

Tabla de Contenido

Introducción	2
--------------	---

Área de Prevención 4

Introducción	4
Principios Preventivos para Niños y Adolescentes	5
Factores de Riesgo y Protección	6
Estrategias de Prevención	8
Prevención con Base Científica	10
Prevención con Base de Fe	10
El Rol de la Familia en la Prevención	11
Campañas Nacionales de Difusión Pública	11
El tabaquismo y el alcohol	11
Teoría de la Puerta de Entrada	12

Área de Tratamiento 13

Introducción	13
Estándares Generales para el Tratamiento a Sustancias	14
Evaluación y Tratamiento Comprensivo	16
Evaluación Inicial	16
Servicios de Tratamiento para la Adicción	17
Modalidades de Tratamiento	19
Programas Internos en un Ambiente Controlado	19
Programas Comunitarios Religiosos o de Base de Fe	22
Programas Ambulatorios	22
Programas Ambulatorios del Nivel II	24
Criterios de Ubicación por Niveles de Cuidado	25
Criterios de Admisión por Niveles y Dimensiones	26
Descripción de Componentes de Programas Residenciales	28

Introducción

La política pública de control de drogas va dirigida a lograr, entre otras cosas, que los programas de prevención y tratamiento estén fundamentados en metodología científica y sus resultados sean medibles, de forma que podamos optimizar la efectividad de estos servicios y garantizar el mejor uso posible de los recursos fiscales gubernamentales. Si invertimos bien, no tendremos que invertir más, para tener mejores resultados.

Dicha política pública incluye todos los programas, sean estos de base de fe, religiosos o seculares, que contengan protocolos de servicios cuya efectividad sea medible.

Es por ello que la Oficina de Control de Drogas ha desarrollado este volumen del Proyecto del Plan Estratégico de Control de Drogas del Estado Libre Asociado, con el objetivo de compartir con los planificadores y con los proveedores de estos servicios, presentes y futuros, los conocimientos que se han acumulado sobre estrategias y prácticas efectivas y defendibles científicamente de prevención y tratamiento. Porque esperamos que las mismas sean utilizadas para guiar sus intervenciones, hemos titulado este volumen como: “Principios Guías para los Programas de Prevención y Tratamiento”.

En el 1992, Hawkins y Catalano, dos de los investigadores principales en el área de prevención formularon una simple pero acertada y profunda aseveración:

“Para que podamos prevenir un problema, debemos encontrar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de su ocurrencia y entonces encontrar maneras de reducir estos “factores de riesgo””.¹

Los resultados de las investigaciones, tanto por parte de estos investigadores como de otros, han validado científicamente la veracidad de esta aseveración, y hoy día conocemos que el uso de sustancias adictivas ocurre en respuesta a múltiples influencias, que

incluyen al individuo, a su familia, los pares, la escuela, comunidad, sociedad y ambiente. Estas áreas de dominio interactúan la una con la otra y cambian a través del tiempo y ejercen mayor o menor influencia sobre las personas, según cuándo y en qué etapa del desarrollo ocurran, en qué contexto social se den y bajo qué circunstancias.² A estas influencias que operan negativamente sobre las actitudes y conductas de nuestros menores se les conoce como los “factores de riesgo”.

Junto a los factores de riesgo asociados a un aumento en probabilidades de futuros problemas de conducta, están los “factores de protección” que, a la inversa, contribuyen a promover estilos de vida saludables, libre de drogas.

El presente volumen presenta y explica cuales son los factores de riesgo y protección en cada área de dominio y las estrategias de prevención que pueden ser utilizadas para influenciar su desaparición o aparición, correspondientemente.

Por otra parte, en el área de tratamiento, es conocido que la efectividad de los servicios se ve afectada positiva o negativamente por factores, tales como:

1. el pareo correcto entre las necesidades bio-sico-sociales de la persona drogodependiente y la modalidad de tratamiento para la adicción que mejor le corresponde, en consideración a la naturaleza y severidad de su problemática adictiva, a los síntomas que presenta, la red de apoyo disponible y los requerimientos de supervisión y seguridad que su condición amerita,
2. a que el tratamiento sea comprensivo y holístico y se le presten a la persona con trastornos adictivos toda la gama de servicios terapéuticos y de apoyo al tratamiento que sean necesarios,
3. a que su estadía en tratamiento no sea menor a la clínicamente indicada.

¹ Hawkins. J.D. and Catalano, R.F. 1992. *Communities that Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (pág. 8)

² Oficina del Cirujano General de los Estados Unidos, Enero 17 de 2001. *Youth Violence; a Report of the Surgeon General (online)* Available: <http://www.surgeon-general.gov/library/youthviolence>.

Consecuentemente, en el presente volumen, en el área de tratamiento, presentamos los estándares generales para el tratamiento a sustancias, las características que dicho tratamiento debe satisfacer para ser efectivo; una descripción de cada una de las modalidades de tratamiento para la adicción a sustancias y de los criterios por dimensiones que deben ser utilizados para seleccionar cual de estas modalidades mejor responde a las necesidades de tratamiento del solicitante y los servicios terapéuticos que integran un tratamiento para la adicción efectivo.

PRINCIPIOS GUIAS PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

ÁREA DE PREVENCIÓN

“En la prevención se busca que un gran número de niños y adolescentes modifiquen su comportamiento; no comiencen a usar sustancias, y que si comenzaron, y aún no han desarrollado adicción, que la descontinúen reduciendo los factores de riesgo de su uso de una forma duradera (a corto y largo plazo).”

Arnaldo Cruz Igartua, MD

Introducción

La prevención de uso de sustancias controladas intenta reducir el número de personas que se inician como usuarios regulares de alcohol, productos del tabaco y otras drogas. Si podemos prevenir que nuestros niños y jóvenes crezcan y se desarrollen sin usar sustancias controladas disminuiríamos significativamente la cantidad de posibles usuarios dentro de los próximos años.

La prevención se define como *el proceso dirigido al apoderamiento de los individuos y los sistemas para enfrentar efectivamente los retos de vida y las transiciones, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables*³. La prevención al uso de drogas persigue el fortalecimiento de un clima en el cual:

1. solamente se aprueba el uso controlado de alcohol por parte de aquellas personas que cumplen con el criterio de edad de acuerdo a la ley vigente y únicamente cuando los riesgos de confrontar circunstancias adversas son mínimas,
2. los medicamentos recetados y aquellos accesibles a todos se utilizan únicamente con el propósito clínicamente indicado,
3. otras sustancias de abuso como por ejemplo el aerosol, se utilizan con el propósito para el cual se desarrollaron,

4. no se utilizan drogas ilegales, ni productos del tabaco.

El argumento detrás de la prevención de consumo de sustancias adictivas sigue el mismo argumento que las demás políticas públicas en el área de salud: “Es mejor evitar el enfermarse que remediar los daños consiguientes”⁴. La prevención, científicamente fundamentada, es más costo/efectiva en comparación con el tratamiento que es un remedio más costoso.

Hasta hace varios años los esfuerzos preventivos no contaban con mecanismos para identificar qué estrategias se deberían implantar para reducir el uso de sustancias controladas. Sin embargo, gracias a estudios e investigaciones realizados en los últimos 10 años por el Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias (Center for Substance Abuse Prevention, CSAP) y el Instituto Nacional contra el Abuso de las Drogas (National Institute on Drug Abuse, NIDA) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration {SAMHSA}) se han establecido entre otros, los mecanismos para identificar las estrategias que funcionan, las que no funcionan y las razones que explican el asunto. Al revisar los trabajos de investigación en prevención encontramos que una gran parte de las estrategias que funcionan se fundamentan en el marco conceptual enfocado en los Factores de Riesgo y Protección.

³ Prevention Decision Support System, Glossary

⁴ Russell, L. B. (1986). *Is prevention better than cure?* Washington, DC: Bookings Institution.

Principios Preventivos para Niños y Adolescentes

El Plan Estratégico para el Control de Drogas se fundamenta en los principios de prevención para niños y adolescentes desarrollados por el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas (NIDA). Estos principios son los siguientes:

- ✓ Los programas de prevención deberán ser diseñados para realzar los "factores de protección" y con miras a lograr la reversión y la reducción de los "factores de riesgo".
- ✓ Los programas de prevención deberán incluir todas las formas de consumo de drogas, incluyendo el tabaco, el alcohol, la marihuana y los inhalantes.
- ✓ Los programas de prevención deberán promover la habilidad para resistir las drogas, fortalecer la actitud personal en contra del uso de las drogas e incrementar la competencia social⁵, en conjunto con el refuerzo contingente a actitudes en contra del consumo de drogas.
- ✓ Los programas de prevención para adolescentes deberán incluir métodos interactivos preactivos como, por ejemplo, grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de utilizar únicamente técnicas didácticas.
- ✓ Los programas de prevención deberán incluir un componente educativo para padres, madres, encargados o tutores, para así reforzar el aprendizaje de los niños en el seno familiar en cuanto a la realidad acerca de la droga y sus efectos nocivos. Esto implica la promoción de charlas familiares acerca del uso de sustancias legales e ilegales y el fortalecimiento de actitudes familiares que rechazan el uso de drogas.
- ✓ Los programas de prevención, a través de los años escolares, deberán realizar intervenciones repetidas a largo plazo para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, los esfuerzos escolares dirigidos a estudiantes de escuelas primarias e intermedias deberán incluir sesiones que fortalezcan las transiciones críticas entre la escuela intermedia y la secundaria.

⁵ Por competencia social se entiende el desarrollo de destrezas de comunicación, de relaciones interpersonales, de asertividad en la toma de decisiones saludables entre otras.

- ✓ Los esfuerzos preventivos enfocados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias enfocadas únicamente en padres o hijos.
- ✓ Los programas comunitarios que incluyen campañas publicitarias y cambios positivos en política pública, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones familiares y escolares.
- ✓ Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el uso de drogas en todos los escenarios preventivos del abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
- ✓ Las escuelas deben ofrecer oportunidades que lleguen a toda la población y servir como escenarios preventivos importantes para poblaciones especiales en riesgo de uso de drogas. Estas poblaciones especiales incluyen entre otros, niños con problemas de conducta o con dificultades para aprender y aquellos con el potencial de abandonar la escuela.
- ✓ Los programas de prevención deberán ser adaptados para enfocarse en el carácter específico del problema del abuso de drogas en la comunidad local.
- ✓ Mientras más alto sea el riesgo de la población señalada, más intensivos deberán ser los esfuerzos de prevención y más temprano deberán comenzar.
- ✓ Los programas de prevención deberán ser dirigidos a edades específicas, apropiados para el período de desarrollo del joven y deben tener sensibilidad cultural.
- ✓ Los programas de prevención eficaces son costos efectivos. Por cada dólar gastado en la prevención del uso de drogas, las comunidades pueden ahorrar de 4 a 5 dólares en costos de tratamientos y terapias dirigidos a combatir el uso de drogas.

Estos principios subrayan las estrategias preventivas anti-drogas del Plan tanto para evaluar la efectividad potencial de los programas existentes o para diseñar y establecer programas o estrategias innovadoras.

Factores de Riesgo y Protección

Cuando analizamos la historia de los esfuerzos preventivos encontramos que para la década de los sesenta (60) la filosofía que más abundaba era la táctica de asustar. A los niños se les presentaba lo destructivo y peligroso que era el uso de drogas. A pesar de que varios estudios han demostrado que las campañas de miedo, por si solas, no son efectivas, se observa todavía que algunos programas preventivos los utilizan como una herramienta para influenciar el rechazo al uso.⁶

En la década de los ochenta (80) se alcanza un nivel más elevado de conciencia al cambiar las intervenciones individuales hacia intervenciones en la comunidad enfatizando en atender el ambiente y la integración de la comunidad. Para mediados de la década de los ochenta (80), se comienzan a trazar los fundamentos filosóficos detrás las estrategias y programas de prevención cimentada en los hallazgos de las investigaciones que identifican los factores de riesgo asociados a los problemas del uso y abuso de alcohol y otras drogas, delincuencia, gangas y la deserción escolar.⁷

Los programas de prevención inician nuevos enfoques de trabajo al identificar cuáles estrategias deben implementarse con el objetivo de reducir los riesgos asociados al uso de sustancias. A su vez, se comenta sobre los “factores de protección” para atender la “resistencia/invulnerabilidad en los niños, niñas, jóvenes y la comunidad”. Se fundamentan las estrategias que señala la investigación como factores ambientales que promueven destrezas y actitudes para rechazar el uso y abuso del alcohol y otras drogas.

Estudios efectuados en la década de los noventa (90) han demostrado que el uso de alcohol, productos derivados del tabaco y otras drogas, la delincuencia y la ejecución académica de los adolescentes están asociados con aspectos y características específicas en la comunidad, la escuela, el ambiente familiar y las personales del individuo. A estas características se les conocen como factores de riesgo y factores de protección.

Los factores de riesgo son actitudes, comportamientos, creencias, situaciones o acciones que ponen a un grupo, organización, individuo o

comunidad en riesgo de desarrollar problemas con sustancias controladas. Se ha demostrado que mientras más factores de riesgo posee un adolescente, mayor es la probabilidad de desarrollar problemas de comportamiento como el uso de alcohol, productos del tabaco, y otras drogas, fracaso escolar, o delincuencia⁸. También se ha comprobado que en la medida en que los factores de riesgo se reducen o debilitan, menos vulnerable será el adolescente a estos problemas. Sin embargo, el hecho que un niño esté expuesto a una gran cantidad de factores de riesgo no garantiza que este desarrolle problemas con el uso de sustancias controladas. Muchos de estos niños sobrepasan los efectos de riesgo al estar también expuestos a factores de protección.

Los factores de protección son actitudes, comportamientos, creencias, situaciones o acciones que fortalecen a un grupo, organización, individuo o comunidad contra el uso de sustancias controladas. Los factores de protección amortiguan los factores de riesgo⁹. El reto que tiene el sector de prevención de uso de sustancias controladas es el identificar estos factores de protección y determinar como utilizarlos para influenciar las conductas de los niños, niñas y jóvenes en alto riesgo.

Aunque la mayoría de las personas están o han estado en riesgo de desarrollar problemas con el uso de sustancias controladas alguna vez en sus vidas, hay personas que están en mayor riesgo debido a sus características personales, familiares y/o ambientales. Los factores de riesgo y protección se clasifican de acuerdo al ambiente que influyen (dominio): individuo, pares, escuela, familia, comunidad y sociedad/ambiente. Cada ambiente posee una serie de factores que han demostrado tener una relación con el uso de alcohol, productos derivados del tabaco y otras drogas. La siguiente tabla nos ilustra varios factores de riesgo y protección clasificados por ambiente.

⁶ Evans, R., (1999). A historical perspective on effective prevention. NIDA Research Monograph.

⁷ Hawkins, Lishner y Catalano, 1985

⁸ Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.* Psychological Bulletin, 112 (1).

⁹ Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992).

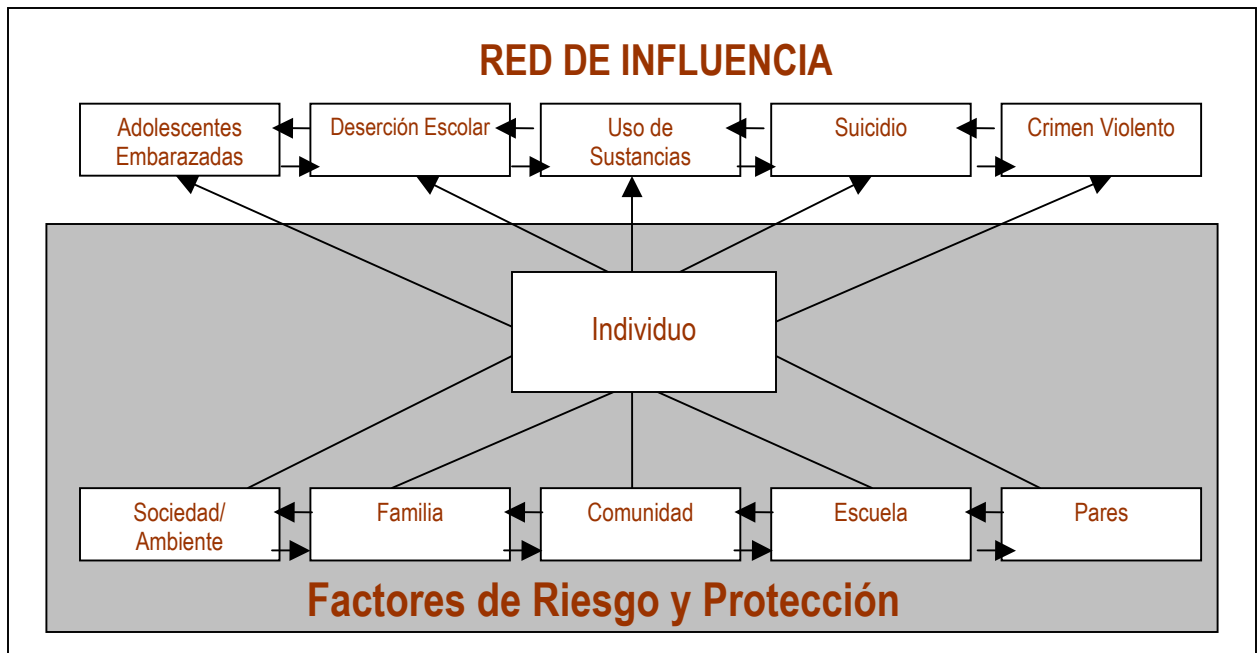
Ejemplos de Factores de Riesgo y Protección		
Ambiente	Factor de Protección	Factor de Riesgo
Individuo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Religiosidad ✓ Destrezas sociales ✓ Creencia en principios morales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actitudes favorables hacia el uso de drogas ✓ Experimentación temprana con drogas ✓ Impulsividad y Búsqueda de placer ✓ Conducta antisocial temprana ✓ Enajenación y Rebeldía
Familia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptación familiar ✓ Oportunidades para la interacción social ✓ Recompensas por participar en actividades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inadecuada supervisión familiar ✓ Disciplina familiar laxa o errática ✓ Historial familiar de comportamiento antisocial ✓ Actitudes favorables de los padres, madres y encargados hacia el uso de drogas ✓ Actitudes favorables de los padres, madres y encargados hacia el comportamiento antisocial
Pares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asociación con pares involucrados en actividades sociales positivas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamiento delictivo de los pares ✓ Uso de drogas por los pares ✓ Recompensa de parte de los amigos/as por comportamiento antisocial ✓ Actitudes favorables de los pares hacia un comportamiento antisocial ✓ Actitudes favorables de los pares hacia el uso de drogas
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oportunidades para participar en acciones sociales positivas ✓ Recompensas por involucrarse en actividades sociales positivas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fracaso académico ✓ Bajo compromiso con la escuela
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oportunidades para participar en acciones sociales positivas ✓ Recompensas por involucrarse en actividades sociales positivas ✓ Sentido de pertenencia ✓ Presencia de redes de apoyo y vínculos sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo nivel de adaptación social ✓ Falta de organización comunal ✓ Transición y movilidad alta ✓ Falta de leyes y normas para una sana convivencia social ✓ Percepción del fácil acceso de sustancias controladas
Sociedad/ Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Correspondencia entre la edad cronológica legal límite para consumir sustancias legales y la edad en que se alcanza la madurez social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pobreza ✓ Desempleo ✓ Mensajes que glamorizan el uso de drogas en los medios

Los estudios también han demostrado que existe una interacción entre estos ambientes y que esta interacción evoluciona mientras el individuo pasa por las etapas de su vida. Mientras el individuo crece y se desarrolla, cambian sus percepciones e interacciones con la familia, amigos, escuela, iglesia, trabajo y la comunidad. El modelo de la Red de Influencia¹⁰ (Figura 1) nos ilustra las posibles interacciones que ocurren entre el individuo y los cinco ambientes externos. Ésta interacción pueden influir en el desarrollo de problemas de

comportamiento y uso de sustancias controladas. La prevención promueve los factores de protección que reducen la probabilidad del uso de sustancias que pueden a su vez reducir la incidencia de otros problemas sociales, tales la deserción escolar, el suicidio, la delincuencia y los embarazos en adolescentes.

¹⁰ CSAP, (2001). Guide to science bases practices.

FIGURA 1



El análisis de los factores de riesgo y protección es una herramienta vital para comprender los resultados del comportamiento, tanto positivos como negativos, de los adolescentes. Este análisis debe guiar el diseño de los programas de prevención exitosos¹¹. Utilizando este enfoque, el Plan Estratégico para el Control de Drogas promoverá el uso de programas de prevención que enfaticen en reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección.

Estrategias en Prevención

Una vez identificados los factores de riesgo y protección que más contribuyen al uso de drogas en una población o sector geográfico, los planificadores de programas de prevención pueden estructurar una serie de estrategias que atiendan este problema. El postulado que presentan Gibbs y Benett (1990)¹² sobre el proceso de diseñar e implantar estrategias en prevención es traducir los factores de riesgo negativos en estrategias de acción positivas; que son esencialmente los factores de protección en nuestras familias, escuelas y comunidades.

La perspectiva de integración de las comunidades en el proceso preventivo enfocado en los factores de protección y riesgo ha trazado una ruta más consistente y planificada. Hay que trabajar con la comunidad e identificar condiciones de riesgo, en contraposición al modelo patológico. El modelo pro-activo nos señala que tenemos que anticipar respuestas alternas y planificar estrategias para promover la responsabilidad interagencial y ciudadana de cambiar condiciones. Sin embargo, es imperativo continuar reforzando los cambios de visión en la prevención con estudios científicos que nos presenten datos efectivos para promover el uso de estrategias de intervención mejor dirigidas y efectivas.

Las estrategias de prevención son aquellas actividades que pueden ser implementadas para lograr objetivos específicos que disminuyan el uso de sustancias controladas. El Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias (CSAP) ha clasificado estas estrategias en seis categorías: diseminación de información, educación de la prevención, alternativas, identificación del problema y referido, procesos basados en la comunidad y políticas ambientales¹³.

¹¹ Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992).

¹² Manual del Participante. Adiestramiento, Equipos de Escuela y Comunidad.

Centro Regional del Sureste para Escuelas y Comunidades Libres de Drogas. University of Louisville. (1993)

¹³ CSAP, (1999). Prácticas de prevención basada en la ciencia.

- La **diseminación de información** es diseñada para incrementar el conocimiento y alterar actitudes relacionadas al uso o abuso de alcohol, productos derivados del tabaco y otras drogas. Las campañas de diseminación de información deberán ser vistas como complementarias para los métodos de prevención más intensos e interactivos.
- La **educación de la prevención** está dirigida a enseñar a los participantes destrezas personales y sociales que promueven un estilo de vida saludable y los encamina a tomar decisiones responsables. La educación tradicional acerca de los daños y riesgos asociados con el uso y abuso de sustancias no puede, por sí sola, producir cambios medibles de larga duración en las conductas y actitudes relacionadas con el abuso de sustancias¹⁴.
- Las **alternativas** son actividades libre de drogas diseñadas para desarrollar destrezas, ocupar tiempo de ocio, promover el compartir social y desarrollar relaciones positivas con adultos. El propósito de estas actividades es proveer escenarios en los cuales los participantes puedan satisfacer las necesidades que por lo contrario encontrarían en actividades relacionadas a las drogas. Las alternativas deberían ser parte de un plan completo de prevención que incluya estrategias con una efectividad comprobada. La efectividad de las alternativas como estrategia de prevención depende en parte de la población a quien van dirigidos los esfuerzos.
- La **identificación de problema y referido** intenta identificar aquellos individuos que ya se encuentran utilizando drogas al momento de la intervención y busca asegurar que reciban servicios de prevención indicada o tratamiento apropiado, según corresponda. para satisfacer sus necesidades. Estas estrategias se enfocan en personas en alto riesgo de convertirse en usuarios regulares de sustancias o adictos.
- Los **procesos basados en la comunidad** son esfuerzos colaborativos entre individuos y organizaciones de la comunidad dirigidos a la prevención de sustancias controladas. El desarrollo de coaliciones comunitarias es uno de los procesos basados en la comunidad más visibles y efectivos en agrupar recursos locales para esfuerzos de prevención.
- Las **estrategias ambientales** buscan la creación o alteración de políticas, leyes y ordenanzas municipales diseñadas para guiar actividades organizacionales y administrativas en cuanto al control de drogas. Un factor importante en esta estrategia es el incluir a las agencias de orden público en el proceso de planificación para que estos sean más eficientes en su función de hacer cumplir las leyes. Recientemente el Estado Libre Asociado añadió un artículo a la Ley de Municipios Autónomos de 1991 el cual establece la adopción de Códigos de Orden Público. Los Municipios Autónomos recibirán asistencia económica y técnica para adoptar códigos que prohíban, entre otras cosas, actividades que se entiendan que conducen o propicien el uso de sustancias controladas por menores de edad¹⁵.

Ninguna de estas estrategias por sí sola puede crear cambios significativos en la reducción de uso de sustancias controladas entre niños, niñas y adolescentes. Un programa de prevención efectivo debe incluir una combinación adecuada de estrategias para lograr sus objetivos.

Las estrategias de prevención también se diseñan para atender diferentes niveles de riesgo. El Instituto Nacional de Medicina ha desarrollado una clasificación para los programas de prevención de acuerdo al tamaño de la población y nivel de riesgo. La **prevención universal** se dirige a toda la población sin necesariamente identificar aquellos que están en alto riesgo. La **intervención selectiva** se enfoca en aquellos individuos que son vulnerables al uso de drogas debido a los factores de riesgo que presentan. Los jóvenes en alto riesgo incluyen aquellos que tienen padres usuarios de drogas, adolescentes embarazadas y ofensores juveniles, desertores escolares, entre otros. La **prevención indicada** son esfuerzos intensos dirigidos a personas que están experimentando con sustancias controladas y/o muestran otros comportamientos de riesgo.

¹⁴ Hansen, W.B. (1992). Prevención del abuso de sustancias basada en la escuela: Una revisión del plan de estudios modernos.

¹⁵ Ley Num.19 del 2001. Para añadir el artículo 2.008 al Capítulo II de la Ley de Municipios Autónomos de 1991: Códigos de Orden Público.

Instituto Nacional de Medicina Categorías de programas de prevención



La **prevención universal** sería aquella que se dirige a toda la población, bien sean familiares, adolescentes, etc., y cuya perspectiva de intervención es generalista y amplia en el sentido del fomento de recursos generales de las personas.



La **prevención selectiva** incluye acciones dirigidas a grupos de riesgo de ser consumidores.



La **prevención indicada** se dirige a comunidades de consumidores que ya presentan algún tipo de problemática relacionada con el consumo.

16

Prevención con Base Científica

La búsqueda de diversas estrategias efectivas en prevención nos invita a evaluar los resultados y logros que tienen los programas de prevención. El desarrollo de programas de prevención de base científica es un cambio y un reto necesario para todas las instituciones sociales. La recopilación de datos que permite satisfacer las nuevas tendencias en el ofrecimiento de los servicios de prevención nos garantiza que los esfuerzos estarán cada vez mejor dirigidos hacia el bienestar de la comunidad puertorriqueña.

Los programas de prevención de base científica son programas evaluados y revisados por expertos en el campo. Estos programas están basados en teorías científicas y la efectividad del proyecto se demuestra por medio de los resultados de evaluaciones que utilizan métodos de medición de indicadores de logro.

El Plan Estratégico para el Control de Drogas tiene la responsabilidad de asegurar que los programas de prevención comprueben que sus logros están

directamente relacionados a los esfuerzos del programa y no a eventos externos. La contabilización de actividades o número de individuos atendidos por un programa nos muestra el producto del proceso, pero no el logro preventivo del programa. Por lo tanto, el Plan Estratégico adopta la política de apoyar el desarrollo de programas que puedan demostrar su efectividad científicamente. Para esto, es necesario capacitar a los proveedores de servicios de prevención en cuanto al desarrollo, implantación y evaluación de programas basados en metodología científica y resultados medibles. Por ello, el Proyecto del Plan Estratégico incluye la implantación de estrategias dirigidas a lograr la capacitación de los proveedores de servicios de prevención, tanto públicos como privados.

Prevención con base de Fe

Se promueve que los programas de prevención fundamentados en principios religiosos, adopten e implementen el modelo de Factores de Riesgo y

¹⁶ CSAP, (2001). Guide to science bases practices.

Protección, así como la inclusión de indicadores que permitan la evaluación de su efectividad.

Los programas de prevención que se enfocan en factores de riesgo y protección y fomentan actividades que incluyen diversas estrategias de prevención tienen una alta probabilidad de ser exitosos.

El Rol de la Familia en la Prevención

La responsabilidad de criar a nuestros niños libres de drogas no recae solamente en las organizaciones gubernamentales y privadas. Los padres o encargados tienen una gran influencia sobre sus hijos. Las acciones y palabras que provienen del núcleo familiar proveen una guía para las decisiones que tomarán los niños y adolescentes en cuanto al uso o abuso de productos derivados del tabaco, alcohol y otras drogas. Los adultos que posponen el hablar con sus hijos sobre las drogas, permiten que los amigos de estos tengan mayor influencia en la decisión que sus hijos elijan tomar sobre el uso de drogas.

Los programas escolares, comunitarios y religiosos de naturaleza preventiva, aunque son esenciales, no pueden atender ni modificar por sí solos todos los ambientes o dominios de prevención. La prevención de uso de productos del tabaco, alcohol y otras drogas es mucho más efectiva cuando los padres, tutores y otros adultos significativos están envueltos en el proceso. El Plan Estratégico para el Control de Drogas va encaminado a proveer información y recursos a adultos que interactúan con la juventud para que puedan orientar y dirigir a estos a vivir un estilo de vida saludable.

Un ejemplo de programas efectivos es el de “mentores”, ya que ayudan a los jóvenes a enfrentar los riesgos que estos confrontan en el diario vivir. Mientras que la mentoría informal ocurre en jóvenes que están en constante contacto con adultos que los influyen positivamente, algunos jóvenes tienen pocos modelos a emular. Un programa formal de mentores puede ayudar a prevenir que los jóvenes en riesgo de uso de sustancias hagan uso de las mismas a través del desarrollo de una relación personal entre éstos y adultos responsables dispuestos a ayudar. Esta relación puede contribuir grandemente a reducir los factores de riesgo como el aislamiento social y la poca supervisión familiar.

Los programas de prevención enfocados en la familia utilizan una variedad de estrategias que mejoran las relaciones entre los niños y sus encargados. Estos

programas proveen un plan de adiestramiento formal basado en diferentes temas del desarrollo humano y social, adiestramiento en comunicación para reducir el conflicto familiar, al igual que proveen servicios de consejería a familias en riesgo.

Campañas Nacionales de Difusión Pública Antidrogas

Es importante reconocer que los medios de comunicación ejercen una poderosa influencia en la opinión de los jóvenes acerca de cualquier producto, por lo que una campaña bien dirigida a este grupo acerca de los peligros de las drogas se convierte en una poderosa herramienta de prevención para que éstos afirmen actitudes antidrogas y desistan de probar o consumir la mismas.

El uso de los medios de comunicación para la implantación de estrategias de diseminación de información diseñadas para educar a la juventud y promover que eliminen la falsa percepción de que el consumo de drogas es una práctica normal, orientar sobre los daños que el consumo de las sustancias le causan a su salud y sobre como los padres pueden intervenir en orientación con sus hijos y tratar el tema de las drogas, así como ayudarlos a identificar las señales que deben observar para detectar a tiempo el uso de alguna sustancia, es una herramienta útil en el campo preventivo.

El tabaquismo y el alcohol

La última encuesta que se administró entre los estudiantes escolares del país (Consulta Juvenil IV, 1998) indica que el uso de cigarrillos y el uso de alcohol aumenta a partir de los 10 años de edad, mientras que para el resto de las drogas (marihuana, inhalantes, cocaína, heroína y/o crack) aumenta a los 11 años. Muchos investigadores han observado la correlación estadística que existe entre el uso del tabaco y alcohol, y el uso de drogas ilegales. Casi todos los estudios longitudinales sobre el uso de drogas han señalado que la probabilidad de que los jóvenes que usan alcohol y productos del tabaco utilicen posteriormente drogas ilícitas experimentando en primer lugar con la marihuana, y posteriormente con el uso de otras drogas ilícitas, a medida que van creciendo¹⁷.

¹⁷NHSDA (1999). Tobacco Use in America, National Household Survey on Drug Abuse

El patrón de consumo de drogas es consistente en su mayor parte con actitudes y normas sociales y la disponibilidad de estas sustancias. Sin embargo, no podemos afirmar que el consumo de productos del tabaco y alcohol a edades tempranas sea la causa del consumo de drogas de drogas más adelante. Tampoco podemos afirmar que este orden progresivo de uso de sustancia lícitas a ilícitas sea siempre el mismo. Lo que sí afirman los estudios, concluyentemente, es que si un adolescente fuma o bebe alcohol aumenta probabilidad de que pruebe otras drogas. Consulta Juvenil IV nos muestra que entre los adolescentes que reportaron uso de cigarrillos, es 18 veces más probable que reportaran también uso de otras drogas. Entre los que informaron uso de alcohol, es 7.2 veces más probable que informaran también uso de otras drogas.

Los resultados de estos estudios resaltan la importancia de movilizar los esfuerzos de prevención que sean necesarios para evitar el uso de drogas legales, como el alcohol y los productos derivados del tabaco, entre los niños y adolescentes del país, especialmente la de aquellos que aún no han cumplido la edad legal requerida para comprarlos.

TEORIA DE LA PUERTA DE ENTRADA		
<ul style="list-style-type: none"> • Propone que el uso de alcohol y tabaco pueden conducir al joven al uso de drogas más dañinas. • Aunque no se ha corroborado una relación causal, en E.U. y P.R. los estudios han comprobado que es mucho más probable que un joven que ha utilizado drogas “suaves” utilice posteriormente drogas más fuertes. • Estudios en E.U. señalan que un joven que usa marihuana es 85 veces más probable que use la cocaína. 	Resultados Consulta Juvenil IV	
	Si usa Alcohol	Es 22.6 veces más probable que use marihuana .
	Si usa Cigarrillos	Es 41.9 veces más probable que use marihuana .
	Si usa Cigarrillos	Es 17.8 veces más probable que use otras drogas .
	Si usa Alcohol	Es 7.2 veces más probable que use otras drogas .
	Si usa Marihuana	Es 15.3 veces más probable que use esteroides .

ÁREA DE TRATAMIENTO

“¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio”.

Albert Einstein

Introducción

Asumir que el usuario o el adicto a sustancias pueden dejar de usar drogas utilizando su fuerza de voluntad es una premisa errónea. Si bien casi todas las personas con trastornos adictivos, piensan al principio que puede dejar de usar drogas por sí mismos, cuando así lo decidan, la inmensa mayoría que lo intentan, fracasan en lograr la abstinencia y mantenerla.

Las investigaciones en el campo han demostrado que el uso de drogas por un término de tiempo prolongado produce cambios significativos en las funciones cerebrales que persisten aún después de que la persona deja de usar drogas. Estos cambios en las funciones cerebrales inducidos por el uso prolongado de sustancias pueden producir cambios en conducta, entre los cuales está la compulsión patológica hacia el uso de la sustancia, a pesar de las consecuencias adversas contingentes a su uso que ya el paciente ha vivido, experimentado e identificado. Esta compulsión incontrolable hacia el uso de la sustancia es precisamente una de las características que define la esencia de los trastornos relacionados a sustancias.¹⁸

Para que la persona usuaria o adicta a sustancias pueda manejar, tolerar, reducir y eliminar, en este orden, su deseo compulsivo de uso de drogas, es necesario que reciba servicios de tratamiento. Los resultados de las investigaciones han comprobado que aún las personas con los trastornos adictivos más severos pueden participar activamente en su tratamiento y que esta participación es esencial para lograr su rehabilitación.

El tratamiento científico para la adicción a sustancias es – sin lugar a dudas - una de las maneras más costo efectivas de reducir el consumo de drogas, romper el ciclo de drogas/crimen en el que quedan muchos atrapados por su necesidad de cubrir los costos de su adicción, así como de mejorar la salud de los usuarios de sustancias, reducir la transmisión de

enfermedades infectocontagiosas, del HIV/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Con tratamiento, las personas con trastorno de uso o dependencia a sustancias pueden dejar de usar drogas, emplearse y convertirse en miembros productivos de nuestra sociedad.

La adicción a drogas es similar a muchas otras enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y la diabetes, las cuales demandan del paciente un cambio permanente en conducta.

Para que este cambio permanente en conducta ocurra en las personas drogodependientes es mandatorio que el tratamiento esté disponible, sea accesible, individualizado, comprensivo y efectivo.

Las intervenciones de tratamiento para la adicción además de tener que ser comprensivas e individualizadas, también tienen que estar fundamentadas en modelos de intervención de comprobada efectividad. Expertos en la materia aseguran que los mejores programas de tratamiento proveen una combinación de terapias y de otros servicios que llenan las necesidades particulares de cada paciente, según sea su edad, género, estado civil, raza, condición de salud física, orientación sexual, situación laboral y de vivienda, y si ha sido víctima de hostigamiento, abuso o maltrato físico o sexual.

La medicación del paciente con antidepresivos, estabilizadores del ánimo, neurolépticos o antagonistas a opiáceos puede ser extremadamente necesaria para asegurar la efectividad del tratamiento, ya sea por la cronicidad o severidad de la adicción o la co-ocurrencia de otros trastornos mentales tales como: los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos bipolares y la psicosis, entre otros.

Las personas progresan a través de su proceso de tratamiento a diferentes ritmos, no existe un tiempo de duración de tratamiento predeterminado. Sin embargo, los resultados de las investigaciones apuntan hacia que la efectividad del tratamiento correlaciona con la adecuación de la duración del mismo. En términos generales, una estadía en tratamiento menor de 90 días en un programa de

¹⁸ Para más información favor de referirse a la sección “Naturaleza de la Adicción” del Volumen: Fundamentos del Plan Estratégico I, el cual describe la naturaleza y curso de esta enfermedad.

tratamiento residencial o ambulatorio, es de limitada o ninguna efectividad. Para el tratamiento con Metadona, doce (12) meses de tratamiento es el mínimo indicado, y algunos pacientes necesitan beneficiarse de esta modalidad de tratamiento por un período de varios años o indefinidamente.

El éxito del tratamiento también depende de la capacidad del programa para retener al paciente en tratamiento el tiempo que sea necesario para que éste pueda recibir el máximo beneficio que le puede proveer el programa. Por lo tanto el uso de estrategias dirigidas a mantener activo al paciente en tratamiento es crítico, así como también es igualmente crítico el asegurar que el paciente pueda moverse dentro del continuo de servicios de tratamiento, de una alternativa más restrictiva a una menos restrictiva, según su progreso lo permita, sin que ello resulte en el abandono prematuro del paciente de los servicios.

Por último, es imprescindible que los profesionales y programas de tratamiento dominen el repertorio de los modelos de intervención científicamente fundamentados y que tengan la capacidad para seleccionar de entre éstos el que más se ajusta al perfil de funcionamiento y de necesidades de la persona usuaria de drogas o con trastornos relacionados a sustancias.

Estándares Generales para el Tratamiento a Sustancias

Los investigadores en el campo de la adicción, consistentemente han identificado una serie de principios que deben ser observados para garantizar la efectividad del tratamiento. Estos principios, según publicados por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse, NIDA), son los siguientes:

1. No hay un tratamiento único apropiado para todas las personas.

Para que el tratamiento sea efectivo, es crítico ubicar al paciente en la modalidad de tratamiento más adecuada y ofrecer los servicios e intervenciones, de acuerdo a la personalidad, trasfondo, condición mental, severidad de la adicción, problemas y necesidades de cada persona en particular.

Es por tanto, esencial, que el primer paso en el proceso de tratamiento de una persona con un

trastorno de uso o abuso de sustancias, sea la prestación de servicios de evaluación, la cual tendrá que ser comprensiva, para que se pueda determinar la naturaleza y severidad del trastorno adictivo y la modalidad de tratamiento más apropiada para todas sus necesidades.

2. La disponibilidad de tratamiento debe estar fácilmente accesible.

Los pacientes drogodependientes en muchas ocasiones están indecisos y ambivalentes de ingresar a un programa de tratamiento, por lo tanto, candidatos potenciales a tratamiento pueden perderse si los programas de tratamiento no están disponibles o no son fácilmente accesibles.

3. Un tratamiento efectivo atiende las necesidades múltiples de las personas con trastornos de uso y abuso de sustancias y no únicamente su uso de drogas.

Un paciente puede requerir una combinación de servicios y métodos de tratamiento durante su proceso de recuperación. Además de psicoterapia o consejería, el paciente puede requerir medicación, otros servicios médicos, terapia de familia, orientaciones sobre paternidad o maternidad responsable, rehabilitación vocacional, servicios legales y sociales, entre otros.

4. Toda persona en tratamiento para la adicción, requiere que se le confeccione un plan individualizado de tratamiento que deberá ser periódicamente re-evaluado, revisado y modificado para asegurar que el plan contemple las necesidades cambiantes de la persona en recuperación.

Una persona usuaria o adicta a drogas por lo general requiere de una combinación de servicios que varían durante el curso de su tratamiento y proceso de recuperación. Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de la persona usuaria o adicta a drogas.

5. Para que el tratamiento a sustancias sea efectivo es crítico el lograr la permanencia de la persona en tratamiento por un período adecuado de tiempo.

Es una realidad que muchos pacientes abandonan el tratamiento prematuramente. Por ello, es

importante que los programas de tratamiento incluyan estrategias para estimular y mantener a los pacientes en tratamiento. La investigación científica señala que en la mayoría de los casos se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento.

6. La consejería individual y grupal y otras modalidades de terapia conductual son componentes efectivos en el tratamiento para la adicción a sustancias.

En terapia y a través del uso de técnicas conductuales, los pacientes trabajan aspectos relacionados con la motivación, el desarrollo de destrezas para rechazar el uso de drogas, el aprendizaje de actividades reforzantes o sustitutivas del uso de drogas, desarrollan destrezas de relaciones interpersonales y fortalecen su capacidad para funcionar en la familia y la comunidad.

7. La medicación es un elemento importante de tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combinan con consejería y otras terapias conductuales.

La farmacoterapia es clínicamente indicada en el caso de algunas personas con trastornos de uso o abuso de sustancias. Medicamentos tales como la Metadona, LAAM, Naltrexona, Bupropión (en el caso de las personas adictas a la nicotina) y otros medicamentos psicotrópicos para el manejo de síntomas y signos de pacientes con trastornos duales, pueden aumentar la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas.

8. Pacientes con abuso de sustancias o drogodependientes que presenten adicionalmente trastornos mentales, deben ser tratados de forma integrada.

La investigación en el campo de las adicciones cada vez ofrece mayor información acerca de la co-morbilidad de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. En tales situaciones, el tratamiento de la persona debe ser holístico.

9. La desintoxicación médica es únicamente la primera etapa del tratamiento de la adicción de algunas drogas y por sí sola es de poco valor para cambiar el uso de drogas a largo plazo.

La desintoxicación médica maneja los síntomas físicos agudos del síndrome de abstinencia presentes cuando se deja de usar algunas drogas. Rara vez, por sí misma, es suficiente para ayudar a las personas adictas a lograr abstinencia a largo plazo, aunque para muchas es un fuerte precursor indicado para el tratamiento efectivo de la adicción.

10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.

La voluntariedad no es un factor determinante para el éxito del tratamiento. Lejos de ello, las estadísticas de servicio comprueban que los pacientes que ingresan a tratamiento involuntariamente al ser referidos por el sistema judicial tienen un por ciento más alto de retención en tratamiento: esto es, en comparación con los pacientes que ingresan voluntariamente, un número mayor de pacientes referidos a servicios por sistema judicial se mantienen en tratamiento hasta completar exitosamente el mismo. Las estadísticas de servicio también son sugestivas de que a mayor supervisión judicial, siempre que ésta esté fundamentada en un enfoque de justicia terapéutica, mayores probabilidades hay de que el paciente se rehabilite.

Estos enfoques combinados de tratamiento para la adicción a sustancias e intervención judicial incrementan significativamente los porcentajes de los ofensores de delitos no violentos que se mantienen en los programas de tratamiento para la drogadicción, así como ayudan a estos a romper con el ciclo de drogas y crimen en el cual quedaron atrapados.

En Puerto Rico, las Cortes de Drogas ejemplifica como los sistemas judiciales y de tratamiento a sustancias, al funcionar integrados y colaborativamente, son capaces de propender, monitorear y mejorar la retención y la rehabilitación de los adictos/ofensores fuera del sistema carcelario.

11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.

Debido a la tendencia a la recaída, los programas de tratamiento deben tener programas de detección del uso de sustancias, de forma tal, que el paciente sea monitoreado continuamente durante su proceso de tratamiento. El procedimiento de someter a las personas en tratamiento a pruebas de laboratorio de toxicología, periódica y sorpresivamente, puede influir en las decisiones de éste a la hora de tener que resistirse al uso de drogas. Así también, en el caso de ocurrir una recaída, los resultados toxicológicos le proveen al terapeuta, al equipo multi o interdisciplinario y/o al consejero en adicción, evidencia temprana de que hay que realizar ajustes en el plan de tratamiento de la persona, para asegurar la efectividad del mismo.

Un resultado toxicológico positivo puede también servir como mecanismo de retroalimentación para que la persona aprenda a conocer la dinámica de su propia recaída y a aprender a manejar la misma más efectivamente. En este tipo de terapia, denominada como “Prevención de recaídas”, el terapeuta busca identificar junto a la persona en tratamiento los “disparadores individuales”, que son aquellas situaciones, eventos, personas, lugares, pensamientos y actividades que estimulan la necesidad de drogas. Una vez identificados los estímulos que promueven la recaída del paciente, terapeuta y paciente buscan diseñar y establecer estrategias para lidiar con ellas.

12. Los programas de tratamiento deben de proveer servicios de evaluación para HIV/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y/o de transmisión sexual, así como consejería a los pacientes para modificar o cambiar conductas que los ponen a ellos y a otros, en riesgo de infección. La terapia puede ayudar a las personas usuarias o adictas a sustancias a evitar comportamiento de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.
13. La recuperación de una persona con un trastorno de uso o abuso de sustancias suele ser un proceso a largo plazo, que frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Al igual que otras enfermedades crónicas, las recaídas pueden ocurrir durante o después de episodios de tratamiento exitosos. Los pacientes drogodependientes pueden requerir tratamientos

prolongados o múltiples episodios de tratamiento para alcanzar la abstinencia a largo término y restaurar su funcionamiento. La participación en grupos de apoyo y de autoayuda es útil para mantener la abstinencia.

Evaluación y Tratamiento Comprensivo

Uno de los principios previamente enunciados para un tratamiento efectivo es que los mismos tienen que ser comprensivos. Esto significa que la persona con un trastorno de uso o abuso a sustancias no sólo debe recibir tratamiento específico para su trastorno adictivo, sino también, todos los servicios adicionales que sean necesarios para resolver sus problemas en las áreas de salud, vivienda, educativa, laboral, legal, financiera, psicológica y social.

Evaluación Inicial

Para que el tratamiento a sustancias sea uno comprensivo, la evaluación inicial de la persona usuaria o adicta a sustancias tiene que ser igual de comprensiva. La misma debe ser capaz de identificar las necesidades de servicio de la persona usuaria o con un trastorno adictivo a sustancias en todas las áreas de funcionamiento. Específicamente la evaluación inicial comprensiva debe establecer:

1. Una impresión diagnóstica multiaxial sobre la naturaleza y severidad del trastorno adictivo siguiendo generalmente los criterios establecidos por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales vigente de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).
2. Una determinación de si existen otros trastornos inducidos por drogas, tales como: Intoxicación, Síndrome de Retirada y/o Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Drogas.
3. Una determinación sobre la presencia o ausencia de otros trastornos mentales.
4. Un banco de información acerca de aspectos importantes de la realidad personal y psicosocial del usuario de drogas que propician o perpetúan la dinámica del consumo de sustancias, tales como, rasgos inadaptativos de personalidad, estresores psicosociales, deficiencia de destrezas cognoscitivas y vocacionales y otros.

5. Identificación de las fortalezas y recursos de apoyo al tratamiento disponibles, que puedan ser incorporadas, estratégicamente, al plan de tratamiento individualizado del paciente.
6. Una determinación de la modalidad de tratamiento clínicamente indicada, de acuerdo a las necesidades del paciente.
7. Diseño preliminar de un plan de tratamiento individualizado que presentará variantes según lo particular de cada caso y la modalidad de tratamiento clínicamente indicada seleccionada.

Para que la evaluación inicial de la persona con trastornos de uso o abuso de sustancias, pueda lograr hacer las anteriores determinaciones, la misma debe de ser inter o multidisciplinaria e incluir, como mínimo, los siguientes servicios:

1. Examen médico – el cual incluye la administración de pruebas de laboratorios clínicos y toxicológicos.
2. Evaluación psicosocial – la cual evaluará el funcionamiento psico-social del paciente en todas las áreas: intelectual, emocional, educativo, laboral, familiar, social, legal, religioso, económico y adictivo.
3. Evaluación social – explorará la situación social del paciente, evaluando factores de naturaleza socioeconómica, tales como su elegibilidad para servicios de salud pública y otros beneficios sociales tales como vivienda, asistencia nutricional, desempleo, asistencia para empleo o para su educación académica o vocacional.
4. La evaluación psiquiátrica del paciente, aunque deseable, sólo es mandatoria cuando los síntomas y signos del paciente son sugestivos de que en adición a su trastorno adictivo, la persona padece de otros trastornos mentales.

Servicios de Tratamiento para la Adicción

Una vez se tengan los resultados del proceso evaluativo y se hayan formulado todas las determinaciones relativas a la naturaleza y severidad del trastorno adictivo, sus manifestaciones y causales reforzantes del comportamiento, el referimiento e ingreso inmediato del paciente a la modalidad de tratamiento clínicamente indicada es crítico. Ello por la ambivalencia y resistencia a tratamiento que generalmente acompaña el interés del paciente por

rehabilitarse. Las limitaciones de acceso a los servicios de tratamiento son por lo general responsables del hecho de que un alto por ciento de los pacientes que solicitan servicios, luego de ser evaluados, no ingresan a tratamiento.

Por otra parte, la rehabilitación de aquellos que si llegan a ingresar a tratamiento depende en gran medida de que el programa de tratamiento al que ingresen, les provea toda la gama de servicios terapéuticos que en cada caso en particular sean necesarios para ayudarlos a manejar su enfermedad. Entre estos servicios están los siguientes:

1. Terapia individual - Los objetivos de la terapia individual son:
 - Identificar y tratar conflictos psicológicos.
 - Estimular la motivación y el compromiso del paciente con la recuperación.
 - Trabajar con las circunstancias que impiden la abstinencia o el mantenimiento de ésta para prevenir o manejar recaídas.
 - Ayudar a normalizar ámbitos importantes del funcionamiento psico-social que están alterados o afectados.
 - Analizar creencias o sentimientos que puedan ser inadaptativos y productores de inestabilidad emocional y ayudar al paciente a desarrollar las destrezas para manejarlos apropiadamente.
 - Atender trastornos emocionales que produzcan inestabilidad o dolor emocional.
 - Adiestrar en el uso de las destrezas de toma decisiones, manejo de emociones, de estrés, de comunicación y de relaciones interpersonales.
2. Terapia grupal - Los objetivos de la terapia grupal son:
 - Combatir la frecuente actitud de ambivalencia y resistencia a tratamiento.
 - Propiciar el desarrollo de un sistema de apoyo grupal o de pares para inducir el compromiso a tratamiento y estimular o mantener la abstinencia de drogas.

- Modificar creencias, actitudes y conductas a través de las aportaciones del grupo y del terapeuta.
 - Identificar conductas de riesgo y aprender destrezas de prevención de recaídas.
 - Ofrecer orientaciones didácticas e interactivas acerca de los trastornos relacionados a sustancias, las drogas y sus efectos, enfermedades asociadas y sexualidad.
 - Fortalecer las áreas de funcionamiento grupal deficientes tales como relaciones interpersonales, destrezas de comunicación y toma de decisiones.
 - Propiciar el compartir y ventilar sentimientos y dudas.
 - Propiciar el análisis crítico y discusión de la normativa asociada a ambientes marginales para un readiestramiento o reinserción social.
3. Terapia de familia y reuniones multi-familiares - Los objetivos de este servicio son:
- Permitir la ventilación de sentimientos y dudas de los diferentes miembros del núcleo familiar.
 - Modificar roles inadecuados.
 - Discutir dificultades y obstáculos durante el proceso de recuperación del participante y proveerle a la familia herramientas de manejo.
 - Reforzar los vínculos de apoyo.
 - Resolución de conflictos familiares significativos.
 - Obtener información de evolución, cambios y progreso del proceso de recuperación.
 - Estimular la participación e integración de colaterales significativos en el proceso de recuperación del paciente.
4. Consejería básica en abuso de sustancias: Este servicio incluye consejería psicológica, psiquiátrica y de familia, ofrecida por personas calificadas en virtud de educación, experiencia y/o adiestramiento. El entrenamiento y capacitación de este profesional es parte importante para el éxito del programa de tratamiento.
5. Terapia Farmacológica -Uso de psicofármacos y medicamentos cuando exista indicación médica, como por ejemplo:
- para pacientes con síntomas o trastornos de salud mental
 - HIV seropositivos
 - Hepatitis B o C
6. Supervisión toxicológica – Consiste en la administración de pruebas de orinas periódicas no anunciadas para análisis toxicológico para constatar abstinencia y cumplimiento con el plan de tratamiento.
7. Servicios relacionados al tratamiento – Además de los servicios específicamente dirigidos a atender la drogodependencia del paciente, se debe poner a disposición de éste todos aquellos servicios que sean necesarios para su rehabilitación, según sean identificadas sus necesidades en la evaluación comprensiva inicial. Estos servicios pueden ser uno o más de los siguientes:
- Motivación, referido y facilitación de acceso a programas académicos, vocacionales y destrezas de empleo.
 - Cuidado médico primario y preventivo.
 - Cernimiento para enfermedades infecciosas a su ingreso al programa de tratamiento y en intervalos periódicos (Hepatitis, HIV/SIDA, Tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual).
 - Servicios de enlace o contacto: Facilitación de contactos con diferentes servicios, ya sean estos legales, sociales, académicos, vocacionales, de salud, o cualquier otro.
 - Actividades sociales y atléticas.
 - Educación general sobre la salud: Información sobre nutrición, educación sobre sexualidad y planificación familiar, consejería sobre HIV/SIDA y otras enfermedades infectocontagiosas.

- Alternativas de Vivienda: Para pacientes sin hogar o para aquellos que viven bajo situaciones o en medio-ambientes que ayudan a mantener el estilo de vida adictivo.
 - Consejería vocacional y educativa, frecuentemente disponible mediante enlaces con programas especializados.
 - Consejería espiritual.
8. Grupos de apoyo - La efectividad del tratamiento puede ser incrementada propiciando la participación del paciente en diferentes grupos de apoyo, según sea su necesidad. Estos servicios son especialmente útiles para pacientes con HIV/SIDA o para aquellos pacientes que han sido víctimas de maltrato conyugal o abuso sexual.
9. Manejo de casos - Los servicios de manejo de caso son necesarios para hacer las coordinaciones externas y enlaces con las agencias gubernamentales y no gubernamentales que pueden ofrecerle al paciente otros servicios necesarios para su rehabilitación, los cuales puedan no estar disponibles en el programa de tratamiento donde la persona está ingresada.

Los servicios de manejo de casos son también críticos cuando al alta del paciente de una modalidad de tratamiento, éste necesita ingresar a un próximo nivel de cuidado. En estos casos la función del manejador de casos es el referimiento del cliente al programa de tratamiento clínicamente indicado y el desarrollo de todas las actividades de seguimiento o intervención en inducción que sean necesarias para asegurar que éste ingrese al próximo nivel de cuidado.

10. Servicios de monitoría y seguimiento de progreso – Estos servicios incluyen la revisión periódica del plan de tratamiento del paciente para evaluar su progreso en base a los objetivos trazados; así como el rediseño de estrategias en base a las dificultades encontradas. Para el ofrecimiento de estos servicios el desarrollo de las siguientes actividades es importante:
- Documentación de hallazgos clínicos e intervenciones terapéuticas. Esta actividad facilita la supervisión clínica del paciente.

- Evaluación de resultados. - Esta actividad es esencial para el monitoreo y mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofrecen y para determinar la necesidad de adicionar otros servicios, no incluidos en el Plan de Tratamiento inicial.
- Referimiento del paciente a programas de post cuidado y apoyo, cuando necesario, tales como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Modalidades de Tratamiento

Respecto a las modalidades de tratamiento, la norma aceptada es que el paciente debe ser atendido en el nivel cuidado menos restrictivo posible de acuerdo a la naturaleza y severidad de su problemática adictiva, a los síntomas que presenta, la red de apoyo disponible y los requerimientos de supervisión y seguridad. La meta ulterior del tratamiento es lograr la rehabilitación del paciente y la restauración al nivel óptimo del funcionamiento de la persona con trastornos por uso de sustancias.

En aquellos casos donde no exista o no esté disponible el nivel de cuidado indicado se recomienda el próximo mayor nivel de cuidado que sea clínicamente necesario, en orden a proveer un tratamiento seguro y efectivo.

A continuación enumeramos y explicamos las modalidades de tratamiento para la adicción a sustancias y los criterios de necesidad clínica que les corresponden:

1. Programas Internos o en un Ambiente Controlado

- a. **Desintoxicación Hospitalaria:** En esta modalidad de tratamiento se prestan servicios internos de desintoxicación a personas con Síndrome de Retirada Moderado o Severo dentro de un escenario hospitalario. Generalmente se ofrecen en unidades psiquiátricas hospitalarias, pero también pueden ser ofrecidas en unidades médico quirúrgicas hospitalarias por motivos de seguridad contra posibles complicaciones de naturaleza clínica o por la falta de disponibilidad de servicios en otro sitio. Los servicios se proveen mediante un programa médico/clínico estructurado siguiendo un

conjunto de políticas y procedimientos, conocidos como protocolos de desintoxicación. Esta modalidad de servicios es clínicamente indicada en aquellas situaciones en las que el paciente presenta signos y síntomas de retirada suficientemente severos como para requerir un cuidado bajo supervisión de 24 horas. Por lo general, la duración del tratamiento en esta modalidad no debe ser menor de cinco (5) días consecutivos.

- b. **Desintoxicación Residencial:** En esta modalidad de tratamiento se ofrecen servicios residenciales a pacientes intoxicados en alto riesgo de recaída y/o sufriendo un síndrome de retirada que requirieren de un ambiente terapéutico altamente estructurado y con supervisión clínica continua, las 24 horas al día. Los servicios son prestados por un equipo médico/clínico adecuadamente entrenado en los procesos de desintoxicación asistida con el uso de fármacos. Todos los programas a este nivel deben tener establecidos protocolos clínicos para determinar cuando los pacientes necesitan servicios médicos más allá de la capacidad de la facilidad y sepan cuando transferir al paciente a un nivel de cuidado más apropiado. La duración del proceso de desintoxicación en esta modalidad, por lo general, no debe ser menor de cinco (5) días consecutivos.
- c. **Estabilización Interna:** Esta modalidad es clínicamente indicada en aquellas situaciones en la que luego de evaluar multidisciplinariamente al paciente, se le diagnóstica un trastorno de dependencia a opiáceos, una pobre prognosis de recuperación, unido al haber estado consumiendo esta sustancia por un año o más, entre otros criterios, y se determina que la modalidad de tratamiento más indicada es la de tratamiento de mantenimiento con Metadona. En tales casos, el primer paso hacia la recuperación del paciente, no puede ser la desintoxicación a sustancias, sino la estabilización del paciente¹⁹. Esta modalidad de servicios, persigue aliviar los síntomas de retirada, reducir el deseo urgente del uso de opiáceos y normalizar el balance bioquímico del cuerpo y las funciones fisiológicas.

¹⁹ La estabilización se logra mediante la administración de Metadona o LAAM en la dosis que sea médicamente indicada.

- d. **Tratamiento Hospitalario Interno:** Esta modalidad de tratamiento puede ser localizada en hospitales o en centros especializados en dependencia química. Modelos correspondientes a esta categoría son los Tratamientos tipo Hazelden o el Modelo de Minnesota. La meta de esta modalidad de tratamiento es la abstinencia de alcohol y drogas (Institute of Medicine, 1990). Estos modelos suelen utilizar una variedad de técnicas y estrategias terapéuticas incluyendo el modelo de los 12 pasos de AA y otros programas de autoayuda así como terapia individual, de grupo, de educación sobre drogas y manejo de condiciones médicas. No obstante, estos programas no incluyen un seguimiento a largo plazo de post-cuidado como es pertinente para estas condiciones especialmente con paciente dependiente a heroína.

Estos programas son más apropiados para personas con doble diagnóstico que además de su trastorno relacionado a sustancias presentan un cuadro de trastornos psiquiátricos concomitantes, ideación o potencial de conducta suicida, así como para aquellos pacientes con dependencia a múltiples sustancias, entre las cuales puede estar el alcohol, o con serias complicaciones médicas.

Básicamente este modelo provee servicios de tratamiento comprensivos en un régimen interno que provee constante apoyo durante las etapas tempranas de la sobriedad, en el caso de las personas con un cuadro agudo de dependencia al alcohol y otras drogas y supervisión cercana para prevenir recaídas y emergencias médicas. Suele contar con un equipo multidisciplinario que está capacitado para ofrecer una variedad de servicios (Doweiko, 1990).

En Puerto Rico, no está disponible este tipo de modalidad de tratamiento por ser una de las más costosas, con excepción de los servicios que se ubican en el Centro de Emergencias en Alcoholismo de ASSMCA, único en su clase, situado en el Centro Médico de Río Piedras.

- e. **Tratamiento Residencial:** En esta modalidad se ubican los programas de tratamiento de tipo interno para los trastornos relacionados al uso de sustancias los cuales se ofrecen en un ambiente terapéutico altamente estructurado.

Esta modalidad de tratamiento tradicionalmente ha sido considerada como más apropiada para usuarios fuertes de drogas con una alta probabilidad de recaer en el uso de sustancias si no tienen supervisión estrecha en un ambiente de apoyo. Generalmente sus participantes se caracterizan por tener problemas de ajuste social a responsabilidades convencionales familiares y ocupacionales debido a su compulsividad en la búsqueda del uso de drogas. El período de estadía típico oscila entre los seis (6) y doce (12) meses, pero hay programas que establecen un período de estadía de 2 años. Estudios longitudinales indican que a mayor período de permanencia en el programa, mayor es la probabilidad de alcanzar las metas terapéuticas. (ONDCP, 1990).

Las metas fundamentales de este tipo modalidad de tratamiento es: 1) la habilitación o rehabilitación del individuo en su totalidad, 2) el cambio de patrones negativos de pensamiento, sentimientos y conductas que predisponen al uso de drogas, y 3) el desarrollo de estilo de vida libre de drogas.

En Puerto Rico, la mayoría de los programas de tratamiento para la adicción a drogas de tipo residencial utilizan el modelo de servicios de Comunidad Terapéutica modificado. Este modelo, el cual ha existido por los pasados 40 años, se diferencia principalmente de otros enfoques de tratamiento en su uso de la “comunidad” como el agente de cambio más importante, dentro de la cual el staff de tratamiento, y la clientela en recuperación interactúan de forma estructurada y no estructurada para influenciar las actitudes, percepciones y las conductas relacionadas o asociadas con el uso de drogas.

Las “Comunidades Terapéuticas” usan un modelo de intervención jerárquico, dividido en etapas de tratamiento, en las cuales progresivamente, se incrementan los niveles de responsabilidad individual y social. La influencia de pares, introducida a través de diferentes procesos grupales, se usa como herramienta para que los residentes aprendan y asimilen valores y destrezas sociales. Las normas de conducta son explícitas y se enfatiza y premia por el cumplimiento de las mismas a través de la concesión de mayores

“privilegios”, ello para desarrollar mayor auto-control y responsabilidad.

Las “Comunidades Terapéuticas” han evolucionado a través del tiempo para convertirse en modelos de tratamiento para una variedad de pacientes, y el modelo ha sido adaptado por un sinnúmero de organizaciones profesionales.

El modelo principalmente en uso en Puerto Rico en programas residenciales es una adaptación de la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Eric Erikson al Modelo de Comunidad Terapéutica.

El marco conceptual teórico de esta adaptación del modelo postula que el adicto a drogas es un enfermo que no ha resuelto adecuadamente los conflictos básicos en la formación de su carácter, lo que le crea un desorden de personalidad que le impide funcionar y adaptarse socialmente. Se fundamentan en la teoría de Erick Erickson, que concibe el desarrollo del ser humano pasando por ocho etapas de crecimiento a lo largo de su vida. A su paso exitoso por estas etapas del desarrollo, postula el Dr. Erickson, la persona va desarrollando las ocho capacidades de su carácter: Confianza, Autonomía, Iniciativa, Industriosidad, Identidad, Compromiso, Generatividad y Trascendencia. Por ello, bajo este modelo, el programa de tratamiento está dividido por fases de progreso, sobre las que el participante progresa al ritmo en que va desarrollando o fortaleciendo las capacidades de su carácter.

En la medida que el participante pasa por las diferentes etapas de su tratamiento se le asignan mayores responsabilidades y se le provee mayor libertad de movimiento. Las sesiones de grupo suelen ser de carácter confrontativo y se centran en estimular la actitud abierta y honesta en el participante. También se pone énfasis en estimular destrezas vocacionales y sociales.

Debido a que en muchos de estos programas se prohíbe el uso de medicamentos psicotrópicos y se suele usar la confrontación como método de “intervención terapéutica”, esta modalidad de tratamiento no está indicada para pacientes con psicopatología o daño

neurológico o severos problemas de autoestima.

Existen también otros programas de comunidades terapéuticas modificadas, con una estadía a **corto plazo** de un promedio de tres (3) a (6) meses de duración, cuyo objetivo primario es ayudar al participante a alcanzar un estilo libre de drogas, poniendo menos énfasis en la resocialización. Este modelo es apropiado para personas que cuentan con un medio de apoyo familiar y social estable (Singer, 1992).

Las comunidades terapéuticas de estadía intermedia de seis (6) a nueve (9) meses tienen como objetivo primario ayudar a los residentes a alcanzar estilos de vida libre de drogas y a adquirir destrezas prácticas de vida. Es más apropiado para personas con un pobre sistema de apoyo.

Las comunidades terapéuticas para adolescentes y jóvenes, deben adaptarse a las características de esta población e incorporar medidas de mayor supervisión para prevenir conductas antisociales o negativas. Requieren un uso mayor de actividades recreacionales y de utilización adecuada del tiempo libre para prevenir el ocio, la tendencia al aburrimiento, mayor involucramiento de la familia y mayor cantidad de personal en relación al censo de participantes y separación de jóvenes por género así como limitar el volumen de participantes por programa (Muller, Arbiter & Glider, 1991).

El objetivo de las comunidades terapéuticas en el sistema correccional se centraliza más en el proceso de socialización, formación de valores positivos, la educación académica o vocacional y en tratar de extinguir la conducta de asimilación de los participantes a la cultura de la droga. En el caso de personas con trastornos relacionados al uso de sustancias que presentan un historial delictivo relacionado a su trastorno, las evaluaciones de las comunidades terapéuticas indican que es más costo efectivo que las prisiones. En los casos de pacientes con historial delictivo admitidos a estos programas, para que el tratamiento culmine en la rehabilitación del paciente, es esencial el referido a servicios transicionales, contingente al alta del paciente de este tipo de programa.

En Puerto Rico la gran mayoría de los programas residenciales que utilizan un modelo de intervención de comunidad terapéutica están dirigidos por organizaciones comunitarias de base de fe.

2. Programas comunitarios religiosos o de base de fe.

Los programas comunitarios religiosos o de base de fe, han atendido a personas con problemas de adicción a drogas. Es necesario que estos recopilen data que permita evaluar la efectividad del programa.

Es parte de la política pública promover el fortalecimiento de estas entidades para que sigan sirviendo como un recurso disponible para atender el problema de las drogas y sus consecuencias sociales.

3. Programas Ambulatorios

- a. **Desintoxicación Ambulatoria de Monitoría Extendida:** En esta modalidad están contenidos los programas de servicio de desintoxicación a sustancias indicado para personas cuya sintomatología no sea aguda, que no presentan complicaciones biomédicas mayores, pero que sí presentan un cuadro de complicaciones emocionales y/o de conducta, con un riesgo de leve a moderado a la recaída. Los mismos pueden ser ofrecidos en una oficina médica, una facilidad de cuidado de salud o una facilidad de atención a pacientes con trastornos relacionados al uso de sustancias. Los servicios son ofrecidos por profesionales de la salud, que siguiendo un protocolo médico-clínico, proveen servicios de evaluación, desintoxicación médicamente supervisada y servicios de referido al próximo nivel de cuidado. Enfermeras licenciadas y credencializadas (R.N., L.P.N.) monitorean diariamente a los pacientes durante un período que por lo general dura de seis a ocho horas. Los objetivos principales de este servicio es ayudar al paciente intoxicado a alcanzar una segura y confortable retirada de drogas psicoactivas y facilitar y promover la transición del paciente al próximo nivel de cuidado dentro del continuo de servicios de tratamiento y recuperación.

b. **Desintoxicación Ambulatoria:** Esta modalidad de servicios de desintoxicación puede ser ofrecida en una oficina médica, en una facilidad de cuidado de salud o de atención a personas con trastornos relacionados a sustancias o en la casa del paciente. Un médico cualificado provee servicios de desintoxicación médicamente supervisado mediante sesiones programadas regularmente, que deben seguir políticas y procedimientos específicos o protocolos médicos.

c. **Programas Ambulatorios:** Esta modalidad de servicios de tratamiento para la adicción, no interna, es clínicamente indicada para pacientes cuya condición biomédica y emocional es estable, y que poseen suficientes controles internos y apoyo familiar como para mantener su abstinencia en el uso de drogas. La frecuencia promedio de esta modalidad es de una a dos intervenciones semanales de una hora de duración cada una, ya sea la intervención de índole grupal y/o individual.

d. **Programas de Mantenimiento con Agonistas a Opiáceos:** Esta modalidad de tratamiento, de tipo ambulatoria, es clínicamente indicada en la situación de pacientes con un trastorno de dependencia crónica a opiáceos, que por lo general, han evidenciado no responder a ninguna otra modalidad de tratamiento por su necesidad continua de consumir estas drogas o en la situación de mujeres adictas a opiáceos que están embarazadas.

Este tipo de programa de tratamiento fue desarrollado en el 1964, cuando la necesidad de contar con alternativas de tratamiento efectivas en reducir los costos de salud y de los delitos relacionados al uso de drogas, promovió el financiamiento de un proyecto investigativo en los Estados Unidos bajo el liderazgo del Dr. Vicent Dole y Nyswander, dirigido a determinar la viabilidad de medicalizar la adicción a opiáceos. El resultado de las investigaciones fue concluyente en demostrar la efectividad de la metadona como droga de mantenimiento.

Los hallazgos de las investigaciones, a lo largo de tres décadas, han demostrado que cuando la metadona se toma diariamente en dosis adecuadas, según prescritas:

- Se elimina la euforia y los síntomas de retirada de los opiáceos.
- Se disminuye efectivamente el deseo compulsivo de la heroína, uno de los factores responsables de las recaídas de los adictos.
- Se bloquean los efectos de la heroína y de otras drogas derivadas del opio, haciendo inefectivos los intentos de tomar estas drogas para lograr la euforia.
- No se registran cambios significativos en los niveles de tolerancia a la metadona a través del tiempo, por lo que la dosis puede mantenerse relativamente constante.
- La administración oral de la misma es efectiva, y porque se metaboliza entre las 24 a 36 horas, puede ser administrada sólo una vez al día, sin el uso de jeringuillas.
- Aunque puede producir efectos secundarios mínimos, tales como somnolencia, retención de líquido, sudoración, disminución del libido e irritación de la piel, que pueden ocurrir en las primeras etapas del tratamiento, cuando se ajusta o estabiliza la dosis es médicamente efectiva y no tóxica.
- El comportamiento intelectual no se afecta.
- No se afecta adversamente la capacidad para el trabajo del cliente. Los pacientes de metadona son comparables a las personas no-adictas en su sensibilidad hacia el ambiente, en su tiempo de reacción, en su habilidad para aprender y concentrarse y hacer juicios complejos.
- Aunque se ha documentado la interacción con otros fármacos, los mismos son mínimos al tener en cuenta el beneficio del medicamento.
- Las funciones sexuales tanto del hombre como de la mujer se normalizan.

- Aunque los niños nacen físicamente dependientes a la metadona, una vez destetados, éste muestra un desarrollo físico, emocional y cognoscitivo normal.

El tratamiento con metadona, según la conceptualización federal y local, no es una alternativa de tratamiento para todos los clientes. Esta modalidad de tratamiento fue desarrollada para personas con un historial significativo de dependencia a la heroína y no se considera apropiado para individuos que usan ocasionalmente esta sustancia.

En Puerto Rico existen cinco Centros de mantenimiento con metadona²⁰. Para poder beneficiarse de estos servicios el paciente tiene que ser clínicamente evaluado primero y diagnosticado según los criterios psiquiátricos establecidos en el DSM IV, como dependiente a opiáceos.

Una vez así diagnosticado, además de la voluntariedad y consentimiento informado del paciente de participación en el programa de tratamiento de mantenimiento con metadona, dos criterios de ingreso adicionales establecidos en la reglamentación federal y estatal, deben ser también satisfechos. Estos son:

- Tiene que presentar un historial de adicción no menor de un año.
- Debe tener 18 años o más.

Los programas de mantenimiento con metadona o LAAM están altamente regulados en cuanto a la política, procedimientos y ofrecimiento mandatorio de servicios multidisciplinarios, criterios de admisión y de alta, entre otros, por la reglamentación federal (42 CFR, Part 8, Subparts A and B). La estadía promedio en esta modalidad de tratamiento es, por lo general, de 2 a 3 años antes de que el paciente pueda pasar a un nivel de cuidado libre de drogas. Previo a la transición a otro nivel de cuidado, la razón para la misma debe ser justificada y documentada y el consentimiento del paciente al cambio de modalidad debe haber sido uno de los criterios considerados para el alta o traslado. Cuando sea necesaria la

desintoxicación involuntaria del paciente por su falta de adhesión crasa a su plan de tratamiento, el procedimiento debe ser discutido con el paciente, documentado y justificado clínicamente en su expediente.

4. **Programas Ambulatorios del Nivel II (Hospitalización Parcial y Ambulatorios Intensivos):**

Esta modalidad incluye los programas estructurados, no internos, de tratamiento para la adicción, diurno o vespertino, que pueden ser ofrecidos en un horario conveniente para el paciente, para permitirle a éste cumplir con sus compromisos educativos o laborales. Estos programas deben disponer de componentes esenciales de evaluación, tratamiento individualizado y educación al mismo tiempo que deben permitir que los pacientes apliquen o practiquen las destrezas adquiridas en el programa dentro de su medioambiente normal. Pueden además proveer tratamiento psicofarmacológico y en el caso de programas de hospitalización parcial, estos deben tener la capacidad de ofrecer tratamiento a pacientes con trastornos relacionados a sustancias y mentales complejos.

- Hospitalización Parcial:** Es un nivel de cuidado ambulatorio intensivo estructurado de manera similar al de una unidad hospitalaria, donde se llenan las necesidades bio-psico-sociales del paciente durante un período diario mayor de 4 horas y menor de 8 horas, para un total de horas/servicio que no debe ser menor de 20 horas semanales. Esta modalidad tiene que tener capacidad para proveer servicios inter o multidisciplinarios, que incluyen entre otros, servicios médicos, de enfermería, sociales, psicológicos y de consejería en adicción. Este nivel de cuidado es apropiado cuando la comorbilidad médica o psiquiátrica hace que niveles de cuidado menos intensivos sean inseguros o inadecuados.
- Ambulatorios Intensivos:** Son servicios con programas estructurados ofrecidos por un equipo multidisciplinario que tienen una duración de 3 a 4 horas diarias, de 3 a 5 días a la semana, para un total de horas/servicio no menor de nueve (9) horas a la semana. Es un ejemplo de una tendencia innovadora dentro del continuo de cuidado, ya que permite proyectar un tratamiento a 6 meses o un año y llena el enorme espacio entre un nivel de cuidado tan restrictivo como la hospitalización

²⁰ Estos Centros ubican en San Juan, Ponce, Aguadilla, Bayamón y Caguas.

y tan poco intensivo como la consulta ambulatoria independiente de un psiquiatra, psicólogo o consejero en adicción.

Un equipo interdisciplinario trabaja con los aspectos biopsicosociales del participante con la integración de la familia en el plan de tratamiento. Permite que los pacientes continúen con sus funciones normales con mínima interrupción de su trabajo o vida familiar, que a su vez es normalizado con el apoyo y la estructura del programa. Permite que los pacientes puedan ser mejor monitoreados respecto a sus problemas y manejo de los mismos y existe mayor oportunidad de que se pueda ofrecer mayor apoyo psicosocial. Ofrece además mayor garantía de confidencialidad ya que el paciente puede asistir al tratamiento fuera de horas laborables y por tanto no tiene por qué tener autorización del patrono o educador, permite mayor oportunidad de apoyo a largo plazo con otros participantes y mayor nivel de retención que otras modalidades de tratamiento.

Los elementos clínicos esenciales de este nivel de cuidado son: 1) Cernimiento y evaluación comprensiva, 2) Cernimiento toxicológico de rutina, 3) Plan de tratamiento individualizado, 4) Farmacoterapia, cuando necesario, 5) Consejería y psicoterapia individual, 6) Terapia de grupo, 7) Educación sobre asuntos relacionados a drogas, 8) Educación sobre prevención de morbilidades asociadas y enfermedades infectocontagiosas o de transmisión sexual, 9) Educación y consejería a la familia, 10) Grupos de apoyo y de auto-ayuda, 11) Plan de evaluación de progreso por fase de tratamiento y 11) Programa de evaluación de resultados.

Este nivel de cuidado es la primera opción para pacientes que reúnen criterios para tratamiento fuera de un ambiente controlado, como inicio de tratamiento o al alta de cualquier modalidad de tratamiento en ambiente controlado, como una desintoxicación de tipo interno, un tratamiento hospitalario interno (modelo de Minnesota) o un programa residencial. Es el nivel de cuidado adecuado para pacientes en tratamiento ambulatorio convencional que experimentan una recaída.

Está contraindicado en pacientes con condiciones duales de grado moderado a

severo, en fase compulsiva de uso de drogas fuera de control, con marcada inestabilidad emocional o avanzada toxicidad u organicidad, con ausencia de redes de apoyo familiar o social-comunitario o en etapa de pre-contemplación o contemplación incipiente (Prochaska & Di Clemente). En los casos de dependencia fisiológica se requiere una desintoxicación previa.

Criterios de Ubicación por Niveles de Cuidado

En toda determinación de ingreso a tratamiento, el pareo correcto de las necesidades clínicas del paciente con aquella modalidad de tratamiento que mejor corresponda a la naturaleza, cronicidad de la adicción y situación social/familiar, entre otras consideraciones, es de suma importancia. Todos los estudios e investigaciones señalan una correlación entre la efectividad del tratamiento y la ubicación del paciente en la modalidad de tratamiento clínicamente indicada.

Dado lo anterior, es importante, que los profesionales de la salud laborando en las áreas de tratamiento para la adicción, evalúen y consideren los criterios de ubicación por niveles de cuidado al tomar las decisiones clínicas referentes a la selección, referimiento y ubicación del paciente en uno de los niveles de cuidado.

Las tablas a continuación, resumen los criterios que han de ser considerados en la toma de estas decisiones²¹.

²¹ Para mayor información favor referirse a la sección “Criterios de Determinación de Necesidad Clínica y Niveles de Cuidado” ubicado en el Apéndice del documento titulado: Fundamentos del Plan Estratégico I: Naturaleza y Magnitud del Problema .

Criterios de Admisión por Niveles y Dimensiones

DIMENSIONES	Niveles de Servicios			
	MM Mantenimiento con Metadona	NIVEL I Servicios Ambulatorios	NIVEL II.a Ambulatorios Intensivos	NIVEL II.b Hospitalización Parcial
DIMENSION 1 Intoxicación Aguda y/o Potencial de Retirada	El paciente tiene dependencia física a opioides y requiere MM para prevenir la Retirada.	Desintoxicación ambulatoria. Riesgo mínimo de retirada severa.	Riesgo mínimo de retirada severa.	Desintoxicación ambulatoria con monitoría extendida. Riesgo moderado de retirada severa.
DIMENSION 2 Condiciones o Complicaciones Biomédicas	Ninguna o manejable con monitoría ambulatoria.	Ninguna o muy estable.	Ninguna o no afecta el tratamiento a este nivel.	Ninguna o no lo suficiente grave para interferir con el tratamiento a este nivel de cuidado.
DIMENSION 3 Condiciones o Complicaciones Emocionales/ Conductuales	Ninguna o manejable en un ambiente ambulatorio estructurado.	Ninguna o muy estable.	Ninguna o de leve severidad pero con potencial para afectar la recuperación; necesidades de monitoreo.	Ninguna o de leve a moderada severidad pero con potencial para afectar la recuperación; Necesidad de estabilización.
DIMENSION 4 Aceptación/ Resistencia al tratamiento	Resistencia lo suficientemente alta para requerir una terapia estructurada, pero no lo suficiente para afectar el tratamiento ambulatorio.	Dispuesto a cooperar pero necesita estrategias de motivación y monitoreo.	Resistencia lo suficientemente alta para requerir una terapia estructurada, pero no lo suficiente para afectar el tratamiento ambulatorio.	Resistencia lo suficientemente alta para requerir una terapia estructurada, pero no lo suficiente para afectar el tratamiento ambulatorio.
DIMENSION 5 Potencial de Uso Continuado o Recaída	Alto riesgo de uso continuado sin MM y terapia estructurada para promover progreso en el tratamiento.	Capacitado para mantener abstinencia o control del uso y perseguir metas de recuperación con apoyo mínimo.	Intensificación de la adicción a pesar de estar en tratamiento ambulatorio y alta probabilidad de recaída o uso continuado sin monitoreo o apoyo cercano.	Intensificación de la adicción a pesar de estar en tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo y alta probabilidad de recaída o uso continuado sin monitoreo o apoyo cercano.
DIMENSION 6 Medio ambiente de recuperación	Se dispone de un medio ambiente de recuperación y el paciente tiene destrezas para contender con un tratamiento ambulatorio.	Se dispone de un medio ambiente de recuperación y el paciente tiene destrezas para contender con un tratamiento ambulatorio.	Ambiente no ofrece apoyo pero si se provee el mismo y la estructura suficiente, el paciente puede lidiar con la situación.	Ambiente no ofrece apoyo, pero si provee el mismo y la estructura suficiente, y se le mueve parcialmente del hogar puede lidiar con la situación.

NIVEL CUIDADO III: PROGRAMAS RESIDENCIALES DE DURACION E INTENSIDAD VARIABLE (MINIMA, MEDIA, ALTA)

DIMENSION 1 : Intoxicación aguda y/o Síndrome de retirada	Ningún riesgo o mínimo riesgo de síndrome de retirada moderado o severo.
DIMENSION 2 : Condiciones y complicaciones biomédicas	Ninguna o estable. El paciente requiere tratamiento o monitoreo médico, pero éste puede ser recibido a nivel ambulatorio.
DIMENSION 3 : Condiciones y complicaciones emocionales/conductuales	a) Ninguna o estable. b) De leve a moderada severidad. Se requiere estructura para que el paciente pueda enfocarse en su recuperación. El paciente puede asistir a consulta psiquiátrica o psicológica si el centro no dispone de personal profesional necesario. Puede recibir prescripción médica y el paciente tomar sus medicamentos bajo supervisión del centro. c) Repetida inhabilidad para el control de los impulsos o presentar un trastorno de personalidad que requiere fuerte estructura para modificar la conducta. d) El paciente no presenta un cuadro de inestabilidad emocional que tenga peligro potencial para el paciente, otras personas o la propiedad. e) El estado emocional o conductual no requiere monitoreo médico o de enfermería 24 horas.
DIMENSION 4 : Aceptación/Resistencia a tratamiento	a) Dispuesto a la recuperación pero necesita estructura en ambiente controlado porque no logra mantener la abstinencia o existe riesgo de perder los progresos terapéuticos. b) Poca disposición a la recuperación pero el paciente necesita un ambiente controlado para iniciar y/o mantener la abstinencia. c) Oposición a tratamiento pero el paciente presenta riesgo de consecuencias personales peligrosas si no se ubica en ambiente controlado.
DIMENSION 5 : Potencial de uso continuado o de recaída	a) El paciente tiene conciencia del potencial de recaída pero necesita estructura para mantener progresos terapéuticos y la recuperación. b) El paciente tiene escasa introspección y necesita un ambiente controlado para iniciar y mantener la abstinencia. c) No dispone de destrezas para mantener la abstinencia en ambiente comunitario y paciente presenta potencial de conducta de riesgo y consecuencias peligrosas a pesar de haber participado en un nivel de tratamiento adecuado pero menos intensivo.
DIMENSION 6 : Medio ambiente de recuperación	a) El ambiente externo no es adecuado para la recuperación, necesita un ambiente controlado. b) El ambiente externo es peligroso para el paciente y necesita un ambiente de 24 horas para aprender a contender con el ambiente externo.

ADAPTADO DE ASAM PPC-2

DESCRIPCION DE COMPONENTES DE PROGRAMAS RESIDENCIALES

ESCENARIO FISICO	Una facilidad debidamente licenciada y ubicada en la comunidad o una unidad especializada dentro de una facilidad de cuidado de salud, ej, Halfway House, Facilidad de Cuidado Extendido o Comunidad Terapéutica.
PERSONAL Y EQUIPO	<p>a) Equipo de profesionales aliados de la salud como consejeros que viven juntos con los pacientes o trabajan por turnos en base a una estructura de 24 horas al día. Uno o más clínicos o consejeros en adicción, deben proveer al menos 40 horas semanales.</p> <p>b) El equipo clínico deberá tener conocimiento acerca de las dimensiones biológicas y psicológicas del abuso y dependencia química.</p> <p>c) En los casos que se cuente con las licencias pertinentes y el equipo licenciado y enfermeras, se podrá dispensar medicamentos.</p> <p>d) Es conveniente que la facilidad cuente con el personal clínico credencializado en adicción que provea un régimen de tratamiento de 24 horas profesionalmente planeado y dirigido para los residentes y sus familias.</p>
METODO TERAPEUTICO	<p>a) Los servicios se dirigen a mejorar la habilidad del residente para organizar las destrezas de la vida diaria y de los procesos de recuperación tales como responsabilidad personal y apariencia física.</p> <p>b) El plan de tratamiento está dirigido a desarrollar y aplicar las destrezas de recuperación incluyendo prevención de recaídas, destrezas interpersonales, desarrollo de una red de apoyo social para la eventual reintegración dentro de la vida familiar.</p> <p>c) Los métodos terapéuticos pueden incluir terapia individual, grupal, grupos didácticos y actividades recreativas y ocupacionales.</p> <p>d) Pruebas de orina toxicológicas al azar.</p> <p>APLICA A RESIDENCIAL DE INTENSIDAD MEDIA Y COMUNIDAD TERAPEUTICA</p> <p>e) Servicios de tratamiento en adicción profesionalmente dirigidos en un régimen diario, diseñados para desarrollar y aplicar destrezas de recuperación, incluyendo prevención de recaídas, destrezas interpersonales, desarrollo de una red de apoyo social para la eventual reintegración dentro de la vida familiar. Esto puede incluir servicios médicos y de enfermería, psicoterapia individual y grupal, terapia de familia, grupos didácticos, terapias recreativas y ocupacionales, educación física y del arte y rehabilitación vocacional.</p> <p>f) Tales intervenciones clínicas y didácticas van dirigidas a ayudar al residente a comprender la relación entre el uso de sustancias y los problemas asociados de su vida.</p>
EVALUACION/ PLAN DE TRATAMIENTO Y DOCUMENTACION	<p>a) Se requiere evaluación biosicosocial actualizada para determinar que el paciente reúne los criterios adecuados para este nivel de cuidado.</p> <p>b) Se requiere un plan de tratamiento individualizado revisado periódicamente para documentar los problemas clínicos del residente, las metas y objetivos de tratamiento y las intervenciones terapéuticas planeadas.</p> <p>c) El plan individualizado de tratamiento incluye formulación de problemas, metas y objetivos de tratamiento susceptibles de ser medidos y estrategias y procedimientos de intervención.</p> <p>c) El plan de tratamiento refleja los procedimientos de manejo de casos, realizados en el escenario de tratamiento y las coordinaciones relacionadas con el tratamiento de la adicción, el cuidado de salud y de salud mental y los servicios de vivienda y vocacionales que se proveen simultáneamente.</p> <p>d) Las notas de progreso se registran en el expediente del paciente y deben reflejar la respuesta del mismo al tratamiento.</p>

ADAPTADO DE ASAM PPC-2