

Pautas y Herramientas para la Atención Integral (PhAI)

**FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE
SUSTANCIAS, EN PARTICULAR EL ALCOHOL**



PAUTAS Y HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL (PHAI)

**FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE SUSTANCIAS,
EN PARTICULAR EL ALCOHOL**

2018

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgo

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

ÍNDICE

Introducción.	5
Fundamentación.	6
¿Cuáles son los principios orientadores del PHAI?.	8
¿Dónde se puede aplicar el PHAI?.	8
¿Cuándo aplicar el PHAI?.	8
Marco de referencia de diagnóstico posible (vínculo con la sustancia).	9
Continuidad de cuidados.	10
Abordaje integral frente al consumo de alcohol.	14
Pautas y herramientas para la intervención:	15
1- Cuestionarios para el reconocimiento del consumo problemático de alcohol (CReA).	15
2- Orientador psicosocial.	17
3. Actividades de sensibilización: técnicas lúdicas.	25
4- Consejería.	32
5- Grupo de referentes.	34
6- Grupos institucionales de alcoholismo (modelo G.I.A.).	36
7- Psicoterapia.	38
8- Abordaje clínico por intoxicación aguda.	39
9- Tratamiento farmacológico (TF).	42
Anexos:	
Anexo I: Glosario.	44
Anexo II: Derechos de las personas usuarias de alcohol y otras sustancias psicoactivas.	46
Anexo III: Consumo excesivo de alcohol - efectos e implicancias.	47
Biografía.	49

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2010, con la ya reglamentada Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo y la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, se produce un marco normativo y político para garantizar el desarrollo de la red de servicios de Salud/Salud Mental y promover los proyectos de adecuación del mismo.

En línea con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el Plan Nacional de Salud Mental -aprobado por Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación- enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no eran abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere el Decreto Reglamentario 603/2013, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”.

El Artículo 4 de la Ley N° 26.657 instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”.

En el campo de las adicciones, se tiende a superar la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en Naciones Unidas y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños.

En base a estos antecedentes y de cara a un horizonte de trabajo a largo plazo, el Plan Nacional de Salud Mental tiene por delante los siguientes problemas y desafíos: la estigmatización y discriminación de las poblaciones y personas en situación de vulnerabilidad; una Red de Salud/Salud Mental inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje planteada por la Ley; las adicciones no adecuadamente incluidas en el campo de la Salud/Salud Mental; la formación y capacitación de los recursos humanos; el escaso desarrollo de la Epidemiología en Salud Mental; el insuficiente desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención; la investigación que no responde de modo adecuado a las necesidades de los servicios y sistemas de salud; y la deficiente cobertura en salud mental en el abordaje de emergencias y desastres.

En este marco se plantea que “Las adicciones y los consumos problemáticos no se encuentran incluidos adecuadamente en el campo de la Salud/Salud Mental”. Para superar este problema se establecen los siguientes objetivos:

N° 1: articular interdisciplinaria e intersectorialmente, las políticas sobre adicciones para integrarlas al campo de la salud con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 4) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

N° 2: incluir las adicciones y los consumos problemáticos en la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, atención e inclusión social, en el diseño de estrategias para el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos, programas y actividades de salud mental con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, Artículo 4) y su Decreto reglamentario N° 603/2013.

N° 3: implementación en todo el territorio nacional de la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788 y el Decreto Reglamentario N° 149/2009.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y su Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Consumo Excesivo de Alcohol (PNPA), ofrece mediante el PHAI una serie de herramientas asistenciales basadas en el modelo comunitario de atención, complementarias a las estrategias, capacidades, recursos, saberes y experiencias locales, provinciales y regionales. Aplicables e integrables al marco de los modelos de intervención integrales e intersectoriales de promoción, prevención y asistencia en la red de servicios, que se vienen desarrollando territorialmente, destacando como eje transversal del modelo de atención a las acciones de Continuidad de cuidados de los usuarios de la red de servicios de Salud/Salud Mental.

Este documento se presenta como facilitador de las prácticas de intervención que realizan los Equipos de Salud/Salud Mental pertenecientes a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs), de los Centros de Integración Comunitaria (CICs) y de los Servicios Hospitalarios.

FUNDAMENTACIÓN

La problemática de las adicciones reside en la vinculación que los sujetos sostienen con las sustancias, producto del contexto y de un momento histórico determinado. En consecuencia, el fenómeno debe ser analizado desde una perspectiva integral que contemple componentes personales, vinculares, sociales, culturales, económicos y políticos.

Desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) se promueve un enfoque de prevención integral en adicciones, en el que se prioriza el desarrollo de capacidades individuales y grupales con el fin de promover hábitos saludables y modificar el impacto de los factores de riesgo.

En nuestro país, el consumo problemático de bebidas con alcohol y de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, presentándose como una de las principales causas de carga de morbilidad y constituyendo un factor de riesgo de homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, etc.. Los cambios en los patrones de consumo de alcohol (entre otros, edades de inicio de ingesta alcohólica cada vez menores y aumento de consumo en mujeres) lo establecen como uno de los principales temas de agenda de la salud pública nacional e internacional.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas¹, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es la más alta en relación a las demás sustancias psicoactivas investigadas. El 66,2% refirió haber consumido al menos un trago en los últimos 12 meses. La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes fue mayor en varones y en la población joven (16 a 34 años), siendo el promedio de edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas de 17 años. El consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas se produjo más en el fin de semana que entre semana. Este tipo de consumo fue mayor en varones.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo² estudia las prevalencias de consumo de alcohol regular de riesgo y de consumo de alcohol episódico excesivo. Ambas modalidades de consumo fluctuaron levemente entre las encuestas de 2005, 2009 y 2013, aunque estas variaciones no llegan a ser estadísticamente significativas. El consumo de alcohol regular de riesgo en 2013 fue del 9,7%, mientras que el episódico excesivo fue del 10,4%.

Según el Informe de Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales y del Comportamiento de 2011³, fueron 14.478 las internaciones debidas al consumo de sustancias psicotrópicas, representando el 32,9% de las internaciones totales por motivos de salud mental. A su vez la relación entre sexos por este diagnóstico fue aproximadamente de cinco hombres por cada mujer; siendo el grupo etario de mayor proporción de internaciones el de 15 a 24 años. Los egresos por consumo de sustancias psicotrópicas (F1) en ambos sexos se debieron principalmente al uso de alcohol (74,4% en hombres y 68,8% en mujeres).

Según la Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media⁴ sobre consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y factores de riesgo y protección asociados, desde el año 2001 al 2011 se observó, entre los consumidores actuales de alcohol⁵, un incremento del 29,7% al 63,4% del abuso de alcohol en estudiantes secundarios. El mayor aumento del período se presentó entre los años 2001 y 2005, con un 67%.

Desde 2003, se realiza en nuestro país el estudio de ingresos a salas de emergencia⁶ asociados al uso de sustancias psicoactivas. En 2012 se alcanzó el mayor porcentaje de consultas en emergencias por consumo de sustancias en el período de estudio (11%), representando un 40% de incremento respecto de 2009; del total de registros de ingresos a salas de emergencia, un 12% se vinculó con el consumo de sustancias psicoactivas, siendo tres veces mayor en hombres que en mujeres. De aquellas consultas cuyo motivo estuvo vinculado al consumo de sustancias, el 81% implicó consumo de alcohol en las últimas seis horas. Por otro lado, se vincularon con el consumo de alcohol los intentos de suicidio (92%), las situaciones de violencia (81%) y los accidentes de tránsito (77%).

¹ Población de 16 a 65 años. 2011. DNSMyA-INDEC.

² Población mayor de 18 años. 2013. MSAL.

³ Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales y del Comportamiento, 2011. DNSMyA, Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Población de 13 a 17 años. 2001-2011. OAD.

⁵ Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días.

⁶ Población mayor a 12 años. 2003-2012. SEDRONAR.

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar⁷, el 70,5% de los estudiantes bebió alguna vez alcohol en su vida; de éstos, el 75,9% lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Este porcentaje fue mayor en varones (78,7%) que en mujeres (73,3%). La mitad de los estudiantes encuestados declaró haber bebido alcohol al menos un día del último mes, siendo este porcentaje mayor en los estudiantes de más edad. Tanto el abuso como el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas son significativamente superiores en fin de semana.

⁷ Población de 13 a 15 años. 2012. MSAL.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PHAI?

- Sistema de Salud inclusivo, con servicios accesibles y de calidad.
- Detección precoz e intervención temprana según la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).
- Difusión de prácticas de cuidado y promoción de salud.
- Transformación de la atención de la urgencia en una oportunidad para informar, prevenir y reducir daños.
- Implementación de herramientas que permitan fortalecer las capacidades de las personas.
- Empoderamiento de las comunidades con recursos para que desarrollen una vida saludable y digna.
- Disminución de la tasa de morbimortalidad.

¿DÓNDE SE PUEDE APLICAR EL PHAI?

En los efectores de la Red de servicios de Salud/Salud Mental:

- **En el Primer Nivel de Atención (CAPS, CICs, Postas Sanitarias, otros)** por constituirse en espacios cercanos y de contacto directo con las personas, las familias y la comunidad en su conjunto. “Es la puerta de entrada al Sistema de Salud”.
- **En el Segundo Nivel de Atención** para amplificar la capacidad prestacional (Salud Mental, Adolescencia, Clínica Médica, Guardias y otros). Reciben la demanda de mayor complejidad, en mérito de poseer más recursos y diversificación profesional que en el primer nivel.

¿CUÁNDO APLICAR EL PHAI?

- En toda consulta clínica de control, seguimiento y/o evaluación del estado de salud.
- Cuando se detectan demandas directas e indirectas en relación a la temática y/o demandas expresadas por amigos, referentes y/o familiares de personas con consumo de riesgo, con CEEA, con consumo problemático o consumo dependiente, o por otros problemas asociados (trastornos de conducta, comorbilidad, accidentes, etc.).
- Cuando hay intoxicación aguda y luego de su cobertura en la referencia y contrarreferencia de la misma.
- Luego de detectar consumo del alcohol en los controles realizados por seguridad vial en la vía pública.
- En la atención de urgencia en todos los casos que puedan asociarse a consumo de sustancias (accidentes, hechos de violencia y enfermedades asociadas).

Para el abordaje de emergencias ver “Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes (CEEA)”.

http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf

MARCO DE REFERENCIA DE DIAGNÓSTICOS

Las sustancias psicoactivas tienen acción sobre el sistema nervioso central y, por lo tanto, pueden cambiar la percepción, comprensión y comportamiento en las personas que las ingieren. Son básicamente de tres tipos biológicos: a) alucinógenos, b) depresoras (el alcohol forma parte de este grupo) y c) estimulantes (el tabaco forma parte de este otro grupo). Queda claro que las sustancias en sí desconocen las ubicaciones legales que determinan su posición ante la Ley y el cumplimiento de la misma, porque dependen de resoluciones tomadas por hombres que obedecen a su vez a criterios y determinaciones del momento histórico político que los condicionan. Luego de la experiencia fallida de la denominada “Ley Seca” (años 1920-1930), el alcohol siguió su curso en cuanto al consumo, constituyéndose junto con el tabaco en los dos consumos y formas de adicción más conocidas de la humanidad, y las que por sumatorio constituyen las mayores causales de problemas para la salud.

Debe decirse también, que el hecho de aumentar sensiblemente el uso de cualquier tipo de sustancias, obedece en mucho a la pertenencia a una sociedad de consumo, donde se pide incurrir en cualquier tipo de los mismos, sin atenerse a control o límite alguno. Esto dificulta encarar consumos responsables, frente a la andanada de propuestas inscriptas en la asociación de los mismos, a la asociación de éstos a infinitas propuestas de éxitos, conquistas, logros económicos y de prestigio, etcétera.

¿A QUÉ LLAMAMOS CONSUMO SIN RIESGO?

Al consumo de sustancia aleatorio que no ha generado riesgos para sí mismo, para su entorno ni para la comunidad. Si la persona no consume o tiene un consumo sin riesgo, se recomienda continuar dentro de esos límites. A las mujeres embarazadas y en período de lactancia, a los menores de 18 años de edad y a toda persona en situación de conducir un vehículo se debe sugerir **no consumir en ninguna ocasión**.

Pautas orientadoras de la Intervención: acciones de Sensibilización, informar y comunicar los riesgos y consecuencias en las personas y el entorno cuando se consume alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Técnicas Lúdicas.

Aclaración: uso sin riesgo no incluye a sustancias psicoactivas ilegales según la normativa vigente, las que obligarían a no consumirlas bajo ninguna circunstancia.

¿A QUÉ DENOMINAMOS CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL (CEE)?

Se define como la ingesta de alcohol de más de 5 unidades en hombres y de más de 3 unidades en mujeres, en una sola ocasión o en un período de pocas horas.



1 unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a: 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350 cc), 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc); 1 trago (80 / 100 cc) de destiladas (ron, whisky, vodka, fernet, etc.).

El carácter eventual del consumo complejiza el abordaje. El paciente con problemas de CEEA puede tomar contacto con el sistema de salud por Consultorios externos, por Guardia u otro servicio o ámbito de atención pudiendo ingresar por ambas vías (intoxicado o no). Cuando está intoxicado es prioritaria la atención emergentológica, siendo derivado de inmediato a la Guardia para su atención. En todos los casos (si está intoxicado, luego de su atención) debe realizarse la evaluación posterior.

Pautas orientadoras de la intervención: acciones de Sensibilización, informar y comunicar los riesgos y consecuencias en las personas y el entorno cuando se consume alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Técnicas Lúdicas.

Si se detecta riesgo, problema y/o dependencia: Grupo de Referentes, Psicoterapia, Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A.. De acuerdo al diagnóstico integral y las acciones de seguimiento a implementar.

EL CONSUMO DE RIESGO

Cuando el patrón de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas es tal que si persiste en el tiempo hay probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud y/o de otro tipo de consecuencias negativas sociales, jurídicas, etcétera. En relación al consumo de alcohol, el consumo de riesgo se establece cuando la ingesta es en la mujer de más de un (1) vaso de vino (150 cm³) o cerveza (330 cm³) o medidas de bebida blanca por día y en el varón más de dos (2).

Pautas orientadoras de la intervención para evaluar el riesgo:

- Motivación para el consumo (con quién, cuándo, dónde, si es habitual, si lo hace sólo o con amigos, si ocurre en salidas, etc.).
- Patrón de Consumo múltiple de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Ausencia o no de cuidados previos durante la ingesta de alcohol (inclusión de comidas, jugos, agua).
- Conducción de maquinaria (vehículos) bajo consumo de alcohol.
- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas asociadas al consumo.
- Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgos vinculados a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.
- Consumo de alcohol durante el embarazo.

En todos los casos detectar y registrar:

- Black-outs: episodios de amnesia parcial (transitoria o permanente) que ocurren post-estado de intoxicación.
- Ingresos reiterados al sistema de salud relacionados a ingesta de alcohol.
- Riesgo de suicidio (antecedentes, ideación e intención suicida, etc.).
- Embarazo.
- Detección del consumo de riesgo en consultorios externos: pacientes con gastritis, cefalea, mialgia, hepatopatías, politraumatismos o que hayan sufrido un accidente recientemente.

Pautas orientadoras de la intervención: identificar el grado de vulnerabilidad con la finalidad de desarrollar una intervención integral que minimice los daños producidos por el uso nocivo de la sustancia e impedir o retardar el desarrollo de complicaciones cuando existen factores de riesgo.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Orientador Psico Social; Técnicas Lúdicas.

¿CUÁNDO SE DETECTA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO?

Cuando el tipo de vínculo establecido con la sustancia directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Puede o no tener una frecuencia sistemática, incluye el Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA).

Si presenta un consumo problemático se puede realizar una intervención breve de consejería recomendando dejar de consumir y derivación al equipo de salud mental para realizar evaluación integral y tratamiento. Se realiza una continuidad de cuidados y derivación al segundo nivel de atención de la salud donde se abordará la problemática. Además se realiza un plan individualizado de tratamiento ambulatorio.

Herramientas/facilitadores: Orientador Psico Social, Grupo de Referentes, Psicoterapia (individual o Grupal), Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A.. Luego retomar el CReA y Consejería.

EL CONSUMO DEPENDENCIA

Al conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales, emocionales y cognoscitivas que demuestra que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor se denomina Consumo Dependencia. En éste caso, el consumo tiene la frecuencia sistemática, y la cantidad del mismo puede variar considerablemente en cada persona, sin alterar el diagnóstico del cuadro.

Las manifestaciones características de la dependencia son: el deseo imperioso (compulsión o “craving”) de ingerir la sustancia, la incapacidad de detenerse luego de iniciado el suministro, los síntomas psicofísicos de abstinencia cuando la sustancia se abandona, y el fenómeno de tolerancia (disminución del efecto con la cronicación del consumo, es decir aumento progresivo de la cantidad para el mismo efecto). Implica tanto dependencia física (el cuerpo expresa malestares frente a la falta de ingesta), como dependencia psíquica (displacer que produce la carencia de la ingesta).

Pautas orientadoras de la Intervención: se sugiere establecer un plan de tratamiento personalizado, orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo como medio para el mejoramiento de las condiciones generales de salud/salud mental. También se puede realizar una derivación en el marco de continuidad de cuidados a un efector de salud que responda a sus necesidades.

Se recomienda priorizar aquellos tratamientos que sean lo menos restrictivos posibles, fomentando la participación de las personas usuarias de sustancias psicoactivas en su entorno social, permitiendo realimentar su conexión y contacto con el medio, evitando su aislamiento. Además, se sugiere reservar la medicación psicofarmacológica para aquellos casos que así lo ameriten, estableciendo el criterio de limitación al tiempo adecuado, teniendo presente el riesgo de potenciar la morbilidad cuando no están adecuadamente indicados y administrados.

La internación en una institución polivalente se indica cuando existe riesgo de vida por un cuadro de abstinencia o intoxicación grave. Se considera como un recurso clínico más dentro de la estrategia terapéutica. Cuando la situación aguda ha alterado las escenas de vida de la persona, de tal forma, que conlleva riesgo cierto o inminente. Se necesita así resguardar a la persona, su entorno y ciertos plazos hasta que se establezca su situación.

El ámbito del tratamiento debe ser el local, cercano al domicilio del usuario, basado en la modalidad de abordaje de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Cap. V.

Pautas y Herramientas: Orientador Psico Social, Grupo de Referentes, Psicoterapia (grupal o individual), Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A.. Luego retomar el CReA y Consejería.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el ciudadano. Este concepto de Continuidad, que coloca al ciudadano y no a uno de sus padecimientos en el centro de la definición, necesariamente asume el concepto de Integralidad en la misma. La Continuidad de Cuidados es una característica del conjunto de intervenciones que aseguran una atención lo más coordinada posible a las personas que contactan con el Servicio de Salud en el marco de la estrategia de la APS.

Funciones esenciales de la APS

Primer contacto: supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible a la población. Se compone de dos subdimensiones:

- la accesibilidad es el elemento estructural necesario para el primer contacto;
- la utilización de los servicios como primer contacto, es decir, si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.

Continuidad: observa la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Se compone de dos subdimensiones:

- Grado de afiliación: medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud y los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios.
- Continuidad interpersonal: atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad).

Coordinación: es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Se compone de dos subdimensiones:

- Sistemas de información: disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población.
- Integración de la información: mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.

Integralidad o globalidad: organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de:

- Servicios disponibles: aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.
- Servicios proporcionados: servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee.

¿A QUÉ LLAMAMOS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (CIRCUITO)?

A aquellas acciones que favorecen la atención socio sanitaria oportuna, integral y de calidad, entre los Centros / Servicios del 1er. y 2do. Nivel, mediante el adecuado y ágil flujo de personas (con demanda directa e indirecta, pacientes y referentes) entre los diferentes espacios de atención de la Red Local. Permite dar respuesta efectiva al modelo de Atención y Asistencia.

OBJETIVOS:

- Tener consensuada la Red Local Socio Sanitaria entre los diferentes actores de la misma.
- Facilitar la labor de los Equipos Socio Sanitarios.
- Homologar y consensuar los mecanismos operativos del Circuito, identificando los facilitadores y obstáculos, reconstruyendo puentes, recomendando acciones posibles y comprendiendo los determinantes de fracaso.
- Facilitar el acceso de las personas a los diferentes lugares de la Red.
- Promover periódicamente la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de la Red.
- Reducir grados de incertidumbre prestacional, sabiendo cuales son las actitudes de los Equipos y de sus profesionales.
- Disminuir las prácticas informales y circunstanciales, aumentando las prácticas consensuadas, explícitas y comunicables.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

- En el marco de una intervención socio sanitaria. Se sugiere Evaluar el estado clínico general de la persona, se identifican problemas y elabora un plan de tratamiento en otros espacios de la Red de Servicios.
- Elaborar un Plan de Seguimiento y realizar la derivación a otro Servicio o Centro, utilizando los canales de comunicación institucionales y dejando registro en la historia clínica de la persona.
- En todos los casos es imprescindible efectuar el registro de seguimiento de las personas en cada efector de la red de servicios, justificando técnicamente. El objetivo es mejorar la calidad de la atención que se brinda, optimizar los recursos disponibles y la infraestructura en salud, agilizando los tiempos de espera.
- En todos los casos se trabajará con la herramienta de “consentimiento informado”, comunicando a la persona y/o referente, además de las causas y propuesta de trabajo, los datos del dispositivo/establecimiento donde se la envía. Asimismo se informará al dispositivo/establecimiento sobre el usuario. Es responsabilidad del equipo tratante, en conjunto con usuarios, familiares y/o referente, cumplir con el plan de acción consensuado.
- Contar con la historia clínica, y el diagnóstico claramente especificado.
- Si las personas atendidas en el 1er. Nivel por su padecimiento requieren ser referidas a un Hospital General, o cualquier otro dispositivo de salud, cuya eficiencia se deberá a la rapidez de la información que se proporcione en la referencia y contrareferencia

¿DÓNDE SE IMPLEMENTAN?

Entre los diferentes actores de la Red de servicios de salud mental con base en la modalidad de abordaje de la Ley Nacional N° 26.657. Equipo Interdisciplinario de Salud/Salud Mental y profesional de la salud inserto en un CAPS, CICs, Guardia, Servicio Internación, Consultorios Externos. Actores de otros sectores sociales.

¿QUIÉNES LAS PUEDEN IMPLEMENTAR?

Cualquier integrante del Equipo Socio Sanitario Local de los CAPS, CICs, Guardia, Servicio Internación, Consultorios Externos y Escuelas u otras instituciones.

La responsabilidad de la adecuada operación del sistema recae en los Responsables de cada Servicio / Centro.

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

Siempre que el usuario lo requiera y el equipo tratante evalúe conveniente.

ABORDAJE INTEGRAL

**Red de Servicios de Salud/Salud Mental
(Efectores del Primer y Segundo Nivel de Atención)**

Continuidad de cuidado

Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA)

**Consumo
sin Riesgo**

- CReA
- Consejería
- Intervenciones Socio educativas

**Consumo
de Riesgo**

- CReA
- Consejería
- Orientador Psico Social.
- Intervenciones Socio educativas
- Grupo de Referentes
- Psicoterapia
- G.I.A.
- Continuidad de cuidado

**Consumo
problemático**

- CReA
- Consejería
- Orientador Psico Social.
- Intervenciones Socio Educativas
- Grupo de Referentes
- Psicoterapia
- Continuidad de Cuidados
- Tratamiento Farmacológico
- G.I.A.
- Internación Breve

**Consumo
Dependencia**

- CReA
- Consejería
- Orientador Psico Social.
- Intervenciones Socio Educativas
- Grupo de Referentes
- Psicoterapia
- Continuidad de Cuidados
- Tratamiento Farmacológico
- G.I.A.
- Internación Breve

PAUTA Y HERRAMIENTAS PARA LA INTERVENCIÓN

1. CUESTIONARIO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL (CReA)

¿QUÉ ES EL CReA?

Es un CUESTIONARIO DE RECONOCIMIENTO para identificar el riesgo y la detección y puede ser utilizado como SENSIBILIZADOR. Contiene 3 preguntas que nos muestra el nivel de riesgo que tiene el consumo de alcohol en una persona, esto nos ayuda a decidir qué tipo de intervención es conveniente.

Se puede trabajar de manera individual, puede ser útil para dar inicio a un taller o bien para dar lugar a un intercambio de ideas entre un grupo de personas o bien dentro de la historia clínica.

Siempre dependerá de que la persona a la cual se le administra responda de manera comprometida y sincera. Se sugiere lo aplique un profesional o técnico del equipo de salud en tanto se utiliza como indicador para la evaluación de riesgo, y para realizar una intervención adecuada o sostener la continuidad de cuidados.

Para su aplicación es necesario que se establezca un vínculo de confianza entre el administrador y la persona a quien se le aplica el test.

OBJETIVOS:

Identificación; evaluación de riesgo; sensibilización y prevención sobre el consumo sin riesgo, el consumo de riesgo y el consumo problemático de alcohol.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

Las tres preguntas sirven para saber si el modo de consumo es SIN RIESGO, de RIESGO o un modo de CONSUMO PROBLEMÁTICO. Permite avanzar en la detección precoz de un problema de consumo y para dar inicio a acciones de consejería, intervenciones breves y derivaciones asistidas. Se implementa a modo de entrevista integrado a la consulta general.

¿DÓNDE?

Se puede aplicar en el marco de las intervenciones y servicios que ofrece cualquier efector de la red de servicios de Salud/ Salud Mental, se sugiere incluirlo en la historia clínica. Se recomienda aplicarlo en el marco de una charla, de un espacio de comunicación o bien de una consejería a fin de poder brindar la posibilidad de acompañamiento, contención y de ser necesario, comprometerse a seguir un tratamiento. También, en actividades de prevención programadas en el ámbito comunitario.

¿QUIÉNES LO PUEDEN IMPLEMENTAR?

Los equipos de salud (médico, psicóloga/o, trabajador/ra social o enfermera/o y diversos operadores socio-sanitarios) que hayan recibido capacitación en la temática.

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

Durante una consulta realizada en el CAPs, CICs, y Servicios de Salud Mental, Clínica Médica y Adolescencia del Hospital General.

CUESTIONARIO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL (CReA)

En los últimos doce (12) meses:

1) ¿CUÁNTAS UNIDADES* DE ALCOHOL SUELE TOMAR EN UN DÍA TÍPICO?

- 0 = Hasta 2 unidades (se aclara en instructivo que esta respuesta es negativo)
- 1 = Tres o más unidades (positivo)

**Unidades estándar: una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a: 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350 cc) o 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc), o 1 trago de licor solo o combinado (45 cc de licor.). Considere fernet, pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.*

2) ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA MÁS DE 5 UNIDADES (MÁS DE 3 SI ES MUJER) EN UN SÓLO DÍA?

- 0 = Menos seguido que una vez por mes (negativo)
- 1 = Mensualmente o más seguido (o sea una vez por mes ya puntúa positivo).

3) ¿ALGUNA VEZ NO PUDO CUMPLIR CON ALGUNA DE SUS RESPONSABILIDADES (COMO ESTUDIAR PARA UN EXAMEN, LLEGAR AL TRABAJO U OTRA CITA) A CAUSA DE LA BEBIDA?

- 0 = No (negativo)
- 1 = Sí (positivo)

Aclarar que si contesta positivo alguna de las preguntas se estima un modo de consumo de riesgo y si contesta las 3 positivas es un modo de CONSUMO PROBLEMÁTICO.

Dirección Nacional de
Salud Mental y Adicciones



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

2. ORIENTADOR PSICOSOCIAL (OP)

¿QUÉ ES?

Es una **GUÍA ORIENTADORA de DIAGNÓSTICO (para uso de integrantes del equipo de salud)** que se analiza a partir de la aplicación de una **MATRIZ DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL** que permite analizar el tipo de consumo.

Se sugiere utilizar en dos tipos de estrategias:

INTERNA: generar acuerdos mínimos en el equipo de trabajo en función de definir diagnósticos posibles y qué plan de trabajo y modalidad de intervención van a desarrollar.

EXTERNA: de ABORDAJE INTEGRAL a los fines de identificar percepción del riesgo así como también los factores de riesgo y factores protectores (recursos individuales, familiares, del entorno y de la comunidad) que posibiliten integrar a las personas a una red socio – sanitaria (escuela, trabajo, centros recreativos y culturales, clubes barriales, CAPs, CICs).

OBJETIVO: profundizar el diagnóstico para identificar factores de riesgo y factores protectores a los fines de desarrollar estrategias y acciones para integrar a las personas a una red socio-sanitaria.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA EL OP?

- **AL INTERIOR DEL EQUIPO:** en un taller y/o reunión de equipo donde se trabaje sobre una entrevista y sus posibles resultados. Para ello se sugiere analizar la **MATRIZ DE DIAGNÓSTICO** y acordar criterios e indicadores que definan: al consumo sin riesgo, consumo de riesgo, consumo problemático o dependencia.
- **EN EL MARCO DE UNA ENTREVISTA:** puede utilizarse luego de implementar el CReA, en una conserjería, en una consulta clínica, en consultorios externos, en centros de día y/o durante una internación. La guía de preguntas puede ser abordada en varios encuentros en el marco de una entrevista personal y confidencial.

¿DÓNDE SE IMPLEMENTA EL OP?

En CAPs, CICs y Servicios del Hospital General (Salud Mental, Clínica y Adolescencia del Hospital General).

¿QUIÉNES LO PUEDEN IMPLEMENTAR?

Psicólogos, Trabajadores Sociales y Médicos en el marco de una modalidad de intervención desde un equipo de trabajo interdisciplinario.

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

Cuando se trabaja con población con prácticas de consumo y no existe por parte del entrevistado una auto-percepción sobre el perjuicio de las sustancias psicoactivas, entre ellas, el alcohol para la salud.

ACCIONES RECOMENDADAS PARA LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Como parte de nuestra atención sanitaria es importante examinar aspectos y conductas que hacen al estilo de vida de nuestra población y que pueden tener un efecto desfavorable para la salud.

A través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud pretendemos visibilizar los riesgos del consumo de alcohol -sustancia psicoactiva de mayor prevalencia en el país- y promover la identificación y atención temprana de los trastornos relacionados al mismo.

Cuando la persona puede comprender por qué está comprometida su salud con el modo de consumo, se facilita la adopción de prácticas de cuidado y promoción de hábitos de vida saludables.

Abogamos para transformar cualquier contacto con el sistema de salud, sea éste: en la calle/en el aula/en consultorios varios, en una atención integral y articulada que permita desplegar y resolver la problemática de la que, por ejemplo, el consumo excesivo episódico de alcohol (CEEA) es la manifestación.

Una propuesta ágil para dar comienzo a la evaluación integral es el cuestionario CReA, de identificación de modalidad de consumo de alcohol que permite en tan solo solo preguntas identificar el modo de consumo de bebidas alcohólicas durante el último año.

Proponemos, también, una serie de preguntas orientativas y grilla posterior para evaluar los vínculos significativos en el momento de la vida de la persona.

El orden sugerido podría ser modificado acorde al criterio del equipo entrevistador, considerando que la importancia radica en la fluidez, dinamismo y la empatía del encuentro.

Se aconseja tener presente que alguna de las preguntas incluidas en este cuestionario podrían generar angustias, ansiedades, re-actualizar conflictos o situaciones traumáticas.

Áreas:

- Figura Contenedora

¿A quién llamás cuando estás mal?

¿A quién podés ir a ver?

- Familia

¿Con cuántas personas convivís?

¿Cuando hay un problema, ¿Cómo lo resuelven?

¿Siempre lo hacen de la misma manera?

¿En las discusiones, ¿Cuál es tu papel?

¿En tu familia existe alguna persona que consuma alcohol u otras sustancias psicoactivas?

- Recursos Personales

¿Cómo te describiría un amigo?

¿Cómo lo harías vos?

Pensá aspectos positivos / negativos propios.

- Socialización

¿En qué grupo estás?

Describime un día de tu semana y un día del fin de semana.

¿Qué hacés en tu tiempo libre?

¿Con quién solés reunirte ?

- Conductas transgresoras

¿Cuál fue la situación más desagradable y/o peligrosa en que estuviste? ¿Cómo le hiciste frente?

¿Te hacés cargo de tu actos?

¿Qué te pasa al otro día?

¿En qué casos has sido criticado por tus decisiones y/o acciones?

¿Tuviste alguna causa judicial?

- En la Calle

¿Qué hacés en un día habitual? ¿Y dónde?

¿Si no estás en tu casa, dónde solés estar?

- Estudio y trabajo

¿Estudiás o trabajás? ¿Desde cuándo? ¿Y antes qué hacías?

¿Cómo te llevás con la institución/empresa?

¿Cómo planificás las actividades en la escuela/trabajo?

- Con Grupo de Pares

¿Qué hacés cuando no trabajás/estudiás?

¿Desde cuándo conocés a tus amigos? ¿De dónde?

¿Cómo se resuelven las diferencias y qué los une?

- En su comunidad

¿Hacés algo con tus vecinos? ¿Con la gente del barrio?

¿Participás en alguna organización barrial? (club/parroquia/sociedad de fomento/etc)

- Recreación

¿Cómo articulás lo que te gusta con tus responsabilidades?

¿Hacés algún deporte? ¿Tenés algún hobby?

- Edad de inicio:

¿Cuándo iniciaste con el alcohol? ¿Cuándo te emborrachaste por primera vez?

¿Consumiste alguna otra sustancia? ¿Edad y lugar de inicio?

¿Fue solo o en grupo?

¿Cuáles son las sustancias que habitualmente consumís juntas?

- Frecuencia

¿Cuántas veces consumiste en el último año?

¿En el último mes?

¿O, en la última semana?

- Ciclos de uso

¿Creés que podés controlar el consumo? ¿Cómo? (autopercepción)

¿Cuánto tiempo pasó entre una borrachera y otra? ("gira")

¿Está relacionado con algún hecho en particular?

- Consecuencias de la intensidad del uso

¿Qué cosas podías hacer antes de consumir? y ¿Cuáles hacés ahora?

¿Notaste cambios en tu cuerpo / carácter / rendimiento / en tu relación con los demás?

La siguiente grilla propone diferentes gradientes para poder dimensionar integralmente la complejidad del momento o crisis vital que pueda estar atravesando la persona:

MATRIZ DE DIAGNÓSTICO

ÁREA	ÁREA	PONDERACIÓN			
		Sin Riesgo	De Riesgo	Problemático	Dependencia
VÍNCULOS BÁSICOS	Figura contenedora	<p>Presencia estable/Figura querible/disponible/confiable que cuida, protege y enseña.</p> <p>Desarrolla vínculos saludables.</p>	<p>Existe Vínculo oscilante entre alejamiento y cercanía.</p> <p>La empatía surge ante los problemas.</p>	<p>Existe, pero con importantes dificultades contenedoras. La capacidad de protección no es efectiva.</p> <p>Escasa empatía. Se centra en sus propias necesidades.</p>	<p>Hoy no existe. Antes hubo abandono y negligencia. Sin capacidad de protección y contención. Lo expusieron a situaciones dolorosas, estresantes y crónicas.</p> <p>Figura insensible, peligrosa e impredecible.</p>
	Familia	<p>Estructurada y flexible, el poder es compartido, jerarquías claras. Cercanía e intimidad. Imagen congruente con la realidad.</p> <p>Comunicación receptiva y acogedora.</p>	<p>Estructurada y rígida. Hay dificultad para establecer roles, límites y funciones. Relaciones de dominancia y sumisión.</p> <p>Roles estereotipados, comunicación rígida y/o cerrada.</p> <p>Relaciones con desconfianza Trastornos de conducta de algún miembro.</p>	<p>Parentalidad disfuncional/Pérdida de roles de las figuras de autoridad/Ausencia de límites y normas claras/Falta de reconocimientos de logros/Aislamiento de algún miembro/Abandono afectivo/Castigo como estrategia de crianza/Lazos débiles o distantes/algunos contactos con la familia extensa.</p> <p>Hay recursos para beneficiarse de ayuda profesional y/o redes institucionales. Presencia de algunas enfermedades graves.</p>	<p>Estructura caótica, parentalidad. Maltrato como pauta relacional/Ausencia de contención. Promiscuidad, simbiosis e identidades poco claras/Relaciones de desconfianza.</p> <p>Desvinculación de redes institucionales. Abandono afectivo y/o material.</p> <p>Presencia de trastornos graves y crónicos.</p>

<p>VÍNCULOS BÁSICOS</p>	<p>Recursos Personales</p>	<p>Sentirse persona querible, capaz, aceptada y protegida.</p> <p>Se vincula, confía e intercambia. Empatiza, espera, conversa. Verbaliza sentimientos, pensamientos y necesidades.</p>	<p>Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás/Siente dudas de ser querido.</p> <p>Responde positivamente ante vínculos-protectores/Hay cierta ambivalencia en lo emocional.</p>	<p>Vivencia de maltrato y violencia/ Experiencias de abandono/ Traumatización por abusos o maltratos.</p> <p>Tendencia a fusionarse en las relaciones, a inhibirse y/o agredir sin motivos claros.</p>	<p>Contextos de violencia física y caos/ Ambientes cambiantes, inestables/ Sufre Amenazas/ Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato intra y/o extra familiar.</p> <p>Naturalización de que “la vida es así”. Patología del abandono. Desconfianza y temor a relaciones nuevas. Actuaciones sin expresión de los sufrimientos.</p>
	<p>VÍNCULOS SECUNDARIOS</p>	<p>Socialización</p>	<p>Manejo adecuado de pautas sociales y culturales.</p>	<p>Introversión que dificulta la integración a los Grupos Sociales y de Pares. Dificultad en el manejo de las Pautas Sociales y Culturales.</p>	<p>Importante dificultad en la adquisición de habilidades sociales y manejo de Pautas Sociales.</p>
<p>Conductas Transgresoras</p>		<p>Si hay transgresión, es exploratoria y ligada al proceso de desarrollo que no genera conflicto y logra ser modulada por el entorno.</p>	<p>Trasgresión ligada al desarrollo que genera crisis familiares/ Dificultad del entorno para el manejo de estas situaciones.</p>	<p>Hay en el hogar y en entornos significativos / Tendencia al conflicto relacional/ Dificultad en la internalización de límites y normas/ Actitud provocadora y de desafío a la autoridad. Hurtos ocasionales. Individuación a través de la transgresión.</p>	<p>Presentes en forma permanente con desafíos, agresiones y provocaciones intra y extra familiar y social. Delitos en forma reiteradas y/o con violencia física. Daños a terceros. y propiedad privada. Inserto en el circuito de transgresión a la ley.</p>

VÍNCULOS SECUNDARIOS	En la Calle	Escasa permanencia. Ocio creativo y con Pares en lugares apropiados.	Mas permanencia, ociosa y con Pares.	Permanencia diaria y creciente incumplimientos en trabajo/escuela/ Cambio de grupos de referencia.	Permanencia gran parte o todo el día. Descuido permanente de los vínculos primarios. Abandono del trabajo/escuela Importantes dificultades conductuales. Estigmatización y abandono.
	En Estudios ó Trabajos	Adecuada integración a la Institución y/o Empresa.	Ciertas dificultades de rendimiento que una vez detectadas pueden ser manejadas.	Mal rendimiento, repitencias, suspensiones, cambios de lugares laborales reiterados en corto tiempo. Conserva motivación para estudiar o trabajar.	Deserción escolar o laboral . Estigmatización y abandono. Importantes dificultades conductuales.
	Con Grupo de Pares	Participación y adecuada integración al grupo de pares acorde a su edad.	Dificultades transitorias. y reactivas a situaciones puntuales. Sin conductas disociales.	Aislamiento e inserción en grupos de alto riesgo. Dificultades conductuales/ Uso de sustancias psicoactivas y violencia/Pérdida de referentes.	Aislado/a. Pertenencia a grupo con conductas disociales.
	En su Comunidad	Participación en grupos validados en su comunidad.	Ocasionalmente participa en grupos.	Sabotea las actividades comunitarias. Problemas de integración, inclusión social.	Indiferencia y apatia. Problemas de integración e inclusión social/ Retirada de lo social.
	Recreación	Logra armonizar tiempos de laborales con los de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo.	Incremento del tiempo libre sin finalidad de ocio genuino.	Cierta pérdida de la planificación y libertad en la elección de las actividades recreativas. No están totalmente condicionadas por el consumo.	Actividades de ocio sin planificación. Solo dedicado al consumo y /o delito Alto riesgo social.

VÍNCULOS CON LA SUSTANCIA	Edad de Inicio		Adultos	Adolescentes	Infancia
	Frecuencia Actual		Ocasionalmente los fines de semana en espacios.	Habitualmente todos los fines de semana. Ya hay ritual.	Diariamente y/o en cualquier momento.
	Ciclos de Uso		Experimental, esporádico, en grupo, hay elección.	Uso con fin determinado, aumenta la frecuencia, en grupo y/o solo, hay elección con aumento de condicionamiento.	Abuso y/o dependencia, hay cotidianidad en el uso. Tendencia al uso solitario. No hay elección.
	Consecuencias de la Intensidad del Uso		No hay alteración cognitiva. Inestabilidad afectiva. Sin evidencias clínicas de conductas agresivas para si o para terceros. Malestares físicos, tensiones familiares. Ausencias esporádicas en lo laboral o educativo. Advertencias legales.	Con alteraciones cognitivas. Labilidad afectiva. Agresiones para si o terceros. Ingresos a guardias esporádicos. Irritabilidad. Descompensaciones físicas esporádicas. Conflictos familiares. Tendencia a no sostener compromisos laborales o educacionales. Consecuencias legales aisladas.	Alteraciones de las funciones intelectuales básicas (atención, percepción y memoria). Hipo afectividad. Conductas agresivas para si y para terceros reiteradas. Ingresos a guardias hospitalarias recurrentes. Conducta intolerante; querellantes paranoide, aislamiento. Enfermedades físicas recurrentes y trastornos varios. Ruptura con vínculos básicos. Pérdida y exclusión de los ámbitos escolares y laborales. Consecuencias y conflictos legales recurrentes.

Considerar, siempre, la singularidad de cada caso quedando a criterio del equipo tratante el qué hacer.

FRENTE AL CONSUMO SIN RIESGO:

- Sensibilización e información. Consejería integral de salud, recomendar seguir dentro de los parámetros de consumo responsable.²

FRENTE AL CONSUMO DE RIESGO:

- Realizar intervención breve de consejería recomendando reducir el consumo a niveles de menor riesgo.
- Intervención preventiva.
- Consultorios externos.
- Intervenciones sociales y culturales.
- Psicoeducación, orientación y acompañamiento familiar.

FRENTE AL CONSUMO PROBLEMÁTICO Y/O DEPENDENCIA:

- Realizar intervención breve de consejería recomendando dejar de consumir y derivar a equipo especializado para realizar evaluación integral y tratamiento.
- Intervención terapéutica.
- Plan individualizado de tratamiento ambulatorio.
- Búsqueda de apoyo familiar y social.
- Evaluación y motivación de la adherencia al tratamiento.
- Psicoeducación, orientación y acompañamiento familiar.
- Intervención de emergencia.

Cabe consignar que las intervenciones sugeridas anteriormente van incrementando la complejidad de la prestación e incluyendo a las de menor riesgo.

²Saludable supone, entre otros, un Consumo Responsable de Alcohol, a partir de los 18 años, e implica reforzar el compromiso que debe tener tanto la persona que toma como la que lo acompaña, impulsando una creciente concientización de los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas. Cuando decirle NO al alcohol: niños y niñas, adolescentes, mujeres en búsqueda de embarazo, embarazadas o en período de lactancia, personas a las cuales por enfermedad o uso de medicamentos tienen contraindicado el consumo de alcohol, trabajadores que utilizan máquinas o herramientas, trabajadores en situaciones de riesgo de caídas, personas que van a conducir un vehículo, personas al cuidado de niños, adultos mayores y enfermos, en ámbitos laborales y/o de estudio.

3. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN: TÉCNICAS LÚDICAS

¿QUÉ SON?

Las Técnicas Lúdicas mediatizan y hacen comprensible la realidad, por ello desde la experiencia de trabajo territorial en diversos dispositivos realizados en 2012 y 2013 presentamos un kit de juegos para la prevención del consumo excesivo de alcohol con el objetivo de desnaturalizarlo, prevenir situaciones de riesgo y alentar las responsabilidades y cuidados por parte de las comunidades e instituciones.

Las herramientas que componen el kit fueron pensadas como propuestas recreativas flexibles que pueden acompañar estrategias de mayor alcance como proyectos anuales, o bien, estrategias de corto alcance como operativos sanitarios de prevención o prevención y asistencia a cielo abierto donde se encuentran grandes concentraciones de público expuesto a una masiva venta de alcohol entre otras sustancias.

¿CUÁNDO SE IMPLEMENTAN?

Entre otras opciones pueden realizarse con objetivos promocionales y preventivos en eventos y festividades populares. Intervenciones socioeducativas. Cuando un diagnóstico epidemiológico local señale la necesidad de generar una intervención. Talleres de sensibilización en general.

OBJETIVOS

Contribuyen a la sensibilización y la introducción en el tratamiento de los temas vinculados al consumo. Contribuyen a ejercer el derecho a informarse, ser escuchados y comunicarse generando hábitos de vida saludable.

¿CÓMO SE IMPLEMENTAN?

Las siguientes propuestas no son una estrategia acabada en sí misma, sino apuntes de propuestas lúdicas que surgieron al calor de diversas experiencias donde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha participado en operativos de prevención y promoción de la salud mental y se han encontrado con que las estrategias de abordaje utilizadas (como entrega de folletería, consejería y capacitación) podían complementarse con otras estrategias de mayor dinamismo y participación, especialmente con los jóvenes de entre 13 y 25 años. Las mismas contribuyen a la realización de talleres de sensibilización y capacitación.

¿DÓNDE SE IMPLEMENTAN?

Espacios comunitarios y diversos ámbitos socio sanitarios y educativos. En caso de realizar intervenciones socioeducativas deben ser complementarios a los contenidos de Educación para la Salud.

ELEMENTOS

Juego del Tablero “Consumo-cuidado”

El kit está compuesto por:

- Tablero de Juego
- Dado de 3 colores para calar y armar
- Tarjetas “Verdadero o Falso”
- Tarjetas de “Situaciones”
- Tarjetas de “Prendas”
- Instructivo

Pueden jugar dos personas o dos grupos. El tablero tiene un punto de salida y uno de llegada. Cada grupo o persona tira el dado por turnos. Según el color que salga en el dado el participante o grupo deberá contestar verdadero o falso (color rojo), hacer una prenda (verdes) o actuar situaciones (azul).

PRENDAS

Quien tenga que hacer la prenda saca una tarjeta. Para realizarla se coloca unos anteojos con unas 90 dioptrías los cuales simulan el efecto de estar alcoholizado y deberá hacer dibujos, recortar figuras, jugar a la payana, a la bolita o chocar palmas.

En caso de que alguno o ambos de nuestros jugadores sea menores de edad debemos aclarar que no corresponde que ingiera alcohol antes de los 18 años por no estar preparado su organismo para los efectos que dicho consumo genera, además de que no deberían venderle y que quien lo hace está violando la Ley Nacional N° 24.788 (prohibición de venta de bebidas con alcohol a menores de 18 años).

SITUACIONES

El participante saca una tarjeta y debe reunir a un pequeños grupo de 3 a 5 personas que lo ayude y seleccionan una tarjeta que tiene las leyendas boca abajo que dicen “boliche”, “casa de familiar/amigo”, “recital”, “moto”, “situación embarazosa”, “paz y amor”.

Una vez que los participantes se hayan caracterizados, los jugadores deben elegir a uno/una del grupo como el alcoholizado/a. Se describe la situación y se la guía haciendo preguntas: ¿Qué hacemos si...?”. Y da lugar a distintas respuestas entre los participantes orientando a las que sean correctas de las que no. Para ello puede ayudarse con los materiales gráficos del PNPA.

VERDADERO O FALSO

El participante elije las tarjetas una por turno y debe responder sobre cuestiones referidas al consumo de alcohol y embarazo, sobre el consumo en hombres y mujeres, el inicio del consumo y el alcohol al manejar.

CUADERNILLO INSTRUCTIVO

El kit está compuesto por:



Dado de 3 colores para calar y armar



Tablero de Juego



Verdadero o Falso



Situaciones



Prendas



Memotets

Las tarjetas de prendas, situaciones y verdadero o falso pueden usarse dentro del juego de tablero o solas como juego autónomo.

En todos los casos a los jugadores previamente se les pregunta en que localidad viven, edad y si toman alguna/s bebida/s alcohólica/s, y con qué frecuencia lo realiza.

CUADERNILLO INSTRUCTIVO

Consumo-Cuidado Juego de Tablero

Pueden jugar dos personas o dos grupos. En el tablero tiene un punto de salida y uno de llegada. Cada grupo o persona tira el dado por turnos. Según el color que salga en el dado el participante o grupo deberá contestar verdadero o falso (color rojo), o hacer una prenda (verde) o actuar situaciones (azul).

CUADERNILLO INSTRUCTIVO

Prendas

Quien tenga que hacer la prenda saca una tarjeta. Para realizarla se coloca unos anteojos con unas 90 dioptrías los cuales simulan el efecto de estar alcoholizado.

En caso de que alguno o ambos de nuestros jugadores sea menores de edad debemos aclarar que no corresponde que ingiera alcohol antes de los 18 años por no estar preparado su organismo para los efectos que genera, además de que no deberían venderle y que quien lo hace está violando la ley de prohibición a menores de 18 años de edad.

TARJETAS:

Estás dibujado!

Con los lentes colocados el participante deberá dibujar un árbol, una casa y una persona.

Embocala!

En un vaso de boca chica el participante deberá embocar lapiceras.

Payana!

En una mesa se colocan cinco piedritas u objetos. El participante deberá arrojar uno al aire, juntar uno de la mesa y tenerlo en su mano, hasta juntar todos los objetos que estaban en la mesa.

Opi!

El participante debe tratar de embocar en un agujero en el piso, a una distancia de dos metros, una bolita.

Lensú!

El participante debe jugar a aplaudir y chocar sus palmas con otros de manera coordinada.

Cortala!

El participante, con una tijerita deberá calar una figura.

Verdadero o falso

El participante elije las tarjetas una por turno y debe responder.

Embarazo

"¿Se puede tomar alcohol durante la lactancia / embarazo, así sea en pequeñas dosis?"

Opción 1 En pequeñas dosis no perjudica al bebe, solo son "antojos" de la mamá. (F)

Opción 2 No importa la medida de ingesta, el alcohol es absorbido en la sangre y le llega al feto en el embarazo y al bebe en la lactancia. (V)

Opción 3 Durante el embarazo no se puede tomar alcohol, pero sí durante la lactancia porque no le llega al bebe. (F)

¿Qué significa ser iguales?

"¿Pueden hombres y mujeres tomar las mismas medidas de bebidas alcohólicas y tener los mismos efectos a nivel orgánico?"

Opción 1 Pueden tomar lo mismo porque son iguales unos y otros. (F)

Opción 2 Las mujeres absorben más alcohol que los hombres, es por ello que se alcoholizan más rápido que los hombres si se exponen a las mismas medidas. (V)

Opción 3 Depende de si la mujer está acostumbrada a tomar y tiene más tolerancia. (F)

Inicio

"¿A qué edad crees que, según la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas, se encuentra el inicio de ingesta de alcohol?"

Opción 1 16 Años (F)

Opción 2 13 años (V)

Opción 3 15 años (F)

Nuestro cuerpo

"¿Como elimina mi cuerpo las bebidas alcohólicas que tomo?"

Opción 1 se elimina todo a través de la orina y la transpiración. (F)

Opción 2 se elimina el 10 % de todo lo que tomo. El resto se metaboliza en el hígado (V)

Opción 3 se elimina el 50 % de lo que tomo. El resto se metaboliza en el hígado. (F)

Manejate

"¿Haber tomado tres copas de vino implica riesgo al conducir?"

Opción 1 No, solo a partir de la cuarta copa de vino (F)

Opción 2 Sí, porque ya tengo la cantidad de alcohol en sangre necesaria para bajar mis niveles de reacción y reflejos. (V)

Opción 3 Depende del tipo de vino (F)

SITUACIONES

El participante saca una tarjeta y debe reunir a un pequeños grupo de 3 a 5 personas que lo ayude y seleccionan una tarjeta que tiene las leyendas boca abajo que dicen "boliche", "casa de familiar/amigo", "recital", "moto", "situación embarazosa", "paz y amor".

Una vez que los participantes se hayan caracterizados, los jugadores deben elegir a uno/una del grupo como el alcoholizado/a. Se describe la situación y se la guía haciendo preguntas.

¿Qué hacemos?"

Y da lugar a distintas respuestas entre los participantes orientando a las que sean correctas de las que no.

Para ello puede ayudarse con los materiales gráficos del programa.

Boliche

Estamos en un boliche y X se siente mal, mareado, no puede tenerse en pie...

Casa de un familiar

Estamos todos en la casa de un familiar y de pronto el tío que ha tomado de más decide que va a trozar el pollo y para ello toma un cuchillo grande...

Recital

Estamos en un recital y uno de nuestros amigos que ha bebido y mucho se desmaya...

Moto

Un amigo ha bebido mucho y decide subirse a su moto y manejar...

Situación embarazosa

Una pareja ha bebido mucho y le cuesta negociar el uso del preservativo...

Paz y amor

Dos amigos que han bebido mucho comienzan a insultarse y parece que van a pelearse...

Memotest

El juego consiste en dos grupos de tarjetas:

-unas con frases sin terminar o preguntas.
-otras con dibujos, que estarán dispuestas sobre una mesa con la escritura o figura hacia abajo.

Comienza un participante o equipo dando vuelta una tarjeta del primer grupo y luego otra del otro grupo, buscando que ambas se correspondan. Si lo consigue toma las dos tarjetas para sí. Si no es así, se vuelve a colocar las tarjetas en la misma posición que ocupaban para dar lugar a que el próximo participante o equipo hagan lo mismo y así sucesivamente. El juego finaliza cuando no quedan más fichas en la mesa y será ganador quien más pares de tarjetas tenga en su poder.

TARJETAS:

- 1 Si un amigo tomó de más y quiere conducir...
(Imagen con un manojito de llaves tachadas)
- 2 ¿Qué hacer como papás si los chicos deciden juntarse con amigos en casa?
(Imagen en la que se muestran alimentos y bebidas sin alcohol)
- 3 ¿Qué no hacer si un amigo tomó de más?
(Imagen en la que se ve una persona duchándose y una taza de café)

- 4 Si un amigo que tomó de más se descompuso y se desmayó...
(Imagen de una persona acostada de costado, abrigada y al lado la imagen de una ambulancia)
- 5 El alcohol te deshidrata, si decidiste tomar...
(Imagen con una botella de agua)
- 6 Si tus hijos deciden juntarse en casa con amigos...
(Imagen con una pareja de padres yéndose de la casa tachada)
- 7 Si decidiste tomar y vas a salir en auto...
(Imagen que muestra a una persona subiéndose a la parte trasera de un auto)
- 8 Si estás embarazada...
(Imagen que muestra una botella de alguna bebida alcohólica tachada)
- 9 ¿Cuál es uno de los riesgos de tomar alcohol teniendo un bebé?
(Imagen que muestra una pareja dormida en una cama y un bebé llorando en su cuna)
- 10 Si la madre toma alcohol durante la lactancia...
(Imagen que muestra una mamá amamantando a su bebé y flechas que van de ella al bebe)

TALLERES

1. ¿QUÉ ES UN TALLER?

El taller es una modalidad de abordaje que combina la teoría y la práctica en busca de la participación, la cooperación, la reflexión y la comunicación para lograr un fin común entre los diferentes participantes. El objetivo es intercambiar opiniones e ideas en la búsqueda de la construcción colectiva y de generar un proceso de aprendizaje conjunto sobre algún tema. Por ejemplo: promover el consumo responsable de alcohol, sensibilizar a la población en general sobre la temática, promover hábitos de vida saludable acercando saberes sobre los riesgos que conlleva el consumo de sustancias legales e ilegales, e incluso la combinación de las mismas.

2. PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA PLANIFICAR UN TALLER

¿QUÉ se quiere hacer?

¿Por qué hacemos esto y no otra cosa? Definir los contenidos a trabajar y justificarlos.

¿PARA QUÉ se quiere hacer? ¿Qué objetivos queremos alcanzar? ¿PARA QUIÉNES?

¿CUÁNTO se quiere hacer? ¿En qué proporción se pretende alcanzar esos objetivos?

¿DÓNDE se quiere hacer? ¿En qué lugar o lugares es posible hacer las actividades?

¿CÓMO se va a hacer? ¿Qué dinámicas vamos a realizar? ¿Cuál será la manera de evaluar el taller?

¿CON QUIÉNES? ¿A quiénes VAMOS A COMPROMETER en la organización del Taller?

¿CON QUÉ RECURSOS se va a hacer? ¿Qué recursos tenemos y cuáles necesitamos?

3. ¿CÓMO SE REALIZA UN TALLER?

Podemos pensar y proyectar un taller distinguiendo en él tres momentos:

1. Convocatoria.
2. Inicio y/o Apertura. Presentación de la jornada (objetivos y temas a trabajar).
3. Desarrollo o producción grupal.
4. Cierre y Evaluación.

4. TÉCNICAS Y DINÁMICAS SUGERIDAS

4.1 Charlas Debate. Se puede utilizar la herramienta de CReA como disparador para instalar el tema y problematizarlo entre los participantes.

4.2 Técnicas Psicodramáticas y de Role Playing: escenificar distintas situaciones vinculadas con el consumo excesivo (la previa, durante, post). Trabajar diferentes finales posibles de las escenas planteadas. Luego plantear preguntas disparadoras para reflexionar de manera grupal.

4.3 Videos/Películas: presentar recursos audiovisuales con una guía de interrogantes para trabajar en grupos y en plenario.

4.4 Mitos y Realidades: presentar frases vinculadas al consumo y generar interrogantes. Las mismas se pueden trabajar a través de recortes periodísticos, artículos de investigación, datos estadísticos, etcétera.

4.5 Debates: presentar una temática, por ejemplo: el rol de los adultos frente al consumo excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en los adolescentes. Agrupar a los participantes en diferentes posicionamientos en relación al tema moderando el intercambio de ideas y opiniones en relación a la temática.

5. CIERRE Y EVALUACIÓN

Para realizar esta evaluación se sugiere abordar las siguientes preguntas con los participantes e internamente con el equipo de trabajo organizador:

¿Existieron cambios desde la situación inicial? ¿Se cumplió el objetivo? ¿Se generó un amplio proceso de participación? ¿Se alcanzaron a enunciar conclusiones, lineamientos, nuevos conocimientos en relación al tema trabajado? ¿Cómo fue el rol del Coordinador como facilitador? ¿Qué aspectos facilitaron los logros y cuáles los dificultaron? ¿Por qué? ¿Qué acciones a futuro podemos realizar para mejorar la situación?

4 CONSEJERÍA (C)

¿QUÉ ES?

Un proceso de intercambio entre el prestador y el usuario en el que se proporciona orientación, información y conocimiento al consultante, usuario o familiar del servicio de salud mental. Es parte de la atención integral. Es una intervención más en el proceso de atención. Es una prestación más dentro de los equipos de salud mental.

Quien brinda consejería no es alguien que da consejos; es una persona formada para escuchar, informar, asesorar y promover la toma de decisiones desde el enfoque de derechos, Atención Primaria de Salud y Salud Mental Comunitaria. Realiza evaluación de la demanda – información – valoración – articulación con la red (cuando estuviere constituida).

Los objetivos principales son: desnaturalización del modo en que se vincula con la sustancia (teniendo en cuenta que las adicciones se constituyen también como aficción compulsiva a distintas sustancias, tanto legales como ilegales, pero también a conductas, como por ejemplo el juego o incluso personas); distinguir las prácticas de consumo; instalar la percepción del riesgo y reducir daños futuros.

Según el caso, con el consentimiento de la persona se pueden incluir: familiares o adultos referentes; psico-educación, para una actitud comprensiva y de cuidado; y/o amigos/pares para capitalizar la crisis y promover una actitud reflexiva frente al impulso incontrolable.

En caso de haberse implementado el CReA se busca corroborar la información y establecer el vínculo de ayuda y confianza implicando al propio consumidor.

OBJETIVOS:

1. Informar, desnaturalizar el consumo excesivo de alcohol y/o otras conductas observadas, distinguir y diferenciar las prácticas de consumo del paciente.
2. Promover una auto percepción del problema y reflexión sobre los riesgos.
3. Empoderar prácticas y hábitos de vida saludable.
4. Instalar como actividad Preventiva y para la continuidad del abordaje.
5. Incrementar así la receptividad de la atención por Guardia.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA LA CONSEJERÍA?

- Consiste en una serie de entrevistas semi-dirigidas a realizar en un ambiente de privacidad/intimidad, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza.

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

- Se recomienda la utilización de las tres preguntas, diferenciadas por género, basadas en el CReA (persona y entorno).
- Se informa diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir; y luego explicitar plan de seguimiento y/o derivación a psicoterapia en el caso de identificar factores de consumo de riesgo, consumo problemático o dependencia.
- Se habilita un espacio de escucha donde se pueden analizar factores de riesgo luego de aplicar el CReA.
- Se comunican los riesgos de consumo para su salud (se facilitan materiales impresos con información preventiva de acuerdo a la edad). Información para ofrecer sobre consumo sin riesgo:
 - Beber más de una unidad estándar de bebida alcohólica al día en el caso de la mujer y más de dos en el hombre; y en ambos casos: beber hasta alcanzar niveles de intoxicación o embriaguez aunque sea leve.

- Hay ocasiones en que es absolutamente perjudicial para la salud individual y colectiva todo consumo , por ejemplo:
 - ✓ Cuando se conduce un vehículo o se maneja maquinaria.
 - ✓ Si se está embarazada o en su búsqueda o en período de lactancia.
 - ✓ Si se toman determinados medicamentos.
 - ✓ Si se sufren determinadas condiciones médicas.
 - ✓ Si no se puede controlar el consumo.

AUTOPERCEPCIÓN

- Se registra el grado de percepción de las personas sobre prácticas de riesgo y se fomenta la toma de decisiones sobre el patrón de consumo.

EMPODERAMIENTO DE PRÁCTICAS

- Se promueven prácticas de cuidado y estrategias para reducir daños futuros.
- Si se detecta consumo sin riesgo, en los encuentros posteriores se evalúa el grado de comprensión sobre prácticas de consumo y se acuerdan nuevos cuidados. Si se detecta consumo de riesgo se invita a personas cercanas y familiares a participar de los de los grupos pertinentes existentes en la red. Si se identifica consumo problemático se puede aplicar la Guía del Orientador Psico Social y se sugiere articular acciones con los Servicios de Salud Mental, y del Hospital y/o Centro de Día para iniciar un tratamiento terapéutico y clínico.

¿DÓNDE SE IMPLEMENTA?

En CAPs, CICS, Servicios del Hospital General (Salud Mental, Clínica y Adolescencia del Hospital General), y/o en visitas domiciliarias realizadas en el marco de otras intervenciones. También en guardia a través de un primer encuentro antes de dar el alta médica.

¿QUIÉNES LO PUEDEN IMPLEMENTAR?

Integrantes del Equipo Socio Sanitario, del CAPs, del CICS y de Servicios del Hospital General, priorizando en la intervención el trabajo interdisciplinario.

5. GRUPO DE REFERENTES (GR)

¿QUÉ ES EL GRUPO DE REFERENTES?

Es un DISPOSITIVO GRUPAL de acercamiento indirecto a la persona consumidora. A partir de la contención del entorno social y familiar de las personas que presentan consumo problemático de todas las conductas compulsivas:

OBJETIVO:

El objetivo del GR es orientar, contener, acompañar y motivar a los familiares y referentes cercanos a las personas con consumo problemático, para que puedan acompañarlos correctamente, evitar conductas contraproducentes, contenerlos y fortalecerlos en sus capacidades y habilidades para hacer frente a la problemática y facilitar su adherencia a la asistencia. También es un lugar de comprensión de la problemática, y de expresión de las emociones que se suscitan en el entorno.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

1. Cantidad de Participantes: desde 5 hasta 15.
2. Perfil de Participantes: familiares, Adultos y/o Amiga/os Cercanos a las personas con consumo problemático.
3. Se sugiere acordar un lugar, horario y día de encuentro semanal.
4. Se invita a los referentes y familiares a participar en forma libre y voluntaria.
5. Metodología: se realizan reuniones con diferentes ejes temáticos que inviten al intercambio de experiencias, sensaciones y percepciones sobre el tema.
6. Encuadre de las reuniones:
 - Participativas y Democráticas.
 - Clima de Encuentro.
 - Hacer circular la palabra (evitar el monopolio de la palabra).
 - Ser respetuosos de las diferencias y particularidades de las situaciones presentadas (no juzgar ni sancionar a los participantes de GR).
 - Acuerdo de Confidencialidad.
7. Coordinación: la coordinación del GR la realiza un profesional especializado en el abordaje del tema, y con formación en dinámica de grupos. Con el tiempo se puede incorporar a la Coordinación un referente histórico del GR (capacitado en dinámica de grupos).
8. Ejes de Trabajo que se pueden desarrollar en los encuentros:
 - a) Preguntas disparadoras planteadas desde la coordinación. Ej.: ¿Cómo estuvo la semana?
 - b) Elegir un tema para trabajar.
 - c) Presentación de situaciones problemáticas.
 - d) Realizar charlas informativas. Ej.: Prácticas de cuidado (generales y específicas), etcétera.
9. Promover el COMPROMISO/ACCIÓN: al finalizar la reunión los participantes acuerdan compromisos y líneas de acción a seguir.

¿DÓNDE SE IMPLEMENTA?

En el CAPs, CICs o Servicios de Salud Mental, Clínica, Adolescencia del Hospital General.

¿QUIÉNES LO PUEDEN IMPLEMENTAR?

Integrantes del equipo sanitario: Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales, Enfermeros (y, con capacitación previa, Referentes de pacientes con algún integrante del Equipo).

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

Cuando se detectan situaciones de Consumo Problemático o Dependencia de Alcohol.

6. GRUPOS INSTITUCIONALES DE ALCOHOLISMO (G.I.A.)

¿QUÉ SON LOS G.I.A.?

Son una respuesta desde el Sistema de Salud Público Argentino al problema sociosanitario del consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias con una experiencia de desarrollo de 31 años en nuestro país. La principal estrategia asistencial es el grupo terapéutico donde se trabajan distintos aspectos y momentos de la vida de sus miembros. No son controladores de la abstinencia o del tiempo que ésta lleva; ponen acento, sin negar la enfermedad, en las capacidades sanas que todas las personas tenemos, que, identificadas producto del proceso terapéutico, ayudan a desarrollar y sostener la recuperación y construcción de nuevas alternativas de vida.

OBJETIVOS:

- La recuperación de la salud como un proceso integral e integrador de la persona directamente afectada y la de su entorno socio afectivo.
- El desocultamiento en el seno del sistema sanitario y de la comunidad de esta problemática, negada y prejuiciada, permitiendo el despliegue de acciones solidarias y reparadoras del sufrimiento que la misma conlleva.
- La defensa y jerarquización del Hospital Público toda vez que el mismo se ocupa de dar respuesta eficaz, eficiente y científica a uno de los principales problemas sociosanitarios en nuestro país.
- La planificación en salud de modo humanizado y humanizante.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

En la esfera terapéutico-asistencial, desde un encuadre favorecedor de la organización grupal que contempla variables fijas:

- Un espacio físico, dentro de la institución sanitaria, adecuado al desarrollo de una tarea grupal.
- Un día y horario de comienzo y cierre fijo dentro de la actividad asistencial institucional.
- Un equipo de coordinación.
- Y variables como el número de personas que allí realizan tratamiento y se renuevan de continuo (afectados directos, familiares, amigos) como de personas que concurren interesadas en informarse y colaborar.

Luego, el mismo acontecer grupal va haciendo necesario trascender el espacio terapéutico asistencial con acciones informativas, de promoción de la salud y preventivas en los distintos espacios públicos de la comunidad desarrolladas por el equipo sanitario acompañado de aquellas personas que van recuperando su salud permitiendo una tarea colectiva, reparadora y saludable para el conjunto de la sociedad.

¿DÓNDE?

Instituciones pertenecientes al sistema de salud pública:

- Hospitales.
- Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).
- Centros Integradores Comunitarios (CICs).

¿QUIÉNES?

Trabajadores de la salud organizados por equipos interdisciplinarios de profesionales y técnicos cuidadosa y especialmente capacitados para:

- La coordinación de los grupos terapéuticos donde las personas afectadas por el consumo excesivo de alcohol (independientemente de la etapa clínica en la que las mismas se encuentren) realizan tratamiento para recuperar su salud junto a familiares, amigos y personas interesadas en colaborar.
- Asimismo, como actividades relacionadas al quehacer grupal, trabajan articuladamente con los demás servicios hospitalarios y de la comunidad para la adecuada reinserción social.
- El desarrollo de actividades preventivas, de investigación y docencia en la misma institución de salud como en otras instituciones (escuelas, seguridad, justicia, etc.) y comunidad en general.

Y todos en cuanto al concepto de Red:

Cada miembro del grupo es portador de una historia como individuo, como parte de una familia, de un pueblo, de una nación. Posee un pasado, un presente, y un proyecto de futuro. Su identidad está ligada a todo ello. Todo miembro puede ser visto como nudo de varias redes sociales que operan simultáneamente y que resuenan en su mundo interno. Sus grupos familiares, vocacionales, laborales, vecinales, escenificados en el psiquismo están presentes en su concurrencia al G.I.A.. Compartir esas historias es conocer sobre la que se ha ido estructurando su identidad, en un proceso de construcción, destrucción, reconstrucción y nuevas construcciones. Por lo tanto, al configurarse el grupo, este tiene desde su fundación vasos comunicantes sociales que nos implican y se hacen presentes en cada reunión terapéutica y en cada espacio social donde sus integrantes operan. Así, el grupo forma parte de una compleja red o conjunto de redes.

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

En el marco de una Institución Sanitaria cuando se dispone a garantizar los derechos de las personas a recibir en el ámbito de su comunidad un tratamiento continuo y adecuado a esta problemática en todas sus etapas:

- Desintoxicación y primeros abordajes en guardias y emergencias médicas.
- Continuidad de cuidados en servicios de internación.
- Detección de casos en Consultorios Externos.
- Rehabilitación.
- Reinserción social.

7. PSICOTERAPIA

¿A QUÉ LLAMAMOS PSICOTERAPIA?

Es un dispositivo individual, grupal y/o familiar donde se abordan (con herramientas del campo psi), los determinantes psicoemocionales del sujeto. Es propio de este dispositivo abordar su historia, problemáticas, conflictos y sufrimientos, y se identifican recursos, capacidades y habilidades para mejorar y fortalecer su calidad de vida, y estrategias para alcanzarlo (intervención propia de: con consumo de riesgo, consumo problemático o dependencia).

OBJETIVOS:

- Posibilitar la expresión emocional.
- Mejorar la autoconciencia sobre la problemática del uso indebido, su origen y consecuencias, y sobre todo otro factor histórico que incidiera negativamente en la subjetividad.
- Acompañar y fortalecer capacidades para la toma de decisiones que permitan proteger la salud, generando, promoviendo y creando hábitos de cuidado.

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

- A través de entrevistas individuales con una duración de entre 30 a 50 minutos, o de entrevistas grupales (hasta 10 participantes) con una duración de hasta 90 minutos.

La estrategia durante la intervención psicoterapéutica es:

- Plan individualizado de tratamiento: ambulatorio o residencial.
- Búsqueda de apoyo familiar y social.
- Evaluación y motivación de la adherencia al tratamiento.
- Psicoeducación, orientación y acompañamiento familiar.

Los aspectos que se deben contemplar en la atención e intervención terapéutica en el Consumo Problemático y Dependencia son: psiquiátricos, psicológicos, clínicos, familiares, sociales y legales. Además de interconsultas con otras especialidades, propuesta de tratamiento, evolución y seguimiento. Si en la evaluación no se aprecia progreso sustantivo en ajuste psicosocial y/o modificación del patrón de consumo, como intervención o indicación del profesional se sugiere:

- Interconsulta con Servicio de Salud Mental, para evaluar la conducta a seguir.
- Eventualmente derivación asistida a Servicio de SM, para plan de tratamiento ambulatorio.
- O derivación asistida a plan de tratamiento residencial (con consulta previa al servicio de internación).

¿DÓNDE SE IMPLEMENTA?

En los CAPs, Clcs y en los Servicios Hospitales Generales.

¿QUIÉNES LAS PUEDEN IMPLEMENTAR?

Psiquiatras y Psicólogos.

¿CUÁNDO SE PUEDE IMPLEMENTAR?

Luego de haberse aplicado el CReA, la Guía del Orientador Psico Social y la Consejería detectándose consumo de riesgo o consumo problemático o dependencia de Alcohol.

8. ABORDAJE CLÍNICO POR INTOXICACIÓN AGUDA

Es un dispositivo de Atención para el paciente intoxicado.

OBJETIVOS:

1) Establecer el primer nexo entre la persona y el sistema de salud, atendiendo la urgencia y desintoxicando al paciente, generando la continuidad de cuidados y el desarrollo de acciones asistenciales.

2) Fortalecer la capacidad de autonomía de las personas para que puedan utilizar mejor sus propios recursos y los servicios que el sistema de salud le ofrece.

Diagnóstico: Se basa en Antecedentes y manifestaciones clínicas.

Se puede confirmar mediante: alcoholemia, alcoholuria, alcohol en aire.

- Presuntivo; se sospecha que el paciente ingirió alcohol, o lo refiere.
- Clínico-toxicológico: presenta signos y síntomas de intoxicación etílica.
- De certeza: alcohol en aire expirado, orina o sangre. Análisis de sangre: limpiar área de extracción con solución jabonosa y dejar secar. Extraer muestra de 5 cc (no menos de 2 cc) de sangre entera en recipiente de plástico con fluoruro de Sodio, tapa hermética sin cámara de aire. Si el análisis no es inmediato conservar a 4° C.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Coma hipoglucémico.
- Cetoacidosis diabética.
- Encefalopatía hepática.
- Intoxicación por otras drogas de abuso.
- Patología estructural del Sistema Nervioso Central (SNC).
- Traumatismo craneo - encefálico.

¿DÓNDE?

En el Servicio de Guardia del Hospital General. En casos de intoxicación leve y de acuerdo a los recursos del efector puede intervenir el primer nivel.

¿QUIÉNES?

Está compuesto por: profesionales de guardia del hospital.

¿CUÁNDO HACEMOS REFERENCIA A UNA INTOXICACIÓN INICIAL O LEVE?

Cuando el paciente presenta síntomas de euforia, distimia, verborragia, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival y/o vómitos.

¿QUÉ ACCIONES SE PUEDEN DESARROLLAR?

Medidas generales: corrección de hipoglucemia, Corrección de acidosis y Vitamina B1.

Rescate del tóxico: vómito provocado y lavado gástrico.

Antídotos/Antagonistas: se puede utilizar Nalaxona.

Favorecer la eliminación: forzar diuresis alcalina/Purgantes Salinos.

Es importante abrigar al paciente ya que la pérdida de calor es significativa.

Criterios de internación: descompensación clínica o metabólica, aparición de síndrome de abstinencia.

Cuidados intensivos: coma con acidosis, depresión respiratoria, potenciación con otras drogas.

¿CÓMO?

1. Se debe atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras (sin estímulos lumínicos ni sonoros).
2. Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.
3. Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.
4. En caso de ser posible, solicitar inmediatamente Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Radiografía de Tórax.
5. Tratamiento de sostén. Evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).
6. Observar durante 6 horas con evaluación repetida cada 2 horas. Si la evolución es favorable, proceder a la evaluación de riesgo y consejería.
7. Si la evolución es desfavorable, completar indicaciones para intoxicación moderada/grave.

¿CUÁNDO DIAGNOSTICAMOS INTOXICACIÓN MODERADA O GRAVE?

Cuando el paciente presenta signos de agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado, torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreglesia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones y/o coma.

¿QUÉ ACCIONES DESARROLLAR? ¿CÓMO?

1. Utilizar protocolo de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloides.
2. Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.
3. Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.
4. Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.
5. Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.
6. Solicitar, en caso de ser posible, Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. Tórax.
7. Se complementará con Alcoholemia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).
8. Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía).
9. En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.
10. Compensación del medio interno. Si presenta convulsiones el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etcétera.

11. Descartar, prevenir y tratar complicaciones:

- Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.
- Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.
- Síndrome de Wernicke – Korsakoff : en paciente alcohólico crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.
- Rabdomiolisis (Mioglobinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.

Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo:

1. Confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.
2. Se requiere ambiente de total seguridad con restricciones claras.
3. Controles seriados y permanentes.

Ver http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf

9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (TF)

¿A QUÉ LLAMAMOS TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

Debido a los múltiples factores que están relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se utilizan estrategias integrales combinadas de terapias: farmacológicas, psicológicas e intervenciones socio educativas.

Dado que hasta hoy no se ha demostrado de manera definitiva la eficacia de algún fármaco en forma exclusiva o universal, es conveniente el estudio previo personalizado, y en algunos casos la combinación de psicofármacos.

La Terapia psicofarmacológica comprende la acción de una serie de sustancias químicas (moléculas), que son capaces de influir en las funciones psicoemocionales del Sistema nervioso central.

La integran los neurolépticos o antipsicóticos, ansiolíticos o tranquilizantes, antidepresivos (IRSS, IMAO y otros), psicoestimulantes, hipnóticos, antiepilépticos, antirrecurrentes (moderadores del ánimo), antiparkinsonianos e hipnoanalgésicos.

Las variables a tener en cuenta son la Farmacodinámica, Farmacocinética y Biodisponibilidad de cada fármaco. Además de las características del Paciente, Familia / Referentes, Contexto sociocultural, el modelo de intervención del Profesional o Equipo a cargo y de la Relación terapéutica.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida de la persona y sus referentes.
- Aumentar la motivación de la misma para reducir riesgos y motivar el cambio.
- Posibilitar o facilitar la inclusión social, laboral, etc..
- Prevenir y tratar las psicopatologías asociadas al consumo (patologías duales, psicosis previas, deterioros).

¿CÓMO SE IMPLEMENTA?

Evaluando previamente los Síntomas + los Antecedentes médicos + el Momento evolutivo y ciclo vital por el que atraviesa + las Realizaciones personales + sus Capacidades + el Contexto sociofamiliar + las Motivaciones y expectativas del paciente en relación a la consulta y al tratamiento.

De esta forma, habiendo ya descartado las enfermedades clínicas y teniendo un perfil del cuadro, se optimiza el uso y la dosis de la medicación (uso racional del medicamento).

1. De requerir medicación en forma urgente, ésta se instituye desde el primer día, siendo factible de ser modificada posteriormente de acuerdo a los resultados de los exámenes complementarios.
2. Una vez establecida la medicación, se realiza inicialmente un monitoreo de la misma en forma semanal, para pasar luego a sesiones mensuales de control.
3. Evaluar que muchos fármacos producen **tolerancia**, si a una persona se le ha administrado durante mucho tiempo un determinado psicofármaco, necesitará de dosis cada vez más elevadas para lograr el mismo efecto. Suele asociarse con la **dependencia física** (necesidad de continuar consumiendo la molécula para prevenir el **síndrome de abstinencia**).

¿DÓNDE?

Los tratamientos psicofarmacológicos implementados varían según el servicio de asistencia, los cuales van de acuerdo al momento evolutivo y a la severidad sintomática:

Servicio de Guardia, Servicio de Observación y Evaluación, Servicio de Admisión: esquemas terapéuticos de la fase aguda.

Servicio de Hospitalización de pacientes agudos y subagudos: Esquemas terapéuticos de la fase aguda y subaguda con cierto grado de compensación clínica.

Servicio de Consultorios Externos, Servicio de Hospital de Día, Centros de Atención Primaria (CAPS), Centros de Integración Comunitaria (CICs): esquemas terapéuticos de mantenimiento del paciente con remisión total del episodio parcialmente compensado, con o sin sintomatología residual.

¿QUIÉNES?

Aquellos integrantes de los Equipos Sanitarios del 1er. y 2do. Nivel que tengan formación Médica.

¿CUÁNDO?

Se suministra tratamiento psicofarmacológico cuando El/la Médico/a del Equipo evalúa conductas de riesgo, disruptivas y síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y el desarrollo de la integración al medio.

Hasta que haya ausencias de las mismas y mayor desarrollo con posibilidades de elección por parte de la persona.

En otras oportunidades los psicofármacos se administran por mayor tiempo luego de que los síntomas desaparecen para evitar recaídas y reincidencias en el consumo.

ANEXOS I

GLOSARIO

ABUSO: el consumo es habitual y establecido en tiempo y espacio (regularidad diaria, semanal o asociada a una circunstancia) con diversas dosis.

ASISTENCIAL: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. 1) Se considera como asistencia sanitaria a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por los equipos de salud. 2) Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo “intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones”. 3) La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria.

ADICCIÓN: es la total entrega de la persona a la actividad que le absorbe todas sus actividades diarias y potenciales. La vida gira en torno a dicho consumo, afectando los vínculos sociales, es decir vive para.

ALCOHOL: el alcohol etílico o etanol es una Sustancia Psicoactiva (SPA), presente en bebidas, perfumes y algunos productos de uso doméstico o industrial, depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), que produce tolerancia, dependencia psíquica y física y un importante síndrome de abstinencia, que en los casos graves puede llevar a la muerte del paciente.

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma, siempre en relación con la alcoholemia. La alcoholemia es la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre humana, se mide en gramos por litro y es utilizada en pericias judiciales.

El síndrome de abstinencia aparece luego de 48 a 72 horas de la interrupción de la ingesta con temblores, fiebre, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, etc.. El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente Delirium Tremens y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

CReA: es un cuestionario de reconocimiento para identificar el riesgo y la detección y puede ser utilizado como sensibilizador. Contiene tres preguntas que nos muestra el nivel de riesgo que tiene el consumo de alcohol en una persona, esto nos ayuda a decidir qué tipo de intervención es conveniente.

CONSUMO PROBLEMÁTICO: cuando el tipo de vínculo establecido con la sustancia directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Puede o no tener una frecuencia sistemática, incluye el Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEAA).

DEMANDA: solicitud, requerimiento, reclamo, petición, consulta, pedido.

DEPENDENCIA FÍSICA: estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la reiteración del consumo para evitar malestares físicos ocasionados por la falta de ella en el organismo.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: es la compulsión a repetir el consumo de una SPA para sentir placer o evitar el displacer que produce la carencia de la SPA y aquello que pretende controlar con ese consumo.

DIAGNÓSTICO: determinación, calificación, especificación, análisis y definición de una patología por los signos y síntomas de la misma. Proceso de determinación de una situación sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

INTERDISCIPLINA: interacción de profesionales de diferentes áreas de la Salud, con el objetivo común y el compromiso personal de realizar una modalidad de intervención que incluya e integren miradas y enfoques disciplinarios diferentes a fin de problematizar y desarrollar líneas de acción conjuntas.

INTERVENCIÓN: toda acción realizada por promotores, profesionales, técnicos y/o agentes sanitarios en el marco específico de sus incumbencias.

MORBILIDAD: es la relación entre los números de casos de enfermedades y el número de individuos expuestos a sufrir dicha enfermedad, dentro de una población determinada.

PROMOCIÓN: promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar. Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

RIESGO: la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: es el conjunto de signos y síntomas que aparecen relacionados con la brusca supresión de la administración de una SPA. Es un cuadro similar en todos los casos, característico para cada SPA y que presenta las variaciones individuales de cada paciente.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: sustancias que tienen la propiedad de modificar la conciencia, el ánimo, los procesos cognitivos y volitivos en el individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia, fundamentalmente a nivel del Sistema Nervioso Central.

TOLERANCIA: es la adaptación del organismo por la cual se produce la necesidad de aumentar la dosis consumida para conseguir el efecto buscado. Esta tolerancia está en relación con la dependencia psicofísica y el síndrome de abstinencia.

USO: es el consumo esporádico y circunstancial de una sustancia psicoactiva. El mismo no afecta la vida cotidiana.

ANEXOS II

DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

- A ser atendido en forma igualitaria por el Sistema de Salud, en tiempo y forma, sin ser objeto de discriminación alguna y con el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad. La falta de capacitación y/o infraestructura no es razón suficiente para el rechazo de la atención, en tanto la salud es un bien público y un derecho humano.
- A recibir asistencia integral y oportuna en el Sistema de Salud, disminuir los riesgos y promover una mejor calidad de vida.
- A ser recibido/a y contenido en forma personalizada a la llegada a cualquier Centro de Salud y conocer el nombre y la función del profesional que lo atiende (tanto a la persona afectada como a algún familiar o referente).
- A recibir información veraz y comprensible sobre el tratamiento y las alternativas terapéuticas existentes, para que la persona pueda optar (toda vez que sea posible) por la intervención más conveniente, asesorado por el equipo tratante y saber sobre su historia clínica.
- A poder estar acompañado por un familiar o persona de confianza, siempre que las circunstancias lo permitan.
- A que se mantenga la confidencialidad de toda la información relacionada con el tratamiento.
- A ser escuchado cuando presenta sugerencias, reclamos y replanteos sobre el tratamiento y a recibir respuestas en plazos razonables.

ANEXOS III

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: EFECTOS E IMPLICANCIAS

- El alcohol te deshidrata, por eso es importante tomar agua al mismo tiempo. Si la última vuelta es de agua o jugo, mejor (ayuda a tener menos resaca).
- No mezclar Alcohol con éxtasis (aumenta el riesgo cardíaco y de deshidratación).
- No mezclar Alcohol con Viagra.
- Tener en cuenta que el alcohol reduce la potencia sexual.
- Si existen problemas de diabetes, hepatitis, asma, recibe medicación o se sufre del corazón, no consumir alcohol.
- Las embarazadas no deben consumir alcohol.
- Quiénes estén cuidando niños, ancianos, discapacitados y/o personas enfermas tampoco deben consumir alcohol.

SI UN AMIGO CONSUMIÓ DE MÁS

- No permitirle manejar un vehículo
- Llevarlo a un lugar tranquilo y ventilado.
- Si se descompuso o desmayó, ponerlo de costado para que no se ahogue.
- Aflojarle la ropa. Abrigarlo.
- No dejarlo/a solo/a
- Llamar a emergencias.

2. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO EXCESIVO

- Incidencia en la ruptura de vínculos familiares, laborales y sociales.
- Incidencia en el desarrollo de prácticas violentas (en el ámbito doméstico, en espacios públicos y sociales y en la calle).
- Incidencia en accidentes de tránsito (autos, motos, bicicletas, rodados de gran porte y / medios de transporte público).
- Incidencia en accidentes hogareños, laborales.
- Incidencias en para contraer enfermedades de alto riesgo (cardiovasculares y hepáticas).

3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

- Alcohol y deficiencia cognitiva: el consumo excesivo de alcohol acelera la contracción del cerebro, lo que a su vez conduce a una disminución de la capacidad cognitiva (Rourke y Loberg, 1996; Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).
- Durante la adolescencia, el alcohol puede llegar a producir cambios estructurales en el hipocampo, parte activa del cerebro en el proceso de aprendizaje (De Bellis et al. 2000), y dañar permanentemente el desarrollo cerebral (Spear, 2002).
- HOL y problemas reproductivos: el consumo de alcohol durante los primeros años de la adolescencia puede suprimir la secreción de ciertas hormonas reproductivas femeninas, retrasando la pubertad y afectando adversamente la maduración del sistema reproductivo (Dees et al. 2001).
- Se ha comprobado que luego de la pubertad el alcohol perturba los ciclos normales de la menstruación y afecta la fertilidad (Emanuele et al. 2002).
- El uso de alcohol afecta las glándulas endócrinas y las hormonas de la reproducción masculina y puede reducir la fertilidad a causa de disfunción sexual y la producción deficiente de espermias (Emanuele y Emanuele, 2001).
- Alcohol y embarazo: el alcohol revela toxicidad a nivel reproductivo.
- Consumir alcohol durante el embarazo puede estar directamente asociado con un patrón distintivo de déficit intelectual que se manifestará más tarde, durante la niñez, incluyendo una disminución general del rendimiento intelectual y de las capacidades académicas, así como también un déficit en el aprendizaje del habla, en la memoria espacial y el razonamiento, el tiempo de reacción, el equilibrio y otras habilidades cognitivas y motoras (Mattson et al. 2001; Chen et al. 2003; Koditowakko et al. 2003).
- Algunos déficit, como problemas de socialización, parecen empeorar cuando los individuos llegan a la adolescencia y la adultez, lo que posiblemente conduce a un mayor índice de trastornos mentales (Jacobson y Jacobson, 2002).
- Aunque estos déficit son muy severos y están extensamente documentados en niños con Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), los niños que se vieron expuestos a menores niveles de consumo pueden exhibir problemas similares (Gunzerath et al. 2004) dependiendo de la dosis (Sood et al. 2001).
- Beber alcohol, aun en pequeñas cantidades y particularmente en el primer trimestre del embarazo, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, de bajo peso al nacer, de nacimiento prematuro o de retardo en el crecimiento intrauterino (Abel, 1997; Bradley et al. 1998; Windham et al. 1997; Albertsen et al. 2004; Rehm et al. 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. (1993). Tratamiento de los problemas de abuso de opiáceos. *Anales de Psicología*, 9, 71-81.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxication. *Cochrane Database System Review*, 4, CD005031. [Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M. y Ma-yet S. Tratamientos psicosociales y farmacológicos versus tratamientos farmacológicos para la desintoxicación de opiáceos. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update].
- Anton, R.F., Moak, D.H., Latham, P., Waid, L.R., Voronin, K., Thevos, A., Wang, W. y Woolson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 349-357.
- Balcells, M., Torres, M. y Yanhe, C.E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 227-236.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R. N., Robbins, S.J., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1993). Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de droga y la excitación condicionada. En M. Casas y M Gossop (Eds.) *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 191-222). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- De Sousa, A. y De Sousa, A. (2005). An open randomized study comparing disulfiram and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 545-548.
- Feeney, G.F., Young, R.M.D., Connor, J.P., Tucker, J. y McPherson, A. (2002). Cognitive behavioral therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 622-628.
- Fernández, J.J. y Pereiro, C. (2007). *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- García, R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol. *Anales de Psicología*, 9, 43-51.
- Ministerio de Salud de La Nación (2012); DNSMyA; Coordinación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol: "Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes".
- Ministerio de Salud de La Nación (2011); DNSMyA; Coordinación del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol: "Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras sustancias Psicoactivas".
- Pedrero, E.J., Fernández, J.R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Becoña, E. y Cater, M. (Coord.). Sociodrogalcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: PNSD; 2009.
- Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Martínez, S., Bascarán, M.T., Paredes, B. y Bobes, J. (2004). Tratamiento farmacológico. *Psicofármacos*. *Adicciones*, 16, 275-285.
- San-Molina, S. y Arranz, L. (2001). Aproximación terapéutica a la dependencia de cocaína. *Adicciones*, 13, 191-208.

- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogas-dependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Solé, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*, 13, 209-224.
- Tobeña, A., Fernández-Teruel, A, Escorihuela, R.M. Zapata, A., Núñez, J.F., Ferré, P. y Sánchez, X. (1993a). Límites de la habituación e inestabilidad de la extinción: Implicaciones para los tratamientos basados en exposición a "señales de droga". En M. Casas y M Gossop (Eds.) *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogas-dependencias* (pp. 223-244). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Gálvez Ibáñez M - CONTINUIDAD ASISTENCIAL. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf>
- Barbara Starfield <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/funciones-de-la-aps/>
- Pellegrini, Jorge. "Escritos sobre alcoholismo. 1989-2011)". Ed.Payné. San Luis. 2011.
- Ruiz Luques, Rafael y otros. "Alcoholismo .Respuestas desde el hospital público. El modelo G.I.A.". Editorial Ciencia y Artes. San Rafael (Mendoza). 2001.
- Villafañe, Claudia. "Evaluación cualitativa del abordaje integral del alcoholismo con el Modelo G.I.A. (Grupos Institucionales de Alcoholismo)". *Revista Vertex* N° 88. Editorial Polemos. Bs. As. Argentina. Diciembre 2009.

ELABORADO POR DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Equipo de Adicciones.

Equipo de Epidemiología.

Equipo de Comunicación Social.

Equipo Redes.

Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Consumo Excesivo de Alcohol.

