoría de los programas inician al proporcionar a los individuos servicios de tratamiento altamente estructurado, que incluyen un estricto monitoreo de la toxicología, y con el tiempo reducir la intensidad de los servicios, a medida que se progresa. Los programas efectivos implementan un rango de incentivos y, en un menor grado, sanciones para ayudar a formar la conducta del individuo. La recompensa por conductas positivas, tal como proporcionar al individuo un certificado de culminación, ayuda a reforzar la conducta positiva continua. Es necesario que el uso de refuerzo negativo sea empleado con menor frecuencia y sea aplicado de una manera oportuna cuando se use (por ejemplo, incremento inmediato en la frecuencia de la prueba de orina después de que se obtiene un resultado positivo).

Es necesario proporcionar una amplia red de servicios

Dados los diversos problemas encontrados por los individuos con trastornos por el uso de drogas en contacto con el sistema de justicia penal, es importante que los programas de tratamiento a través de sus redes puedan resolver adecuadamente las necesidades de los pacientes tales como alojamiento, empleo, legales, financieros y familiares.

Es necesaria una continuidad del tratamiento que incluya un cuidado posterior para mantener la recuperación

Para asegurar que un paciente no reincidirá en el delito y no incurrirá en el uso de drogas ilícitas, el tratamiento continuará más allá del episodio de tratamiento primario (cuidado posterior). El mantenimiento de los beneficios del tratamiento requiere de una continuidad del cuidado que está diseñado para ayudar a un individuo en la transición de los servicios en base a correcciones a los servicios comunitarios. Sin la continuación de los servicios, disminuirán o se perderán los beneficios del tratamiento comúnmente. Desafortunadamente, existen muchos obstáculos para proporcionar el cuidado continuo, tales como: 1) falta de coordinación entre los profesionales de la justicia penal criminal y los prestadores del tratamiento, 2) ausencia de incentivos y sanciones para los individuos que continúan en el tratamiento después de la

libertad no supervisada de los entornos de prisión, es decir, después de haber cumplido su sentencia, 3) falta de programas de tratamiento comunitarios, y 4) el hecho de que los prestadores del tratamiento con frecuencia no tienen experiencia en el tratamiento de individuos involucrados en el sistema de justicia penal.

Tratamiento como una alternativa a la pena de prisión

Después de varios daños de crecimiento de la población carcelaria, se explorarán alternativas a la pena de prisión como una medida para reducir la población de reclusos. Un enfoque ha sido identificar a los individuos con trastornos por el uso de drogas que cumplen con criterios de elegibilidad específicos y proporcionarles supervisión judicial o comunitaria intensiva como una alternativa a la pena de prisión. Con frecuencia esto incluye un requerimiento de tratamiento comunitario como una condición de supervisión. Este enfoque amplía las opciones de sentencia disponibles para los tribunales y puede contribuir a mantener a las familias y a las comunidades unidas. Los enfoques sin pena de prisión para casos apropiados de delitos relacionados con las drogas de una naturaleza menor están específicamente permitidos bajo los tratados de fiscalización internacional de drogas.

Tribunales para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas

Los tribunales para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas son un enfoque para proporcionar alternativas a la encarcelación para individuos que tienen problemas graves relacionados con las drogas. Como una rama especializada de los tribunales, se creó un tribunal para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas dentro de las jurisdicciones existentes para vigilar el tratamiento con supervisión judicial y supervisión comunitaria. La estructura y procesos de un tribunal para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas pueden variar, aunque la mayoría requerirán que los participantes completen pruebas de orina aleatorias, asistan a asesoramiento, se reúnan regularmente con funcionarios de libertad condicional o judiciales, y participen con frecuencia en grupos auto-ayuda.

Los tribunales para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas intentan proporcionar ambientes de apoyo e donde los jueves recompensarán, y en ocasiones felicitarán, a los individuos por la participación exitosa en el programa, en tanto que limitarán el “castigo” para aquellos que no cumplen. En ciertos casos, la opción del tribunal para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas solamente está disponible después de una declaración de culpabilidad y por lo tanto el tratamiento puede no siempre estar disponible de inmediato para aquellos que lo necesitan. En la mayoría de los programas de tribunal para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas, los individuos que finalizan exitosamente el programa pueden evitar la sentencia de prisión, parcial o totalmente, y, en muchos casos, ciertas condenas (como las relacionadas con consumo de drogas) pueden ser eliminadas de su registro de antecedentes.

Correctivos comunitarios

Los correctivos comunitarios son otra alternativa a la pena de prisión para individuos que tienen problemas graves con el uso de drogas. Las condiciones de supervisión se aplican al individuo con la amenaza de que una violación podría resultar en prisión. Además de realizar pruebas de drogas aleatorias, está sujeto a inspecciones domiciliarias, y a no incurrir en el uso de drogas ilícitas, los requerimientos de supervisión pueden incluir participación en servicios de tratamiento. Para los infractores más graves, puede haber una supervisión más intensiva, por ejemplo sobre la libertad condicional, la cual incluye monitoreo más frecuente por parte de los

funcionarios encargados de cumplir con la ley así como reuniones requeridas con mayor frecuencia. El uso de la “presentación diaria” es otra opción en la cual los individuos deben presentarse diariamente en una ubicación, tal como la oficina de libertad condicional, de una manera frecuente (usualmente de forma diaria). En ciertas jurisdicciones, hay opciones de tratamiento dedicadas para aquellos que están bajo esa supervisión intensiva, y la supervisión de presentación diaria. De modo alternativo, se proporcionan “residencias de supervisión” cuando existe la necesidad de un alojamiento intermedio durante la transición de la prisión a la comunidad. Se requiere que los individuos permanezcan dentro de la residencia de supervisión cuando no estén en el trabajo, en el tribunal, o en busca de tratamiento médico. Las residencias de supervisión comúnmente proporcionan grupos de apoyo de 12-etapas (auto-ayuda) y, en ciertos casos, proporcionan opciones de tratamiento dedicadas para aquellos que residen dentro de la residencia de supervisión.

Tratamiento comunitario supervisado

El tratamiento comunitario supervisado se refiere a servicios proporcionados a personas bajo supervisión judicial o comunitaria. Como se describió con anterioridad, esto puede incluir tribunales para causas relacionadas con el tratamiento de las drogas así como diferentes tipos de supervisión comunitaria en lugar de la pena de prisión. En muchos casos, los delitos cometidos por personas con trastornos por el uso de drogas pueden no ocasionar la pena de prisión, y se permite que los individuos sean colocados directamente bajo supervisión comunitaria, con el requerimiento de que reciban servicios de tratamiento supervisados por la libertad condicional o por el tribunal. Las personas bajo supervisión comunitaria tienen acceso continuo al alcohol y las drogas en la comunidad, y por lo tanto están en riesgo continuo del uso de drogas ilícitas. Permanecer en la comunidad puede ayudar a mantener relaciones familiares positivas y resolver las relaciones negativas.

Intervenciones de Tratamiento

En general, las intervenciones de tratamiento serán las mismas que aquellas opciones disponibles para la población general (como se describió en capítulos previos), con el reconocimiento de la situación única de los individuos con trastornos por el uso de drogas que enfrentan pena de prisión. Las intervenciones de tratamiento siempre deben ser voluntarias y basarse en el consentimiento informado del paciente. Todas las personas que acceden a los servicios, que incluyen a individuos bajo la supervisión del sistema de justicia penal, tendrán derecho a rechazar el tratamiento incluso si esto conlleva otras medidas privativas o no de la libertad.

- 1) La desintoxicación asistida con medicación con frecuencia es la primera etapa del tratamiento. Si una institución penitenciaria no tiene disponible la desintoxicación a nivel interno, es imperativo que el individuo sea canalizado a servicios médicos externos. Forzar a los individuos a pasar por la abstinencia sin supervisión médica no solamente no es ético; puede ser peligroso para la salud y seguridad de la persona.
- 2) El tratamiento ambulatorio puede incluir períodos de tratamiento más intensivo seguidos por períodos de tratamiento menos intensivo. Este método de una “reducción” en la intensidad del tratamiento es particularmente adecuado para aquellos que reciben tratamiento intensivo en prisión y que al regresar a la comunidad aún necesitan de servicios de tratamiento aunque en niveles menores intensidad. La reducción de la intensidad con el paso del tiempo se basará en si el individuo está cumpliendo o no con los objetivos del tratamiento.

- 3) El tratamiento residencial se puede proporcionar en unidades dedicadas dentro de una prisión. Esos programas son particularmente valiosos cuando se dirigen a poblaciones de alto riesgo específicas, tales como los infractores jóvenes, mujeres, y personas con trastornos psiquiátricos. Tener un ambiente residencial dedicado reduce al mínimo la exposición a las personas, especialmente en la población carcelaria general, la cual puede victimizar al individuo que recibe tratamiento. Este espacio dedicado también ayuda a abordar los problemas correspondientes al subgrupo (por ejemplo, resolver el trauma entre las mujeres victimizadas).

Se espera que los pacientes en programas residenciales cooperen unos con otros y colaboren en labores cotidianas como la preparación de alimentos y el lavado de ropa. A través del modelado y enseñanza de la resolución de problemas, habilidades de comunicación, fijación de objetivos y trabajo en conjunto, este puede ser un enfoque de tratamiento integral altamente efectivo para aquellos individuos con un historial de uso de drogas problemático. Sin embargo, este enfoque, no serán autónomos; el tratamiento residencial será seguido por el ofrecimiento de servicios continuos después que se completó el programa de tratamiento residencial.

- 4) La comunidad terapéutica (TC) es un modelo de tratamiento residencial que se puede adaptar para una población carcelaria y se ha encontrado que es eficaz en estudios controlados aleatorios (Smith et al., 2006). Los programas de TC carcelarios estarán situados en una unidad separada de la prisión con la estructura y servicios similares a programas comparables fuera del entorno de la prisión. La participación en este tratamiento será voluntaria, con los internos a partir de la población carcelaria general elegibles para solicitar la admisión. Se ha encontrado que algunas intervenciones que se han empleado en la TC no son eficaces en la reducción de la reincidencia ni el uso no médico de drogas y se evitarán, incluyendo los enfoques no eficaces que comúnmente incorporan un horario tipo militar, altamente reglamentado combinado con confrontación, disciplina, y modificación conductual.
- 5) Los grupos de auto-ayuda proporcionan apoyo crítico para individuos en recuperación de problemas con el alcohol o las drogas. Hay grupos de auto-ayuda (NA o AA) en varios entornos, incluida la prisión y en la comunidad. Debido a que muchos son de tipo religioso y pueden rechazar el uso del tratamiento asistido por medicación, es importante que estos factores sean considerados antes de recomendar o requerir a un individuo que participe en grupos de auto-ayuda específicos.
- 6) La Farmacoterapia puede estar entre los elementos de tratamiento más importantes para algunos de los trastornos por el uso de sustancias. Por ejemplo, la metadona y la buprenorfina son el estándar de cuidado en el trastorno por el uso de opiáceos, en tanto que otros enfoques tales como la desintoxicación seguidos por naltrexona pueden ser eficaces en la prevención de la recaída. Es necesario que las decisiones para incorporar el tratamiento asistido por medicación como parte de un enfoque de tratamiento general sean consideradas en una base individual. El hecho de enfrentar cargos criminales no será la única justificación para recomendar el tratamiento asistido por medicación.

Nota: Para reducir el riesgo de sobredosis de opiáceos tras la excarcelación, las personas con un historial de uso de opiáceos, así como sus familias y amigos recibirán dotaciones de naloxona junto con instrucciones/capacitación sobre su uso en caso de una sobredosis de opiáceo.

4.4.5 Requerimientos específicos para el tratamiento en entornos carcelarios

El proporcionar el mejor tratamiento posible para las personas encarceladas representa un conjunto de asuntos complejos, que incluyen cuestiones logísticas tales como quién proporcionará el tratamiento, en donde se proporcionará, y cuando se proporcionará.

Uno de los problemas más complejos se relaciona con la adecuada dotación de personal a los programas de tratamiento. En ciertas prisiones, los miembros del personal interno están capacitados para proporcionar servicios de tratamiento, en tanto que en otras prisiones, se contratan proveedores de tratamiento externos para proporcionar los servicios. Estas decisiones de dotación de personal se tomarán con la intención de lograr los mejores resultados con los menores costos posibles. En general, los resultados para los pacientes dependerán de la calidad de los servicios proporcionados en lugar de la vinculación de los miembros del personal.

De manera ideal, quienes participen en el tratamiento estarán aislados de los demás individuos encarcelados a fin de mantener un ambiente pro-social. El hacer regresar a los individuos que están en recuperación a la población carcelaria general puede mermar fácilmente los beneficios obtenidos mientras estaban en tratamiento, dado el ambiente negativo que existe comúnmente dentro del entorno de prisión general. Cuando no son posibles o no están disponibles los ambientes de tratamiento autónomos, se realizarán esfuerzos para reducir al mínimo la exposición a los factores de riesgo externos (por ejemplo, tener horarios de alimentación y recreación separados). La cantidad del tiempo restante en la sentencia de una persona debe impactar también en las decisiones de tratamiento debido a que un individuo puede estar a la mitad del tratamiento en el momento de la liberación. Las instituciones necesitan considerar la cantidad de tiempo que un individuo estará en prisión y después requerir la culminación de los servicios de tratamiento asignados antes de la liberación o asegurar el tratamiento continuo necesario después de la liberación.

Capítulo 5: Características de un Sistema Eficaz para Proporcionar Servicios para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas

Introducción

Un sistema nacional eficaz para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas requiere de una respuesta coordinada e integrada de muchos actores para proporcionar políticas e intervenciones con base en evidencia científica en múltiples entornos y dirigir a diferentes grupos en distintas etapas con respecto a la severidad de su trastorno por el uso de drogas. El sistema de salud pública es el más indicado para llevar la iniciativa en la prestación de servicios de tratamiento eficaces para las personas afectadas por los trastornos por el uso de drogas, con frecuencia en estrecha coordinación con los servicios de cuidado y otros servicios comunitarios. Los servicios de tratamiento:

- estarán disponibles
- serán accesibles
- serán asequibles
- estarán basados en evidencia
- estarán diversificados

La disponibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a la presencia física de los servicios capaces de tratar a pacientes con trastornos por el uso de drogas.

La accesibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a su alcance o accesibilidad física para toda la población. Los servicios de tratamiento deben estar ubicados de manera conveniente y en una proximidad geográfica al transporte público (incluyendo áreas rurales y urbanas). Además, el acceso no estará obstaculizado debido a actitudes hacia ciertos grupos de población u otros factores.

La asequibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a los pacientes y al sistema de tratamiento. Los servicios de tratamiento serán asequibles para los pacientes de diferentes grupos socio-económicos y niveles de ingresos. Al mismo tiempo, es necesario que los sistemas de tratamiento sean asequibles para el sistema social y de salud sostenibles.

El enfoque en base a evidencia de los servicios de tratamiento garantiza la calidad de los servicios de tratamiento. Dadas las limitaciones generales en el financiamiento disponible para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas, las intervenciones de tratamiento se basarán en evidencia científica y seguirán directrices en base a evidencia.

Los servicios de tratamiento se diversificarán y ofrecerán diferentes enfoques de tratamiento. Ningún enfoque individual ajusta para todos los trastornos y sus diversas etapas. Por lo tanto, se establecerá una variada gama de intervenciones en diversos entornos para resolver adecuadamente las necesidades de los pacientes con trastornos por el uso de drogas. Ya que la recuperación sigue siendo el objetivo final de todos los servicios de tratamiento y cuidado, los servicios de manejo de la recuperación continua serán una parte integral de ellos.

Modelo de organización del sistema de tratamiento

Los trastornos por el uso de drogas se pueden describir en un espectro de severidad y complejidad desde lo más bajo hasta lo más elevado. La ICD-10 (OMS, 2011) diferencia en la sección de trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) entre intoxicación aguda, uso nocivo y síndrome de dependencia. Thorley (1980) hace una diferenciación en su modelo de uso de drogas de una manera similar entre la intoxicación, uso habitual o excesivo y dependencia (Figura 1). Según el Informe Mundial sobre Drogas 2015 de la ONUDD, de un total de 246 millones de personas – un poco más del 5 por ciento de las personas con edades entre los 15 a 64 años de edad en todo el mundo – quienes usan una droga ilícita, alrededor de 27 millones de personas son usuarios que tienen problemas con las drogas y casi la mitad de ellos son personas que se inyectan drogas (PWID)(ONUDD, 2015).



Figura 1 Modelo de Thorley del uso de drogas

Cuando se desarrolla un sistema de tratamiento integral que asigna acertadamente los recursos disponibles y tiene una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes, el principio clave de salud pública para la aplicación es ofrecer la intervención menos invasiva posible con el mayor nivel de efectividad y el menor costo posible. Este principio es importante cuando se diseña o revisa un Sistema de tratamiento que toma en consideración las normas de tratamiento descritas en este documento.

Desde una perspectiva del presupuesto público, el tratamiento en base a evidencia de los trastornos por el uso de drogas es una inversión inteligente, ya que los costos para tratar los trastornos por el uso de drogas son menores en comparación con los costos de la farmacodependencia sin tratamiento (ONUDD/OMS, 2009). La tasa de ahorros para las inversiones pueden exceder una relación de 12:1 a través de las reducciones en los crímenes relacionados con las drogas y los costos de la justicia penal, aplicación de la ley y cuidado de la salud (NIDA, 2012).

En general, la intensidad y el nivel de especialización de los servicios corresponderán con las necesidades y la severidad de la adicción de los pacientes. Un paciente que ha consumido drogas solamente una vez necesita, por ejemplo, un tipo de intervención y nivel de apoyo diferente que el de un paciente con un largo historial de uso de drogas y otros problemas de salud y sociales relacionados.

Por lo tanto, las inversiones de los fondos públicos se realizarán de conformidad con la frecuencia de los servicios de tratamiento necesarios. Como se muestra en la pirámide de organización de servicios (Figura 2), la mayoría de los servicios de tratamiento se requieren en los niveles de menor intensidad, los cuales pueden evitar que las personas desarrollen trastornos más complejos por el uso de drogas que si se proporcionan. Ya que los servicios en los niveles de menor intensidad son los más requeridos y usualmente menos especializados y menos costosos, los sistemas de tratamiento diseñados en concordancia con la pirámide de prestación de servicios son más económicos, dado que los servicios ofrecidos se basan en evidencia científica. Sin embargo, de manera frecuente las inversiones se realizan para un grado muy elevado en servicios de tratamiento altamente intensivos y muy costosos en la cima de la pirámide, lo cual conduce a una situación en la que las personas con baja severidad de adicción terminan en servicios de tratamiento altamente intensivos sin tener la necesidad. Cuando la severidad del trastorno no coincide con la intensidad del tratamiento, los resultados se reducen al mínimo y los recursos son distribuidos de forma ineficiente, lo cual no es una buena inversión de los fondos públicos.

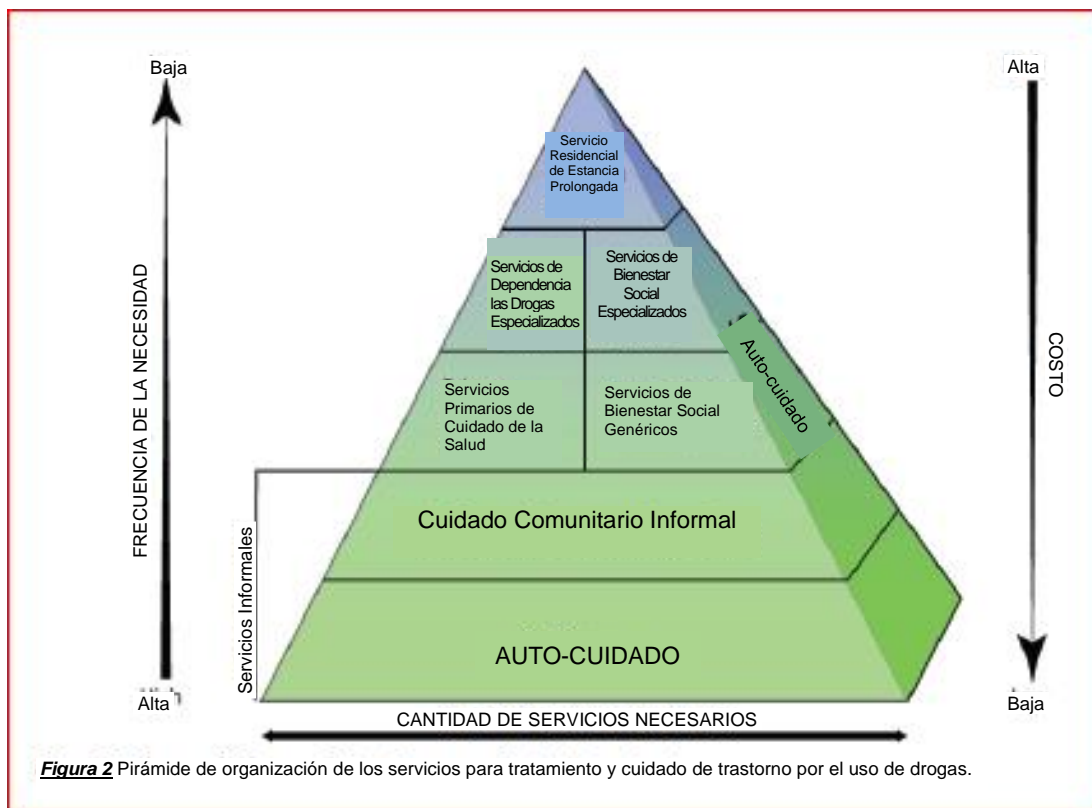


Figura 2 Pirámide de organización de servicios

Ya que los servicios de tratamiento de drogas en el nivel ambulatorio en general son menos intrusivos para los pacientes y menos costosos para el sistema de salud, son recomendables desde una perspectiva de salud siempre que el tratamiento ambulatorio se adecúe a la severidad de la adicción y las necesidades del paciente.

Los datos del Informe Mundial sobre Drogas muestran que existe una gran diferencia a nivel mundial entre el número de personas que desean o podrían beneficiarse a partir del tratamiento para trastornos por el uso de drogas y el número de personas que en realidad reciben los servicios (ONUDD, 2015). La falta de existencia de servicios en el umbral más bajo y la menor intensidad (como las intervenciones breves en el nivel primario de cuidado de la salud) puede conducir también a la inaccesibilidad de los servicios de umbral bajo, de modo que las personas que usan drogas solamente entran en contacto con el sistema de salud cuando ya han desarrollado trastornos severos por el uso de drogas en lugar de haber recibido apoyo menos intensivo (y menos costoso) en las etapas iniciales de su trastorno. Los datos muestran que los individuos rara vez son detectados por los profesionales de cuidado primario (Ernst et al, 2007). Sin embargo, es viable proporcionar detecciones y servicios iniciales en los entornos de cuidado de la salud primario y ayudan a identificar, apoyar y referir a personas con problemas por el uso de drogas, contribuyendo por tanto a reducir los costos de cuidado de la salud.

Intervenciones sugeridas a los diferentes niveles de servicio

Nivel de servicio	Intervenciones posibles
Cuidado comunitario informal	Asistencia social Grupos de auto-ayuda Apoyo informal a través de familia y amigos
Servicios primarios de cuidado de la salud	Detección, intervenciones breves, cuidado de la salud básico, canalización Apoyo continuo a personas en tratamiento/contacto con un servicio de tratamiento especializado Servicios de cuidado de la salud básicos que incluyen primeros auxilios, tratamiento de heridas
Bienestar social genérico	Alojamiento/refugio Alimentación Apoyo social incondicional Asegurar el acceso a servicios sociales y de salud más especializados según sea necesario
Tratamiento especializado por farmacodependencia	Evaluación Manejo de casos Planeación del tratamiento Desintoxicación Intervenciones psicosociales Tratamiento asistido por medicación Prevención de recaída Servicios de manejo de la recuperación
Servicios especializados de cuidado de la salud	Tratamiento de la salud mental Medicina interna Tratamiento dental Tratamiento de VIH y Hepatitis C
Servicios especializados de bienestar social	Apoyo y reintegración familiar Capacitación vocacional/Programas educativos Generación de ingresos/micro-créditos

	Planeación del tiempo libre Servicios de manejo de la recuperación
Servicio residencial a largo plazo	Alojamiento Capacitación vocacional Ambiente protegido Capacitación en habilidades para la vida Apoyo terapéutico continuo Servicios de manejo de la recuperación

Una decisión importante cuando se está involucrado en la planeación del sistema funcional y sostenible de tratamiento por farmacodependencia está relacionada con la asignación de recursos y servicios ofrecidos en diferentes niveles del sistema social y de salud. Como una directriz importante, los sistemas de tratamiento se diseñarán utilizando los datos disponibles sobre la demanda y suministro de drogas en varios niveles (ONUDD, 2003). La falta de disponibilidad de datos o de sistemas de recolección de datos sistemáticos no será un obstáculo para la implementación y suministro del tratamiento por farmacodependencia y de los servicios de cuidado. Especialmente, debido a ciertos indicadores, tales como el Indicador de Demanda de Tratamiento (“utilización de servicios para problemas de drogas”), solamente se pueden recolectar de manera efectiva si están establecidos los servicios de tratamiento para drogas que puedan recolectar datos a nivel del paciente.

El desarrollo de un sistema de información de drogas funcional a nivel nacional necesita del apoyo de colaboradores en todos los niveles y en diferentes sectores, ya que involucra no solamente un componente técnico sino también un proceso participativo para acordar las políticas de administración de un sistema de información de drogas nacional y un observatorio de drogas nacional. Una guía paso a paso sobre este proceso está disponible como referencia (EMCDDA, 2010).

Modelo de organización de servicio de tratamiento: Un enfoque de todo-en-uno para el tratamiento y cuidado para el tratamiento y cuidado de trastornos por el uso de drogas

Dadas las múltiples y diversas necesidades de las personas con trastornos por el uso de drogas, de manera ideal se proporcionará una amplia gama de servicios médicos y sociales en una instalación o programa, el cual puede ser descrito como un “todo-en-uno” (Figura 3). Dicha prestación de servicios integrados sin barreras en la accesibilidad incluye la gama completa de servicios de cuidado y proporciona a los usuarios de drogas un tratamiento integral para su farmacodependencia (Rapp et al, 2006).



Figura 3 Enfoque todo-en-uno

Modelo de organización del servicio de tratamiento: Enfoque comunitario para el tratamiento y cuidado de los trastornos por drogas

Si los programas de tratamiento no pueden integrar todos los servicios (como en el enfoque todo-en-uno) se desarrollará una continuidad de cuidado integral coordinada, que incluye varios componentes del sistema de cuidado. Este enfoque posiciona a los servicios clínicos como un elemento fundamental, pero ofrece muchos servicios auxiliares a nivel municipal/comunitario, los cuales comparten una perspectiva y trabajan en estrecha coordinación con los mecanismos de referencia establecidos. Para asegurar el acceso, se establecerán servicios de nivel de admisión de bajo-umbral (por ejemplo, asistencia social, refugio) con mecanismos de referencia definidos a servicios de tratamiento clínicos y servicios sociales complementarios.

En una red de tratamiento comunitaria (Figura 4) existen amplias asociaciones no solamente entre los diferentes servicios del sector de la salud pública y social público sino también con otros participantes de la comunidad. Para coordinar todos los servicios proporcionados es benéfico desarrollar un enfoque de tratamiento comunitario eficaz a nivel local que utiliza todos los recursos que ya están disponibles en la comunidad. Los servicios de tratamiento comunitarios ofrecen un enfoque multifactorial y multi-sectorial para manejar los problemas relacionados con las drogas y problemas de salud. Dicho enfoque alienta el uso de una variedad de vías de tratamiento, recuperación y calidad de vida mejorada. Los colaboradores en una red de servicios comunitaria necesitan trabajar en estrecha colaboración y coordinación

para proporcionar el mejor apoyo posible a través de estrategias eficaces de referencia y manejo de casos a fin de garantizar una continuidad del cuidado. Las redes de tratamiento comunitarias proporcionan un agama de puntos de admisión de bajo umbral y fácil acceso a diferentes servicios de tratamiento y cuidado.

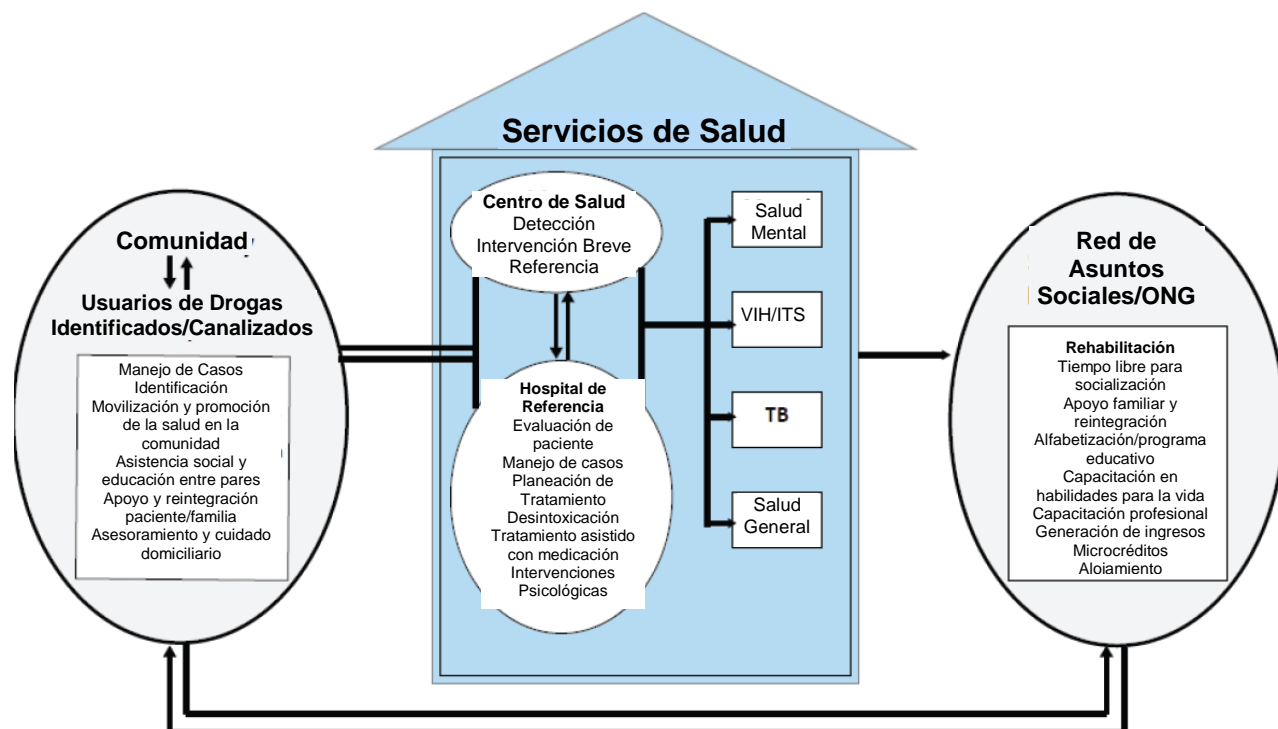


Figura 4 Modelo de tratamiento comunitario

Los principios claves del tratamiento y cuidado comunitario para la farmacodependencia incluyen:

- Continuidad del cuidado a partir de la asistencia social, apoyo básico y reducción de los efectos nocivos relacionados con el uso de drogas para la reinserción social, sin ninguna “puerta falsa” para la admisión en el sistema.
- Estrecha colaboración entre la sociedad civil, los encargados de la aplicación de la ley y el sector salud
- Alteración mínima de los vínculos sociales y el empleo.
- Integrado en los servicios de salud y sociales existentes.
- Prestación de los servicios en la comunidad – tan accesible como sea posible para los usuarios de drogas.
- Participación y refuerzo de los recursos comunitarios, incluyendo a las familias.
- Participación de las personas que están afectadas por el uso y farmacodependencia, familias y la comunidad en su conjunto en la planeación y prestación de los servicios.
- Aplicación de intervenciones en base a servicios.
- Participación informada y voluntaria en el tratamiento.
- Enfoque integral con una perspectiva de recuperación que toma en consideración varias necesidades (salud, familia, educación, empleo, vivienda).
- Aceptación de que la recaída es parte del proceso de tratamiento y que los individuos pueden re-acceder a los servicios de tratamiento.
- Respeto por los derechos humanos y a la dignidad, incluyendo la confidencialidad.

Los servicios de salud tales como los servicios de cuidado de la salud primario, servicios de tratamiento por drogas especializados, hospitales y clínicas y servicios sociales son colaboradores clave en una red de tratamiento y cuidado comunitario. Además, se formarán asociaciones más amplias con otros grupos interesados de la comunidad, tales como

- Sociedad civil/ONGs (por ejemplo, proporcionar servicios de asistencia social, capacitación profesional, actividades de cuidado posterior).
- Policía (por ejemplo, detección, referencia al sistema de salud).
- Sistema de justicia penal (por ejemplo, proporcionar tratamiento en prisión, organizar servicios de seguimiento en la comunidad).
- Organizaciones profesionales (por ejemplo, proporcionar apoyo jurídico).
- Establecimientos de comercio y servicios (por ejemplo, creación de oportunidades profesionales).
- Grupos organizados de usuarios de drogas y personas en recuperación.
- Grupos organizados que se identifican en base a género y origen étnico.
- Instituciones educativas y de investigación.
- Organizaciones juveniles y líderes juveniles.
- Organizaciones religiosas (por ejemplo, que ofrecen lugares para estancias nocturnas).
- Líderes religiosos y comunitarios.
- Asociaciones vecinales.
- Miembros de la familia.

El manejo de casos es un componente esencial para asegurar que los pacientes están vinculados y son referidos a los servicios apropiados que se adaptan a sus necesidades. Los coordinadores de casos trabajan junto con los pacientes, miembros del equipo de tratamiento, y servicios u organizaciones para seleccionar la mejor combinación de intervenciones y apoyo. El coordinador de casos proporciona también una evaluación continua del progreso del tratamiento. De esta manera el manejo de casos asegura que la red de referencia y otros servicios de apoyo se mantengan accesibles y que los recursos sean utilizados de manera eficaz. El diagrama siguiente describe un sistema de manejo de casos en funcionamiento desde la perspectiva de las personas que usan drogas e ingresan al sistema de tratamiento. No hay una “puerta falsa” para el ingreso al sistema, ya que diferentes servicios de tratamiento están conectados y colaboran, de modo que los que los pacientes pueden ser canalizados a la instalación de servicio que corresponda a la severidad de su trastorno y sus necesidades individuales.

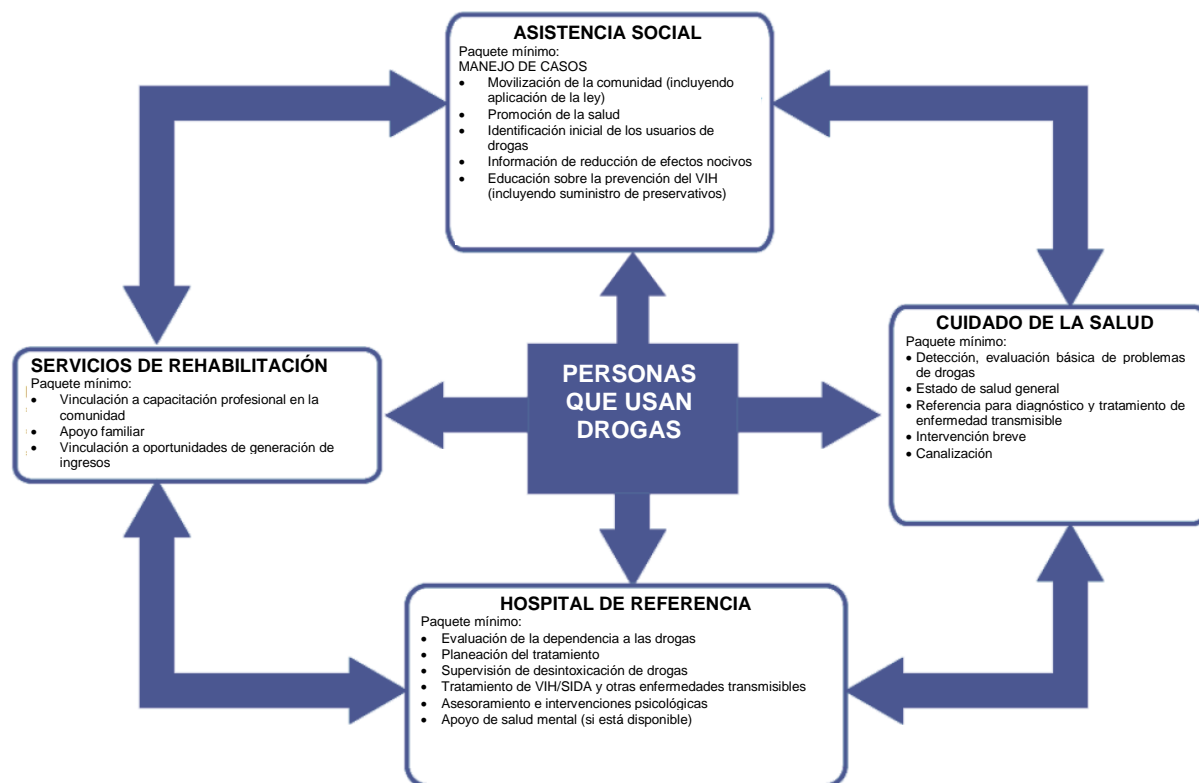


Figura 5 Modelo de manejo de casos y tratamiento y cuidado para personas que usan drogas y están afectadas por trastornos por el uso de drogas.

La ONUDD ha publicado un documento de buenas prácticas sobre el tratamiento para la farmacodependencia comunitario (ONUDD, 2008) y una nota de orientación (ONUDD, 2014) sobre el mismo tema, que proporciona ejemplos provenientes de todo el mundo y una guía práctica detallada sobre los elementos de una red de tratamiento comunitaria.

El modelo de servicio de tratamiento continuo: Manejo de Recuperación Sostenida

Se considera que la recuperación es “[...] un proceso continuo y experiencia a través de la cual los individuos, las familias, y las comunidades utilizan los recursos internos y externos para resolver los problemas de farmacodependencia y abuso de sustancias, manejar de manera activa su vulnerabilidad continua ante tales problemas, y desarrollar un estilo de vida saludable, productivo y significativo” (Adaptado de W. White, 2007). La recuperación será un objetivo final en cada etapa de la continuidad de tratamiento, en cada etapa del trastorno y a través de una variedad de entornos (Tabla “Intervenciones sugeridas en diferentes niveles de servicio”), desde la asistencia social, apoyo básico y reducción de los efectos nocivos relacionados con el uso de drogas y para la reinserción social. Es necesario asegurar una continuidad de servicios a fin de dar apoyo a las personas con trastornos por el uso de drogas y enfatizar la necesidad de rehabilitación, reintegración y la recuperación misma. Dichos servicios pueden ser llamados “servicios de manejo de recuperación sostenida” que pueden estar ya integrados a una red funcional de tratamiento y cuidado de la farmacodependencia comunitaria. La utilización de los servicios existentes será menor a medida que los individuos progresen hacia una recuperación sostenida. Dichos servicios (al igual que cualquier otro servicio de tratamiento de farmacodependencia fuera de las situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida) serán voluntarios y pretenden ser lo menos invasivos posible para la persona en recuperación.

A pesar que la recuperación es el objetivo final del tratamiento, es importante reconocer que la farmacodependencia es un trastorno crónico y que es probable que los pacientes tengan recaídas y vuelvan a usar la red de servicios de tratamiento nuevamente.

Los servicios de recuperación pueden ser implementados en una gama de entornos y etapas del trastorno e incluir por ejemplo, la resolución de problemas jurídicos, actividades de generación de ingresos, apoyo de recuperación de pares, apoyo social, cuidado posterior, residencias supervisadas, capacitación profesional, u otros. En el documento de buenas prácticas ONUDD (2008) sobre el manejo de la recuperación sostenida, se han definido ocho dominios del capital de recuperación como una sugerencia para las áreas e intervenciones a ser considerada de forma continua (Figura 5).

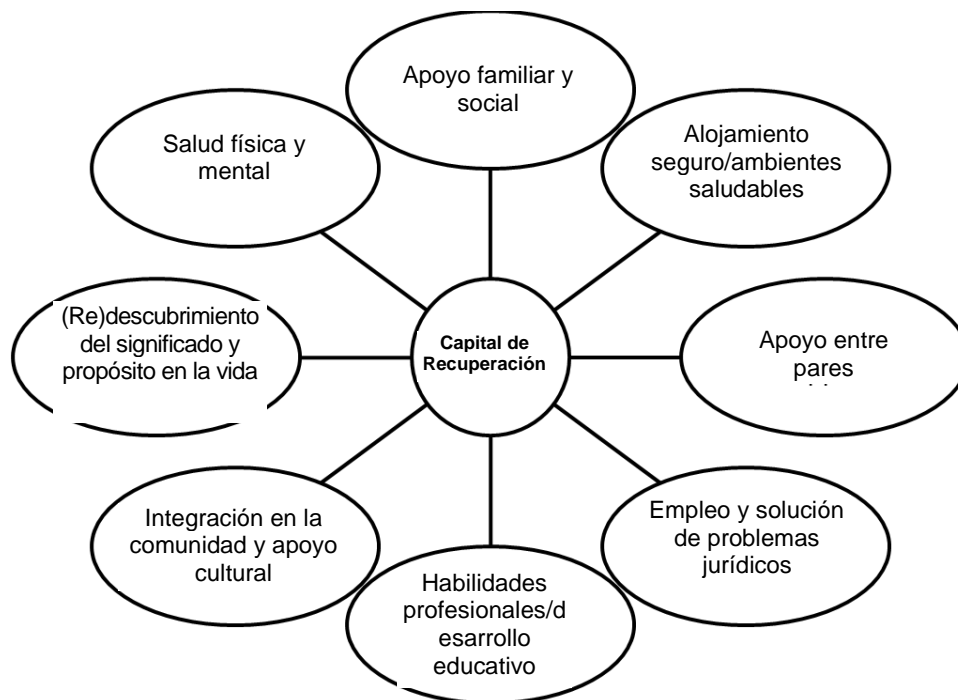


Figura 6. Apoyos esenciales para lograr la rehabilitación y la reinserción social

Recomendaciones/Resumen

- En un sistema de tratamiento los recursos se invertirán en donde sean más necesarios. Un enfoque será sobre los servicios de tratamiento y cuidado de bajo umbral y fácilmente accesibles como primera etapa.
- Todos los servicios de tratamiento proporcionados serán asequibles y estarán basados en evidencia y se proporcionarán con la recuperación como el objetivo final integrando el sistema de recuperación sostenida en todos los servicios de tratamiento y cuidado.
- Los datos disponibles serán utilizados cuando se diseñe e implemente un sistema de tratamiento de farmacodependencia. Sin embargo, la falta de disponibilidad de datos no constituirá un obstáculo para la implementación y prestación de los servicios de tratamiento y cuidado para la farmacodependencia.
- Un enfoque todo-en-uno (una gama completa de servicios de cuidado disponibles en una instalación o programa) o una red integrada de servicios de salud y sociales en la comunidad son modelos para proporcionar una continuidad accesible y diversificada de cuidado para los trastornos por el uso de drogas.

Referencias

EMCDDA (2010). Building a national drugs observatory: a joint handbook.

Ernst D, Miller WR, Rollnick S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*, vol. 7.

NIDA (2012). Principles of drug dependence treatment. A Research based Guide. Third Edition). NIH Publication No. 12-4180.

Rapp RC et al. (2006) Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Apr; 30(3): 227-235.

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.

ONUDD (2003). Developing an Integrated Drug Information System. Toolkit Module 1. United Nations. New York.

ONUDD (2008). Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment. Good Practice Document.

ONUDD (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good Practice Document.

ONUDD (2014) Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia.

ONUDD (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

ONUDD/WHO (2009). Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper.

Weisner C. et al.(2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 14, pp. 1715-1723.

World Health Organization (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva.

World Health Organization (2010), *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care* WHO, Geneva.

World Health Organization (2009-2015). MhGAP Evidence Resource Centre. Available online at: http://www.WHO.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

World Health Organization (2011). *International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.*

World Health Organization (2012), *Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and C among people WHO inject drugs.* WHO, Geneva.

World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* WHO, Geneva. Retrieved November 24, 2014., from http://apps.WHO.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

WHO (2015) *Community management of opioid overdose.* WHO, Geneva.