

# Contacto

Guía para el trabajo  
con usuarios de drogas  
en el Primer Nivel  
de Atención en Salud  
y otros contextos  
clínicos y comunitarios



Silvana Fernández  
Agustín Lapetina

## Contacto



### **Frontera Editorial**

Zelmar Michelini 1268 | CP 11100

Telefax: (5982) 908 7212

email: frontera@csc.org.uy

Montevideo | Uruguay

### **Primera edición | Setiembre 2008**

Diseño Gráfico: Mane Clara

Copyright © 2008 |

**Contacto | Programa Alter-Acciones**

**El Abrojo | Instituto de Educación Popular.**

**alteracciones@elabrojo.org.uy**

Soriano 1153 | CP 11100

Telefax: (5982) 903 0144 | 900 9123

Montevideo | Uruguay

ISBN:



## Los autores

### • **Silvana Fernández**

Licenciada en Psicología

Miembro del equipo técnico del Programa Alter-Acciones desde 1999.

Co-coordinadora del Sistema de Formación Permanente de Profesionales de la Salud y de la Educación del Programa Alter-Acciones.

Coordinadora del Servicio Virtual de Orientación y Asesoramiento a Usuarios de Drogas, basado en la Filosofía y Prácticas de Reducción de Riesgos y Daños: [www.d-lamente.org](http://www.d-lamente.org)

Experiencia de investigación en el desarrollo de modelos integrales para el abordaje clínico de los problemas asociados al uso de drogas, integrando los principios de la investigación sobre la conciencia, la psicoterapia corporal, la psicología del yoga y las herramientas de la psicotraumatología contemporánea.

### • **Agustín Lapetina**

Sociólogo - Udelar

Master en Políticas Públicas e Investigación sobre Drogas y Alcohol - Universidad de Londres.

Coordinador del Programa Alter-Acciones del Instituto de Educación Popular El Abrojo.

Co-coordinador del Sistema de Formación Permanente de Profesionales de la Salud y de la Educación del Programa Alter-Acciones.

Miembro de la Asociación Internacional de Reducción de Riesgos y Daños (IHRA).

Experiencia de investigación en Políticas Públicas sobre Drogas y Alcohol desde 1992.

Coautor de publicaciones especializadas: Drogas y Políticas Sociales en el Uruguay de hoy: Paradojas, experiencias y desafíos. Editorial Frontera: 2003. El Equilibrista: Guía Educativa para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas. Ed. Frontera: 2007.



# Índice

<b>Prefacio</b> .....	<b>9</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
¿Por qué abordar el tema drogas desde los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud0? .....	11
<b>Primera parte: Las bases del enfoque</b> .....	<b>17</b>
<b>Capítulo 1: El enfoque de las Intervenciones Breves</b> .....	<b>19</b>
1. Fundamentación .....	19
2. Tipos de Intervenciones Breves .....	24
3. Elementos centrales de las Intervenciones Breves eficaces .....	25
4. Barreras a la implementación de IB y sugerencias para facilitar su aplicación .....	31
<b>Segunda parte: Hacia la comprensión de la temática</b> .....	<b>35</b>
<b>Capítulo 2: Conceptos básicos para la comprensión de la temática de las drogas</b> .....	<b>37</b>
1. ¿Qué son las drogas o sustancias psicoactivas? .....	37
2. Clasificación de las drogas según sus efectos predominantes sobre el Sistema Nervioso Central .....	39
3. Tipos de uso de drogas .....	41
4. Usos problemáticos de drogas .....	42
<b>Capítulo 3: Modelos para entender el uso de drogas y sus implicancias para comprender los procesos de cambio personal</b> .....	<b>46</b>
1. ¿Es la adicción a las drogas una enfermedad? .....	47
1.1. El Paradigma de la Enfermedad: supuestos básicos .....	48
1.2. El Paradigma del Aprendizaje Social: supuestos básicos .....	49
2. ¿Cómo entender los procesos de cambio personal? .....	54
2.1. Modelos Médicos para entender el cambio personal .....	55
2.2. Modelos Psicosociales para entender el cambio personal .....	56

## Tercera parte: ¿Cómo intervenir? ..... 59

### Capítulo 4: Cuatro pasos para tratar el tema del uso de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud ..... 61

#### 1. Primer paso: identificar consumos crónicos, consumos de riesgo y/o problemáticos ..... 62

##### 1.1. Exploración de rutina e identificación de consumos crónicos, consumos de riesgo y/o problemáticos ..... 62

#### 2. Segundo paso: evaluar el impacto del uso de drogas en la vida de la persona ..... 66

##### 2.1. Entrevistas de evaluación ..... 66

##### 2.1.1. Breve evaluación inicial ..... 67

##### 2.1.2. Evaluación en profundidad del uso de drogas ..... 68

#### 3. Tercer paso: dilucidar el nivel de motivación de la persona para realizar cambios en relación al consumo ..... 73

##### 3.1. El Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud ..... 74

##### 3.1.1. Supuestos básicos del MT ..... 75

##### 3.1.2. Etapas del Proceso de Cambio ..... 76

##### 3.1.3. Estrategias Motivacionales para el trabajo en las diferentes etapas ..... 82

##### 3.1.4. Las Estrategias de prevención de recaídas ..... 94

#### 4. Cuarto paso: Motivar para el cambio ..... 97

##### 4.1. La Entrevista Motivacional ..... 98

##### 4.2. Guía para conducir una entrevista sobre el tema drogas, basada en los principios de la Entrevista Motivacional ..... 104

### Capítulo 5: ¿Cómo intervenir cuando la persona siente que no quiere o no puede cambiar? Las estrategias de reducción de riesgos y daños ..... 107

## Cuarta parte: Herramientas prácticas para la intervención ..... 115

### Capítulo 6: Instrumentos para el diagnóstico ..... 117

#### 1. Instrumento 1: Test de AUDIT ..... 118

#### 2. Instrumento 2: Test CAGE ..... 119

#### 3. Instrumento 3: Test de detección de dependencias y problemas vinculados al uso de alcohol u otras drogas ..... 120

### Capítulo 7: Guía para el usuario: Medidas de autocuidado ..... 122

#### 1. Alcohol ..... 123

##### 1.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol ..... 124

#### 2. Tabaco ..... 126

##### 2.1. Guía para el fumador ..... 128

##### 2.2. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de tabaco ..... 129

#### 3. Marihuana ..... 132

##### 3.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de marihuana ..... 134

#### 4. Clorhidrato de Cocaína, Crack y Pasta Base ..... 135

##### 4.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de cocaína, crack y pasta base ..... 138

#### 5. Benzodiazepinas ..... 140

##### 5.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de benzodiazepinas ..... 141

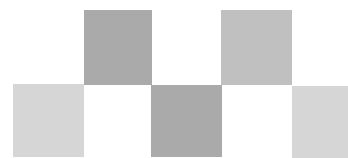
## Índice de figuras

Fig. 1. Características de las Intervenciones Breves eficaces .....	30
Fig. 2. Características diferenciales del Paradigma de la Enfermedad y del Paradigma del Aprendizaje Social .....	51
Fig. 3. Características diferenciales de los Modelos Médicos del Cambio y los Modelos Psicosociales del Cambio .....	58
Fig. 4. Etapas del Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud .....	76
Fig. 5. Etapas del Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud .....	77
Fig. 6. Ayudando al usuario a reconocer la ambivalencia .....	85
Fig. 7. Características diferenciales de la Entrevista Motivacional y del Paradigma de la Enfermedad .....	103
Fig. 8. Pasos para tratar el tema del uso de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud: modalidades de intervención .....	114

## Referencias bibliográficas y fuentes de consulta ..... 142

### **Anexo I: contactos de referencia en el tema drogas, por zona de Montevideo y servicios estatales especializados. .... 146**

A. Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo .....	146
B. Policlínicas barriales de Salud Pública. Red de Atención del Primer Nivel RAP / ASSE .....	147
C. Policlínicas de Fucvam .....	148
D. Tratamiento: servicios públicos .....	149
E. Otros recursos gratuitos y de fin público .....	150
F. Otros contactos de interés .....	151



## Prefacio

Esta guía es producto de la sistematización de la experiencia de trabajo de campo con usuarios problemáticos de drogas del Proyecto Barrilete Comunidad, desarrollado en la zona de Misiones - Casavalle de la ciudad de Montevideo entre los años 2000 y 2006.

“Barrilete Comunidad” tuvo como objetivo central la atención de adolescentes, jóvenes y adultos con problemas de drogas que se encontraban en situaciones de alta vulnerabilidad social.

Una de las situaciones más frecuentemente observadas en esta experiencia de trabajo fueron las graves condiciones sanitarias en las que se encontraban los usuarios de drogas y las dificultades simbólicas que los mismos tenían para acceder a los servicios de salud. Es así que se visualiza en el equipo la necesidad de trabajar para favorecer esta conexión, iniciando una experiencia de trabajo conjunto con el equipo de salud de la Policlínica Casavalle.

En este sentido, agradecemos especialmente a los equipos de salud de las policlínicas Los Ángeles y Casavalle y en especial la colaboración y apoyo permanente de las Dras. Alicia Sosa y Adriana Grisoli, quienes hicieron posible la experiencia de trabajo en estos centros de salud. Damos las gracias también a la Dra. Graciela Varín por su apoyo y apertura, al Centro de Salud Don Arturo, a la Policlínica Santa Rita, al Centro de Salud de la Costa, así como al Curso de Promotores de Salud Comunitarios de la IMM, y al Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina.

La elaboración de esta guía no hubiera sido posible sin la contribución firme y decidida de un gran equipo técnico y mejor grupo

humano que siempre confió en este proyecto. A todos ellos nuestro agradecimiento profundo y sincero reconocimiento por su dedicación y compromiso.

Un enorme agradecimiento también a Terre des Hommes - Ginebra (TDH) y a la Federación Ginebrina de Cooperación (FGC), sin cuyo apoyo económico y confianza permanente no hubiéramos podido completar ni una pequeña parte de este sueño.

Por último, un cálido abrazo y un agradecimiento muy especial al grupo de usuarios del vagón de Casavalle, junto a quienes hemos aprendido y compartido tiempos, sensibilidades, experiencias y saberes.

Esperando que disfruten de este nuevo **Contacto**, nos despedimos hasta la próxima...



## Introducción

### ¿Por qué abordar el tema drogas desde los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud?

Los datos recientes acerca de la prevalencia del uso y del uso problemático de drogas legales e ilegales en nuestro país nos plantean múltiples desafíos, muchos de los cuales están aún pendientes de ser abordados integralmente como sociedad. Uno de estos desafíos significativos y de primer orden refiere a cómo la sociedad uruguaya administra y planea administrar de la manera más eficaz y eficiente posible los recursos destinados al abordaje de demandas y problemáticas diversas vinculadas al uso de drogas, tanto legales como ilegales.

La elaboración de esta guía encuentra su “razón de ser” en la comprobación empírica de uno de los axiomas tan antiguos como esenciales en la historia del abordaje de los procesos de salud -enfermedad: “**más vale prevenir que curar**”.

Esta máxima, frecuentemente olvidada en el diseño de las políticas públicas sobre drogas de nuestra sociedad, encuentra su traducción técnica en la constatación empírica de que:

Los recursos que una sociedad invierte en la **identificación y gestión institucional temprana** de los **consumos de riesgo y/o problemáticos de drogas** resultan ser una **inversión económico - técnica** mucho más eficaz y eficiente que aquellos destinados al tratamiento de las adicciones una vez que las mismas se han consolidado.

El primer desafío de este material es entonces contribuir a la consolidación y optimización de una red de servicios de salud que permita gestionar de manera eficiente las diversas situaciones vinculadas al uso de drogas, aprovechando al máximo la estructura de estos servicios y el potencial terapéutico y humano de quienes los dirigen y de quienes día a día conforman su cotidianidad.<sup>1</sup>

Un segundo desafío y razón de ser de este material es contribuir a seguir forjando servicios de atención en salud que se constituyan en ámbitos accesibles y “amigables” de orientación, asesoramiento, atención y derivación de las personas con problemáticas asociadas al uso de drogas, mediante el desarrollo de estrategias que faciliten el acceso de la población a dichos servicios y que permitan la identificación y atención temprana de consumos de riesgo y/o problemáticos.

La investigación en el tema drogas da cuenta de que los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud son lugares privilegiados para la atención de problemáticas vinculadas al consumo de drogas.

Entre las ventajas que ofrece tratar el tema en estos contextos se destaca el hecho de que:

Los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud tienen una **amplia cobertura** en cuanto a número de usuarios, ofreciendo además la ventaja de la **cercanía territorial**, lo cual los hace más **accesibles**, sobre todo para aquellos sectores de la población que ven reducidos sus ámbitos de circulación social ya sea por motivos económicos, culturales y/o simbólicos.

La cercanía territorial también posibilita el establecimiento de vínculos con los grupos familiares, lo cual simplifica el acceso a los usuarios problemáticos y al trabajo con sus familias.

Por otra parte, se ha demostrado que el contacto directo con médicos, enfermeras y demás personal de la salud tiene un efecto de persuasión importante sobre las personas en relación con sus comportamientos de uso de drogas, mucho más que el que puedan llegar a tener las campañas mediáticas generales, especialmente cuando se trata de personas con bajo nivel de educación. El personal de la salud tiene un alto estatus en el imaginario colectivo y sus opiniones suelen tener más relevancia que las de otros miembros de la sociedad.

A modo de ejemplo y en relación al tabaco, las investigaciones dan cuenta de que “el asesoramiento sencillo de un médico ha demostrado aumentar las tasas de abstinencia de manera significativa (en un 30%) comparado con ningún asesoramiento”. Asimismo, “... las intervenciones de enfermería para dejar de fumar aumentan en un 50% la probabilidad de dejarlo con éxito”.<sup>2</sup>

Las investigaciones demuestran además que “las intervenciones donde participan varios proveedores de salud son muy eficaces y que todos los profesionales de la asistencia sanitaria pueden influir en que las personas dejen de fumar; básicamente, **cuanto más escuche una persona un mensaje uniforme de todos los profesionales de la salud, más probable será que deje de fumar**”.<sup>3</sup> Este efecto de persuasión es entonces un importante capital a ser utilizado desde el Primer Nivel de Atención en Salud para contribuir al abordaje efectivo y temprano del tema.

Por otra parte, los cambios llevados a cabo en los últimos años en relación al diseño y objetivos de los servicios de salud en nuestro país, y en particular, la creación del **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** establecen un nuevo escenario sanitario para el abordaje de las problemáticas vinculadas al uso de drogas.

Surge en este contexto el “**Programa Nacional de Atención a usuarios problemáticos de drogas**”, el cual se inscribe dentro del SNIS y “planea la inclusión de la atención a usuarios de drogas dentro de las prestaciones en salud, y en particular el contemplar aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidos a consumidores problemáticos de drogas dentro de un marco de concepción integral de la salud”.<sup>4</sup>

Se plantea además desde este plan la necesidad de “ajustar la oferta sanitaria a las necesidades y particularidades que presentan los consumidores de drogas a fin de lograr la mayor inclusión posible en los sistemas de atención”.<sup>5</sup> Esta nueva estrategia de atención promueve entonces mayores niveles de accesibilidad al sistema, poniendo énfasis en lo promocional-preventivo, lo cual hace a la constitución de un **escenario sanitario global explícitamente habilitador** del tratamiento de las problemáticas vinculadas al uso de drogas.

Estos nuevos escenarios de políticas sanitarias hacen que hoy en día muchas policlínicas del Primer Nivel de Atención en Salud comiencen a ser lugares de referencia para la atención y derivación en la temática de drogas, convirtiéndose de hecho en la puerta de entrada a la red de asistencia. Por su parte, la instauración del Portal Amarillo (Centro Nacional de Referencia para la pasta base y otras drogas) ha puesto en juego un nuevo escenario de trabajo donde se prevé, como ya comentáramos, que los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud se conviertan crecientemente en piezas fundamentales de la red de asistencia en el tema drogas.

De esta manera comienzan a darse cambios también en el imaginario colectivo: el **tema drogas empieza a ser percibido crecientemente como un tema de salud** y los servicios del Primer Nivel de Atención comienzan a ser percibidos como espacios adecuados para la atención del tema, lo cual fomenta e incrementa la recepción de consultas vinculadas a este. Así por primera vez, **las fronteras invisibles entre los servicios de salud y los usuarios de drogas comienzan a ser franqueadas con éxito**.<sup>6</sup>

Ahora bien, por otro lado, los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud dan cuenta también de dificultades a la hora de poder encarar eficientemente la temática del uso de drogas. Entre ellas se encuentran el poco tiempo de que disponen los profesionales de la salud y la sobrecarga de los servicios de atención, sumado a una sensación general de desconocimiento de la temática, de insuficiente capacitación para abordarla y de temores frecuentes en relación al trato con usuarios de drogas ilegales debido a la frecuente asociación en el imaginario colectivo entre drogas, violencia y delincuencia.

Es esta nueva realidad de los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud con relación a la temática de las drogas la que justifica la **necesidad** de disponer de **materiales de apoyo** para la intervención, herramientas que hagan más fácil el tratamiento del tema y que aporten luz a la comprensión de la temática.

La presente guía está dirigida entonces a todas aquellas personas que, trabajando en el ámbito de la salud, se encuentran cotidianamente con la temática del uso de drogas, ya sea recibiendo demandas específicas de atención o contactando con el tema indirectamente, por ejemplo a través de la atención de problemas sanitarios derivados del uso de sustancias.

4) “Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas”. MSP. JND. 2007.

5) Ídem.

6) Hasta hace poco tiempo los servicios de salud no recibían en general consultas por drogas, aunque la problemática estuviera instalada en el barrio o en la zona. La experiencia de trabajo del Proyecto Barrilete en la zona de Misiones - Casavalle recogía visiones de los usuarios de drogas acerca de los servicios de salud como poco adecuados, estigmatizantes, discriminatorios y frecuentemente asociados al sistema penal. Los centros de salud no eran vistos como lugares “seguros” para hacer una consulta sobre el uso de drogas.



En síntesis:

Este material pretende constituirse en una **herramienta práctica, accesible y de fácil lectura** que aporte a aquellas personas **no especializadas** en la temática de las drogas elementos básicos para el manejo del tema.

Su fin último es posibilitar la utilización al máximo del **potencial terapéutico** de los encuentros con la población destinataria para **informar** acerca del uso de drogas, **educar** en la gestión de los riesgos asociados y **promover hábitos saludables** de vida.

# PARTE primera

## Las **bases** del enfoque

## 1. Fundamentación

Como dijéramos anteriormente, los contextos del Primer Nivel de Atención en Salud resultan entornos ideales para el abordaje temprano de la temática de las drogas. En estos contextos resultan particularmente efectivas las llamadas **Intervenciones Breves (IB)**, un tipo particular de intervención en drogas que ha reportado numerosos beneficios, ampliamente documentados por la literatura científica en esta materia.

### ¿Qué son las Intervenciones Breves?

Las IB son intervenciones cortas y de bajo costo, dirigidas a usuarios que presentan consumos de riesgo y/o problemáticos, llevadas a cabo oportunamente por personal no especializado durante la ejecución de sus tareas rutinarias.

Las Intervenciones Breves han sido desarrolladas mayoritariamente en relación a la cesación del tabaquismo y a la prevención y tratamiento de los problemas derivados del uso problemático de alcohol, mostrando en ambos casos una gran efectividad, lo cual las hace susceptibles de ser ensayadas como herramientas de intervención válidas para la prevención y tratamiento temprano de los problemas derivados del uso problemático de otro tipo de sustancias.

La investigación internacional,<sup>7</sup> en particular el trabajo de Russell y col. (1979) ha mostrado que el enfoque de las Intervenciones Breves es una poderosa herramienta para abordar el tema del uso

7) Entre los países que realizan investigación en Intervenciones Breves se encuentran: Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido. Cabe destacar también estudios de la OMS llevados a cabo en Bulgaria, Costa Rica, México, Kenia, Noruega, Rusia y Zimbabue.

de drogas en los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud. Entre las ventajas que ha mostrado tener este tipo de enfoque se encuentran las siguientes:

**1) Son modalidades de intervención efectivas y de bajo costo.** En el campo del consumo de alcohol, este tipo de intervenciones ha mostrado ser tan efectivo como los tratamientos especializados, los cuales son además más caros. Esto se traduce en una **ecuación costo-beneficio altamente rentable.**

**2) Maximizan el potencial terapéutico y preventivo de los encuentros con los usuarios de drogas.** Las IB requieren muy poco tiempo para su aplicación. Dos o tres sesiones de orientación, asesoramiento y/o consejería para el cambio son suficientes muchas veces para promover un cambio de conducta.

**3) Son modalidades de intervención efectivas desde el punto de vista motivacional.** Las IB han mostrado ser efectivas para motivar a las personas a cambiar sus comportamientos de consumo en aquellos usuarios con consumos de riesgo.<sup>8</sup>

**4) Son herramientas efectivas para la prevención de recaídas** en aquellas personas que ya han cambiado su comportamiento de consumo.

**5) Se constituyen en formas de detección precoz e intervención temprana** para aquellas personas que no consultan específicamente por una problemática de drogas. Quienes recurren al tratamiento específico en drogas suelen tener, por lo general, niveles más altos de dependencia o “historias de consumo” más consolidadas, lo cual hace más difícil su tratamiento. El recurrir a un servicio especializado es, por lo general, el último recurso al que apela un usuario de drogas luego de haber intentado sin éxito otras estra-

tegias para gestionar su consumo problemático. Las Intervenciones Breves permiten acceder a los usuarios menos problemáticos e intervenir en etapas tempranas del uso de drogas, cuando resulta relativamente más sencillo generar cambios, ya que en general, cuanto más consolidada está la identidad de una persona en relación al consumo de una sustancia, más difícil es su tratamiento.

**6) Facilitan el acceso a aquellos usuarios que no consultan en clínicas especializadas de tratamiento.** Existen muchas **barreras** que impiden frecuentemente el acceso de los usuarios a los servicios especializados. Entre las barreras más importantes están las **de tipo económico.** Los costos de los tratamientos especializados en clínicas privadas, sumados al frecuente desborde de los servicios públicos, hacen que un importante porcentaje de la población de usuarios de drogas tenga dificultades para acceder a tratamientos especializados. Existen por otra parte **barreras de tipo psicológico**, como los sentimientos de **culpa y vergüenza** asociados a las situaciones de uso problemático que hacen que a los usuarios les sea difícil consultar. En el caso de las mujeres, estas barreras adquieren una relevancia aun más significativa dados los procesos de estigmatización diferenciales que rigen de acuerdo a los condicionamientos de género para las mujeres usuarias de drogas. En este sentido, **el trabajo en contextos de salud más generales reduce los procesos de etiquetamiento y estigmatización de los usuarios**, habitualmente asociados a los tratamientos más clásicos.

Entre los **objetivos prioritarios** de las **Intervenciones Breves** se encuentran los siguientes:

- **Informar** a los usuarios sobre los riesgos asociados al uso de drogas.
- **Identificar** posibles problemas antes de que se desarrollen otros más graves.
- **Motivar** a los usuarios a cambiar sus comportamientos de consumo.

Las IB tienen un alto componente informativo y de asesoramiento, lo cual las hace susceptibles de ser calificadas como **intervenciones educativas tanto como terapéuticas**. La mejor forma de implementarlas es hacerlo en el marco de la educación para la salud y de la promoción de la salud, por lo cual resulta óptima su aplicación en contextos de atención primaria.

Finalmente,

las IB están pensadas para usuarios con bajos **niveles de dependencia**, para aquellos que estén experimentando problemas en relación a **intoxicaciones puntuales y/o al uso regular**, y/o para usuarios con **consumos de riesgo** que aún no hayan experimentado problemas en relación a su consumo. Para todos ellos, las IB pueden ser una excelente alternativa al tratamiento especializado.

Por otra parte, dado que **la mayoría de los usuarios de drogas no son usuarios dependientes**, las Intervenciones Breves tienen un interesante potencial de cobertura, ya que permiten trabajar con un gran porcentaje de los mismos.

La tendencia general en el área de las intervenciones en drogas es, entonces, a que los usuarios referidos anteriormente sean atendidos por la **primera línea de atención en salud** y no en los servicios especializados.

Las Intervenciones Breves –especialmente desarrolladas para esto– solo requieren de algunas habilidades de **consejería** que la mayoría de los trabajadores de la salud **ya poseen**, o bien podrían desarrollar en un corto período de tiempo con una adecuada capacitación.

Más allá del potencial de las IB, existen algunas indicaciones para pensar en una posible **derivación a servicios especializados**. La derivación es conveniente en casos de:

- Personas con dependencias severas.
- Personas con co-morbilidad severa (consumo y trastornos psiquiátricos como esquizofrenia o depresión severa).
- Personas que desean hacer un tratamiento especializado.
- Personas que han tenido experiencias positivas en grupos de autoayuda como AA, NA, etc.
- Personas que requieran pasar por un período de desintoxicación y/o de internación.
- Personas con quienes no se ha podido desarrollar un trabajo exitoso en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud.

En este tipo de casos las IB suelen no ser efectivas, por lo cual se recomienda la derivación a servicios especializados y/o grupos de autoayuda.

## 2. Tipos de Intervenciones Breves

Existen **diversos tipos de Intervenciones Breves** posibles, según se trate de usuarios que buscan ayuda específica por el tema del consumo o de aquellos que no lo hacen. Ellas se diferencian en su duración, intensidad, personal requerido para llevarlas a cabo, fundamentos teóricos, así como en su estructura.

Entre los tipos más clásicos de IB se encuentran las siguientes:

- **Intervenciones de orientación y motivación.** El tipo de IB más simple es aquel que consiste en un asesoramiento claro, directo y motivador para manejar el comportamiento - problema. Puede requerir apenas 5 minutos o menos llevarlo a cabo y puede ser mediatizado por el uso de material didáctico o explicativo acerca de los efectos de las diferentes sustancias o bien, a través de folletos de reducción de riesgos y daños, etc.<sup>9</sup>

- **Intervenciones de tipo Terapia Cognitivo-Comportamental Condensada.** Pueden ser llevadas a cabo en 2 o 3 sesiones en las cuales se trabajen aspectos que incluyan, por ejemplo:

- Examen del patrón de consumo y estilo de vida del usuario
- Entrenamiento en automonitoreo del consumo
- Identificación y gestión de situaciones de alto riesgo

- **Intervenciones de tipo Entrevista Motivacional Breve.** Sumada a una posible terapia de desarrollo motivacional. (Esta técnica se desarrolla en profundidad en el Capítulo 4).

- **Intervenciones de tipo combinado.** Distintos tipos de abordaje o combinaciones de los anteriores, dependiendo del estado de preparación para el cambio del usuario.

## 3. Elementos centrales de las Intervenciones Breves eficaces

Ahora bien, más allá del tipo de intervención de que se trate, existen algunos elementos “clave” que caracterizan a las IB efectivas y que funcionan como promotores de los procesos de cambio.<sup>10</sup> Más allá del tipo de intervención que se implemente, existen **componentes actitudinales** que resultan fundamentales a la hora de abordar el tema del consumo en una entrevista, y **es a estos elementos a los que debemos prestar mayor atención.** Nos referimos a:

### 1. La EMPATÍA como eje fundamental de la relación con el usuario.

El término “empatía”, acuñado por el psicólogo norteamericano Carl Rogers,<sup>11</sup> refiere a la capacidad afectiva de una persona para ponerse en el lugar del otro y aproximarse a la comprensión de lo que este siente. Esta capacidad para la comprensión empática es, desde el punto de vista de las psicoterapias humanistas, uno de los pilares básicos de los procesos terapéuticos, cualquiera sea el campo en que estos se desarrollen.

En el campo de las intervenciones sobre la temática de drogas, el logro de un relacionamiento empático con el usuario es una cuestión insoslayable y el punto de partida de todas las intervenciones eficaces, máxime si tenemos en cuenta la frecuente estigmatización y enjuiciamiento a los que son sometidos con frecuencia los usuarios de drogas, y sobre todo, los usuarios de drogas ilegales.

Esta frecuente tendencia a la culpabilización y estigmatización de los usuarios basada en consideraciones morales acerca de la conducta de consumo (llevada a cabo por la sociedad en general y reproducida frecuentemente por el personal de salud) debe ser necesariamente deconstruida para que pueda establecerse un diálogo abierto y honesto con quien consulta.

Carl Rogers sostiene que son las **actitudes** y sentimientos del terapeuta (o quien ocupe un rol semejante) lo que realmente importa, más que su orientación teórica o las técnicas que maneje. La manera en que estas actitudes **son percibidas** por el usuario es lo que genera la diferencia crucial entre las intervenciones que promueven cambios positivos y las que no lo hacen.

En el encuentro con el usuario de drogas resulta entonces de fundamental importancia el sostener una **actitud receptiva** y de **no enjuiciamiento** del comportamiento de consumo como punto de partida para la intervención. Las actitudes moralizadoras, coercitivas y confrontativas, largamente usadas en la clínica de drogas, generan en la mayoría de los casos que los usuarios se cierren afectivamente a recibir información y que perciban al personal de salud de manera persecutoria, más que como aliados en el proceso terapéutico.

Por el contrario, **las actitudes abiertas, receptivas, respetuosas y de escucha reflexiva generan apertura y confianza en el usuario, favoreciendo el establecimiento de un vínculo terapéutico.**

Esto no significa que se deba compartir o estar de acuerdo con los estilos de vida expuestos por los usuarios, sino simplemente reconocer sus derechos y responsabilidades inherentes a la hora de elegir la vida que quieren vivir, así como reconocer la tendencia

natural de todo ser humano hacia la *actualización*<sup>12</sup> es decir, al desarrollo progresivo y la superación personal constante.

Las intervenciones de tipo autoritario, agresivo, coercitivo o confrontacional deben ser evitadas ya que pueden afectar directamente la autoestima de quien las recibe. Asimismo, ellas han mostrado generar más resistencias que cambios, además de no promover la sensación de empoderamiento necesaria para que el usuario realice cambios positivos en su estilo de vida.

En este sentido, el usuario debe sentir que son **sus conductas** y no su persona las que son puestas en tela de juicio o analizadas críticamente, es decir, lo que él **hace** (en relación a su comportamiento de consumo), no lo que él **es**.

## 2. Ofrecer un **MENÚ** de opciones para el cambio.

En el tratamiento de problemáticas complejas como las del uso de drogas **no existen “recetas” ni modalidades de intervención válidas y eficaces para todos los usuarios.** Cada usuario es una configuración única de características de personalidad, historia biográfica, factores hereditarios, nivel educativo, soporte social, etc, lo cual hace que su situación vital y los sentidos atribuidos al consumo de drogas sean singulares y únicos.

Resulta de vital importancia entonces poder **ofrecer un menú de distintas alternativas para trabajar la conducta que se quiere cambiar.** El ofrecer estrategias diversas de abordaje aumenta las posibilidades de que alguna de las opciones ofrecidas sirva y “cuadre” al usuario. Por ejemplo, mientras algunos usuarios se sentirán cómodos con propuestas terapéuticas orientadas al logro de la abstinencia, muchos otros sentirán que la abstinencia no solo

12) Carl Rogers, así como otros autores humanistas, asume que existe en el ser humano una **tendencia innata a la superación constante** siempre que se encuentren presentes las condiciones adecuadas. Este “impulso natural” del ser humano es reconocido por otras corrientes del humanismo y se le asignan diferentes denominaciones, tales como tendencia a la “autorrealización” (Abraham Maslow y Rollo May), y a la “autorregulación orgánica” (Fritz Perls).

no es posible para ellos, sino quizás tampoco deseable. Es por ello que la responsabilidad última del profesional de la salud deber estar centrada en hacer su máximo esfuerzo por encontrar y construir **junto** al usuario la propuesta más adecuada para él/ella para ese momento de su vida, más allá de cualquier consideración personal de tipo intelectual o moral.

### 3. Fortalecer la sensación de **AUTOEFICACIA** del usuario.

La **autoeficacia** es un concepto psicológico<sup>13</sup> que refiere a la convicción que una persona tiene acerca de su **capacidad para lograr efectuar y mantener un cambio de comportamiento**, es decir, se relaciona con las convicciones que las personas tienen acerca de su capacidad para ejercer control sobre sus motivaciones, procesos cognitivos, estados emocionales y patrones de conducta, de manera de poder enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída o una “vuelta” a un comportamiento que se quiso cambiar. Los usuarios de drogas llegan muchas veces a la consulta refiriendo que no pueden cambiar o que no pueden controlar su consumo, por lo cual es importante trabajar para devolver a la persona la sensación de que **es capaz de hacer cambios positivos en su estilo de vida y cambios en relación al consumo**.

### 4. Enfatizar en la **RESPONSABILIDAD PERSONAL** para el cambio.

De la mano del fortalecimiento de la sensación de autoeficacia y de la promoción del empoderamiento va la necesidad de enfatizar la responsabilidad personal que toda persona tiene en relación a sus procesos de cambio. Diferentes teorías psicológicas muestran que

### **las personas son más propensas al cambio de comportamiento cuando se sienten responsables de su conducta.**

El trabajo en este sentido tiende a desactivar los estereotipos y creencias que depositan el poder en la sustancia para devolvérselo al usuario. Cuando los discursos de los usuarios reproducen frases como “caí en manos de la droga”, el trabajo consiste en analizar críticamente este tipo de enunciados para reubicar a las personas y a las sustancias en sus debidos lugares, poniendo a las sustancias como objetos sin moral ni poder absoluto para modificar las vidas de las personas y a las personas como sujetos que **eligen** (con diferentes márgenes de libertad y conciencia) establecer diferentes tipos de vínculos con ellas.

Se debe hacer un énfasis permanente en esta capacidad de elección y responsabilidad del usuario.

### 5. Brindar **ORIENTACIÓN CLARA Y ESPECÍFICA** acerca de cómo cambiar.

Una vez establecido un vínculo sobre la base del respeto y la empatía, la responsabilidad personal se refuerza en forma de **consejería específica** acerca de **cómo actuar** para realizar los cambios de comportamiento deseados, de acuerdo a la etapa del proceso en la que se encuentre cada persona. En este sentido, es necesario identificar en forma precisa qué **grado o nivel de motivación, preparación y compromiso personal** para el cambio tiene el usuario en cuestión, de modo que el mensaje a transmitir sea concreto y adecuado a la situación de cada persona.

## 6. Brindar una RETROALIMENTACIÓN en relación a la conducta que se pretende cambiar.

Se trata de asumir un rol activo para devolverle al usuario elementos e insumos que le permitan evaluar racionalmente y monitorear conscientemente los cambios que ha introducido en su conducta y sus consecuencias asociadas.

En síntesis:

### Las Intervenciones Breves eficaces:

1. Tienen a la empatía como eje de la relación técnico-usuario
2. Ofrecen un Menú de opciones para el cambio
3. Fortalecen la sensación de autoeficacia
4. Enfatizan la responsabilidad personal para el cambio
5. Brindan orientación clara y específica acerca de cómo cambiar
6. Brindan retroalimentación

Figura 1. Características de las Intervenciones Breves eficaces

Ahora bien, más allá de lo actitudinal, existen también diferentes aspectos relacionados al espacio físico de acogida del usuario que son importantes y que pueden contribuir a un adecuado tratamiento del tema. Por ejemplo, es importante que el **lugar físico** transmita desde su misma disposición un mensaje del tema “drogas”, es decir, que el mensaje permee la misma estructura del lugar, por ejemplo, mediante cartelera informativa, folletos en las salas de espera, videos informativos, etc., es decir, que resulte claro desde los diferentes espacios de atención y acogida que la consulta por drogas está habilitada.

Por otra parte, debe cuidarse que la cartelera informativa así como otros materiales utilizados mantengan entre sí una coherencia comunicacional, es decir, que no existan mensajes contradictorios, prohibicionistas o demonizadores del tema.

## 4. Barreras a la implementación de IB y sugerencias para facilitar su aplicación

No obstante los claros beneficios a la salud pública que implicaría la aplicación sistemática de IB en los servicios de salud, existen algunos obstáculos que pueden impedir que estas sean llevadas a cabo. La investigación da cuenta de los siguientes:<sup>14</sup>

### I. Sensación de que no es pertinente intervenir en drogas.

Muchas veces el personal de salud siente que hablar de drogas es entrometerse en la vida privada de las personas y que no es legítimo intervenir en sus estilos de vida. No obstante, si bien esta era una visión generalizada hace 20 años, el trabajar sobre los estilos de vida desde el punto de vista de la promoción de la salud resulta hoy una parte fundamental de la práctica médica.

En el campo de las drogas resulta de particular importancia el poder visualizar la totalidad de la persona, es decir, comprender a la persona como una totalidad influenciada por su entorno social directo, sus redes de vínculos significativos, su acceso a los recursos sanitarios, sus relaciones con la ley, etc.



## 2. Sensación de inadecuación del rol y de falta de información.

El personal de la salud suele sentirse en general poco calificado para llevar a cabo intervenciones en el tema de las drogas. En general esto refiere a falta de conocimiento y de información específica en la temática de drogas, sumadas a barreras de tipo afectivo como temores y prejuicios en relación a los usuarios de drogas (fundamentalmente en relación a los usuarios de drogas ilegales). En este sentido, resulta fundamental trabajar en base a “paquetes” de formación teórico-práctica que generen un aumento de la sensación de autoeficacia del personal de salud para involucrarse en la implementación de diversas estrategias de intervención.

Lo que hace de las Intervenciones Breves modalidades óptimas para ser aplicadas en servicios del Primer Nivel de Atención en Salud es que no requieren ser aplicadas por “expertos” en drogas sino que están diseñadas específicamente para ser llevadas a cabo por personal no especializado.

## 3. Falta de apoyo para la tarea.

A la sensación de falta de capacitación se suma muchas veces el sentir que no se cuenta con el apoyo necesario para la tarea desde la dirección de los servicios, o que el mismo diseño de los servicios de salud no es adecuado para este tipo de intervenciones. Así, el personal de los servicios de salud da cuenta de dificultades tales como:

- **Falta de tiempo:** la realidad de la dinámica de los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud (en muchos casos superpoblados) hace que el tiempo que puede dedicar cada profesional a su tarea sea demasiado escaso como para incorporar tareas diferentes a las rutinarias. En este caso se hace imprescindible la **elaboración de instrumentos** que permitan un óptimo aprovechamiento del tiempo en las consultas.

- **Carencia de materiales de apoyo:** muchos profesionales de la salud que estarían dispuestos a aplicar IB sienten que no tienen los materiales adecuados para hacerlo (por ejemplo, folletos explicativos acerca de cómo reducir riesgos y daños en relación a diferentes sustancias, etc), por lo que se requiere de la elaboración de materiales de apoyo e instrumentos de despistaje que sirvan como guía para abordar el tema y aporten la sensación de poder dar “algo concreto” a las personas que consultan.

A estas carencias se les suma además la percepción de que existen en el ámbito público pocos servicios especializados en drogas a los cuales recurrir en caso de detectar consumos problemáticos o que si existen, son de difícil acceso. Esto funciona como obstáculo para que se profundice en la intervención en drogas... “y si descubro que esta persona tiene problemas con las drogas, ¿qué hago? ¿A quién consulto? ¿A quién lo derivo?”.

Para que el enfoque de IB pueda desplegar su máximo potencial preventivo y terapéutico, resulta de fundamental importancia la existencia de una Red de Servicios de Atención en el tema drogas que funcione de manera eficiente y que garantice la coordinación y asesoramientos necesarios para poder brindar a los profesionales de la primera línea de atención el soporte básico para continuar la tarea. Asimismo resulta de fundamental importancia que la Red de Servicios de Atención en el tema drogas funcione en coordinación estrecha con otros servicios sociales (más allá de lo médico), de manera de poder potenciar otras áreas de la vida de las personas (trabajo, educación, uso creativo del tiempo libre, etc.).

#### 4. Sensación de bajo impacto de la intervención.

Muchas veces los profesionales de la salud sienten que sus intervenciones en el tema drogas no tienen impacto porque no logran generar cambios visibles en la persona en el corto plazo, lo cual desmotiva y desalienta a seguir interviniendo. Resulta fundamental en este sentido resaltar la evidencia de la investigación sobre este tema, la cual da cuenta de la efectividad de las IB desarrolladas en otras partes del mundo en la prevención de problemas asociados al uso de drogas como en el caso del tabaco, el alcohol y las benzodiazepinas.

Es importante resaltar además que **no son las intervenciones aisladas sino la sumatoria de diversas intervenciones la que en el correr del tiempo genera cambios de conducta.**

# segunda PARTE

## Hacia la **comprensión** de la temática

---



# 02

capítulo

## Conceptos básicos para la comprensión de la temática de las drogas

### 1. ¿Qué son las DROGAS o sustancias psicoactivas?

Bajo la denominación de **droga** o **sustancia psicoactiva** se designa a toda **sustancia química de origen natural o sintético** que una vez que ingresa al organismo puede provocar una **modificación** en el estado de ánimo de la persona o en su percepción de la realidad, a través de su acción directa sobre el **Sistema Nervioso Central (SNC)**.

Las sustancias psicoactivas o drogas (usadas mayoritariamente en nuestras sociedades con fines **no médicos**) son susceptibles de generar **TOLERANCIA** y **DEPENDENCIA** ya sea **física, psíquica** o de ambos tipos.

Entendemos por **TOLERANCIA** la **adaptación neurofisiológica** del organismo a una determinada sustancia psicoactiva. Este concepto refiere a la forma en que cada organismo se adapta al uso repetido de una determinada sustancia. La tolerancia es algo propio de cada persona y depende de muchos factores individuales, como el estado de salud y la predisposición genética. Además, es variable, por lo que si se pasa mucho tiempo sin consumir una droga que antes se consumía habitualmente, es de esperar que el efecto sobre el organismo sea más intenso y más rápido.

Por su parte,

el término **DEPENDENCIA** hace referencia a aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere un lugar **central** en la vida de la persona, es decir, se trata de un uso pautado por una fuerte **estructuración de la identidad** en torno al consumo de la sustancia.

El concepto genérico de “dependencia” integra dos dimensiones: dependencia **FÍSICA** y dependencia **PSÍQUICA**. Entendemos por **dependencia física** al estado en el cual el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia y necesita mantener un determinado nivel de la misma en sangre para funcionar con normalidad. Cuando el nivel desciende por debajo de cierto límite aparece la reacción denominada **síndrome de abstinencia**, el cual es específico para cada sustancia.

Por su parte la **dependencia psíquica** refiere a la “compulsión por consumir la sustancia para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o para liberarse de un estado afectivo displacentero”.<sup>15</sup>

## 2. Clasificación de las drogas según sus efectos predominantes sobre el Sistema Nervioso Central

Las sustancias psicoactivas se clasifican –según su efecto predominante sobre el SNC– en tres categorías básicas: **depresoras, estimulantes y alucinógenas**.

### A) DEPRESORAS

Son aquellas sustancias que obstaculizan el normal funcionamiento del cerebro provocando reacciones que van desde la desinhibición conductual hasta el coma, en un proceso de progresivo adormecimiento cerebral. Dentro de este grupo se encuentran:

**Benzodiazepinas** (hipnóticos y ansiolíticos)

**Alcohol**

**Solventes** (naftas, thinner, pegamentos, óxido nitroso)

**Opiáceos** (heroína, morfina, codeína)

### B) ESTIMULANTES

Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta estados de hiperactividad.

Dentro de este grupo se encuentran:

**Anfetaminas**

**Cocaína y derivados** (crack, pasta base)

**Nicotina**

**Xantinas** (mate y café)

### C) ALUCINÓGENOS

Se trata de un grupo heterogéneo de sustancias que modifican el funcionamiento del cerebro dando lugar a alteraciones neuroquímicas que afectan particularmente la percepción, pudiendo causar distorsiones perceptivas de intensidad variable. Dentro de este grupo se encuentran (entre otros):

**Derivados del Cannabis** (marihuana, hachís)

**LSD** (dietilamina del ácido lisérgico)

**Atropina y escopolamina** (presente en algunas plantas y hongos alucinógenos)

**Psilocibina y psilocina** (presentes en hongos *Psilocybe*, etc.)

**Mescalina** (presente en el peyote)

Existe por otra parte un cuarto grupo de sustancias incluidas dentro de la denominación “**DROGAS DE DISEÑO**” o “**DROGAS DE SÍNTESIS**”. Se trata de sustancias ligeramente distintas (en su estructura molecular) a las drogas existentes de las que derivan, pero con los mismos efectos a nivel del Sistema Nervioso Central.<sup>16</sup>

Las principales drogas de diseño (entre ellas la **MDMA**, vulgarmente conocida como **éxtasis**) son **sustancias análogas de las anfetaminas y la mescalina**. Comparten propiedades estimulantes similares a las de las anfetaminas y propiedades alucinógenas similares a las de la mescalina, dando lugar a una experiencia mixta entre la alucinación y la psicoestimulación.

Un primer punto importante a tener en cuenta para el abordaje de la temática de las drogas es entonces comenzar por **discriminar** diferentes **sustancias**, con diferentes **potenciales toxicológicos** y diferentes **riesgos asociados**.

Es por lo tanto fundamental a la hora de abordar el tema **desde un punto de vista técnico**, dejar de hablar de “**la droga**” como un fenómeno unificado para empezar a hablar de “**las drogas**”, distinguiendo así diferentes efectos, riesgos y potenciales beneficios/daños.

## 3. Tipos de uso de drogas

Existen, además de diferentes sustancias, diferentes maneras de **vincularse** con las drogas o sustancias psicoactivas.

Fundamentalmente hablamos de **cuatro tipos** diferenciados **de usos** de drogas:

- **Uso experimental**
- **Uso ocasional**
- **Uso habitual**
- **Uso dependiente**

Cualquiera de estos usos puede constituirse en un **uso problemático**, categoría a la que más adelante haremos referencia.

- **Uso experimental.** Se trata de las **primeras experiencias** que las personas tienen con una determinada sustancia. Este tipo de uso predomina en la adolescencia, debido al carácter de experimentación de nuevas conductas que caracteriza a este período evolutivo.
- **Uso ocasional.** Es aquel uso de sustancias **pautado y limitado exclusivamente a determinadas circunstancias de tiempo, espacio o compañía** (por ejemplo, consumo de alcohol de fines de semana, consumo de marihuana asociado a las salidas con determinado grupo de pares, etc.).

<sup>16</sup> El término “drogas de diseño” fue acuñado en los años sesenta en relación a sustancias psicoactivas obtenidas con fines recreativos, que podían diseñarse en laboratorios clandestinos para imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito. Se trataba de sustancias que por su novedosa estructura molecular no estaban registradas como sustancias ilegales, lo cual permitía su libre comercialización escapando así de las restricciones legislativas.

**Uso habitual.** Esta denominación refiere al **consumo habitual diario** de dosis leves o moderadas de una determinada sustancia (por ejemplo, **todos los días** algunos cigarrillos, dos tazas de café, l vaso de vino, etc.).

**Uso dependiente.** El carácter dependiente del uso está dado fundamentalmente por la **necesidad imperiosa que el usuario siente de consumir la sustancia** y por una **fuerte estructuración de su identidad en torno al consumo** de la misma.

## 4. Usos problemáticos de drogas

La categoría “**uso problemático**” hace referencia a **cualquier tipo de uso de drogas que incide negativamente en una o más de las siguientes áreas vitales de una persona:**

1. Su **salud física y/o mental**
2. Sus **relaciones sociales primarias**  
(familia, pareja, amigos)
3. Sus **relaciones sociales secundarias**  
(trabajo, estudio)
4. Sus **relaciones con la ley**

Desde el punto de vista técnico, existen entonces usos no problemáticos y usos problemáticos de drogas, es decir, usos que pueden no causar daño a las personas en ninguna de sus áreas vitales, y usos que sí lo hacen.

Existen básicamente **tres tipos de uso problemático**, es decir, tres modalidades de consumo que pueden generar problemas a las personas:

1. **Intoxicaciones agudas**
2. **Uso regular o crónico**
3. **Dependencias**

**1) Intoxicaciones agudas.** Están frecuentemente asociadas a las primeras experimentaciones, en las cuales el usuario no ha aprendido a regular las dosis y carece de tolerancia a la sustancia, aunque pueden darse también en usuarios de tipo ocasional, habitual o dependiente. En cualquiera de los casos se trata de un **uso pautado por el exceso**, es decir, por consumir cantidades de la sustancia que el organismo no puede metabolizar adecuadamente. Frecuentemente se asocian a las intoxicaciones problemas tales como accidentes de tránsito (sobre todo vinculados al consumo excesivo de alcohol), violencia, sobredosis, resaca, problemas legales, etc.

**2) Uso regular o crónico.** Se trata no ya de una intoxicación puntual, sino de aquellos casos en que las personas consumen **dosis leves o moderadas** de una determinada sustancia durante un **período de tiempo relativamente largo**. Los usos regulares pueden generar problemas de salud, problemas financieros, problemas de relacionamiento familiar y social, problemas legales, etc.

**3) Dependencias.** Son caracterizadas –como dijimos anteriormente– por una fuerte estructuración de la identidad en torno al consumo de la sustancia. Conllevan la sensación de sentirse “en-

ganchado”, el desencadenamiento del **síndrome de abstinencia** ante la suspensión brusca de la administración de la sustancia, el craving,<sup>17</sup> la obsesión por consumir, el conflicto cognitivo que esto conlleva y la pérdida de la sensación de control sobre el uso de la sustancia.

**El síndrome de abstinencia** merece una mención especial dado que en algunas sustancias como el alcohol o las benzodiazepinas, la reacción orgánica ante la privación de la sustancia puede llegar a generar descompensaciones orgánicas de alta entidad que pueden poner en riesgo la vida de la persona, generando cuadros graves que requieren de hospitalización para su tratamiento. Cuando se trata de la deshabitación a este tipo de sustancias resulta fundamental seguir un plan de desintoxicación progresivo bajo supervisión médica.

Desde el punto de vista evolutivo, en la **adolescencia** las **intoxicaciones agudas** con alcohol u otras drogas son las **principales formas de uso problemático** (por ejemplo, las borracheras de fin de semana), mientras que en la **tercera edad** los problemas asociados al uso de drogas refieren en su mayoría a las complicaciones físicas y psicológicas derivadas del **uso crónico** de una determinada sustancia: por ejemplo, problemas hepáticos derivados del consumo de alcohol de larga data, problemas respiratorios derivados del uso de tabaco, dependencias vinculadas al uso crónico de benzodiazepinas, etc.

Por otra parte, el **efecto** que una determinada droga produce en un individuo es siempre el resultado de una **compleja interacción de factores** relativos a la **sustancia** en sí misma, a la **persona** que consume y al **entorno** donde lo hace.

Esto complejiza aun más el fenómeno del uso de drogas, ya que para predecir el efecto que una sustancia pueda tener sobre un individuo es necesario hacer una cuidadosa evaluación del interjuego de estos tres grupos de factores.

Entre los factores relativos a la **sustancia** en sí misma es necesario evaluar de qué sustancia se trata, su potencia toxicológica, su pureza, la dosis consumida y la vía de administración.

Por otra parte, entre los factores relativos a la **persona** que consume, debemos tener en cuenta las características de la personalidad, el estado de salud general, el sexo y la edad. Entre las primeras se incluyen las creencias, estado de ánimo, habilidades y experiencia previa con la sustancia. En relación al estado físico es necesario tener en cuenta el peso, la tolerancia hacia la sustancia en cuestión, factores nutricionales y factores hereditarios.

Por último cobra también importancia central el **entorno** de consumo: dónde se consume, con quién, factores culturales puestos en juego como la tolerancia social, legislación, precio, accesibilidad, postura familiar en relación al tema, etc.

# Modelos para entender el uso de drogas y sus implicancias para comprender los procesos de cambio personal

En la historia del abordaje del uso de drogas de los últimos 200 años se han desarrollado varios modelos que intentaron por diferentes vías comprender el uso de sustancias, definir la naturaleza de la adicción y arrojar luz sobre las estrategias terapéuticas más efectivas para generar procesos de cambio en los usuarios.

Actualmente existen una gran cantidad de discursos que pretenden explicar el fenómeno de la adicción a las sustancias psicoactivas o drogas haciendo énfasis en diferentes aspectos de la problemática.

Demasiado frecuentemente el tema es abordado desde un enfoque moral, a partir del cual la adicción suele ser descrita como un “fallo” del sujeto ante el cual el mismo debe fortalecer su voluntad para no volver a “equivocarse”.

No obstante la diversidad de discursos, no todos ellos son avalados por evidencia empírica de investigación, por lo cual abordaremos en este capítulo solamente aquellos modelos que intentan explicar el uso de drogas desde una perspectiva técnica o científica.

## 1. ¿Es la adicción a las drogas una enfermedad?

El tema acerca de si la adicción a las sustancias psicoactivas o drogas es una enfermedad es un tema sumamente discutido dentro del campo de las adicciones y sobre el cual no existe consenso. Así, algunos teóricos suscriben a esta visión mientras otros la rechazan.

Básicamente, existen dentro de los discursos técnicos **dos grandes formas de concebir a la adicción:**<sup>18</sup> como una **enfermedad** o como una **conducta aprendida**. Estas dos grandes maneras de entender la adicción derivan de dos grandes paradigmas explicativos: El **Paradigma de la Enfermedad** y el **Paradigma del Aprendizaje Social**.

Es muy importante hacer hincapié en los supuestos derivados de ambas visiones, ya que:

La forma en que se conciba al fenómeno de la adicción y al proceso de cambio personal tendrá enormes **implicancias prácticas** en el campo de los tratamientos y en el campo de la prevención del uso problemático de drogas, por lo cual resulta de gran importancia clarificar la **postura personal** desde la cual cada técnico abordará el fenómeno.



Heather y Robertson (1997) identifican a los siguientes elementos como distintivos de ambos paradigmas:

### 1.1. El Paradigma de la Enfermedad: supuestos básicos

Desde este modelo de comprensión de la temática se entiende que:

1. Existen personas que **NACEN** con una predisposición a hacer usos dependientes y problemáticos de las drogas.<sup>19</sup>
2. Si estas personas prueban las drogas, tendrán una alta probabilidad de desarrollar un vínculo de dependencia con las mismas.
3. La dependencia es una **enfermedad de la voluntad** que impedirá que estas personas puedan hacer un uso **controlado** de la sustancia.
4. La persona **no puede tomar decisiones** libres y/o responsables en relación a su comportamiento de consumo ya que tiene dañados sus mecanismos de autocontrol.
5. La adicción es una **entidad absoluta** (se “es” o “no se es” un adicto).
6. Una vez diagnosticada la **adicción**, la misma es **irreversible**. No puede ser curada, solo puede ser detenida.
7. El deterioro será **progresivo** siempre que la persona siga consumiendo la sustancia.

### 1.2. El Paradigma del Aprendizaje Social: supuestos básicos<sup>20</sup>

Desde este otro modelo de comprensión de la temática se entiende lo siguiente:

1. Las personas no **nacen** adictas a las drogas sino que se **hacen** dependientes de ellas a través de complejos fenómenos de **aprendizaje** e interacción con las sustancias, en contextos variables.
2. La mayoría de las personas no desarrollan consumos problemáticos de drogas.
3. Las formas en que las personas se relacionan con las drogas **pueden modificarse**. Como el comportamiento del consumo problemático es **aprendido**, el mismo puede ser también –en teoría y en la mayoría de los casos– **sustituido** por un comportamiento diferente a través de un **proceso de re-aprendizaje**.
4. Existe una difusa línea separadora entre los consumidores problemáticos y los no problemáticos. El consumo problemático no es una entidad absoluta sino un **proceso dinámico**.
5. La adicción no es un fenómeno unificado e igual para todas las personas, ya que inciden en su constitución una gran diversidad de variables psicológicas y socioculturales.
6. No existe una secuencia inexorable de eventos que lleve hacia un deterioro progresivo de la persona que sigue consumiendo.

48 : 19) Algunas teorías sostienen que esta predisposición se origina en una anomalía física innata (por ej: teoría del gen alcohólico). Otras teorías sostienen que la adicción está condicionada por una enfermedad mental o psicopatología.  
 : Por último, otro grupo de teorías sostiene que la adicción es una enfermedad que la persona adquiere después de consumir drogas sistemáticamente durante un período largo de tiempo. Es decir, para estas teorías, la persona no sería vulnerable de nacimiento, sino que enfermaría como consecuencia del consumo de drogas.  
 : Más allá de las diferencias atribuidas a la etiología del problema, estos grupos de teorías comparten la visión de la adicción como una enfermedad de la voluntad que conlleva un daño en los mecanismos de autocontrol.

20) Este paradigma de comprensión integra diferentes teorías sociológicas, psicológicas y pedagógicas como la Teoría del Desvío Social de Ronald Akers, así como teorías psicológicas como el Cognitivism Social de Albert Bandura, etc. Todas estas teorías dan un lugar central al aprendizaje como eje en la conformación de la identidad. 49

Ahora bien, es importante aclarar que desde este modelo no se niega la posibilidad de que una persona pueda enfermar como consecuencia de su uso de drogas. Los daños al organismo como consecuencia de los usos crónicos y dependientes de drogas están ampliamente documentados en la literatura científica. Lo que se afirma desde esta perspectiva es que el comportamiento de uso de drogas no es en sí mismo una enfermedad sino, como lo dice la palabra, un comportamiento y como tal no debe ser tratado como una enfermedad.

A continuación presentamos un cuadro comparativo de las características diferenciales de ambos paradigmas:

TEMA	PARADIGMA DE LA ENFERMEDAD	PARADIGMA DEL APRENDIZAJE SOCIAL
<b>Carácter de la dependencia a las drogas</b>	La dependencia es una <b>entidad absoluta</b> , es decir, el consumo dependiente de una droga es cualitativamente diferente de otros tipos de consumos no dependientes.	El consumo de drogas es un continuum. No se puede establecer claramente una línea divisoria neta entre los consumos habituales y los consumos problemáticos o dependientes.
<b>La persona dependiente</b>	La persona dependiente ha sufrido un <b>daño involuntario de sus mecanismos de control</b> , lo cual la impulsa a consumir de manera compulsiva. El consumo no está bajo su control.	La persona dependiente <b>ha aprendido</b> a relacionarse de una determinada forma con la sustancia, la cual le está generando problemas en este momento. El consumo sigue estando bajo su control a pesar de que el control que ejerce ahora es menor que el que ejercía cuando empezó a consumir.

TEMA	PARADIGMA DE LA ENFERMEDAD	PARADIGMA DEL APRENDIZAJE SOCIAL
<b>Reversibilidad-irreversibilidad de la dependencia</b>	Una vez que se pierde el control sobre una droga, este no se recupera nunca más. <b>La dependencia es irreversible.</b> La única solución terapéutica para las personas dependientes es la <b>abstinencia de por vida</b> de la droga que estuvieran consumiendo.	El mayor o menor control que tienen las personas sobre las drogas depende de <b>cómo hayan aprendido a relacionarse</b> con las mismas. La dependencia es reversible y en la mayoría de los casos puede ser trabajada para que la persona mejore su calidad de vida y obtenga un mayor control sobre su consumo. <b>La abstinencia</b> es una meta posible solo para un pequeño número de personas dependientes, siendo el <b>consumo controlado</b> (menor dosis, menos frecuencia, cambio de sustancia, etc.) una meta viable para una mayor cantidad de personas dependientes.
<b>Progresividad de la dependencia</b>	Si no se interviene con una persona que es dependiente a través de una estrategia que apunte al logro de la abstinencia de por vida, esa persona seguirá empeorando indefinidamente, dañando cada vez más su salud.	El consumo dependiente no necesariamente lleva a un deterioro progresivo de las personas. Muchas personas dejan por sí mismas de consumir o encuentran su máximo de consumo sin seguir aumentando las dosis y los problemas asociados.

Figura 2. Características diferenciales del Paradigma de la Enfermedad y del Paradigma del Aprendizaje Social.

De estos dos grandes modelos de conceptualización, es el Paradigma del **Aprendizaje Social** el que ha logrado desarrollar en las últimas cuatro décadas mayor volumen de **evidencia científica de investigación** que da sustento empírico a sus presupuestos, así como también **mayor respaldo y eficacia** a las intervenciones basadas en sus lineamientos generales.

Por otra parte, en el campo de las intervenciones **preventivo educativas**, la mayoría de los programas basados en los supuestos del Paradigma de la Enfermedad se han focalizado en el trabajo sobre la **prevención del uso** de drogas, es decir, en la **prevención de la experimentación** con cualquier droga.

Ahora bien, la prevención de la experimentación no es justificable ni posible desde el punto de vista técnico dado que la experimentación (ya sea con sustancias, estilos de vida, etc) es un fenómeno que cumple una importante funcionalidad evolutiva en la adolescencia. Lo que sí es justificable desde el punto de vista técnico es la **prevención del uso problemático de drogas**, es decir, la prevención de aquellos tipos de uso que pueden generar problemas a las personas. Esta aclaración es necesaria dado que no es posible equiparar la categoría de uso experimental a la categoría de uso problemático.

Por otra parte, no existen a nivel internacional investigaciones consistentes que avalen la eficacia de los programas preventivos orientados a “educar para el no consumo”, es decir, orientados a prevenir la experimentación con sustancias (traducido en campañas publicitarias a través de la frase “Dile no a las drogas”). Estos programas han demostrado no ser efectivos en la prevención del uso y en muchas

oportunidades han generado efectos opuestos a los que pretendían alcanzar, transformándose en contrapreventivos o iatrogénicos.

Por su parte, en el campo del **tratamiento** de los usuarios problemáticos de drogas, existe significativa evidencia de investigación que confirma el hecho de que de aproximadamente 100 personas que se presentan pidiendo atención profesional para su uso problemático de drogas, solo un promedio del 10% está dispuesto a incorporarse a un tratamiento de tipo abstinencial basado en los principios del Paradigma de la Enfermedad. Es decir, del 100% **de las personas que consultan** solamente entre el 7 y el 10% estaría preparado para dejar de consumir e iniciar un tratamiento abstinencial, el restante 90% siente que no quiere o no puede dejar de consumir en ese momento. Los tratamientos de corte exclusivamente abstinencial se transforman entonces en expulsivos para la gran mayoría de los usuarios de drogas.

En contraposición a esta línea de abordaje, y partiendo de la base de que es necesario seguir desarrollando investigación consistente en el campo de la educación y la salud, las propuestas basadas en el paradigma del **aprendizaje social** han mostrado ser más **pragmáticas y amigables para el usuario**, logrando como primer resultado importante una **mayor cobertura y retención** de la población destinataria, así como también una importante **credibilidad de sus mensajes y propuestas tanto educativas como terapéuticas**.

Por estas razones, **es este el paradigma en el que se basarán las intervenciones que propondremos a lo largo del presente trabajo**.

## 2. ¿Cómo entender los procesos de cambio personal?

En la investigación sobre el uso de drogas se ha prestado históricamente mucha atención a contestar la pregunta acerca de por qué las personas desarrollan problemas con las drogas, mientras que muy poca a contestar interrogantes tales como: ¿bajo qué circunstancias personales o sociales cambian los patrones de uso de drogas?, o ¿qué hace que una persona modifique su relación con una sustancia?, o ¿qué características tiene el cambio de comportamiento?

Estas últimas preguntas resultan cruciales a la hora de la intervención, ya que marcan puntos importantes al momento de ayudar a una persona a modificar su comportamiento de consumo.

Como dijimos, las diferentes formas de concebir a la adicción y al uso de sustancias dan cuenta de supuestos diferentes en relación a cómo opera en una persona el cambio de comportamiento.

Existen básicamente dos grandes grupos de modelos que intentan comprender los procesos de cambio personal: los **Modelos Médicos** del cambio, derivados del Paradigma de la Enfermedad, y los **Modelos Psicosociales** del cambio, derivados del Paradigma del Aprendizaje Social.

Los comentarios que aparecen a continuación sobre los diferentes modelos no se basan en la experiencia más o menos exitosa de uno u otro modelo con la persona X o Y (análisis casuístico), sino en la consideración sobre su eficacia terapéutica basada en la evidencia de investigaciones científicas de tipo epidemiológico y clínico.

### 2.1. Modelos Médicos para entender el cambio personal

Los modelos médicos del cambio en relación a la temática del uso de drogas y en especial al uso problemático de drogas, enfatizan las nociones de “falta de control y progresividad” del vínculo de dependencia que una persona pueda haber establecido con una sustancia.

La **adicción** es concebida, desde este modelo, como una **enfermedad de la voluntad** que quita al sujeto la capacidad de **controlar** su consumo.

Se describe su evolución o “historia natural” como un “**tocar fondo**”, es decir, se entiende que el usuario de drogas no será capaz de modificar su comportamiento de consumo, por lo que de seguir consumiendo, se instalará en él un proceso de progresivo deterioro que podrá eventualmente desencadenar la muerte, a menos que se interponga en esta evolución una intervención técnica destinada a alejar al usuario de la sustancia.

Dado que desde esta concepción la persona **está enferma** y tiene un daño en sus mecanismos de control (no tiene voluntad, o no tiene control sobre ella), se entiende que **no tendrá motivación** para iniciar **por sí misma** un cambio de comportamiento que derive en un alejamiento del consumo, por lo cual será necesario que se interponga **una intervención externa**.

Se impone entonces, desde esta perspectiva, el desarrollo de modelos de tratamiento que induzcan en la persona la motivación necesaria para que deje de consumir, logre la abstinencia y de esta manera detenga la enfermedad evitando que “se toque fondo”, evolución natural y esperable de su enfermedad.

Las personas que usan drogas o alcohol de manera problemática son vistas, desde este modelo, fundamentalmente como **receptores pasivos de factores endógenos incontrolables** (de naturaleza genética, bioquímica o psicodinámica), los que las harían incapaces de generar un cambio en su patrón de consumo, requiriendo así de un tratamiento externo para dejar de consumir.

Los tratamientos más representativos de este modelo son aquellos basados en el **Modelo de los 12 Pasos** y sus diferentes variaciones (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Modelo Minnesota, etc).

Ahora bien, más allá del relativo éxito que este tipo de tratamientos puedan tener con algunos usuarios, el **excesivo énfasis** puesto por estos modelos en la **dimensión psicobiológica** de la adicción hace que se conviertan en **visiones reduccionistas** y parciales del fenómeno, por lo cual se plantea el desafío de incorporar dimensiones de análisis que aborden lo psicosocial y que permitan incrementar el abanico de opciones asistenciales.

## 2.2. Modelos Psicosociales para entender el cambio personal

Por su parte, los Modelos Psicosociales del cambio –basados en el Paradigma del Aprendizaje Social– enfatizan una serie de presupuestos diferentes a los expuestos anteriormente. A diferencia de los modelos médicos del cambio, los modelos que hacen énfasis en los factores psicosociales enfatizan el hecho de que **el uso problemático de sustancias** o el **vínculo de dependencia** con ellas, **no es en sí mismo una enfermedad** sino un **comportamiento aprendido**. El usuario es visto desde este modelo como una perso-

na cuyos mecanismos de control pueden ser reforzados y modificados, ya que no existe necesariamente “daño” en ellos.

Desde este modelo se entiende que **el comportamiento de consumo problemático puede ser modificado** mediante **procesos de aprendizaje** y sustituido por formas de comportamiento más saludables. No existe necesariamente una progresión de acontecimientos que lleven a un deterioro irreversible del usuario y no hay necesidad de que el sujeto “toque fondo” para comenzar un proceso de cambio, ya que **el cambio puede darse en cualquier momento** del proceso de consumo.

Los tratamientos más representativos de este modelo son aquellos basados en modelos de tipo Cognitivo Comportamental y en la Entrevista Motivacional, ambos derivados de concepciones humanistas del ser humano.

Veamos un resumen sintético de los presupuestos de ambos modelos:

Tema	Modelos Médicos del cambio	Modelos Psicosociales del cambio
Motivación	El usuario <b>no tiene motivación</b> para el cambio (la motivación se TIENE o NO se tiene).	La motivación se <b>construye</b>
Mecanismos de control	El usuario es incapaz de controlar su consumo.	El usuario puede aprender a relacionarse con la sustancia de manera no problemática. Sus mecanismos de control no están dañados en su ESENCIA (puede ser que no le estén sirviendo más para su momento vital actual o que –teniéndolos latentes– no los esté pudiendo desplegar en forma eficaz).
Evolución del consumo	Si se deja al usuario “a merced” del libre desarrollo y evolución de su enfermedad, se dará un progresivo deterioro hasta llegar a “tocar fondo”.	El usuario conserva en todo momento una tendencia natural a la autorregulación orgánica, la cual se intenta actualizar. En cualquier momento puede potencialmente revertir su dependencia.

Figura 3. Características diferenciales de los Modelos Médicos del cambio y los Modelos Psicosociales del cambio.

## PARTE tercera

# ¿Cómo intervenir?



# 04

capítulo

## Cuatro pasos para tratar el tema del uso de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud

---

Desde el punto de vista práctico, la intervención con usuarios de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención debería basarse en cuatro pilares:

1. Identificar consumos crónicos, consumos de riesgo y/o problemáticos.
2. Evaluar el impacto del uso de drogas en la vida de la persona.
3. Dilucidar el nivel de motivación de la persona para realizar cambios en su consumo.
4. Motivar para el cambio a aquellas personas que manifiestan voluntad de cambiar o a aquellas que se muestran ambivalentes.

## I. Primer paso:

### Identificar consumos crónicos, consumos de riesgo y/o problemáticos

Un primer paso para trabajar el tema del uso de sustancias consiste en realizar una exploración inicial básica de rutina para identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de una intervención en drogas, esto es, personas con consumos crónicos, consumos de riesgo y/o consumos problemáticos.

#### I.1. Exploración de rutina e identificación de consumos crónicos, consumos de riesgo y/o problemáticos

El primer paso de una intervención en drogas está pautado por una exploración inicial en la cual se plantean a la persona **preguntas de rutina** acerca de su uso de alcohol u otras drogas.

Tener preguntas e instrumentos estandarizados puede ayudarnos a aplicar una **rutina ordenada de evaluación** para la **población general**, que sirva al propósito de **identificar consumos de riesgo, consumos problemáticos o consumos crónicos que puedan devenir o haberse transformado en problemáticos**. Esta rutina de evaluación puede consistir en su forma más simple, en añadir a la consulta un par de preguntas acerca del uso de drogas, como por ej:

*¿Fuma? ¿Toma alcohol? ¿Usa alguna otra sustancia?*

En aquellas ocasiones en las que se está seguro del uso de drogas por parte de la persona se le puede preguntar acerca del consumo de manera más directa, por ejemplo, si se trata de alcohol se le puede preguntar:

*¿Cuánto toma por día? ¿Consume alguna otra sustancia?*

También se pueden agregar **afirmaciones** que funcionen como **disparadores** para hablar del tema del consumo, como por ej:

*“Algunas personas usan alcohol u otras drogas para poder lidiar con el estrés. ¿A Ud. le pasa?”*

Por otra parte, existen casos en los cuales el uso de drogas se refleja en **signos y síntomas**. Los signos “visibles” pueden dar una buena oportunidad para tratar el tema. Es necesario tener en cuenta, no obstante, que algunos signos similares a los del consumo pueden ser causados por otras condiciones como ansiedad, cansancio, gripe, etc. Si existen indicios de consumo por algún signo en particular, podemos describir a la persona lo que estamos viendo para motivarlo a hablar del tema:

*“Veo que habla arrastrando la lengua y tiene olor a alcohol...”*

Si aun así continúa siendo difícil para la persona hablar del consumo y tenemos la certeza de que la persona está usando drogas pero no lo dice, podemos insistir “gentilmente” si sentimos que es lo apropiado, por ejemplo, diciendo:

*“Quiero ofrecerle mi ayuda. Si está usando alguna sustancia y en algún momento necesita hablar del tema, estoy aquí para escucharlo”.*



Ahora bien, antes de traer el tema a la consulta, debemos asegurar un vínculo de **confianza mutua** y de confidencialidad para que la persona sienta que está en un entorno seguro para hablar. Hay que tener en cuenta, sobre todo en el uso de drogas ilegales, que los procesos de estigmatización de estos tipos de consumo hacen que sea difícil para los usuarios exponer el tema con franqueza. La vergüenza y muchas veces el temor a las sanciones morales o penales hacen que se den con frecuencia situaciones de ocultamiento.

Es necesario preguntar además sin que la consulta se transforme en un interrogatorio. En general se recomienda hacer **preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras**, que den la oportunidad a la persona para explicarse de forma amplia y **evitar las preguntas que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta** (“Drogas no, ¿verdad?”, “No consume drogas, ¿no?”); o preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no. Por lo general este tipo de preguntas son percibidas como un interrogatorio y dificultan la obtención de información. Las preguntas abiertas, en cambio, hacen que la persona se sienta escuchada y habilitada para hablar del tema.

Debemos tener en cuenta además que la persona puede tener muchas “cosas que perder” si habla de su consumo, sobre todo cuando están en juego cuestiones como la tenencia de los hijos, el mantener un trabajo, etc. Podemos preguntar a la persona si tiene miedo de hablar del tema, qué siente que podría perder y exponerle además lo que tiene para ganar:

*“Estoy aquí ofreciéndole mi apoyo para ayudarlo a mejorar su calidad de vida y reducir los problemas que pueda estar teniendo”.*

También existe la posibilidad de una derivación a otro compañero u otro servicio, con el que la persona tenga un vínculo de mayor confianza.

Ahora bien, junto a las preguntas de rutina existe además la posibilidad de administrar instrumentos diagnósticos simples como el **“Test de detección de dependencias y problemas vinculados al uso de alcohol u otras drogas”**<sup>21</sup> (utilizado en general para evaluar el vínculo de dependencia que un usuario puede tener con una sustancia), el test de **AUDIT**<sup>22</sup> o el test de **CAGE**<sup>23</sup> (instrumento específico para identificar consumos problemáticos de alcohol así como las áreas vitales que requieren atención).

Por otra parte, si la persona llega intoxicada a la consulta, es conveniente evitar en ese momento entrar en discusión sobre el tema del uso de drogas, proponiendo a la persona una cita para otro momento.

21) Ver Capítulo 6 “Herramientas prácticas para la intervención”.  
 22) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ha sido desarrollado por la OMS. Es un cuestionario autoadministrable de sencilla aplicación. Puede ser usado con la mayoría de las personas para identificar patrones de consumo de alcohol riesgosos o problemáticos en usuarios en pre-contemplación. Ver Capítulo 6: “Herramientas prácticas para la intervención”.  
 23) Desarrollado por el Dr. John Ewing (University of North Carolina). CAGE es un instrumento internacional de evaluación para identificar a usuarios dependientes del alcohol y es particularmente usado en Servicios de Atención Primaria en Salud. Puede encontrarse también en el Capítulo 6: “Herramientas prácticas para la intervención”.

## 2. Segundo paso:

Evaluar el impacto del uso de drogas en la vida de la persona

### 2.1. Entrevistas de evaluación

Una vez que se han identificado personas que podrían beneficiarse de una intervención en drogas, es necesario **evaluar el impacto que el uso de drogas está teniendo en la vida de estas personas**, lo cual puede hacerse a través de una serie de entrevistas de evaluación.

Las entrevistas de evaluación son intervenciones tendientes a profundizar en el conocimiento del **impacto** que el **uso de drogas** tiene en la **vida** de la persona, por lo cual **no son aplicables a la población general sino solamente a aquellos usuarios identificados en la exploración inicial**. Esta es la principal diferencia que distingue a estas entrevistas de las entrevistas de exploración de rutina.

#### Las entrevistas de evaluación en drogas deberían:

- Estar integradas a una evaluación de salud más general.
- Basarse en modelos científicos sobre el uso de drogas.
- Identificar si el uso de drogas tiene relación con el motivo de consulta original de la persona (en caso de que no consulte específicamente por drogas).
- Constituirse en un PROCESO: evaluación inicial, formulación de un plan de acción, re-evaluaciones y seguimiento.
- Identificar fortalezas y debilidades personales del usuario y de su entorno.
- Identificar los beneficios, riesgos y posibles daños del uso de drogas.
- Discriminar los factores que no pueden ser modificados de aquellos en los que sí puede trabajarse.

En la mayoría de los casos, una **breve evaluación inicial** a partir de algunas preguntas de rutina es suficiente. No obstante, en aquellos casos en que se considera que el uso de drogas es un tema de primer orden, o bien si se trata de usuarios que consultan específicamente por su uso de drogas, esta primera evaluación breve puede ser ampliada por una **evaluación en profundidad** y complementada en base a la formulación de un plan de acción para esa persona.

#### 2.1.1. Breve evaluación inicial

La evaluación inicial puede ser llevada a cabo mediante **preguntas sencillas** o bien utilizando además **instrumentos estandarizados** como los mencionados anteriormente.

Algunas preguntas útiles a la hora de la primera evaluación podrían ser las siguientes:

*¿Podría contarme algo acerca de su uso de alcohol o de otras drogas?*

*¿Ha significado alguna vez un problema para Ud. o para su familia?*

*¿Tiene alguna relación el consumo con esto que le está pasando ahora? (por ejemplo, un problema orgánico).*

*¿Ha hecho o está haciendo algo en relación a su consumo? (algún tratamiento previo, grupo de autoayuda, etc)*

*¿Le gustaría trabajar sobre algún aspecto de su uso de drogas?*

Es importante hacer un feedback a la persona. Si se requiere se pueden acordar con ella futuros encuentros en base a un plan de acción que puede ser, por ejemplo: profundizar la evaluación, desarrollar una entrevista motivacional, establecer metas, aportar información de Reducción de Riesgos y Daños, prevenir las recaídas, etc., aspectos que desarrollaremos en profundidad más adelante.

### 2.1.2. Evaluación en profundidad del uso de drogas

En el caso de que el uso de drogas sea un **tema de primer orden** en la vida de la persona o bien si se trata de **usuarios que consultan específicamente por su uso de drogas**, profundizaremos la evaluación explorando por ejemplo los siguientes ítems:

#### a) Uso previo

- ¿Cuándo empezó a usar drogas? Cuénteme desde el principio.
- ¿Cuándo el consumo se convirtió en un problema?
- ¿Ha tenido períodos de abstinencia o de uso controlado?
- ¿Ha hecho algún tratamiento previo?
- ¿Ha consumido drogas por vía inyectable? ¿Compartió el equipo de inyección alguna vez? ¿Se ha hecho el examen de VIH? ¿Tiene alguna enfermedad de transmisión sexual o sanguínea, como Hepatitis C?
- ¿Algo más que considere importante que sepamos?

#### b) Uso actual

- ¿Qué drogas está consumiendo en este momento?
- ¿Está tomando alguna medicación?  
(¿la toma bajo prescripción médica?)
- ¿La toma junto con otras sustancias?
- ¿Cuál es su patrón de consumo? (¿la consume diariamente, ocasionalmente?, etc). ¿Cuánto consume aproximadamente? Intentar armar un “día típico” de consumo para identificar la secuencia de eventos asociados con el uso de drogas a través de preguntas abiertas. Por ej:
- ¿A qué horas normalmente empieza a consumir?
- ¿Con quién?
- ¿Qué lo hace parar de consumir?
- ¿Qué lo hace empezar a consumir?
- ¿Podría describir lo que pasa antes de que consuma, lo que sucede mientras está bajo los efectos del consumo y lo que sucede después, cuando se le va el efecto? (se pueden usar también métodos no verbales como pedir que lo dibuje, que lo represente corporalmente, etc).

- ¿Qué droga le está causando los mayores problemas? (en caso de que consuma más de una).

#### c) Severidad de la dependencia y del uso problemático

Usar cuestionarios estandarizados para medir el grado de dependencia como el “Test de Detección de Dependencias y Problemas Vinculados al Uso de Alcohol u otras Drogas”.

Las siguientes preguntas pueden darnos una aproximación al tema:

- **Evaluación de abstinencia:** ¿Ha tenido síntomas de abstinencia si deja de consumir, o necesita consumir para evitarlos?
- **Evaluación de tolerancia:** ¿Necesita consumir más cantidad que antes para lograr el mismo efecto?
- **Evaluación del grado de compulsión (craving):** ¿Siente que ha perdido el control o que no puede resistir la urgencia de consumir?
- **Evaluación de prioridad:** ¿Siente que el uso de drogas se ha convertido en una de las cosas más importantes (o la más importante) de su vida?
- **Evaluación de conflicto:** ¿Se ha encontrado a Ud. mismo haciendo cosas que antes hubiera censurado como consecuencia de su uso de drogas, y continúa haciéndolas de todas maneras?

#### d) Grado de funcionalidad del consumo

Las drogas son usadas comúnmente para experimentar placer o evitar el dolor de su ausencia, pero además, pueden cumplir una serie de funciones en la vida de la persona, como hacerla sentir poderosa, ser una fuente de ingresos, dar imagen, prestigio, llamar la atención, etc.

Para explorar estos ítems se puede preguntar:

- ¿En que lo ayudan las drogas?
- ¿Qué es lo que le gusta de las drogas?
- ¿Qué cree que le pasaría si consumiera menos o dejara de consumir?

### e) Problemas asociados al uso de drogas

- ¿Que problemas le han causado las drogas?
- Evaluar la posible afectación de las cuatro áreas vitales (salud física/psíquica, relaciones sociales primarias, relaciones sociales secundarias, relaciones con la ley).<sup>24</sup>

### f) Co-morbilidad

Evaluar la coexistencia de problemas como por ej: depresión, ansiedad, agorafobia, violencia, desórdenes psicóticos y su relación con el uso de drogas a través de las siguientes preguntas:

- ¿Tiene algún problema con su “carácter”?
- ¿Ha tenido problemas psiquiátricos?

En el caso de respuestas afirmativas, indagar si los problemas son consecuencia del uso de drogas o existían desde antes de empezar a consumir (en cuyo caso el uso de drogas podría estar funcionando como una suerte de “automedicación”).

- ¿Qué estuvo antes, estos problemas o el uso de drogas?
- ¿Alguna vez pensó en quitarse la vida o dañarse de algún modo?

**Los pacientes con co-morbilidad deben ser atendidos con mayor minuciosidad y en la mayoría de los casos derivados a otros servicios dado que suelen requerir atención psiquiátrica conjuntamente con las estrategias para trabajar el tema del consumo. En general no se benefician mayormente de las Intervenciones Breves sino que requieren tratamientos especializados.**

### g) Sobredosis

- ¿Ha tenido alguna vez una sobredosis?
- ¿Fue accidental o consumió más de la cuenta de manera intencional?
- ¿Alguna vez perdió el conocimiento, se desmayó o perdió la memoria de lo sucedido como consecuencia del uso de drogas?
- ¿Cuándo le pasó?
- ¿Cómo fue?
- ¿Cuáles fueron las consecuencias?

### h) Estrategias personales de reducción de riesgos y daños

- ¿Qué hace para reducir los problemas de los que hemos estado hablando?
- ¿Qué estrategias de control usa para manejar y controlar su consumo?
- ¿Qué cosas positivas siente que tiene en su vida?

### i) Estadio en el proceso de cambio

- ¿Está pensando en consumir menos o dejar de consumir?
- ¿Le gustaría reducir alguno de los problemas asociados a las drogas en su vida?
- ¿Ha hecho algún plan de cambio?
- ¿Ha hablado con alguien acerca de hacer estos cambios? ¿Alguien le ha hecho notar cambios en su consumo?
- ¿Ha hecho algún cambio en relación a su uso de drogas? ¿Cuál?

### j) Metas en relación al consumo

- ¿Se ha planteado alguna meta a lograr en relación al consumo?
- ¿Hay otras metas en su vida?
- ¿De qué manera las metas sobre el uso de drogas pueden mejorar su vida o reducir los problemas?

### k) Elementos que favorecen u obstaculizan el cambio

- ¿Qué cosas lo motivarían para hacer cambios en relación a su uso de drogas?
- ¿Qué cosas le han ayudado en otro momento a manejar mejor su consumo?
- ¿Su pareja le apoya en esto? (si la tiene)
- ¿Quién podría apoyarlo en este proceso?
- ¿Quién podría convertirse en un obstáculo para su proceso?

### l) Preguntas u otros temas de relevancia

- ¿Hay algo más que quiera contar en relación a su consumo o al consumo de otra persona que lo esté afectando?
- ¿Quiere preguntarme algo sobre lo que hemos venido hablando?

### m) Otras fuentes de información

Puede ser enriquecedor obtener información adicional a través de:

- Exámenes médicos para evaluar el impacto del consumo en la salud.
- Visitas domiciliarias.
- Entrevistas con familiares, amigos, etc.

### 3. Tercer paso:

Dilucidar el nivel de motivación de la persona para realizar cambios en relación al consumo

---

Una vez que hemos identificado personas con las cuales sería pertinente intervenir en drogas y que hemos evaluado el impacto del consumo en sus vidas, nos enfrentamos a la siguiente pregunta: ¿Está el usuario preparado para cambiar...? ¿Estaría dispuesto a trabajar el tema del consumo?

Esta es una de las preguntas insoslayables a la hora de intervenir en drogas, dado que su respuesta definirá la pertinencia de la intervención. **La voluntad expresa del usuario de trabajar el tema es necesariamente el punto de partida de cualquier intento de abordaje del tema drogas.**

Para abordar esta pregunta resulta indispensable hacer un cuidadoso análisis de la situación de la persona en relación a su consumo. ¿La persona es consciente de los riesgos de su consumo? ¿Se siente capaz de modificarlo? ¿Está motivada para intentar hacer algún cambio en relación a él? ¿Ha hecho ya algún intento por modificar su consumo?

Para dilucidar esta y otras interrogantes proponemos a continuación un valioso instrumento que ha mostrado una alta efectividad en el campo de las adicciones para poder evaluar estas variables y habilitar el diseño de intervenciones efectivas. Nos referimos al **Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud.**

### **3.1. El Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud**

Tradicionalmente, el comportamiento de las personas y específicamente el comportamiento con efectos en la salud (como lo es el uso de drogas) ha sido observado, descrito y explicado como un evento discreto, más que como un proceso o una secuencia de etapas.

El aporte fundamental del **Modelo Transteórico (MT)** consiste en concebir al cambio de un determinado comportamiento no como un evento discreto sino como un **proceso**, un fenómeno gradual que no ocurre de repente sino que necesita de tiempo para poder ser elaborado.<sup>25</sup>

El Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud se consolidó durante los años noventa como **una de las propuestas más innovadoras** en el área de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, debido a las posibilidades que ofrece para **planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos con quienes se trabaja**. La fuerza del MT está en su ya demostrada capacidad de **acelerar la velocidad de los cambios comportamentales**. Es hoy reconocido como un recurso innovador en el área de la educación y la promoción de la salud y es considerado por diversos autores como un importante factor en la redefinición de la base teórica de las intervenciones para el abordaje del uso de drogas en los últimos años.

25) Esta manera de concebir al cambio de comportamiento tuvo su origen en un estudio analítico ejecutado por James O. Prochaska en el año 1979 en Estados Unidos, en el cual se intentaba sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, fragmentado en ese entonces en más de 300 propuestas teóricas distintas. Luego de analizar 29 de las teorías más relevantes disponibles a fines de los años 70 para explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y consumidores de cigarrillos, se llegó a un esquema conceptual común a todos los procesos de cambio por los cuales pasaban las personas que intentaban cambiar este tipo de comportamiento. Este modelo acuña el nombre de "Transteórico" en alusión a la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados.

#### **3.1.1. Supuestos básicos del MT**

El MT se fundamenta en la premisa básica de que **el cambio comportamental es un PROCESO** a lo largo del cual las personas atraviesan diversos niveles de **MOTIVACIÓN o de intención de cambio** y que es posible intervenir en cada uno de los momentos de este proceso a través de distintas **estrategias motivacionales** para generar cambios o acelerarlos.

Conocer el nivel de **motivación** o de **intención de cambio** que una persona tiene en un determinado momento del proceso resulta fundamental para **diseñar acciones acertadas**, ya que lo que puede resultar útil como estrategia en un determinado momento podría ser contraproducente en otro.

Por ejemplo, en determinado momento puede resultarle útil al usuario recibir información acerca de los riesgos de consumir una determinada sustancia, mientras que en otra etapa esta intervención puede hacer que la persona se cierre al trabajo y que no vuelva a la consulta.

El cambio de **comportamiento** es concebido entonces como un **proceso** que se presenta a través de una **secuencia de etapas**. El propósito del **cambio** puede referirse a **objetivos variados** tales como reducir el consumo, mantenerse en abstinencia, reducir los daños asociados al consumo, generar cambios generales en los estilos de vida que aporten al bienestar de la persona o cualquier otro cambio que el usuario se proponga realizar.

**Para que las intervenciones sean efectivas deberán estar diseñadas de acuerdo a las características específicas de la etapa del proceso de cambio en que se encuentra la persona o grupo.**

### 3.1.2. Etapas del Proceso de Cambio

El MT plantea que existen una serie de etapas comunes a todo cambio de comportamiento y que en cada etapa es necesario recurrir a estrategias diferentes para generar o acelerar los procesos de cambio.

Veamos a continuación las **etapas comunes** a todo **cambio de comportamiento** descritas por el MT, para así delinear a continuación las **estrategias motivacionales** más adecuadas para abordar el trabajo en cada una de ellas.

Las etapas identificadas en todo proceso de cambio son:

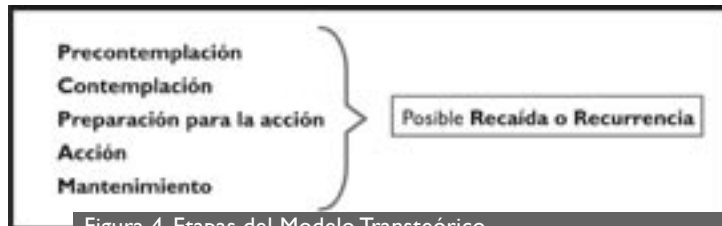


Figura 4. Etapas del Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud

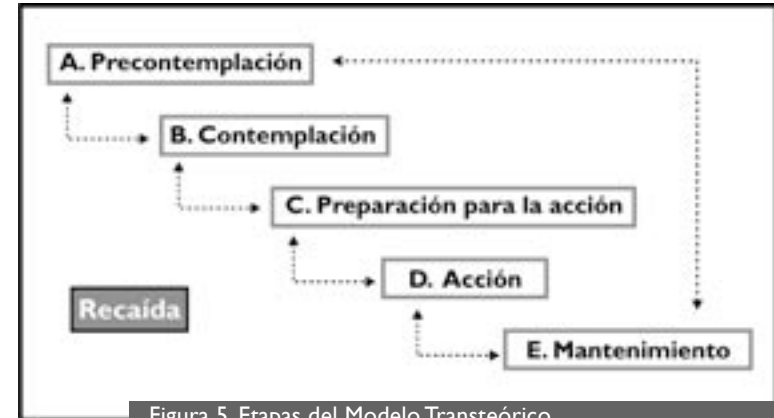


Figura 5. Etapas del Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud

### A. Precontemplación

Se denomina **Precontemplación** a aquella etapa en la cual **el usuario** no siente tener ningún problema en relación a su uso de sustancias, **no se plantea cambiar** y no está dispuesto a hacerlo.

La etapa de Precontemplación puede ser considerada una “**etapa 0**” en el proceso de cambio, o bien una etapa previa fuera del proceso, ya que aquí **la persona no tiene ninguna intención de modificar su comportamiento y no siente tener problemas en relación a su consumo.**

En general en esta etapa el usuario de drogas **evita** leer, hablar y pensar sobre su comportamiento de consumo y **no está motivado ni interesado** en participar en programa o tratamiento alguno.

Las personas pueden estar en la etapa de Precontemplación por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento, pueden haber fracasado en un intento previo de cambiar o bien sentir que los beneficios del consumo son ampliamente más importantes que los riesgos potenciales o reales. Sea cual fuere el caso, la característica principal de esta etapa es que en ella **el usuario NO se plantea realizar un cambio de comportamiento**.

Ahora bien, las personas pueden salir de esta etapa por diversas razones (por ejemplo: una enfermedad, alguna situación traumática, presiones familiares, etc.), comenzar a percibir algunos aspectos negativos de su uso de drogas y empezar a considerar la posibilidad de hacer algún cambio en relación a él, ingresando así en la siguiente etapa: la etapa de Contemplación.

## **B. Contemplación**

En la etapa de **Contemplación** la persona aún continúa manteniendo su comportamiento habitual de consumo, pero **empieza a plantearse la posibilidad de un cambio** porque **empieza a ser consciente de las consecuencias “negativas” de su conducta**.

El usuario en esta etapa **reconoce el problema** y empieza a considerar la posibilidad de cambiar, pero se siente **ambivalente** al respecto y tiene dudas en relación a si podrá lograrlo, a cómo debería hacerlo, etc.

En esta etapa el usuario empieza a ser consciente de los “pros” o beneficios de cambiar y tiene una primera **intención de cambio**. No obstante, el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande, lo cual puede hacer que esta etapa se cronifique y que la persona pase mucho tiempo **contemplando** la posibilidad de cambiar, pero sin asumir un compromiso firme para hacerlo.

Ahora bien, si la persona en esta etapa logra resolver su ambivalencia y tomar la decisión de cambiar, el proceso de cambio avanza hacia la siguiente etapa: la etapa de Preparación para la acción.

## **C. Preparación para la acción**

La etapa de **Preparación para la acción** es la etapa en la que las personas toman una **decisión de cambio**, se comprometen a llevarla a cabo y **comienzan a realizar pequeñas acciones en dirección al cambio de comportamiento**.

En esta etapa la persona se compromete y planifica hacer un cambio en el futuro próximo y a pesar de que puede estar todavía considerando cómo hacerlo y estableciendo un plan de acción, tiene una **conciencia muy definida sobre los beneficios de cambiar** su comportamiento.

**Ha resuelto su ambivalencia.**

Una vez en esta etapa, la persona suele avanzar rápidamente a la siguiente, la etapa de la Acción.



## **D. Acción**

Se trata de la etapa en la cual las personas realizan **cambios objetivos, mensurables y exteriorizados de su comportamiento**, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses.

Las personas en esta etapa tienen una **alta valoración acerca de los pros de cambiar** y demuestran un nivel mayor de **autoeficacia** que la referida en etapas anteriores. Es además una etapa reconocida como **inestable** por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de Mantenimiento.

## **E. Mantenimiento**

Una vez que la persona ha comenzado a cumplir con las metas propuestas, entra en fase de **Mantenimiento**, en la cual su desafío será sostener los nuevos patrones de conducta adquiridos.

Esta etapa se caracteriza por el **mantenimiento del cambio de conducta** iniciado en el estadio anterior, más allá de los seis meses.

En esta etapa la persona ha conseguido ya las metas iniciales tales como la abstinencia, el consumo controlado, etc, y ahora trabaja para mantenerlas.

El mantenimiento se caracteriza por las **tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado**. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable y en él, las personas trabajan activamente en la **prevención de la recaída**. A medida que el cambio de comportamiento se va esta-

bilizando, las personas aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

Si la persona tiene éxito en mantener su nuevo comportamiento más allá de los dos años, su nueva conducta pasará a ser la forma habitual de relacionamiento con las sustancias y puede salir del proceso de cambio o bien, volver a ingresar en él a través del planteamiento de nuevas metas.

Ahora bien, este proceso de cambio puede no completarse en el primer intento y en cualquiera de sus fases la persona puede “retroceder” o **experimentar una recaída**, esto es, una vuelta momentánea a una pauta de consumo anterior (volviendo a consumir si estaba en abstinencia, o consumiendo dosis iguales o mayores que las que venía consumiendo, etc.).

## **Recaída o recurrencia**

Marlatt y Gordon (1985) definen a la **recaída** como “*cualquier violación discreta de una regla o conjunto de reglas que ha sido **autoimpuesta** por la persona para gobernar el patrón de consumo de una droga*”.

Las **recaídas** son una **parte normal del proceso de cambio** y deben ser vistas como una **oportunidad para el aprendizaje**.

Desde el Modelo Médico del cambio (basado en el Paradigma de la Enfermedad) si se produce una recaída, es decir, si la persona que había logrado mantener un cambio de comportamiento recae, este hecho es tomado generalmente como “prueba” de que el comportamiento de consumo escapa a la posibilidad de control del individuo. La persona es vista como no responsable de su recaída,

dado que se entiende que está respondiendo a su “compulsión” y “síndrome de abstinencia”.

Por el contrario, desde el modelo al cual suscribimos en este trabajo, el modelo Psicosocial del cambio basado en el Paradigma del Aprendizaje Social:

Las **recaídas** son vistas como **consecuencias esperables del “comportamiento condicionado” y de la eventual presencia de reforzadores psicológicos y sociales “pro-consumo”** y son interpretadas simplemente como una **alteración temporaria** en el mantenimiento del proceso de cambio que pueden ser prevenidas y trabajadas.

Las recaídas forman parte de la mayoría de los procesos de cambio: son la “regla” más que la “excepción” y deben ser vistas como una oportunidad para el aprendizaje.

### **3.1.3. Estrategias motivacionales para el trabajo en las diferentes etapas.**

Como dijéramos anteriormente, adecuar la estrategia de trabajo a la etapa del proceso de cambio en que se encuentra la persona es fundamental para el éxito de la intervención. La intervención debe partir de un diagnóstico acertado de la fase en que se encuentra la persona y utilizar las estrategias adecuadas a las características psicológicas de cada etapa para promover y acelerar la velocidad de los procesos de cambio.

## **El trabajo en la etapa de Precontemplación: La importancia de la escucha respetuosa y no confrontativa**

Como dijéramos anteriormente, los usuarios en etapa de Precontemplación no sienten tener problemas en relación a su consumo y no se plantean realizar ningún cambio en relación a él. Es importante tener en cuenta estas características para no realizar intervenciones contraproducentes, ya que en este momento del proceso las intervenciones de tipo “consejería para el cambio” suelen caer “en saco roto”, pudiendo incluso generar resistencias que dificulten posteriores abordajes.

Es necesario recordar una vez más que:

**Intervenir en un momento inoportuno conlleva casi siempre el fracaso terapéutico.**

Dadas estas características **resulta adecuado en esta etapa trabajar en base a las siguientes orientaciones:**

#### **A. Abrir el diálogo y escuchar: preguntar desde una posición de escucha tolerante y de no enjuiciamiento.**

Se puede promover aquí el hablar del tema del consumo pero estando más dispuesto a escuchar lo que el usuario tiene para decir que a mantener una actitud confrontativa o intentar esbozar argumentos en contra del mismo.

**B. Promover la duda o problematización en el usuario sobre su consumo de drogas,** por ejemplo preguntando qué opinan los familiares o personas cercanas acerca de su consumo y examinando las discrepancias entre las percepciones del usuario y las de otras personas sobre el tema.

**C. Ofrecer información científica sobre los efectos del uso de la(s) droga(s) de elección de manera neutra y no confrontativa,** por ejemplo, ofrecer materiales informativos, folletería de reducción de daños, etc.<sup>26</sup>

**D. Involucrar a otras personas significativas.** Promover que otras personas relevantes para el individuo también participen del proceso (familia, pareja, hijos, etc).

**E. Expresar al usuario nuestra preocupación e interés y dejar abierta la puerta al dialogo,** por ejemplo, expresándole que si en algún momento tiene interés en trabajar el tema del consumo o si algo en relación a él le preocupa, puede contar con nuestro apoyo y asesoramiento.

**El trabajo en la etapa de Contemplación: ayudando al usuario a resolver la ambivalencia**

Dado que en la etapa de Contemplación la persona tiene una intención de cambio pero tiene dudas al respecto y se siente ambivalente en relación a tomar una decisión, el trabajo debe intentar:

**A. Ayudar al usuario a reconocer la ambivalencia y a hacerla explícita.** Puede ayudar en este momento trabajar en base a **listas** de aspectos positivos del consumo que el usuario no quiere perder y listas de aspectos negativos del mismo que operan como motivadores para el cambio. El hacer una lista de ambos aspectos puede funcionar como un buen instrumento cognitivo para “objetivar” la ambivalencia y hacerla más explícita. Por ejemplo, puede proponerse a la persona llenar la siguiente tabla con una lista de cinco aspectos en cada fila:

Lo bueno de dejar de consumir o cambiar el patrón de consumo sería que ...	Lo malo de dejar de consumir o cambiar el patrón de consumo sería que ...
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)
6)	6)

Figura 6. Ayudando al usuario a resolver la ambivalencia

**B. Ayudar al usuario a resolver la ambivalencia para que tome una decisión hacia el cambio.** Una vez que los factores en “pro” y en “contra” del cambio han sido examinados y objetivados, puede ayudarse a la persona para que establezca una “jerarquía” entre estos aspectos que le permita tomar una decisión. Puede ayudar en este momento el preguntar a la persona acerca de sus deseos de futuro, sus sueños, sus anhelos, sus metas en la vida para examinar si el tema del consumo podría estar funcionando como un obstáculo para alcanzarlos y cómo podría el consumo estar comprometiendo sus valores.

**C. Enfatizar su libertad de elección, responsabilidad y autoeficacia para el cambio.** Como dijéramos anteriormente, la autoeficacia tiene que ver con la sensación y convicción individual que tiene una persona acerca de su capacidad para controlar eficazmente sus pensamientos, emociones y comportamientos frente a cualquier situación de riesgo.

Cuanto más se refuerce la sensación de **autoeficacia** de una persona desde el lugar del técnico (a través de mensajes empoderadores, contrarrestando los sentimientos de “pérdida de control” o la “falta de voluntad” atribuidos al usuario desde el Paradigma de la Enfermedad), más efectiva será la intervención. Esto vale para cualquier fase del proceso de cambio en que la persona se encuentre, dado que la sensación de autoeficacia percibida puede afectar cualquier fase del proceso de cambio personal, desde el planteamiento inicial acerca de la posibilidad del cambio de un hábito dado, hasta la convicción con que se lo intente o se lo mantenga en caso de lograrlo.

El **empoderamiento del usuario** es entonces un punto central del trabajo en esta y en todas las etapas, ya que frecuentemente los usuarios de drogas reproducen las creencias del modelo de la enfermedad, es decir, que son “enfermos” de la voluntad y que tienen un daño en los mecanismos de control que los hace incapaces de controlar su consumo. Esta es una creencia que habitualmente funciona como un importante obstáculo al proceso de cambio y resulta de fundamental importancia trabajar para desarticularla progresivamente.

El **grado de autoeficacia** que una persona tenga durante el proceso de cambio, ha demostrado ser un **factor predictor altamente confiable** en la progresión hacia las etapas de acción y mantenimiento.

**D. Promover la generación de afirmaciones automotivacionales de intención y compromiso** por parte de la persona. Se trata de ayudar a la persona a que exprese su intención de cambio y los motivos que la mueven a cambiar. Puede ayudar en este momento elaborar varias copias del listado de razones para cambiar y utilizarlas como recordatorio, colocándolas en diferentes lugares (casa, lugar de trabajo, auto, etc).

**E. Recordar al usuario sus razones para el cambio y atestiguar sus intenciones y compromiso de cambio.** Siempre que sea necesario y posible, devolverle al usuario las razones que él mismo ha esbozado para cambiar, funcionando como testigos de su voluntad de cambio.

### El trabajo en la etapa de Preparación para la acción: ayudando a delinear metas realistas

En esta etapa del proceso la persona ya está decidida a cambiar y comienza a pensar en las acciones a llevar a cabo para plasmar su decisión. Es importante trabajar aquí para:

**A. Traducir en metas la intención de cambiar de la persona.** Se trata aquí de ayudar a la persona a definir **metas concretas** en relación al cambio. Entre las metas puede estar el logro de la abstinencia, la modificación de los patrones de consumo, la reducción de los problemas asociados al uso de drogas, y/o el enfatizar o reforzar conductas positivas (como por ej: asumir responsabilidades de crianza que pueden haberse visto afectadas por el consumo de sustancias), etc.

Establecer **metas concretas y medibles** es fundamental para ayudar a que el proceso de cambio se desenvuelva de manera adecuada y el usuario vaya ganando en autoconfianza

y autoestima. Cuanto más concreta sea la meta, más fácil será de cumplir y de evaluar. Es necesario construir entonces con la persona **metas** que sean: **específicas, significativas, accesibles, realistas y calendarizables**.

**Específicas:** las metas deben ser propuestas en función de comportamientos bien definibles. Por ejemplo, en relación al tabaco la meta: “fumar menos” resulta demasiado vaga y por tanto pierde fuerza. Es necesario definir la meta de manera más precisa, por ejemplo, “quiero pasar a fumar cinco cigarrillos al día en vez de una caja de 20”. El número 5 resulta concreto y medible, por lo cual le resultará a la persona más fácil el monitorear si está cumpliendo con su meta adecuadamente.

**Significativas:** la meta propuesta debe ser relevante para la persona, es decir, debe tener una alta significación afectiva que pueda funcionar como reforzador afectivo cuando la cumpla.

**Accesibles y realistas:** debe tratarse de metas que la persona pueda realmente cumplir, y no de grandes metas que sean inaccesibles. Alcanzar pequeñas metas actúa como un reforzador de la autoestima y permite ir cumpliendo metas mayores. Proponerse una gran meta difícil de alcanzar puede resultar en una gran frustración y en el abandono del proceso de cambio.

**Calendarizables:** implica incluir en la misma definición de la meta en qué tiempo se van a cumplir, por ejemplo, si son metas a corto plazo (hoy, mañana, la semana próxima), a mediano plazo (en un mes, dos meses, etc.), es decir, se trata de poder establecer un tiempo en el cual van a ser cumplidas.

**B. Ofrecer un menú de opciones para el cambio.** Se trata de informar al usuario acerca de los recursos de apoyo disponibles para realizar el cambio de comportamiento, por ejemplo, si se trata de dejar de fumar se puede informar al usuario acerca de los **diferentes métodos:** chicles de nicotina, apoyo farmacológico, técnicas respiratorias, dietas adecuadas, acupuntura, etc, etc, para que el usuario pueda tener claridad para elegir el método que más se adapta a sus características de personalidad, estado de salud, motivación, etc, etc.

**C. Acordar un plan de cambio definiendo los próximos pasos a dar.** Se trata de ayudar a la persona a definir las acciones concretas que realizará para materializar el cambio (por ejemplo, quitar los ceniceros de la casa, definir rutinas de ejercicios, etc, etc).

**D. Explicitar las barreras u obstáculos para el cambio.** Ayudar al usuario a pensar en las posibles situaciones difíciles que tendrá que atravesar durante el proceso y adelantarse a ellas proponiendo planes de contingencia. Por ejemplo, puede ser difícil para un usuario de tabaco que está dejando de fumar que otras personas fumen delante de él o en su casa, por lo cual se lo puede ayudar a pensar cómo se comportará frente a estas situaciones.

**E. Ayudar al usuario a pensar en quién o quiénes le pueden dar apoyo** de manera de que la persona genere una red de vínculos que sostengan y promuevan el cambio de comportamiento.

**F. Enfatizar una vez más su libertad de elección, responsabilidad y autoeficacia para el cambio.**

### El trabajo en la etapa de la Acción: reforzando la autoestima y la autoeficacia

En esta etapa la persona comienza ya a realizar acciones concretas y mensurables que dan cuenta de su cambio de comportamiento y tiene una alta valoración acerca de los “pros” de cambiar.

Resulta importante en este momento:

**A. Promover la valoración de la persona por los esfuerzos realizados hasta el momento, reforzando su autoestima y autoeficacia.** Explicitar y reforzar los pequeños cambios que la persona vaya logrando.

**B. Ayudar a la persona a valorar los “pros” para el cambio, buscando reforzadores positivos.** Continuar ayudando a la persona a identificar personas que la apoyen en el proceso, así como a identificar otras **fuentes de apoyo social** (por ejemplo, espacios y actividades de tiempo libre, etc).

### El trabajo en la etapa de Mantenimiento: promoviendo cambios en el estilo de vida y previniendo recaídas

El desafío de la etapa de Mantenimiento es el sostener los cambios de conducta adquiridos, por lo cual resulta importante generar nuevos hábitos que apoyen los nuevos patrones de conducta.

Es importante entonces en esta etapa:

**A. Apoyar los cambios de estilos de vida y ayudar al usuario a identificar y buscar fuentes de placer alternativas al uso de drogas.** Reforzar los cambios que el usuario va realizando en sus estilos de vida y apoyarlo en la búsqueda de nuevas fuentes de gratificación y nuevas maneras de ocupar el tiempo libre.

**B. Ayudar a la persona a identificar las situaciones de alto riesgo** de su vida cotidiana que puedan hacerla recaer en su antiguo patrón de consumo, de manera que pueda prepararse adecuadamente para enfrentarlas. Esto a veces puede significar una reestructuración amplia de lo hábitos de la persona, por ejemplo, puede implicar que momentáneamente se dejen de frecuentar determinados espacios o personas asociados al consumo, etc, etc.

**C. Revisar las metas a largo plazo con la persona.** Recordar las metas propuestas por la persona y ayudar a que no se las pierda de vista.

**D. Mantener un contacto de apoyo.** Aunque la persona continúe sin consumir resulta importante en esta etapa (al menos durante los primeros seis meses) establecer rutinas de seguimiento y monitoreo del caso, ya sea en base a entrevistas periódicas, visitas domiciliarias, entrevistas con familiares, etc.

Estas instancias de revisión y seguimiento tendrán como objetivo:

- La evaluación del patrón de consumo y las metas propuestas
- La cuidadosa identificación de los cambios positivos para la persona o para otros (ej: hijos)
- El restablecimiento de nuevas metas

**E. Utilizar estrategias de prevención de recaídas.** Es importante tener en cuenta que en esta etapa la persona trabaja para estabilizar su cambio de comportamiento, teniendo que enfrentar muchas veces los deseos de volver a consumir. Es fundamental entonces trabajar activamente para prevenir las recaídas.

### El trabajo con la Recaída o Recurrencia: Aprender y continuar trabajando

Una recaída es una vuelta a un patrón de consumo anterior al que la persona estaba sosteniendo en la etapa de mantenimiento. Según el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985), la recaída se produce cuando la persona se expone a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su abstinencia o el patrón que se había comprometido a mantener.

Cuando esto sucede es importante:

**A. Trabajar la dimensión afectiva.** Es importante ayudar a la persona a entender que las recaídas son parte del proceso del cambio y que no significan un fracaso del proceso sino un elemento más dentro del mismo. Es particularmente importante en este momento trabajar la dimensión afectiva, ya que en general la persona que recae atribuye la causa de su trasgresión a su “debilidad interna” y a su “falta de voluntad”,

constructos permeados desde el Paradigma de la Enfermedad que habitualmente desempoderan generando culpa, y por tanto, un efecto nocivo en la autoestima y autoeficacia del sujeto. Más que ver a las recaídas como una prueba de la “falta de voluntad del sujeto”, es importante ayudar a la persona a comprender que el efecto de recaída se debe muchas veces a una **falta de estrategias de contención para enfrentar una situación de riesgo**, estrategias estas que pueden ser adecuadamente construidas y reforzadas.

Resulta fundamental en este momento, además:

**B. Ayudar a la persona a volver a entrar en el ciclo de cambio y ayudarle a reconsiderar y revalorar los cambios positivos que ha logrado hasta ahora.**

**C. Continuar fortaleciendo la autoestima y la sensación de autoeficacia de la persona.**

**D. Explorar el significado y la realidad de lo que significa volver a consumir como una oportunidad de aprendizaje.** Enfatizar el hecho de que la persona conoce ahora su hábito mucho mejor que antes, conoce las estrategias para afrontarlo y conoce también cuáles son las situaciones que lo ponen en riesgo de recaer. Enfatizar el aprendizaje realizado y motivar a la persona para que vuelva a intentarlo.

**E. Trabajar estrategias de Prevención de Recaídas.**

### **3.1.4. Las estrategias de prevención de recaídas**

Las **estrategias de prevención de recaídas** son un conjunto de conocimientos y técnicas de modificación de conducta dirigidos a fomentar el aprendizaje de las **habilidades de afrontamiento** necesarias para el mantenimiento de la abstinencia o de patrones más saludables de consumo.

Se convierten en instrumentos especialmente válidos para el trabajo en la etapa de Mantenimiento o en caso de producirse una recaída.

Se basan fundamentalmente en el entrenamiento en **habilidades cognitivas de autocontrol para el manejo del craving y el control de los impulsos**, así como en el entrenamiento para la percepción y manejo adecuado de estímulos internos y externos pro-consumo.

La importancia de poner en práctica estas estrategias deriva del hecho de que si ante una situación de riesgo la persona pone en funcionamiento estrategias de control adecuadas, la probabilidad de recaer será menor porque se incrementará la sensación de autocontrol y aumentará la percepción de autoeficacia, disminuyendo el riesgo de posteriores recaídas.

Si por el contrario la persona no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, porque su “fracaso” disminuirá su percepción de autoeficacia y la hará más vulnerable a volver a recaer.

Las estrategias de prevención de recaídas tienen como objetivo, entre otros, el de ayudar al usuario a aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden hacerlo vulnerable al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente. Para esto

se trabaja ayudando al usuario a reconocer que los pensamientos son mediadores entre la situación y el sentimiento y a identificar aquellos pensamientos que con mayor probabilidad van a generar estados emocionales negativos “pro” consumo.

Por otra parte, tienen como objetivo ayudar al usuario a entender que el deseo de consumir es un hecho habitual dentro del proceso de deshabitación, y que el sentir ganas de consumir no implica que se tenga que pasar a la acción. Se trabajan así estrategias de afrontamiento ante el deseo de consumo.

Entre las estrategias básicas de prevención de recaídas se incluye el entrenamiento en habilidades de relajación, diversión y escape mientras dura el impulso de volver a consumir.

Algunas de las estrategias básicas que aportan a estos objetivos son:

- **Diferir:** se trata de que la persona aprenda a diferir o **posponer** el comportamiento de consumo cuando siente deseos de consumir a través de las siguientes preguntas:  
¿Realmente necesito consumir ahora?  
¿Puedo posponer un poco el consumo?

Lo importante es que se interponga un período de tiempo entre el pensamiento y el acto de consumir, para modificar la tendencia a la actuación impulsiva, sin reflexión.

- **Distraer la atención:** se trata de que la persona aprenda a desplazar la atención del pensamiento obsesivo del consumo, aunque sea transitoriamente, mediante alguna actividad física (lavar platos, arreglar objetos, hacer una caminata, etc).



• **Respirar conscientemente - Tomar abundante agua**

Las prácticas de respiración (por ejemplo, respirar profunda y conscientemente) y el tomar agua ayudan a reducir la ansiedad y el estrés relacionado con el craving y además ayudan a diferir el comportamiento de consumo y distraer la atención. Se trata de herramientas simples, pero poderosas y accesibles a la persona en todo momento.<sup>27</sup>

#### 4. Cuarto paso: Motivar para el cambio

En el trabajo con usuarios de drogas es frecuente encontrarse con personas que desean hacer cambios en relación a su consumo pero que no se lo plantean como posibilidad real, por ejemplo, porque no están convencidas de poder lograrlo, porque tienen miedo de abandonar o disminuir el consumo, etc. **Es importante con estas personas poder abordar la dimensión de lo motivacional** para ayudarlas a generar cambios en relación al consumo.

La **motivación** ha sido una de las variables menos estudiadas en lo que tiene que ver con el tratamiento del uso problemático de drogas, ya que se suponía que ella estaba presente cuando una persona solicitaba ayuda para tratar el tema de su consumo. Así, a los sujetos que fracasaban en el mantenimiento de la abstinencia se les consideraba, tradicionalmente, **poco motivados**, por lo que se pensaba que no era conveniente continuar tratándolos hasta que no tuvieran un nivel más elevado de motivación.

Esta evaluación de la motivación en función del éxito o fracaso obtenido en el tratamiento fue severamente criticada por diversos autores.<sup>28</sup> Así, modelos como el **Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento** que expusieramos anteriormente, o el **Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985)** incluyen el trabajo sobre la motivación hacia el tratamiento como uno de los objetivos clave, antes de iniciar el tratamiento per se.

Así, parte del trabajo importante en el campo de las drogas es el que tiene que ver con el de motivar para el cambio, dado que:

96 27) Otra manera de trabajar las recaídas es hacerlo mediante la denominada "Técnica de planificación de recaídas", un abordaje metodológico en el cual la recaída es agendada y planificada por el terapeuta en tiempo y lugar. Este abordaje da cuenta de los siguientes elementos a favor: estableciendo los términos de la recaída el terapeuta puede trabajar sobre la minimización de la intensidad del efecto de la misma, ya que él será en parte el responsable de la recaída y no el usuario. Por otra parte, estando presente en ese momento el terapeuta puede monitorear las reacciones del usuario y sugerir formas alternativas de conceptualización. Por último, se entiende que una recaída en un espacio "neutral" quita la posibilidad de que la persona atribuya poderes mágicos a la droga como medio para enfrentar las situaciones de alto riesgo.

28) Entre ellos: Miller y Rollnick 1991, y Marlatt y Gordon, 1985.

**La motivación de una persona para cambiar puede ser construida.** No se trata de algo que la persona **tiene** o **no tiene** sino de algo que la persona **construye** y es en este proceso de construcción que podemos intervenir activamente desde el lugar de promotores de salud.

Uno de los instrumentos más valiosos para trabajar sobre el tema de la motivación es la **Entrevista Motivacional**, una técnica práctica de entrevista clínica de aplicación tanto individual como grupal desarrollada a partir de los trabajos de Miller y Rollnick (1991).

#### 4.1 La Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional como técnica se centra entonces en la idea de que **la motivación varía en el tiempo y que puede ser influida por las intervenciones del terapeuta o quien ocupe un lugar similar**. Se entiende desde este enfoque, al igual que desde el Modelo Transteórico expuesto anteriormente, que es preciso **valorar y evaluar al inicio del proceso el grado de motivación** para el cambio que una persona tiene para poder **adecuar la intervención a su estadio de cambio**, atendiendo a los procesos que no haya desarrollado y a los posibles niveles de intervención y recursos de los que dispongamos.

Es relevante entonces realizar una evaluación global de la persona, de sus intereses, de sus recursos internos, de su situación vital en cuanto a sostén familiar, recursos económicos, capital social, etc, así como de sus expectativas en cuanto a las metas del tratamiento (abstinencia, consumo controlado), etc.

La Entrevista Motivacional como estrategia clínica puede ser utilizada en cualquiera de las etapas del proceso de cambio, pero es utilizada y recomendada especialmente para aquellas personas que

**muestran resistencia al cambio** o son **ambivalentes** hacia el mismo, ya que al favorecer los procesos de **construcción de la motivación** ha mostrado su efectividad para resolver la ambivalencia y favorecer la toma de decisiones.<sup>29</sup> Esto la hace **especialmente indicada para el trabajo con los usuarios en etapa de Contemplación**.<sup>30</sup>

El trabajo con esta técnica **proporciona claridad** cuando la persona está confundida y ambivalente, ayudándola a **clarificar** sus **pensamientos, sentimientos y miedos relacionados** con el uso de drogas y su posible abandono o cambio en el patrón de consumo. Por otra parte, permite a las personas identificar los costos de su uso de drogas, sus beneficios, sus metas en la vida y las decisiones que necesitan tomar para alcanzarlas.

La entrevista motivacional proporciona a la persona gran cantidad de **información valiosa** sobre **sí misma** y sobre su **proceso de cambio**.

Esta estrategia clínica se basa en una serie de técnicas que guían la interacción entre quien aplica la entrevista y su consultante.

**Pueden utilizarse independientemente del modelo teórico del terapeuta o agente de salud y señalan cómo superar o evitar las resistencias del paciente que se presentan en la relación terapéutica.**

<sup>29</sup> En relación a la efectividad de la técnica de Entrevista Motivacional, existen diferentes programas basados en ella: programas orientados al abuso de sustancias, al abandono del consumo de cigarrillos, a disminuir el riesgo de contagio de VIH, a dietas y a ejercicio físico, entre otros. En evaluaciones de estos programas se encontró que en el 60% de ellos se obtuvo por lo menos un cambio comportamental significativo. De los diferentes programas basados en la entrevista motivacional, aquellos dirigidos a la disminución del consumo de sustancias son los que mejores resultados han obtenido, encontrando evidencia suficiente para concluir que la aplicación de esta estrategia favorece la motivación para el cambio, así como la implementación de cambios conductuales dirigidos al control del comportamiento.

Estos estudios muestran de forma consistente la efectividad de esta estrategia para la modificación del consumo de alcohol. Adicionalmente, se encontró que la entrevista motivacional también es una herramienta útil cuando es utilizada por terapeutas clínicos que no tienen una formación especializada en el tratamiento del abuso de sustancias.

<sup>30</sup> El inicio del cambio es el principal objetivo y aporte de la entrevista motivacional al cambio en los hábitos de consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (Miller & Rollnick, 1999, Op. Cit.; Lizarraga & Ayarra, 2001, Op. Cit.). El mantenimiento del cambio es el objetivo de otro tipo de programas relacionados con el entrenamiento en habilidades específicas, el inicio de procesos de orden conductual y el desarrollo de estrategias de autocontrol. Sin embargo, el aporte realizado por la entrevista motivacional suele ser en algunos casos suficiente para el mantenimiento de los cambios realizados en estas primeras etapas.

Básicamente se trata de **estrategias no confrontacionales**, dado que el nivel de resistencia o de actitudes defensivas que sostenga un usuario es a menudo altamente influenciado por las actitudes de quien conduce la entrevista. Los enfoques tradicionales usaban la confrontación como método para romper la negación. No obstante, está comprobado que **las intervenciones de tipo confrontacional generan más negaciones y actitudes defensivas y resistenciales, a la vez que poco o ningún cambio de comportamiento.**

La clave de la Entrevista Motivacional no es entonces la confrontación directa sino facilitar la **“autoconfrontación”** de la persona consigo misma, haciéndose eco de una ley psicológica que señala que **las personas se comprometen más con aquello que se escuchan decir a sí mismas.**<sup>31</sup>

Así, Miller y Rollnick (1991) describen cinco estrategias o principios básicos que son el corazón de la Entrevista Motivacional:

**1. Escuchar de manera reflexiva expresando empatía:** se trata de una habilidad clave en el proceso de guiar una entrevista, ya que detrás de una verdadera escucha reflexiva hay una concepción del sujeto y una manera de pensar acerca de los procesos de cambio que incluye un auténtico interés por lo que la persona tiene para decir, así como un respeto profundo por su sabiduría interna. Por otro lado incluye la disposición a chequear permanentemente si lo que estamos entendiendo es realmente lo que la persona está tratando de decir. Esto implica renunciar a la posición de poder otorgada al “saber técnico” y abrirse a escuchar la verdad del otro.

Asimismo, se parte de la base de que **la persona tiene derecho a elegir qué metas quiere alcanzar**, por lo que más que tomar una decisión **por** la persona (práctica ampliamente difundida en el campo de las drogas), este enfoque promueve que sea la misma persona la que tome una decisión **por sí misma** y establezca una meta a lograr.

**2. Trabajar con las discrepancias del discurso de la persona y con la disonancia cognitiva:** el concepto de **disonancia cognitiva** en psicología hace referencia a la tensión o incongruencia que se genera cuando el sistema de ideas, creencias y emociones de una persona entra en conflicto con sus actitudes y comportamientos. Si la persona percibe su comportamiento como discrepante con sus ideas, actitudes y sentimientos, se creará una tendencia al re-equilibrio y al restablecimiento de la situación cambiando alguno de los elementos de la ecuación. La disonancia cognitiva genera un estado interno displacentero que la persona tratará de resolver.

El trabajo sobre la disonancia cognitiva tiene que ver entonces con el de ayudar a la persona a visualizar las **discrepancias en su discurso**. Así, el escucharse a sí mismo hablar acerca de las razones para cambiar hace que se tome conciencia de las discrepancias entre las metas y la conducta de consumo actual. Cuanto más grande sea esa discrepancia, más se percibirá la importancia del cambio.

**3. Evitar la argumentación persuasiva:** la argumentación que intenta convencer a la persona –por ejemplo de las razones por las cuales debería dejar de consumir– resulta contraproducente y genera mayor nivel de defensividad. Por su parte, altos niveles de defensividad son predictores de ausencia de cambio.

**4. “Danzar” con las resistencias** (conocido también como “judo verbal”): va de la mano del paso anterior e implica ser sensible para saber cuándo cambiar de tema o modificar el hilo de la entrevista cuando nos encontramos con áreas de resistencia importantes, para evitar así caer en la confrontación.

**5. Apoyar la sensación de autoeficacia y transmitir confianza en el proceso:** se trata de brindar afirmación y apoyo al usuario por medio de comentarios positivos y frases de apoyo y comprensión. Estas afirmaciones se hacen de manera directa y explícita y apuntan a devolver a la persona la sensación de autoeficacia perdida. Resulta una parte fundamental de la técnica, ya que la persona no estará motivada para cambiar si siente que no puede hacerlo.

Veamos a continuación un resumen de los principios básicos de la Entrevista Motivacional, comparados con los supuestos del Paradigma de la Enfermedad.

Paradigma de la Enfermedad	Entrevista Motivacional
Énfasis en la “enfermedad de la adicción”, la cual reduce o elimina la capacidad de elección personal.	Énfasis en la elección personal acerca del futuro uso de la droga.
La meta del tratamiento es impuesta por el técnico y tiene que ver con la abstinencia total y de por vida.	La meta del tratamiento es negociada en base a los datos y las preferencias del usuario.
El uso controlado es visto como imposible.	El uso controlado de la droga es una meta posible, aunque no óptima para todos.
El individuo es visto como necesitado de ayuda e incapaz de controlar su uso de drogas.	El individuo es visto como capaz de elegir y controlar.
El entrevistador intenta mostrar evidencia para convencer al paciente de su problema y de la necesidad de la abstinencia.	El entrevistador se centra en dilucidar el estado de preparación para el cambio del entrevistado en relación al tema.
Las negaciones y las mentiras son vistas como un asunto exclusivamente personal del usuario, las cuales requieren una confrontación por parte del entrevistador.	Las negaciones y las mentiras son vistas como patrones de comunicación interpersonales influenciados por la postura del entrevistador.
A las mentiras y negaciones se las trata con argumentos y correcciones.	A las mentiras y negaciones se las trata con reflexiones.
Hay un fuerte énfasis en la aceptación y reafirmación del paciente como un adicto con todo lo que ello implica socialmente.	No se pone énfasis en las etiquetas. Las “confesiones” sobre el ser un “adicto irresponsable” son irrelevantes
Los datos objetivos acerca de los daños son presentados en un tono confrontacional y como una prueba de la progresividad de la enfermedad y de la necesidad de completa abstinencia.	Los datos objetivos acerca de los daños son presentados en tono bajo y sin imponer conclusiones al usuario.

Figura 7. Características diferenciales de la Entrevista Motivacional y del Paradigma de la Enfermedad.

**4.2. Guía para conducir una entrevista sobre el tema drogas, basada en los principios de la Entrevista Motivacional**

**A. Traer el tema del consumo a la consulta.**

Como ya mencionáramos, el tema del uso de drogas puede ser introducido en una consulta haciendo algunas preguntas de rutina tales como:

- *¿Fuma? , ¿toma alcohol?, ¿consume alguna sustancia?*

Si estamos seguros de que la persona usa otra sustancia podemos hacer preguntas más directas, por ejemplo, si sabemos que fuma marihuana, podemos preguntar:

- *¿Cuántos porros al día fuma? ¿Consume algo más?*

**B. Comenzar preguntando acerca de los aspectos positivos del uso de drogas, evitando actitudes enjuiciadoras o confrontacionales.**

Esto a menudo resulta una agradable sorpresa para la persona y la ayuda a abrirse para hablar del tema sin temor.

- *¿Cuáles son las cosas buenas que le da el consumo?*
- *Las personas usan drogas porque sienten que de alguna manera su consumo les aporta algo. ¿Qué es lo que le aporta a Ud.?*
- *¿Qué es lo que más le gusta de los efectos?*
- *¿Qué es lo que más extrañaría si dejara de consumir?*
- *¿Que más, qué más...?*

Intentar siempre mantener una actitud positiva respecto al usuario, reforzando su autoeficacia. Ej. “Bueno, veo que puede pensar con claridad acerca de los motivos que le llevan a consumir....”

Resumir LOS ASPECTOS POSITIVOS del uso de drogas.

**C. Preguntar acerca de los aspectos menos gratificantes del uso de drogas.**

- *¿Cómo se siente después que pasan los efectos?*
- *¿Cuáles son las cosas que no le agradan tanto de su consumo?*
- *¿Cuáles son las cosas que no extrañaría si dejara de consumir?*
- *¿Cómo piensa que estaría de aquí a 3 años si mantuviera el nivel de consumo que tiene hoy?*

Si la persona tiene dificultad en visualizar los aspectos negativos, ayudarla preguntándole específicamente acerca de cómo estaría:

1. Su Salud física y/o mental. 2. Sus relaciones familiares 3. Su trabajo, estudio, etc. 4. Sus relaciones con la policía, etc.

- *Rescatar siempre el hecho de que, a pesar de estos problemas, la persona está consultando y es capaz de hablar de las cosas que le pasan.*

Resumir los ASPECTOS MENOS POSITIVOS.

**D. Trabajar sobre los objetivos de la vida: corto, mediano y largo plazo.**

Intentar dilucidar cuáles son las cosas que más le importan a la persona en su vida, qué metas tiene y cómo el consumo puede actuar a favor o en contra del logro de estos objetivos.

- *Por ejemplo, si dejara de consumir y las cosas le salieran como Ud. quiere, ¿cómo se vería de aquí a un año?*
- *¿Cuáles son algunas de las cosas positivas que su familia y sus amigos dicen de usted?*

Resumir las METAS.

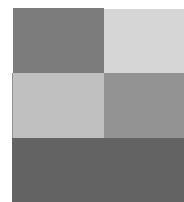
### E. Introducir la posibilidad de tomar una decisión. Retomar su dilema o ambivalencia y preguntar por una decisión.

- Ej: Tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos que mencionó (señalar las contradicciones del discurso, sin ser demasiado confrontacionales), ¿qué resultado final arroja la “balanza”?

Si la persona no logra visualizar una decisión, empatizar con esto y resaltar la dificultad que genera la ambivalencia y preguntar si existe algo más (información, tiempo, etc.) que nosotros pudiéramos aportar para ayudarle a tomar una decisión con más claridad.

Si la persona decide **no cambiar nada** en relación a su consumo, respetar su decisión y brindarle elementos de información para ayudarla a reducir los riesgos y daños en relación a su consumo.

Si la persona **decide cambiar**, continuar trabajando en base al **Modelo Transteórico del Cambio** expuesto anteriormente.



## 05 capítulo

# ¿Cómo intervenir cuando la persona siente que no quiere o no puede cambiar?

## Las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Cuando la persona decide **no cambiar** nada en relación a su consumo (ya sea como resultado de la entrevista motivacional o de plantear esta decisión en primera instancia cuando llega a la consulta), existen un abanico de intervenciones posibles para trabajar el tema del uso de drogas. Es posible así trabajar no ya para construir una motivación de cambio o para el logro de la abstinencia, pero sí para intentar **reducir al máximo los posibles riesgos y daños** que puedan resultar **del consumo actual** de la persona, ya sea para sí misma, para el entorno o para terceros.

En este punto es posible y conveniente trabajar en base a los presupuestos del Modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RR y RD) ligados al uso de drogas.<sup>32</sup>

<sup>32</sup>) Las estrategias de reducción de riesgos y daños surgen como políticas públicas a comienzos de la década de los 80 en el Reino Unido, Holanda y, en menor medida en Australia, como respuesta a los graves problemas sanitarios que estaban siendo derivados del uso de drogas. Así, diversos estudios epidemiológicos daban cuenta de una estrecha relación entre el consumo de drogas por vía intravenosa y la aparición o exacerbación de determinadas enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, la Hepatitis B y C y el VIH sida. Esta situación evidenciaba, además, que las estrategias adoptadas hasta el momento para tratar el consumo de drogas no estaban siendo lo suficientemente eficaces como para incorporar a los usuarios de drogas a las redes de atención sanitaria, ni para mantenerlos en contacto con ellas.

Es en Merseyside (Inglaterra) donde a partir del alarmante aumento de las tasas de prevalencia y de incidencia de VIH sida entre los usuarios de heroína por vía intravenosa, comienzan a implementarse una serie de medidas tendientes a controlar la epidemia, resultando en la articulación de las primeras políticas de reducción de riesgos y daños. Es así como el objetivo de preservar la vida de los usuarios de drogas comienza a adquirir más importancia que el objetivo de llevar una vida abstinentes.

Se trata de un marco conceptual que engloba a todas aquellas estrategias que tienen como objetivo **disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos del uso de drogas.**

Este tipo de acciones intentan sobre todo “ocuparse de aquellos usuarios de drogas que **no quieren** o **no pueden** dejar de consumirlas y que, por tanto, no acceden a los dispositivos de tratamiento con objetivos de abstinencia”.

Los riesgos de cualquier consumo de drogas obedecen en esencia a determinados componentes de la conducta de consumo, que podríamos clasificar en:

- **Dimensiones cuantitativas:** dosis, potencia farmacológica de la sustancia, frecuencia de uso de las mismas.
- **Dimensiones cualitativas:** accesibilidad, preparación, vía y estilo de administración, patrón de uso múltiple, cuidados posteriores al consumo, propensión al mismo y escenarios de consumo.

Según Newcombe (1992), “las intervenciones de reducción de riesgos deberían fundamentarse en procedimientos que ayuden a dirigir la conducta del usuario de drogas hacia el punto óptimo de estas dimensiones, puesto que con ello se reduce y minimiza el potencial perjuicio del uso de dichas sustancias”.

Los objetivos primordiales de las estrategias de reducción de riesgos y daños son los siguientes:

### 1) Disminuir la morbilidad y la mortalidad

Este es el principal objetivo de este tipo de intervenciones. Como primer paso a lograr, se encuentra la reducción de las consecuencias negativas más graves asociadas al uso de drogas (como por ejemplo el número de enfermedades asociadas a las prácticas de riesgo, el número de muertes por enfermedad, los efectos relacionados con la sobredosis o reacciones adversas agudas y específicas de cada sustancia, etc).

### 2) Reducir o minimizar el deterioro psicosocial

Disminuir al máximo los problemas relacionados con la salud mental y emocional, los problemas y rupturas familiares, la exclusión social y laboral y la delincuencia.

### 3) Mejorar la calidad de vida de los usuarios

Referido a los aspectos relacionados con la salud y el bienestar, en el sentido más amplio.

### 4) Establecer contacto entre el mayor número posible de usuarios y los servicios sanitarios:

Pat O’Hare y Buning (1992), entre otros autores, determinan que solo entre un 5 y un 10 por ciento de los usuarios de drogas está dispuesto o preparado para dejar de consumir, es decir, que solo este porcentaje de usuarios estaría preparado para enfrentar un programa de tratamiento en el cual la abstinencia fuese la condición para la tarea. En efecto, en los modelos asistenciales exclusivamente orientados a la abstinencia de drogas, el porcentaje de personas afectadas que solicitan tratamiento es en general bajo, en parte debido a un período de latencia elevado entre el inicio del consumo y

la demanda de tratamiento, así como a la poca flexibilidad e individualización de este modelo.

Los enfoques de reducción de riesgos y daños pretenden **incrementar la oferta de alternativas asistenciales**, así como su **adaptabilidad** a los diferentes **perfiles de usuarios**, consiguiendo abarcar un mayor número de ellos.

### 5) Incrementar la retención en el tratamiento

La retención, entendida como el tiempo durante el cual un usuario de drogas está en contacto con un dispositivo asistencial, ha demostrado ser un factor clave a la hora de establecer un pronóstico. La retención en tratamiento permitirá llevar a cabo intervenciones más extensas e intensivas, cuyas metas serán modificar las prácticas de riesgo de los usuarios.

Las estrategias de reducción de riesgos y daños no son medidas opuestas o alternativas a objetivos más exigentes como la abstinencia, sino **medidas complementarias** y muchas veces **habilitadoras** de estos otros objetivos a mediano o largo plazo.

En términos de población objetivo, las estrategias de RR y RD resultan útiles para:

- Aquellas personas que manifiestan abiertamente que **no quieren o no pueden** dejar de consumir o reducir su consumo, más allá del tipo de vínculo que hayan establecido con la droga.
- Aquellas personas para quienes reducir el consumo puede conllevar riesgos mayores (posibilidad de iatrogenia en una intervención de tipo abstinencial).

- Aquellas personas que están reduciendo su consumo pero aún tienen problemas asociados con él.

- Aquellas personas que están abandonando el uso pero pueden recaer y/o tener problemas residuales de su anterior uso de drogas (como por ejemplo pérdida de credibilidad en las relaciones sociales como consecuencia del uso de drogas o problemas de salud como hepatitis C u otras enfermedades).

- Aquellas personas que están experimentando con las drogas o que tienen consumos ocasionales/habituales de riesgo como puede ocurrir, por ejemplo, durante la adolescencia.

El primer paso a seguir para cualquier intervención basada en la aplicación del Enfoque de Reducción de Riesgos y Daños es **identificar** de manera clara y precisa los **daños** concretos en las cuatro áreas vitales de la persona (salud física y/o psíquica, relaciones sociales primarias, relaciones sociales secundarias, relaciones con la ley) que se podrían producir o se están ya produciendo como consecuencia del uso de drogas.

Una vez identificados los daños, se hace necesario hacer una **jerarquización** de aquellos que requieran un tratamiento prioritario en función de su gravedad, de su relevancia para la persona en cuestión así como de las posibilidades reales de que puedan ser reducidos.

Los **daños prioritarios a minimizar** en cualquier intervención de RR y RD son aquellos que pueden poner en riesgo la **vida de la persona**, como por ejemplo: sobredosis, suicidio, violencia doméstica, enfermedades de transmisión sanguínea: VIH, hepatitis C y B, accidentes de tránsito (si la persona está intoxicada), etc.



Por otra parte, para asegurar una intervención efectiva y de calidad, será necesario hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la relación exacta entre el uso de drogas de la persona y el daño actual o potencial?
- ¿Qué funciones cumple en la vida de esta persona el uso de drogas?
- ¿Cuáles serían las posibles consecuencias de reducir el consumo o dejar de consumir?
- ¿Qué otros servicios deberían ser contactados para dar una atención integral a la persona y su familia? (por ejemplo, en lo relativo al cuidado de los niños, estudio, trabajo, etc).
- ¿Es posible identificar y medir los cambios deseados?
- ¿Qué comportamientos de menor riesgo estaría la persona dispuesta a asumir?

Es necesario también, como dijéramos anteriormente, **evaluar siempre el posible riesgo de iatrogenia** de nuestra intervención basándonos en una máxima clínica fundamental: **lo primero que cualquier intervención debe contemplar es el principio de no hacer daño.**

Parar de consumir de manera abrupta puede generar importantes problemas a tener en cuenta.

Como ejemplo, podríamos mencionar el caso de una mujer alcohólica que bebe durante el embarazo. En este caso la estrategia a seguir debe ser evaluada cuidadosamente porque el síndrome de abstinencia resultante de la supresión brusca del consumo podría generar consecuencias muy severas. En este caso habría que evaluar cuidadosamente el plan a seguir (por ej: reducir las dosis, evaluar medicación para evitar síndrome de abstinencia, etc).

Finalmente, es importante destacar que una de las maneras más fáciles de implementar estrategias desde el enfoque de RR y RD es hacerlo en base a **folletería específica** acerca de las posibles medidas de reducción de riesgos y daños a considerar para cada sustancia. En este sentido es necesario contar con materiales didácticos de apoyo a la intervención que puedan ser entregados a la persona, así como trabajados en la consulta.<sup>33</sup>

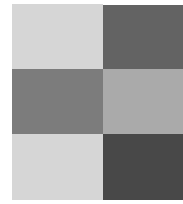
Pasos para tratar el tema del uso de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud: Modalidades de Intervención.

Tipo de intervención	Población objetivo	Objetivo de la intervención	Instrumento/s a utilizar
<b>Exploración de rutina e identificación de consumos de riesgo y/o problemáticos</b>	Aplicable a todas las personas.	Identificar personas con consumos de riesgo y/o problemáticos.	Preguntas de rutina. Instrumentos estandarizados.
<b>Entrevistas de Evaluación</b>	Aplicables solo a aquellas personas con consumos de riesgo y/o problemáticos.	Evaluar el impacto del uso de drogas en la vida de la persona.	Preguntas simples. Preguntas en profundidad. Instrumentos estandarizados. Análisis clínicos.
<b>Diagnóstico de etapa en el Proceso de Cambio</b>	Aplicable a personas que desean realizar cambios en relación a su uso de drogas.	Identificar las estrategias motivacionales más adecuadas para el trabajo con la persona.	Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento en Salud.
<b>Entrevista Motivacional</b>	Aplicable a aquellas personas que <b>muestran resistencia al cambio</b> o son <b>ambivalentes</b> hacia el mismo.	Ayudar a resolver la ambivalencia y tomar una decisión hacia el cambio.	Estrategias no confrontacionales de Entrevista Motivacional.
<b>Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños</b>	Aplicables a aquellas personas que sienten que no quieren o no pueden hacer cambios en relación a su consumo.	Ayudar a la persona a reducir los riesgos y daños del uso de drogas para sí misma y para su entorno.	Folletería con medidas de RR y RD específicas para cada sustancia.

Figura 8. Pasos para tratar el tema del uso de drogas en contextos del Primer Nivel de Atención en Salud.

## cuarta PARTE

# Herramientas prácticas para la intervención



# 06

capítulo

## Instrumentos para el diagnóstico

---

A continuación se presentan tres posibles instrumentos para realizar el despistaje y/o diagnóstico de uso de riesgo y/o problemático de drogas

### **Instrumento 1 – Test de AUDIT<sup>35</sup>**

Test para la evaluación del uso de riesgo y/o problemático de alcohol

### **Instrumento 2. Test CAGE**

CAGE - Instrumento de evaluación del consumo dependiente de alcohol

### **Instrumento 3.**

Test de detección de dependencias y problemas vinculados al uso de alcohol u otras drogas.<sup>36</sup>

35) AUDIT: "Alcohol Use Disorders Identification Test".

36) Basado en la escala de Severidad de las Dependencias (Severity of Dependence Scale SDS) - Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. & Strang, J. 1992. El instrumento aquí presentado ha sido utilizado exitosamente para evaluar en general el vínculo de dependencia que un usuario puede tener con una sustancia, sin necesariamente saber de qué sustancia se trata. La sección referida a problemas específicos no corresponde al SDS. Mientras el SDS ha sido validado estadísticamente, esta adaptación no ha sido probada en su validez o confiabilidad.

## Instrumento 1. Test de AUDIT

**AUDIT** - Test para la evaluación del uso de riesgo y/o problemático de alcohol

AUDIT					
Por favor, haga un círculo en la respuesta más apropiada para Ud.					
<b>1</b>	¿Qué tan seguido toma bebidas que contienen alcohol?				
	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces por mes	De 2 a 3 veces por semana	4 o más veces por semana
<b>2</b>	¿Cuántas copas o vasos de alcohol toma en un día típico cuando está tomando?				
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	de 7 a 9	10 o más
<b>3</b>	¿Qué tan seguido toma 6 tragos o más en una ocasión?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>4</b>	¿Qué tan seguido –durante el último año– se dio cuenta de que no podía parar de tomar una vez que había empezado?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>5</b>	¿Qué tan a menudo –durante el último año– no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de Ud. debido al consumo de alcohol?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>6</b>	¿Qué tan a menudo –durante el último año– necesitó un primer trago a la mañana para poder funcionar luego de una sesión de haber tomado mucho?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>7</b>	¿Qué tan a menudo –durante el último año– se sintió culpable o con remordimiento luego de haber tomado?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>8</b>	¿Qué tan a menudo –durante el último año– no pudo recordar lo que había sucedido la noche anterior luego de haber tomado?				
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi todos los días
<b>9</b>	¿Resultó lastimado Ud. o alguien más como consecuencia de su consumo de alcohol?				
	No		Sí, pero no el año pasado	Sí, el año pasado	
<b>10</b>	¿Algún pariente, amigo, doctor u otra persona de la salud se preocupó por su consumo o le sugirió que dejara de beber?				
	No		Sí, pero no el año pasado	Sí, el año pasado	

Las preguntas 1 a 8 se puntúan 0, 1, 2, 3 o 4.

Las preguntas 9 y 10 se puntúan solamente 0, 2 o 4

Un puntaje total de 8 puntos o más indica una fuerte probabilidad de uso riesgoso o problemático de alcohol.

## Instrumento 2. Test CAGE

**CAGE** - Instrumento de evaluación del consumo dependiente de alcohol

CAGE es un test corto y de fácil administración. Dos respuestas positivas o más correlacionan en este test con una fuerte probabilidad de dependencia del alcohol en el 90% de los casos.

Un cuestionario corto acerca de su uso de alcohol	
1.	¿Alguna vez pensó que debería dejar de tomar alcohol? .....
2.	¿Se sintió alguna vez molesto o irritado por las críticas de otras personas hacia su consumo de alcohol? .....
3.	¿Alguna vez se sintió culpable por su consumo de alcohol? .....
4.	¿Consume una copa a la mañana para despertarse? .....

**Instrumento 3. Test de detección de dependencias y problemas vinculados al uso de alcohol u otras drogas**

Piense acerca de su consumo de alcohol u otras drogas.

Conteste las preguntas siguientes en relación a las sustancias que usa mayoritariamente.

Agregue a la respuesta el número que considere adecuado para Ud.

Durante el año pasado...				
<b>1</b>	¿Pensó que su uso de alcohol o de alguna otra droga estaba fuera de su control?			
	Nunca (0)	Algunas veces (1)	A menudo (2)	Siempre (3)
<b>2</b>	¿El pensar acerca de no poder conseguir alcohol o alguna otra sustancia lo hizo sentir ansioso o preocupado?			
	Nunca (0)	Algunas veces (1)	A menudo (2)	Siempre (3)
<b>3</b>	¿Se preocupó por su consumo de alcohol o de otra sustancia?			
	Nunca (0)	Algunas veces (1)	A menudo (2)	Siempre (3)
<b>4</b>	¿Deseó poder parar de consumir?			
	Nunca (0)	Algunas veces (1)	A menudo (2)	Siempre (3)
<b>5</b>	¿Qué tan difícil considera poder dejar de consumir?			
	Nada difícil (0)	Un poco difícil (1)	Muy difícil (2)	Imposible (3)
<b>Escriba aquí su puntaje _ _ _ _ _</b>				
Puntajes elevados, especialmente más de 4, indican que podría ser dependiente y que debería considerar parar de consumir, reducir el consumo o hacer un alto en él para prevenir o reducir problemas mayores.				
<b>Problemas relacionados al alcohol u otras drogas</b>				
El alcohol y otras drogas pueden causar problemas a corto y a largo plazo. Haga un círculo en aquellas áreas en que pueda estar experimentando problemas.				
<b>Familia</b>	<b>Salud</b>	<b>Trabajo</b>	<b>Ley</b>	
Hijos	Depresión	Dinero	Manejo (tránsito)	
Amigos Relaciones sociales	Ansiedad	Estilo de vida	Derecho de familia (ley)	
<b>Algún/os otro/s problema/s</b> (ej: sexualidad, accidentes, uso de alcohol o drogas de otra persona, etc) .....				
<b>Si ha identificado algún problema, hablar con alguien sobre esto puede serle de gran ayuda. Hable con la persona que le dio este cuestionario.</b>				

A continuación exponemos brevemente una lista de las principales sustancias consumidas en nuestro medio y de sus principales riesgos toxicológicos.

Proponemos además a continuación, una serie de sugerencias para disminuir los riesgos y posibles daños asociados al uso de estas sustancias. Las mismas son para usuarios que están intentando reducir los riesgos y daños vinculados a su consumo. El lenguaje con el cual están escritas es coloquial para facilitar el acercamiento al universo simbólico y cultural de cada tipo de consumo. Este lenguaje puede ser modificado y adaptado por cada técnico de acuerdo al tipo de población y características particulares de los usuarios.

Asimismo, cada técnico puede decidir la manera de implementar este tipo de sugerencias, por ej:

- Entregando copias a los usuarios.
- Transmitiendo sus contenidos en las consultas en estrategias de psicoeducación.
- Utilizándolas como afiches que sirvan como disparadores para hablar del tema.
- Utilizándolas como disparadores para el trabajo con grupos (por ej: grupos de adolescentes, grupos de embarazadas, etc).
- Utilizándolas como material informativo en las salas de espera.
- etc, etc.

## 1. Alcohol

### **Principio activo: etanol (alcohol etílico)**

Es un **depresor** del Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores produciendo desinhibición conductual y emocional.

Sus efectos varían según la dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en sangre, produciendo **efectos conductuales bifásicos**:

- A bajas dosis puede producir: euforia, desinhibición, trastornos del habla y la marcha.
- A altas dosis puede producir: embriaguez, estado de apatía y somnolencia, coma, muerte por parálisis de los centros respiratorios.

Puede generar **Dependencia física y psíquica alta** y **Síndromes de abstinencia graves** caracterizados por ansiedad, temblores, insomnio, náuseas, taquicardia, hipertensión, convulsiones, etc.

### **Sobredosis**

El consumir una dosis muy alta de alcohol en un período muy corto de tiempo puede causar la muerte por depresión respiratoria.

### Si tomás alcohol, tomate en serio esta información:

- **Tomá siempre con algo de comida en el estómago.** Comé algo antes o mientras estés consumiendo alcohol. La comida reduce la velocidad con que el alcohol entra en el intestino y el flujo sanguíneo, dilatando sus efectos en el tiempo y produciendo una mejor asimilación por el organismo.
- **Tomá despacio y con tragos cortos.** El alcohol actúa con rapidez. Hasta un 20% entra en el flujo sanguíneo procedente del estómago, y se distribuye a los pocos minutos por todo el organismo. El tomar rápidamente hace que el alcohol tarde menos en llegar al cerebro, aumentando las probabilidades de intoxicación.
- **Diluí las bebidas alcohólicas.** Por cada sorbo de vino o cerveza, toma uno de agua. El agua disuelve los metabolitos de alcohol de tu sangre, hidrata los órganos que el alcohol deshidrata y mejora la función de tus riñones e hígado. No diluyas bebidas alcohólicas con bebidas carbónicas o colas, ya que el gas acelera el paso del líquido desde las paredes del estómago al flujo sanguíneo.
- **Tené en cuenta la calidad.** Evaluá cuidadosamente los riesgos y los costos de las bebidas adulteradas. Cuanto más adulterada está la bebida, más riesgos existen para tu organismo.
- **No mezcles bebidas diferentes.** Si vas a consumir alcohol, elegí una bebida y mantenete consumiendo solo esa bebida durante toda la noche.
- **Si tenés sed, sacátela con agua fría o una bebida con carbohidratos antes de empezar a tomar alcohol.** El alcohol no saca la sed, por el contrario, deshidrata tu organismo.
- **Buscá “tu punto” y no lo sobrepases.** Cuando llegues al efecto que te gusta, pará de tomar. Si a partir de ahí seguís tomando, desaparecerá el bienestar y empezarás a notar los efectos negativos del alcohol, como aletargamiento y mareos. La acción vasodilatadora del alcohol, junto con la reducción de la presión arterial te provocará una desagradable sensación de mareo y de que todo te da vueltas al acostarte.
- **Fumá menos.** El tabaco tiene un efecto vasoconstrictor, lo que hará que tomes más alcohol, que es un vasodilatador, para contrarrestar el efecto del cigarro.

### Si te excedés tené en cuenta que:

- El alcohol produce dependencia física y psíquica. La persona que más aguanta y más consume no controla el alcohol, solo aguanta más porque su organismo se ha acostumbrado a él.
- El consumo habitual prolongado en el tiempo puede provocar daños al hígado, páncreas, estómago, corazón y cerebro, además de trastornos psíquicos.

### Si manejas, no te olvides de que:

- El alcohol disminuye el campo visual
- Perturba el sentido de equilibrio
- Aumenta la fatiga y el sueño
- Disminuye los reflejos
- Impide evaluar adecuadamente las distancias

### Si tomás, no manejes ni operes vehículos de ningún tipo.

### Cómo ayudar a un amigo si está en problemas:

- Si está borracho, no lo dejes solo: el ritmo de eliminación del alcohol es lento y no existe ningún método eficaz para acelerar este proceso. Tomar café, mojarse, ducharse con agua fría, etc, no sirve para reducir la cantidad de alcohol en sangre.
- Acostalo de costado, abrigalo y si se duerme, cuidalo hasta que se despierte.
- Si vomita, controlá que no se ahogue con el vómito y que siga respirando.
- Si esta inconsciente, llamá urgente a una ambulancia y deciles qué consumió.

**En caso de intoxicación grave o cualquier duda, andá al hospital más cercano, llamá a una emergencia móvil o al número 105 de Salud Pública.**

## 2. Tabaco

### Principio activo: nicotina

El tabaco proviene de la planta *Nicotiana tabacum*, de cuyas hojas se obtienen distintas preparaciones destinadas al consumo (cigarrillos, cigarrillos puros, rapé, tabaco de mascar, etc.).

La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 sustancias tóxicas. Entre los componentes del humo se encuentran:

- **NICOTINA:** es una sustancia **estimulante** del SNC, responsable de los efectos psicoactivos y de la intensa dependencia física.
- **ALQUITRANES:** sustancias cancerígenas.
- **IRRITANTES:** tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio.
- **MONÓXIDO DE CARBONO:** se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.

Hoy en día está plenamente comprobado que los fumadores tienen una tasa de mortalidad superior en un 70% a los no fumadores como consecuencia del desarrollo de distintas enfermedades. Este incremento en la mortalidad es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados, a la duración en el tiempo del consumo, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido de nicotina y alquitrán del tabaco fumado. Esta alta mortalidad se debe fundamentalmente a la cardiopatía coronaria y a otras enfermedades cardiovasculares, al cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

El tabaquismo es responsable del 90% de las muertes por cáncer de pulmón, del 75% de las muertes por bronquitis y del 25% de las muertes por cardiopatía isquémica y es además la **PRINCIPAL CAUSA PREVENIBLE DE ENFERMEDAD Y MUERTE PREMATURA.**

En síntesis, las enfermedades más comunes asociadas al tabaquismo son:

- **Enfermedades del aparato respiratorio:** bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer de pulmón.
- **Enfermedades del sistema cardiovascular:** enfermedades coronarias por obstrucción de las arterias coronarias, accidentes cerebro-vasculares por obstrucción de las arterias cerebrales y enfermedades vasculares periféricas por déficit de irrigación en las extremidades superiores e inferiores.
- **Enfermedades del aparato digestivo:** gastritis crónica, úlcera gastroduodenal y esofagitis.

Asimismo, el consumo de tabaco acarrea riesgos importantes para la salud del **fumador pasivo**. En este sentido, la exposición cotidiana al humo del tabaco en ambientes poco ventilados puede provocar irritación en los ojos, dolor de cabeza, estornudos, tos y afonía.

Puede tener además consecuencias más severas, como por ejemplo:

1. Empeoramiento de los síntomas en personas con problemas de alergia, asma y enfermedades cardiovasculares.
2. Incremento de la posibilidad de padecer enfermedades del corazón.
3. Aumento del riesgo de padecer cáncer de pulmón.
4. Mayor frecuencia de problemas respiratorios.



## 2.1. Guía para el fumador

Si fumás o querés dejar de fumar, esta información es para vos

### Si fumás, seguramente habrás oído alguno de estos “mitos” sobre el tabaco...

1) **“Hay cosas mucho peores que el tabaco”**. No tantas, porque el tabaco es causa de cáncer y el cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, luego de las enfermedades cardiovasculares que también se encuentran directamente relacionadas con el tabaco.

2) **“Los cigarrillos light no hacen daño, no son cancerígenos”**. Estos cigarrillos son menos nocivos pero debes tener en cuenta que el grado de satisfacción del fumador depende directamente de la concentración de nicotina en sangre, lo que se traduce muchas veces en un aumento del número de cigarrillos consumidos.

3) **“Yo fumo poco porque casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero”**. Cuidado, el fumador que deja quemar el tabaco en el cenicero respira una mayor concentración de cancerígenos porque el humo que se desprende de la porción final del cigarrillo es cualitativa y cuantitativamente más tóxico que el humo que se inhala directamente al fumar.

4) **“El tabaco me tranquiliza”**. Has aprendido a regular tu forma de fumar para tranquilizarte pero esa “tranquilidad” que es debida a la acción central del tabaco, desaparecerá cuando los niveles de nicotina en sangre disminuyan y den paso al síndrome de abstinencia. Acordate de que existen muchos otros métodos para tranquilizarte, relajarte, sentirte bien y enfrentar el estrés cotidiano.

5) **“Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera”**. Probá a dejar de fumar en una situación cotidiana de tu vida, no cuando estés con gripe o enfermo. ¿Es más difícil de lo que pensabas?

6) **“El fumar es un hábito muy difícil de quitar”**. La dependencia al tabaco como a cualquier otra droga tiene un doble componente: uno es la adicción física generada por la nicotina, y otro es el hábito cognitivo y comportamental, es decir, la asociación que se ha establecido entre el tabaco y las distintas situaciones diarias en las que el fumador recurre a él. Esta parte de la dependencia es a menudo más difícil de romper que la dependencia física, pero **no es imposible hacerlo**.

7) **“Se pasa muy mal cuando se deja, es peor el remedio que la enfermedad”**. La dependencia física a la nicotina dura alrededor de una semana. Sin embargo, los beneficios que trae dejar de fumar son progresivos y aparecen desde el momento en que se deja de fumar.

## 2.2. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de tabaco

Tené en cuenta lo siguiente:

### TODO CONSUMO DE TABACO ES DAÑINO. NO EXISTE UNA DOSIS DE TABACO QUE NO SEA TÓXICA PARA TU ORGANISMO.

Algunas de las preguntas más frecuentes que se plantean las personas fumadoras son las siguientes:<sup>37</sup>

#### ¿No podría quedarme con cuatro o cinco cigarrillos?

Es el sueño dorado de la persona fumadora, tan extendido como engañoso. La respuesta es **NO**. No lo intentes. Cada cigarrillo te recordará el placer al que has decidido renunciar. Tendrás que hacer constantes equilibrios para no recaer. Será más práctico despedirte por completo del tabaco. Lo más probable es que poco tiempo después de empezar con esos 4 o 5 cigarrillos, de nuevo fumes como antes.

#### ¿No podría pasar a fumar cigarrillos “light”?

Los cigarrillos “light” son igual de peligrosos para la salud, la de tus semejantes y la del feto, en el caso de que estés embarazada. Lo mejor es dejar de fumar completamente.

#### Pero, ¿realmente es tan malo fumar?

En los países desarrollados, **fumar es la principal causa evitable de enfermedad y muerte prematura**. No solo se va perdiendo calidad de vida (tos, expectoraciones, cansancio, etc.), sino que se va acortando el tiempo de vida. Una persona que fume dos paquetes diarios “quema” alrededor de 8 años de su vida. ¿De verdad crees que vale la pena?

#### De algo hay que morir, ¿no?

Es cierto. Todas las personas estamos expuestas a riesgos que no siempre podemos evitar. Pero podemos iniciar acciones para promover nuestra salud. Dejar de fumar es una de las más inteligentes. **La persona fumadora tiene un riesgo extra de padecer diversas enfermedades**. El 90% de los cánceres de pulmón, el 30% de todos los cánceres, el 75% de las bronquitis crónicas y el 25% de las enfermedades cardiovasculares, son debidos al tabaquismo. ¿No te parece demasiado riesgo?

37) La sección de “preguntas más frecuentes que se plantean los fumadores” ha sido extractada de: “¿Has pensado en dejar de fumar?: Guía Práctica.” Edex. Bilbao. en <http://www.edex.es/dejardefumar/>

### ¿Y el placer?

Cuando una persona lleva fumando la mayor parte de su vida, piensa que sin cigarrillos será incapaz de disfrutar. Pero esto es falso. A medida que el paso del tiempo te vaya liberando del deseo de fumar, disfrutarás aun más que cuando fumabas. **La persona fumadora no es una hedonista: depende de la nicotina para funcionar, y tiene dificultades para divertirse sin estar envuelta en el humo del tabaco.** No es que la pase mejor.

### ¿Y el daño hecho?

**Desde el momento en que apagues el último cigarrillo, tu organismo empezará a recuperarse de los efectos del tabaco.** En un plazo de 10 o 15 años, tendrás el mismo riesgo de contraer las enfermedades citadas que si no hubieras fumado nunca.

**Cuanto antes lo dejes, antes comenzará la recuperación, y mejores serán los resultados.**

### Algunas razones para dejar de fumar...

- Disminuirás el riesgo de padecer cáncer (de pulmón, boca, etc.).
- Ahorrarás dinero.
- No molestarás a tu familia, amigos o compañeros de trabajo con el humo.
- Los alimentos y las cosas recuperarán su aroma y su sabor.
- Reducirás el riesgo de accidentes caseros y de tráfico.
- No tendrás olor a cigarro en la ropa ni en el pelo.
- Tus dientes se verán más blancos y tus encías dejarán de inflamarse.
- Si sos mujer, podrás tomar anticonceptivos sin problemas (salvo que tengas otros problemas no asociados al tabaco).
- Eliminarás un aliado de la celulitis.
- Tu piel conservará la tersura por más tiempo.
- Tu cabello lucirá mejor.
- Eliminarás el mal aliento.
- Te cansarás menos al hacer ejercicio.
- Eliminarás la tos matutina.
- Crecerá tu autoestima.

### 10 sugerencias prácticas para dejar de fumar.

- Tomá mucha agua y jugo de naranja. Te ayudarán a eliminar la nicotina.
- Durante los primeros días, distraete lo más que puedas. Mantenete ocupado y procurá no pasar mucho tiempo sin hacer nada.
- Marcá en un calendario cada día que pases sin tabaco.
- Premiate por tus logros. Por ejemplo, guardando el dinero que te hubieras gastado en cigarros para darte un buen gusto alternativo.
- Sacate la idea de que nunca más vas a fumar. Pensá solo en no fumar durante 24 horas.
- Cuando te ofrezcan un cigarro, no te sientas avergonzado por no aceptar. Explicá con orgullo que estás dejando de fumar.
- No hagas comidas pesadas.
- Cuando termines de comer, levántate, lavate los dientes enseguida y salí a distraerte.
- Tené a mano algo para picotear: frutas, verduras, chicles, etc.
- Buscá algún objeto con el cual entretener las manos: puede ser un lápiz, las llaves o lo que mejor te parezca.

## 3. Marihuana

### Principio activo: delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)

La marihuana es clasificada según sus efectos predominantes sobre el SNC como una sustancia **alucinógena**. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). El THC es soluble en grasa, por lo que tiende a acumularse en los tejidos adiposos del organismo (fundamentalmente en el cerebro).

Sus efectos varían según las dosis consumidas y las concentraciones de THC presentes en la sustancia, pudiendo generar relajación, desinhibición, alteraciones sensoriales de intensidad variable, dificultad en el ejercicio de funciones complejas (memoria, aprendizaje, capacidad de concentración). Desde el punto de vista fisiológico puede generar aumento del apetito, sequedad de boca, taquicardia, ojos brillantes y enrojecidos.

Los principales riesgos de los derivados del cannabis (marihuana, hashís) están asociados a la vía de administración. Dado que la mayoría de las veces estas sustancias son fumadas, el **sistema respiratorio** es el principal sistema afectado. El humo generado por la combustión puede llegar a producir entre otras enfermedades respiratorias: bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer de pulmón.

Debemos tener en cuenta además que para experimentar al máximo los efectos de la marihuana los consumidores inhalan profundamente el humo, lo retienen al máximo en los pulmones y no usan filtro. Por otra parte, el consumo asociado de tabaco puede incrementar las probabilidades de que se dé alguna disfunción de este tipo en el sistema respiratorio.

En cuanto al **sistema circulatorio**, el consumo de cannabis provoca de manera casi inmediata taquicardia, por lo cual las personas que padecen insuficiencia cardíaca o hipertensión podrían ver empeorados sus síntomas.

Por otra parte, la acumulación de THC en el cerebro puede provocar alguno de estos efectos:

- Puede entorpecer la memoria, sobre todo la memoria a corto plazo, lo cual dificulta la retención de los sucesos que se han vivido bajo los efectos de la sustancia.
- Puede alterar la capacidad de concentración.

En caso de ser consumida con alcohol, esta combinación puede dar lugar a lipotimias como consecuencia de la acción vasodilatadora del alcohol y al aumento en el consumo cerebral de oxígeno que provoca el THC. El cerebro necesita más oxígeno de lo habitual y dispone de una cantidad menor del mismo.

Podría además generar ciertos problemas psiquiátricos en aquellos usuarios crónicos con una personalidad vulnerable.

### 3.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de marihuana

#### Si fumás marihuana tomate en serio estas puntas:

- Usá papel lo más fino posible: poco papel, sin tintas. Cuanto menos combustión, mejor para tus pulmones.
- No retengas el aire en los pulmones más que unos pocos segundos: este corto tiempo basta para absorber el 95% del THC, el resto del tiempo solo aumenta la exposición a sustancias cancerígenas.
- No fumes las tucas, incorporalas al próximo porro: así evitás el daño que produce la alta temperatura y la exposición de los labios a esta.
- No mezcles marihuana con tabaco: esta práctica aumenta la exposición a sustancias cancerígenas.
- No uses pipas comunes: pueden inhalarse productos de la madera, pintura o resina.
- No consumas marihuana si estás desanimado, de mal humor o poco predispuesto, podría generarte efectos desagradables.
- No mezcles marihuana con alcohol: podría generarte mareos o desmayos al combinarse el efecto vasodilatador del alcohol y el aumento del consumo cerebral de oxígeno que produce la marihuana.
- Si notás ansiedad o paranoia cuando fumás, dejá de fumar y relajate. La ansiedad, el desánimo, la paranoia se presentan en ocasiones como reacciones negativas secundarias al consumo de marihuana.

#### Acordate de que:

- Consumir marihuana a diario puede generar dependencia psíquica, apatía, dificultades de concentración y falta de memoria.
- El consumo de marihuana limita las capacidades motoras e intelectuales.
- La marihuana afecta la concentración y la coordinación. Si fumaste marihuana, no operes máquinas ni manejes vehículos de ningún tipo.

## 4. Clorhidrato de Cocaína, Crack y Pasta Base

### Principio activo: cocaína

La cocaína es una sustancia presente en las hojas de coca, las cuales son tratadas a través de diferentes procesos con diversas sustancias químicas hasta extraer de ellas su principio activo. El crack y la pasta base son productos intermedios de este proceso de sintetización.

Todas estas sustancias son **estimulantes del Sistema Nervioso Central**, es decir, aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta estados de hiperactividad.

La vía de consumo varía según la presentación de la sustancia. Así, el **clorhidrato de cocaína** (polvo blanco) es consumido generalmente en forma esnifada (jalada) o inyectada, mientras que las presentaciones de **crack y pasta base** (presentaciones semisólidas) son “fumadas” **en pipas o latas con cenizas utilizadas como brasero** (se las calienta y se inhalan sus vapores).

Los efectos principales de estas sustancias son: euforia, locuacidad, hiperactividad, aceleración mental, disminución de la fatiga y del sueño, inhibición del apetito, aumento de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca. Se trata de **efectos intensos y de corta duración**, lo cual puede llevar a que se usen importantes cantidades y con mucha frecuencia. Esto puede conducir al desarrollo de **dependencia física o psicológica** y al correspondiente **síndrome de abstinencia**<sup>38</sup> por ausencia. Este síndrome de abstinencia se caracteriza por el desarrollo de complicaciones para poder dormir, ansiedad y depresión.

Luego de una “sesión” de consumo, los usuarios dependientes suelen experimentar una desagradable sensación (el llamado “bajón”) que frecuentemente incluye sentimientos de depresión, agitación, ansiedad y paranoia. La intensidad de estos efectos depende de la dosis y frecuencia de consumo y son mucho más intensos cuando la cocaína se fuma en forma de **crack o de pasta base**. Al ser fumada, la sustancia alcanza rápidamente el cerebro, provocando su efecto psicoestimulante en pocos segundos. El efecto aparece más rápido que el de la cocaína esnifada y también desaparece más rápido, lo cual determina un potencial adictógeno<sup>39</sup> mucho mayor.

A nivel orgánico, altas y frecuentes dosis de cocaína, crack o pasta base pueden causar convulsiones e infartos de miocardio debido a su toxicidad directa sobre el músculo cardíaco. Esta toxicidad no depende de la dosis ni del tiempo de consumo.

El jalado o inhalación permanente puede dañar las membranas y tabique nasal, produciendo entre otras cosas obstrucción, rinorrea, inflamación, ulceración, sinusitis crónica, perforación del tabique nasal y extensión de la infección al cerebro.

Cuando se consume por vía inhalatoria o “fumada” en forma de crack o pasta base puede producir, entre otras cosas, quemaduras en laringe y tráquea. Son también frecuentes las infecciones pulmonares por alteración de la defensa inmunitaria secundaria a este consumo y el cuadro conocido como “**pulmón de crack**”, caracterizado por la aparición de dolor torácico inespecífico, esputo hemoptoico o hemoptisis franca e infiltrados alveolares difusos a nivel radiológico. En pacientes con patología respiratoria previa puede verse un agravamiento de los cuadros y puede aparecer broncoespasmismo en pacientes sin antecedentes.

Altas dosis de cualquiera de las presentaciones (clorhidrato de cocaína, crack o pasta base) pueden provocar además **estados paranoides** y síntomas psicóticos, como por ejemplo: comportamiento desorganizado, irritabilidad, miedo, ideas de persecución, alucinaciones y comportamientos agresivos o antisociales. Puede causar así complicaciones psiquiátricas en algunas personas.

El consumo crónico de pasta base de cocaína se relaciona además con la aparición de alteraciones neuropsiquiátricas, de tipo déficit de memoria, disminución de la atención, desinterés laboral y académico y comportamiento antisocial. Tras la reducción o supresión del consumo puede aparecer un síndrome de abstinencia caracterizado por una profunda depresión, con letargia, irritabilidad e ideación suicida.

#### 4.1. Sugerencias para reducir los riesgos y daños asociados al consumo de cocaína, crack y pasta base

### **Si decidiste consumir cocaína, no te pases de la raya y tomate en serio estas líneas:**

- No la uses diariamente. De esta manera reducís las probabilidades de hacerte dependiente a esta sustancia. Establecé reglas sobre cuándo, dónde y cuánto consumir.
- No la uses para resolver tus problemas o compensar tus defectos personales. No va a ayudarte en eso y puede empeorar las cosas.
- ¡Cuidado con el corte! La cocaína viene adulterada, tené en cuenta la calidad.
- Si tomas cocaína, preparate para el bajón. Tomar alcohol no lo evita y genera más daño. No mezcles cocaína y alcohol.
- Si consumís por vía nasal, alterná el consumo por las dos narinas y si hay piedras, evitalas. Aspirá un poco de agua tibia para limpiar los restos que puedan haber quedado pegados.
- Si consumís por vía nasal incliná la cabeza de costado y evitá poner la nariz perpendicular a la mesa. Consumir con la cabeza derecha puede dañar el tabique que separa las vías respiratorias del cerebro, causándote graves problemas.
- Cuando consumas cocaína con un rollo de papel, tubo u otro instrumento, no lo compartas con nadie. Pueden producirse microsangrados y transmitirse enfermedades como la hepatitis C o el VIH.
- No consumas por vía intravenosa. Es la vía más peligrosa y comporta muchos riesgos que seguramente no podrás controlar (equivocar el lugar de inyección e inyectarte en una arteria o nervio, generarte infecciones, abscesos, etc).
- Usar seguido cocaína saca el hambre. Alimentate bien, la pérdida de peso puede poner en riesgo tu salud.
- No consumas cocaína si tenés problemas cardiovasculares o hipertensión, puede ponerte en riesgo de vida.
- Es preferible que consumas cocaína y no crack o pasta base, ya que son sustancias más tóxicas y más adictivas, su efecto es más intenso y más corto y su bajón es más pronunciado.

### **Si fumás pasta base:**

- La pasta base es muy tóxica y muy adictiva, lo mejor es no fumar.
- No compartas la pipa ni la lata, así evitás la transmisión de enfermedades (en especial las hepatitis B y C) a través de las boqueras y lastimaduras en los labios.
- Tratá de alimentarte antes de fumar, así evitás debilitarte, bajar de peso y perder defensas de tu cuerpo.
- Tomá jugos de frutas, especialmente de naranja, pomelo y limón, para reponer la vitamina C necesaria para fortalecer tus pulmones, que la pasta base lastima todo el tiempo.
- Ante los primeros síntomas de deterioro pulmonar –si escupís sangre o una pasta muy negra– pará y consultá enseguida a un médico.

## 5. Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son psicofármacos con propiedades ansiolíticas, miorrelajantes, anticonvulsivantes, hipnóticas y sedantes y son clasificadas como drogas depresoras por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

En algunas de ellas predomina la acción ansiolítica (diazepam, alprazolam, lorazepam, clonazepam, oxazepam, bromazepam) y en otras la acción hipnótica (flunitrazepam y midazolam). Las benzodiazepinas con predominio de acción ansiolítica producen una menor depresión de los centros cardiovascular y respiratorio.

El consumo de benzodiazepinas por un tiempo prolongado puede hacer que el organismo desarrolle tolerancia a estas drogas. Luego de tomarlas 2 semanas consecutivamente pueden volverse ineficaces como píldoras para dormir y luego de tomarlas aproximadamente durante 4 meses, pueden volverse también ineficaces para calmar la ansiedad.

Se estima que aproximadamente la mitad de las personas que luego de 1 año continúan tomando benzodiazepinas lo hacen debido a la dependencia física y psicológica que este consumo ha producido y no debido a los efectos médicos y terapéuticos de la droga.

Algunos efectos del consumo prolongado de benzodiazepinas pueden ser los siguientes: somnolencia, falta de motivación, pérdida de memoria, ansiedad, irritabilidad, distorsión del sueño, problemas sexuales y aumento de peso, entre otros.

Por otra parte, dosis muy altas de benzodiazepinas pueden causar una sobredosis, con pérdida de conocimiento y posterior coma. Es muy raro que la sobredosis de benzos lleve a la muerte, pero sí puede producirse cuando son combinadas con alcohol u otras drogas.

No es recomendable el uso de benzos por un período largo de tiempo (más de 2 o 3 semanas). Si bien pueden ayudar a calmar la ansiedad en el corto plazo, no resuelven el problema que la causa y pueden agravar la situación si se genera una dependencia a estas sustancias.

### Si estás usando benzodiazepinas, tené en cuenta lo siguiente:

- **No las tomes sin indicación médica.** Si te medicás solo, te podés perjudicar.
- **No tomes ni más ni menos de lo indicado y no suprimas bruscamente su uso.** Respetá la indicación médica.
- **No las mezcles con otras drogas.** La combinación de benzodiazepinas con alcohol o marihuana puede originar efectos peligrosos para el organismo. La combinación de benzodiazepinas con otros sedantes y antihistamínicos (jarabes para la tos y remedios contra la alergia) aumenta el efecto resultante sobre el cerebro, pudiendo producir una pérdida de conciencia con imposibilidad para respirar, lo cual puede llevar a la muerte.
- **No manejes.** Puede llegar a ser muy peligroso manejar luego de tomar estas drogas, ya que producen somnolencia y reducen la concentración y la coordinación. Asimismo pueden causar confusión y afectar la visión. Es todavía más peligroso manejar cuando se las ha consumido con alcohol.

Recordá que en el corto plazo las benzodiazepinas te pueden ayudar a superar una etapa difícil de tu vida, pero una vez que dejes de tomarlas los problemas seguirán allí donde los dejaste.

Buscá maneras alternativas para manejar el estrés y la ansiedad.

## Referencias bibliográficas y fuentes de consulta

- AKERS, R. (1998). “Social Learning and Social Structure: A General Theory of Crime and Deviance”. Northeastern University Press. Boston.
- ARDA (2004). “Material de Reducción de daños y pasta base dirigido a usuarios de pasta base desarrollado en el marco del proyecto de Reducción de daños en ciudad de Buenos Aires”. En: Boletín sobre políticas de drogas y democracia en Argentina y América Latina: Informaciones, comunicaciones, reportajes, notas periodísticas y artículos. Año 5 - N° 160 – 11/11/04.
- BANDURA, A. (1977). “Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change”. Psychological Review, 84, 191-215. En <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>
- BANDURA, A. (1986). “Social Foundations of Thought and Action”. Prentice Hall. New Jersey.
- BANDURA, A. (1997). “Self-efficacy: The exercise of control”. New York: Freeman.
- D-LAMENTE. “Servicio Virtual de Orientación y asesoramiento a usuarios de drogas desde la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños”. [www.d-lamente.org](http://www.d-lamente.org)
- DRUGNET. PROFESSIONAL DRUG MANAGEMENT FOR CLINICIANS AND EDUCATORS. “Brief interventions”. En: [www.drugnet.bizland.com/intervention/brief.htm](http://www.drugnet.bizland.com/intervention/brief.htm)



- HEATHER, N. (1995). “Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution”. Alcohol and Alcoholism, 30:287-296.
- HEATHER, N. (1995). “Brief intervention strategies”. En R. K. Hester y W. R. Millar (eds). Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives (2nd edition). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- HEATHER, N. (1998). “Using brief opportunities for change in medical settings”. En Miller, P. M. and Heather, N. (eds). Treating addictive behaviours. New York: Plenum press.
- HEATHER Y ROBERTSON (1997). “Problem Drinking”. Oxford Medical Publications.
- LAPETINA, A. et ál. (2003). Drogas y políticas sociales en el Uruguay de hoy. Paradojas, experiencias y desafíos. Ed. Frontera. Montevideo, Uruguay.
- LAPETINA, A. et ál. (2007). El Equilibrista: Guía Educativa para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas. Ed. Frontera. Montevideo, Uruguay.
- MARLATT, A., GORDON, J. (1985). “Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors”. The Guilford Press. New York.
- MELERO, J., FLORES, R., ORTIZ DE ANDA, M. (2006). “¿Has pensado en dejar de fumar?: Guía Práctica”. Edex. Bilbao. En <http://www.edex.es/dejardefumar/>
- MILLER, W. y ROLLNICK, S. (1991) “Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior”. New York: Guilford Press.

- MILLER, W. y col. (1993). “Brief interventions for alcohol problems: a review”. Addiction, 88: 315-336.
- MILLER, W. y ROLLNICK, S. (2002). “Motivational interviewing. Second Edition: Preparing People for Change”. The Guilford Press. New York.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, JUNTA NACIONAL DE DROGAS (2007). “Programa nacional de atención a usuarios problemáticos de drogas: Anexo 3: “Protocolo de evaluación paraclínica y tratamiento farmacológico del consumo problemático y la dependencia de sustancias psicoactivas”. Montevideo, Uruguay.
- O’HARE, P., NEWCOMBE, R., MATTHEWS, A., BUNING, E., DRUCKER, E. (1992). “La Reducción de los daños relacionados con las drogas”. Grup Igia.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OMS (2004). “La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco”.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, IDES (2006). “Pasta Base de Cocaína: prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos”.
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. SECRETARÍA NACIONAL DE DROGAS (2007). “Drogas - Guía para Padres y Madres”.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. JND (2007). “Drogas, más información, menos riesgos”. 5ª Edición.
- ROGERS, C (1979). “El proceso de convertirse en persona”. Buenos Aires. Paidós.

- ROLLNICK, S., KINNERSLEY, P., STOTT, N. (1993). “Methods of helping patients with behaviour change”. British Medical Journal, 283:231-235.
- RUSSELL, y col. (1979). “Effects of general practitioners’s advice against smoking”. British Medical Journal. 283:231-235.
- SALABERT, J. “Prevención de recaídas: Procesos Cognitivos y Recaída en las conductas adictivas”. En: <http://www.drogascadiz.es/AdminManLaJanda/UserImages/f2fe7b93-91e5-43f0-9f86-d7733646f8c6.pdf>.
- SAUNDERS, J.B. y col. (1993). “Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT):WHO Collaborative Project on early detection of person with harmful alcohol consumption- II”. Addiction, 88:791-804.
- SECADEVILLA R. (1997). “Evaluación Conductual en Prevención de Recaídas en la adicción a las drogas: Estado actual y aplicaciones clínicas”. Psicothema, 1997. Vol. 9, nº 2, pp. 259-270 En: <http://www.psychothema.com/pdf/96.pdf>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (2005). “Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria”. SemFYC Ediciones. Barcelona.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (2007). “El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas”. SemFYC Ediciones. Barcelona.

## Anexo 1 | Contactos de referencia en el tema drogas, por zona de Montevideo y servicios estatales especializados.

### A. Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo:

Las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud – División Salud de la IMM brindan asesoramiento a consumidores y familias, derivando a otros puntos de la red en caso de necesidad.

Policlínica	Dirección	Teléfonos
CCZ 1: Barrio Sur	Gonzalo Ramírez 1238	908-5036
CCZ 2: Luisa Tirapare	Uruguay 1956 y Arenal Grande	400-6436
CCZ 3: Aguada (SAO)	Gral. Flores 2982	200-5214
CCZ 4: Mercado Modelo	Trento y Cádiz	508-5962
CCZ 5: Buceo	Santiago Rivas 1500	622-4084
CCZ 6: INVE 16	Hipólito Yrigoyen 2069	525-1542
CCZ 6: Yucatán	Yucatán 3785	508-4277
CCZ 9: Punta de Rieles (INVE 16)	Cno. Maldonado 6870	514-5759
CCZ 10: Giraldez	Cno. Faro 6294	222-6201
CCZ 11: Casavalle	Gustavo Volpe y Martirené	215-4525
CCZ 12: Colón	Av. Eugenio Garzón 2101	320-2003
CCZ 13: Barrio Unido	José Caparróz 4745	
CCZ 13: Lavalleja	Soria 1243 esq. Olivera	357-9527
CCZ 14: La Teja	Carlos María Ramírez 881	305-2801
CCZ 14: Parque Bellán	Av. Agraciada 4241	308-6580
CCZ 14: Aquiles Lanza	Iquique 820	307-9321
CCZ 16: Entre Vecinos	San Juan entre Jujuy y Tapes	203-1624
CCZ 17: Casabó	Charcas esq. Liberia	311-0778
CCZ 17: La Paloma	Cno. de las Tropas 4556	311-2301
CCZ 18: Paso de la Arena	Tomkinson y Luis Batlle Berres	312-3814

## **B. Policlínicas barriales de Salud Pública**

### **Red de Atención del Primer Nivel - RAP / ASSE**

Estos Centros de Salud cuentan con técnicos que brindan un asesoramiento primario a consumidores problemáticos y sus familias, derivándolos a los otros centros asistenciales de la RED.

<b>Centro de Salud</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>
Maroñas	J María Guerra 3510 esq. Show	513-7942 514-6967
CRAPS	Pompillo y Novas 3161 entre Bvar. Artigas y Cufre	209-2722 209-2743 209-0354
Sayago	Ariel 5018 entre Garzón y Quicuyo	355-2796 357-9145
Maciel	25 de Mayo 183 entre Guaraní y Maciel	916-8824 915-8431
Cerro	Carlos M. Ramírez 1744 entre Grecia y Chile	311-7996 311-1120 311-2621
Piedras Blancas	Capitán Tula 4145 casi José Belloni	227-2289 222-4901 222-7579
Jardines del Hipódromo	Malinas 3843 entre Libia y Rafael	511-0193 514-0686
Monterrey	Maciel 116 entre Eduardo Acevedo y Av. Calcagno Paso Carrasco	601-1932 604-5229
La Cruz de Carrasco	Juan Agazzi 2735 entre Cont. Carrasco y Dr. A. Pereira	525-7623 522-0127
Sub Centro de Salud Misurraco (Depende de Centro Salud Maroñas)	Enrique Castro 4149 esq. Bvar. Aparicio Saravia	216-1886 216-5027
Unión	Vicenza 2815 entre 8 de Octubre y Mateo Cortés	511-2408

## **C. Policlínicas de Fucvam**

<b>Policlínica</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfonos</b>
Mesa 4	L. B. Berres y Cont. De las tropas	312-3563
Mesa 3	Av. Garzón 1207 y J Batlle y Ordóñez	359-1684
Covicenova	Cont. Cibils y Pernambuco	311-8042
Covine 8	Av. Zum Felde 2098	525-2872
Mesa I	Cont. Carrasco y Felipe Cardozo	525-9350
Zona I	A. Zum Felde y Pitágoras	525-9350
Zona III	Av. Bolivia y Cont. Carrasco	522-0009
Zona VI	Camino Carrasco y Bolivia	525-8841 525-6205
Covimt 9	J. Batlle y Ordóñez 5126	354-1125
Mesa II	Pantanosos 4118	355-1141
Codevi	Ing. Acquistapace 1704	600-8678
Coedifica	Grito de Gloria 1792	601-3708
Covidams I3	René 1663	601-0372
Covigrafum	René 1785	600-0551
Cham	Grito de Gloria 1781	099 177 767
Oriental	Esther de Cáceres 5586	600-7852
Portuarios	Grito de Gloria 1835	601-6162
Covine 5	Cont. Maldonado 5267	514-0601
Mesa 5	Cont. Cicerón 6202 y Florencia	514-7243 525-1503
Covinor II	Treinta y Tres 1483	072-38360
Covisan 4 - Covife	Cerrito y Éxodo	072-31532
Viscoma	Av. J. E. Rodó 950	073-79111
Covibal I	Av. Brasil y Florida	034-20211
Covianalpa 3	Chevestes 402	053-29053

**D. Tratamiento: servicios públicos****• PORTAL AMARILLO**

Dirección: Carlos María de Pena y Coronillas. Tel.: 309 10 20  
Servicio telefónico para información, orientación y apoyo. Tratamiento ambulatorio, centro diurno e internación.

**• DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DEL INAU**

Dirección: Gral. Flores 3214 Tels.: 203 7195 /2090771/2090200  
Horario de atención: lunes a viernes de 12:30 a 17:30 hs.  
Equipo interdisciplinario. El departamento ofrece atención integral mediante derivaciones a instituciones con convenio con el INAU, atención conjunta con estas instituciones y seguimiento de casos. Las instituciones que tienen convenio con INAU son las siguientes: Dianova, Renacer y Manantiales. El INAU se hace cargo del costo del tratamiento de los pacientes.

**• SERVICIO DE TOXICOLOGÍA Y USO INDEBIDO DE DROGAS DEL HOSPITAL POLICIAL**

Dirección: Bvar. José Batlle y Ordóñez y José Pedro Varela.  
Telefax: 506 9056  
Equipo interdisciplinario que brinda atención a usuarios de drogas de la familia policial.

**• HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

Dirección: 8 de Octubre 3050. Tel. 487 6666 int. 4135 (toxicología)  
Solo para usuarios del Hospital Militar.  
En su Policlínica Adolescente atiende a pacientes adolescentes usuarios de drogas.

**• PROGRAMA DE USO INDEBIDO DE DROGAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA. DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA**

Dirección: Hospital de Clínicas / 7° piso. Tel.: urgencias 1722. Para solicitar hora 480 4000  
Telefax: 487 0300  
Horario de atención: martes de 14:00 a 18:00 hs. / Grupo de padres: 18 y 30 a 21:00  
Consultas telefónicas las 24 horas.  
Equipo interdisciplinario completo.  
La policlínica ofrece tratamiento ambulatorio, consulta con diagnóstico toxicológico, psiquiátrico, psicológico.

**• POLICLÍNICA DE FARMACODEPENDENCIA DEL HOSPITAL MACIEL**

Dirección: 25 de Mayo 174. Tel.: 915-3000 Ext. 1004 / 1005  
Horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 16:00 hs.  
Equipo interdisciplinario. Diagnóstico psiquiátrico, psicológico y social.  
La policlínica ofrece: Consulta, rehabilitación y tratamiento. Apoyo familiar, terapias de apoyo y seguimientos. Posibilidades limitadas de internación en sala compartida con salud mental.

**E. Otros recursos gratuitos y de fin público****GRUPOS DE AUTOAYUDA:****• ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

Dirección: Salto 1291 Tel.: 410 9592

**• NARCÓTICOS ANÓNIMOS**

Dirección: 18 de Julio 1044 (Galería DIRI) Tel: 901.32.82

**• AMOR EXIGENTE**

Tel.: 402 5488

