



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Guía Clínica AUGE
Consumo perjudicial
y Dependencia de Alcohol
y otras Drogas
en personas menores de 20 años
Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013





Guía Clínica AUGE
**Consumo perjudicial
y Dependencia de Alcohol y otras
Drogas en personas menores de 20 años**
Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
División de Prevención y Control de Enfermedades
Secretaría Técnica AUGE

Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE "Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años". Santiago: Minsal, 2013.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de dissemination y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN: 978-956-348-038-2

Fecha 1ª edición: 2007

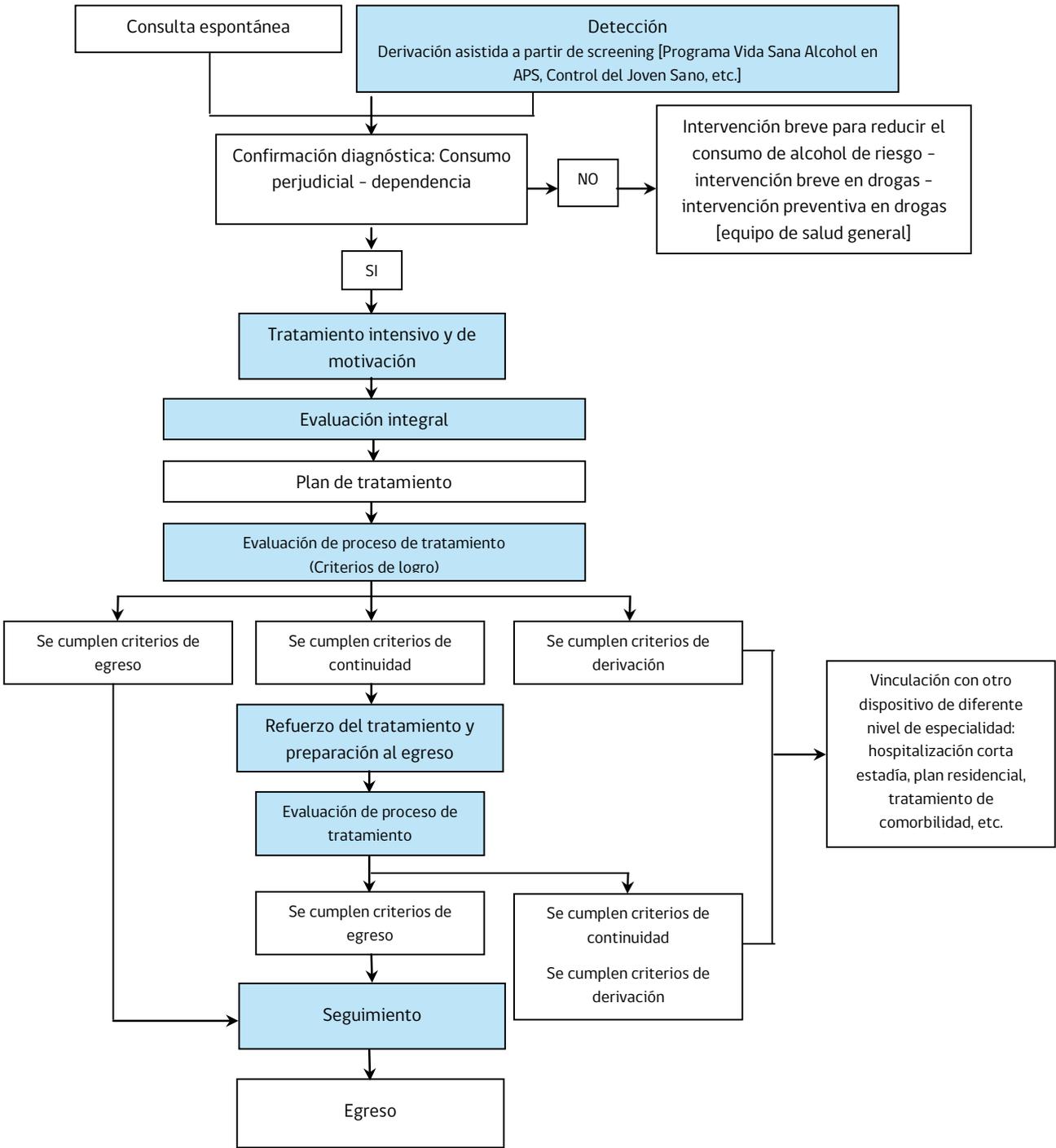
Fecha de actualización: mayo, 2013

ÍNDICE

FLUJOGRAMA GENERAL	5
RECOMENDACIONES CLAVE	6
INTRODUCCIÓN	8
Descripción y epidemiología del problema de salud	8
Epidemiología del consumo de sustancias en población adolescente	8
Descripción de los trastornos por uso de sustancias en adolescentes	10
Presentación clínica	11
Curso y pronóstico.....	13
Alcance de la guía	15
Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía.....	15
Usuarios a los que está dirigida la guía	15
Declaración de intención	15
OBJETIVOS	16
PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES	17
1. Detección	17
Preguntas clínicas abordadas en la guía	17
Síntesis de Evidencia.....	17
Recomendaciones	21
2. Evaluación integral.....	22
Preguntas clínicas abordadas en la guía	22
Síntesis de evidencia.....	22
Recomendaciones	26
3. Tratamiento.....	27
Preguntas clínicas abordadas en la guía	27
Síntesis de evidencia.....	27
Recomendaciones	39
4. Evaluación del Tratamiento.....	41
Preguntas abordadas en la guía	41
Síntesis de evidencia.....	41
Recomendaciones	42
5. Seguimiento	43
Preguntas clínicas abordadas en la guía	43
Síntesis de evidencia.....	43
Recomendaciones	44
IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA	45
Situación de la atención del problema de salud en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones.....	45
Diseminación.....	46
Evaluación de cumplimiento de la Guía	46

DESARROLLO DE LA GUÍA	47
Grupo de trabajo	47
Declaración de conflictos de interés	48
Revisión sistemática de la literatura	49
Formulación de las recomendaciones.....	50
Validación de la guía	50
Vigencia y actualización de la guía.....	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	56
ANEXO 2. Guía de apoyo.....	57
Detección, diagnóstico e ingreso a tratamiento.....	57
Fase de tratamiento intensivo y motivación	58
Fase de refuerzo del tratamiento y preparación al egreso.....	59
Seguimiento.....	60
ANEXO 3. Criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-TR	61
ANEXO 4. AUDIT (Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol)	70
ANEXO 5. Entrevista de diagnóstico CRAFFT	72

FLUJOGRAMA GENERAL¹



¹ Al final del documento, en el Anexo 2, se encuentra desarrollado este flujograma por etapas, bajo la modalidad de guía de apoyo al tratamiento.

RECOMENDACIONES CLAVE

Detección

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Realizar detección de posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, así como también de otras formas de consumo de riesgo, en personas menores de 20 años, toda vez que sea posible dentro de las actividades regulares de salud dirigidas a ese tramo de edad, así como también aquellas realizadas fuera del establecimiento de salud, en contextos comunitarios y otros vinculados a la vida cotidiana de los y las jóvenes.	2	A
La detección debe orientarse no sólo a los trastornos por consumo de alcohol y drogas, sino también a identificar los patrones de consumo, incluyendo consumo de riesgo y consumo de bajo riesgo en el caso de alcohol.	1	A

Evaluación integral

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Indagar no solo en la presencia/ausencia de trastorno, sino en las características del consumo de la sustancia o patrón de consumo, para obtener una visión comprensiva del uso que hace el adolescente y de la mejor manera de abordarlo: sustancia(s) consumida(s), posible policonsumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia, intensidad del consumo (consumo excesivo episódico de alcohol, binge drinking), contexto de uso, vía de administración, consecuencias del consumo, intentos por realizar cese del consumo.	2	A
Evaluar riesgos asociados al consumo de la(s) sustancia(s), principalmente los vinculados accidentes, sobredosis, autolesiones, conducta sexual de riesgo y otras relacionadas con las vías de administración específicas (uso de inyectables, métodos de uso no habituales como la inhalación de alcohol).	2	A

Tratamiento

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Los adolescentes que presentan trastorno por consumo de sustancias psicoactivas deben contar con acceso expedito a tratamiento. Tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas resultan más beneficiosas que el no tratamiento o el placebo.	1	A
Se recomienda la promoción de la abstinencia como estado ideal a perseguir, así como también tratamiento basado en la gestión de los riesgos y en la reducción de daños, tanto en la definición de metas de tratamiento intermedias como en determinación de objetivos concretos y acotados de un plan de tratamiento individual, como estrategias alternativas efectivas para conseguir el fin de mejorar la calidad de vida del adolescente, su desarrollo saludable de acuerdo a su etapa vital, y la disminución de los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias.	2	A
El tratamiento debe ser multimodal, incluyendo las diversas intervenciones que responden a la evaluación integral, de carácter psicosocial y farmacológica (cuando sea requerido), y a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	1	A

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar las intervenciones individuales que han demostrado ser mayormente efectivas, como la intervención motivacional, el manejo de contingencias y otras técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual.	1	A
El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar, toda vez que sea posible hacerlo, intervenciones de carácter familiar, que han demostrado ser altamente efectivas.	1	A
El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar intervenciones comunitarias efectivas, fundamentalmente realizadas en los espacios de vida del adolescente, tales como intervenciones psicoeducativas de grupo, vinculación con grupos de apoyo mutuo, e intervenciones que incluyan el grupo de pares, cuando sea oportuno y adecuado, todo ello buscando facilitar la integración social, las redes de pertenencia y apoyo, relaciones entre iguales, y el cuidado o fortalecimiento de la inserción escolar o laboral, según corresponda.	1	A
El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes, particularmente en condiciones de vulnerabilidad social, debe incluir con mayor énfasis el abordaje del contexto del adolescente, sus condiciones sociales y comunitarias, la búsqueda del fortalecimiento de los factores protectores y las redes de apoyo. Para esto es fundamental que la mayor parte de las intervenciones sean realizadas en los contextos de vida del joven, fuera de box.	2	A
El tratamiento farmacológico puede resultar efectivo para intervenir los trastornos por consumo de sustancias, aunque no es requerido en todos los casos. El tratamiento farmacológico debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados.	1	A

Seguimiento

Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Intervenciones de seguimiento efectivas son las técnicas derivadas del manejo de contingencias y la prevención de recaídas, así como la realización de intervenciones presenciales en los espacios regulares de vida de los adolescentes, contactos telefónicos u otras estrategias de vinculación, al menos durante un año.	1	A

INTRODUCCIÓN

La implementación de una Garantía Explícita en Salud dirigida a Adolescentes que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, busca intervenir tempranamente sobre sujetos en desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud señala que el consumo nocivo de alcohol en adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, en específico de los causados por el tránsito, violencia y muertes prematuras (1). Se ha demostrado que el tratamiento para el consumo de drogas reduce los costos sociales y de salud en una escala mucho mayor que el costo mismo del tratamiento. De acuerdo con varios cálculos realizados en estados Unidos, cada dólar invertido en programas de tratamiento de la adicción proporciona un retorno de entre USD \$4 y \$7, solamente en la reducción de delitos relacionados con las drogas, los costos al sistema de justicia penal y el robo. Cuando se incluyen los ahorros relacionados con el cuidado de la salud, los ahorros totales pueden superar los costos en una proporción de 12 a 1. Además de los ahorros importantes para la persona y para la sociedad, descritos en el párrafo anterior (2). Por lo tanto una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados al consumo de alcohol y drogas.

La organización de respuestas específicas para este grupo responde a la tendencia mundial de contar con programas de tratamiento separados de los programas para adultos y contar con un diseño que permita entregar a cada usuario un mejor servicio de acuerdo a sus necesidades. Por ello, la revisión de evidencia que sustenta las recomendaciones de esta guía de práctica clínica se centra, cada vez que fue posible, en intervenciones exclusivamente destinadas a adolescentes.

Descripción y epidemiología del problema de salud

Epidemiología del consumo de sustancias en población adolescente

El último estudio de costos del consumo de alcohol en Chile (1998) señaló que los costos derivados del consumo de alcohol para el país ascendían a US\$3 mil millones, casi cuadruplicando los ingresos que, como actividad económica, representa la industria del alcohol. Si dicha actividad generó US\$ 59 per cápita al año, el consumo de alcohol implicó gastos de US\$ 210 per cápita al país (3). Una de cada 10 muertes en Chile es atribuible al consumo de alcohol, lo cual equivaldría a 2.831 personas que mueren a los 40 años, en plena edad productiva. Por otra parte, 8.788 personas quedarían discapacitadas en esta etapa, cada año, por el consumo de alcohol (4).

El consumo de alcohol se ha asociado a más de sesenta problemas de salud, incluyendo aquellos problemas que tienen atribución causal completa (dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica, gastritis alcohólica, daño hepático alcohólico, entre varios), o bien atribución causal parcial (cáncer de mama, cáncer hepático, cáncer esofágico, epilepsia, hipertensión, accidente cerebrovascular hemorrágico, pancreatitis aguda, entre otros) (5).

Así mismo se han observado importantes consecuencias tras la ingesta de alcohol en mujeres embarazadas para el desarrollo fetal y posterior del niño. Se ha informado que entre el 20% y el 65% de las mujeres que ingieren alcohol en algún momento durante la gestación y que el 5% a 10% lo hacen en niveles suficientes como para poner al feto en riesgo. Entre las consecuencias más importantes se encuentra el retardo mental, síndrome alcohólico fetal, bajo peso al nacer y déficit del crecimiento (6). Los niños con síndrome de alcoholismo fetal, como una de las consecuencias más graves de la ingesta de alcohol, tienen daño cerebral, deformidades faciales y déficit de crecimiento. Los defectos del corazón, el hígado y los riñones también son comunes, así como también de la visión y audición. Así mismo las personas afectadas por este síndrome tienen dificultades con el aprendizaje, la atención, la memoria y la resolución de problemas (7).

El consumo de drogas ilícitas representa una conducta de riesgo para la salud y el desempeño social de la persona que consume. El consumo de drogas ilícitas se asocia a mayor frecuencia de traumatismos intencionales y no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afectan a terceros y a la sociedad en general (8).

De acuerdo al Estudio de Carga de Enfermedad realizado en Chile el año 2007, la dependencia de alcohol es la cuarta causa de la pérdida de años de vida saludables (AVISA) y responsable directa del 4% del total de muertes en el país. Así mismo, el consumo de alcohol es responsable de un 12% del total de la carga de enfermedad, duplicando al factor siguiente, que es el sobrepeso con un 6,3%, y a la presión arterial elevada con un 5,6% (4).

El mismo estudio muestra que el consumo de drogas ilícitas, como factor de riesgo, es responsable de la pérdida de 410 AVISA (4). Sin embargo, la mayor carga se observa en el consumo de drogas ilícitas en cuanto enfermedad. La carga de enfermedad asociada a dependencia a drogas es responsable de 25.396 AVISA (14.039 en hombres y 11.357 en mujeres). La mayor proporción de la carga de enfermedad se da entre las edades de 20 a 44 años, incidiendo por tanto, en el grupo de la población en plena etapa productiva.

La prevalencia de consumo de drogas en población de entre 12 y 64 años de edad, durante el último año, en Chile alcanza un 6,7% para Marihuana, cifra menor que las reportadas en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%) y Argentina (7,2%), pero mayores a la de otros países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%)² (9).

En el caso del consumo de cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de 2,4%, que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá (1,9%) (9). Chile se encuentra en una posición intermedia de consumo de las sustancias señaladas, entre los países de la región.

En América Latina, según el Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados (15 a 64 años), Chile es el país con mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol; y el segundo en prevalencia de consumo de cocaína (10). De acuerdo al Informe Mundial Sobre drogas 2010, Chile presenta la mayor prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes entre 15 y 16 años de América del Sur (9).

El Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile del año 2010, muestra una prevalencia de último año de consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 de 31,1%, la de último mes de 18,4% y la de día de 0,2%. Para el rango etario de 19 a 25 la prevalencia de consumo de alcohol de último año es de 71,5%, la de último mes de 55,4% y la de día de 0,4% (11).

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 muestra que el consumo de riesgo de alcohol³ en población entre 15 y 24 años es de un 14,7%. Esto es mayor que el resto de los tramos de edad y superior a la prevalencia de consumo de riesgo nacional de 10,9%. Llama particularmente la atención que los hombres de este tramo etario tengan la mayor prevalencia de todos los grupos demográficos, ubicándose en un 25% (mujeres tienen un 4,6%) (12).

En población escolar, SENDA el año 2011 encontró que, entre alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares de Chile, siguiendo la tendencia mundial. El consumo de alcohol de último mes alcanzó un 34,7%. Al desagregar el consumo mensual por sexo se observa que el consumo de los hombres bajó ligeramente de 35,6% a 34,6% entre 2009 y 2011, mientras que en las mujeres pasó de 35,5% en 2009 a 34,9% en 2011, sin presentarse diferen-

2 Esta información debe tomarse con cautela, pues Chile es uno de los pocos países que realiza encuestas nacionales de manera regular y la comparación con otros países Latinoamericanos resulta compleja.

3 Evaluado con AUDIT mayor a 8

cias significativas según sexo. Entre quienes declaran consumo de bebidas alcohólicas en el último mes, el 64,3% señala haber tomado 5 ó más tragos en una sola ocasión, en los últimos 30 días, es decir, 2 de cada 3 estudiantes encuestados han tenido al menos un episodio de consumo intenso en los últimos 30 días. El 37,5% declara no haberlo hecho nunca. Por curso, se observa que los cuartos medios tienen una prevalencia de consumo casi tres veces mayor a la observada en octavos básicos (52,5% sobre 18,7%), y que ésta crece significativamente a medida que el nivel aumenta (13).

El Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General (2010), muestra que las declaraciones de consumo de marihuana de último año en adolescentes de 12 a 18 años presentaron una baja significativa respecto de 2008 (desde 9,1% -cifra más alta de la tendencia a 5,3%). Entre los 19 a 25 años, también se observó una disminución significativa entre ambas mediciones (17,9% en 2008 a 12,3% en 2010).

Entre ambas mediciones, el uso de cocaína presentó una disminución estadísticamente significativa entre población entre 19 a 25 años, pasando desde 1% a un 0.4%. El uso de pasta base disminuyó en adolescentes, desde un 0.4% a 0.3%.

En población entre 19 y 25 años, a pesar de mostrar una disminución del consumo de pasta base entre ambas mediciones (1,9%, y 0,9%), es el que presenta las prevalencias más altas de consumo de dicha sustancia. Tanto en consumo de cocaína como pasta base las prevalencias generales de consumo de hombres son significativamente mayores que las de mujeres.

Al menos 1 de cada 5 adolescentes que ha usado marihuana en el último año, registran síntomas de dependencia. Las tasas de dependencia de pasta base y cocaína no muestran cambios importantes entre 2008 y 2010, mientras que la pasta base es la sustancia que genera mayor dependencia, con cerca del 55% de los consumidores recientes. La cocaína, por su parte, mantiene tasas de dependencia cercanas al 25%.

Respecto de población adolescentes institucionalizados o con medidas de protección de derechos y consumo de drogas, datos entregados por SENAME respecto de 10 a 19 años, alrededor del 30% presentan consumo problemático. De ellos, la demanda estimada para tratamiento alcanza al 20%.

De acuerdo al "Noveno Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile" del año 2011 (alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio), las declaraciones de consumo de marihuana en el último año alcanzan 19,5%, registrando un aumento de 4,4 porcentuales en relación al estudio anterior, diferencia que es estadísticamente significativa. En tanto, el consumo de alto riesgo de marihuana mostró una disminución significativa de 22,3% en 2009 a 15,3% de 2011. El uso de cocaína llega a 3,2%, manteniéndose estable en el bienio, mientras que el consumo de pasta base registra una baja estadísticamente significativa, de 2,6% en 2009 a 2,2% en 2011 (13).

En Chile, la edad de inicio para el consumo de diferentes drogas, ha tendido a estabilizarse, en 14,5 años para marihuana, y 14,7 años para la cocaína y 13,7 para pasta base(13). Es importante, entonces la pregunta respecto del curso y pronóstico de los cuadros debidos al consumo de sustancias de inicio temprano.

Descripción de los trastornos por uso de sustancias en adolescentes

La aproximación a la intervención en Adolescentes parte de la base de reconocer que el ser humano transita por diversas etapas de un ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto dentro de este proceso los adolescentes tienen necesidades y demandas específicas en diversos ámbitos.

Desde una perspectiva de curso de vida, el desarrollo biológico, psicológico y social se interrelacionan de modo sinérgico a lo largo de todo el ciclo vital, comprendiendo una serie de eventos biopsicosociales, etapas o hitos que de manera sucesiva van marcando el desarrollo del niño y la niña, llevándolo/a a un estado

de funcionamiento cada vez más óptimo y de mayor adaptación a su medio. Estas etapas siguen cierta secuencia lógica, aunque no necesariamente cronológica, pues el nivel de resolución de cada una varía caso a caso y depende de los factores genéticos y socioambientales en los que nace y se cría el individuo.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual “se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud” (14).

La Organización Panamericana de la Salud plantea un marco para el cuidado de la salud en este grupo de la población que considera fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural (15).

Los adolescentes con problemas de adicción tienen necesidades especiales que surgen de la inmadurez neurocognitiva y psicosocial propios de esta etapa de desarrollo. Las investigaciones han demostrado que el cerebro atraviesa un proceso prolongado de desarrollo y refinamiento, desde el nacimiento hasta la adultez temprana, durante el cual ocurre un cambio madurativo en el que las acciones pasan de ser más impulsivas a ser más razonadas y meditadas. De hecho, las áreas del cerebro más estrechamente vinculadas con los aspectos del comportamiento, como la toma de decisiones, el juicio, la planificación y el autocontrol, atraviesan un periodo de desarrollo rápido durante la adolescencia(2).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, el consumo de alcohol y otras drogas tiene una significación y características específicas en la adolescencia diferentes al consumo en la etapa adulta. Por lo tanto se hace necesario conocerlas apropiadamente antes de intervenir en clínica o en políticas públicas.

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y se aumenta el desarrollo de dependencia en la edad adulta (16). De la misma forma, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos.

Entre los factores del desarrollo que contribuyen al uso temprano o continuado de drogas se encuentran el sentimiento común de los adolescentes de ser invulnerable, la necesidad de autonomía, y la influencia o presión del grupo de pares (17).

Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas coinciden con las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Luego cuando pasa de la educación básica a la media, frecuentemente experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. En esta etapa, la adolescencia temprana, es en la cual hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas y ya ingresando a la educación media, enfrentan más desafíos sociales, emocionales y académicos, pudiendo estar expuestos al contacto con las drogas y al alcohol, expuestos a compañeros o conocidos consumidores de sustancias, y a actividades sociales donde se consuman sustancias, representando estas situaciones un aumento del riesgos de inicio de consumo y de abuso de sustancias (18).

Presentación clínica

Los criterios que definen los diagnósticos de “consumo perjudicial” y “dependencia” están definidos a partir de la Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10. Estos son:

Consumo perjudicial F1x.1

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Como pautas para el diagnóstico, es requerido que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Por otra parte, las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Síndrome de dependencia F1x .2

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

En el Anexo N°2 se presentan de manera completa los criterios diagnósticos de dependencia y consumo perjudicial de CIE-10, así como otros diagnósticos relacionados. Por otro lado, también se incluyen los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR.

Además de que el uso de sustancias en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares (19), existen ciertas particularidades descritas en la literatura sobre la presentación clínica de trastornos relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes.

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, cierto grupo de adolescentes puede escalar una rápida progresión a la dependencia (19) (20). Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos. Estudios que investigan el abuso y la dependencia de alcohol en grandes muestras de población general adolescente (21) (22) han evidenciado que:

- El síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario.
- La tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia.
- Los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancia no son tan frecuentes como en los adultos dependientes a alcohol.
- El abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes.

Si bien puede existir un compromiso del estado general de salud, los adolescentes con consumo abusivo y/o dependencia presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos portadores del mismo diagnóstico (19) (23). Este hecho, al igual que la ausencia de otros problemas graves fácilmente identificables y que son típicos de los adultos dependientes (cesantía, separación conyugal, pérdidas económicas, etc.) podría incidir en una menor motivación al cambio por parte de los jóvenes. En otras palabras, por estar en los comienzos del proceso adictivo, los adolescentes tienden a ver más las ventajas que las desventajas del consumo (24).

Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los adolescentes, como también por su familia y el sistema de salud.

Por lo tanto, en el momento de realizar el diagnóstico de los problemas relacionados con las drogas, algunos autores cuestionan la aplicabilidad de los criterios DSM-IV-TR y CIE-10 a la población infanto-juvenil (25).

En los adolescentes no parece razonable mantener la distinción entre abuso y dependencia (ésta se da principalmente a nivel psicológico) y además el riesgo de problemas con las drogas empieza antes del abuso. Probablemente sería más útil realizar diagnósticos de problemas con las drogas en un continuum dimensional, desde el uso (experimental, ocasional, habitual), hacia el consumo de riesgo, el abuso y, finalmente, la dependencia.

Por último se debe tener en cuenta factores evolutivos y la confluencia de factores de riesgo añadidos, para determinar en qué punto del continuum nos encontramos (por ejemplo, el consumo en edades muy precoces o cuando existen síntomas psiquiátricos o antecedentes familiares de drogodependencias es mucho más arriesgado) (26).

Curso y pronóstico

El consumo perjudicial o la dependencia en adolescentes pueden afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona (24).

El curso del trastorno debido al consumo de sustancias en la adolescencia es variable. Los adolescentes con problemas de abuso a menudo disminuyen o dejan de utilizar drogas a finales de la adolescencia o la

adultez temprana, mientras que aquellos con dependencia y/o más factores de riesgo es más probable que continúe para cumplir los criterios para uno o más trastornos por uso de sustancias (17).

Puede haber periodos de gran consumo y problemas graves, periodos de abstinencia total y periodos de consumo no problemático (27).

Los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en infancia y adolescencia son múltiples y su impacto varía en función de la precocidad del/los condicionante/s de riesgo, su intensidad y permanencia, dependiendo además de la estabilidad y presentación de los factores de protección (26).

La presencia de comorbilidad no evaluada o no evidenciada puede incidir negativamente el pronóstico (28).

Algunos autores han descrito que, a edades tempranas, existe mayor riesgo de desarrollar un trastorno por abuso o dependencia con respecto a edades posteriores de inicio del consumo (26).

Se ha descrito que niños en que cuyos padres u otros miembros de la familia utilizan sustancias psicoactivas tienen un mayor riesgo de iniciar tempranamente el uso de drogas, debido a problemas en el funcionamiento social y psicológico de la familia o a consecuencias neurobiológicas en el desarrollo infantil por el uso de sustancias durante el embarazo materno, o al hecho de que el ejemplo paterno o materno se establece como un patrón a seguir (29) (30) (31).

Así mismo, algunas de las señales de riesgo se pueden ver tan temprano como en la infancia o en la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, la falta de auto-control, o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el abuso de drogas en el futuro (18).

Se ha observado, un patrón de uso recreativo que se puede asociar a ciertos riesgos tales como los accidentes, relaciones sexuales sin protección, violencia en la calle y otros riesgos asociados a los excesos puntuales (26).

Se destaca el frecuente policonsumo y la mezcla de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana y estimulantes, hasta el punto de que se habla de "normalización" del consumo de drogas en el ámbito recreativo. Se ha observado una reaparición, aunque a pequeña escala, en ambientes recreativos, del uso de alucinógenos o "trippies" (hongos, ácidos como el LSD, etc.), inhalantes (poppers, disolventes) y heroína, que puede mezclarse con cocaína, en forma de "speed ball" y consumirse fumada o inhalada (26)

Los jóvenes que presentan uso de sustancias y frecuentes intoxicaciones a menudo manifiestan cambios en el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento (Bukstein y Tarter, en prensa). Los cambios de comportamiento pueden incluir desinhibición, apatía, hiperactividad o agitación, somnolencia e hipervigilancia. Los cambios en la cognición pueden incluir dificultad para concentrarse, cambios en la atención, perturbaciones perceptivas y en el pensamiento tales como delirios. Los cambios de humor pueden ir desde la depresión a la euforia (17) (27).

Se ha descrito como una de las características de los adolescentes que pasan su juventud abusando de drogas y alcohol es que posteriormente presentan características psicológicas de personas mucho menores en edad cronológica. Al llegar a la adultez, se casan y forman familia precozmente, dejando de lado la educación y desarrollo laboral, lo que implica posterior menor nivel de ingresos, menos oportunidades, inestabilidad laboral y fracasos matrimoniales (27)

Las manifestaciones del uso drogas y la intoxicación varían con el tipo de sustancia utilizada, la cantidad utilizada durante un período de tiempo dado, el contexto de uso, y una serie de características del individuo tales como la experiencia con la sustancia, las expectativas del efecto de la droga, y la presencia o ausencia de otra psicopatología (17).

Alcance de la guía

Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta Guía Clínica se aplica a las personas menores de 20 años que presentan Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (F10- F19), particularmente consumo perjudicial y dependencia.

Si bien hay elementos de esta Guía que pudieran permitir una mejor comprensión y abordaje de otros tipos de consumos o problemas relacionados con el consumo de alcohol y sustancias, este documento no está elaborado para intervenir específicamente sobre el consumo de riesgo, el consumo excesivo episódico de alcohol (*binge drinking*), por ejemplo. Estrategias como las intervenciones breves sobre alcohol o drogas resultan más apropiadas para estos casos.

Por último, esta Guía no está ajustada a los trastornos debidos al consumo de cafeína (F15) y tabaco (F17).

Usuarios a los que está dirigida la guía

Esta Guía de Práctica Clínica está dirigida a todos los profesionales de atención primaria y de especialidad, del sistema de salud público o privado, en atención abierta o cerrada que entreguen atención a adolescentes con sospecha o diagnóstico consumo perjudicial o dependiente de alcohol y otras drogas:

- Médicos generales, médicos psiquiatras, neurólogos, pediatras, adolescentólogos, etc.
- Matronas
- Enfermeros
- Psicólogos
- Terapeutas Ocupacionales
- Psicopedagogos
- Asistentes Sociales
- Técnicos en Rehabilitación

Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la Guía no asegura un desenlace exitoso en todos los pacientes.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas, bajo el régimen de garantías explícitas.

En ese contexto, esta Guía de práctica clínica tiene por objetivos:

- Entregar recomendaciones a equipos, de nivel primario y de especialidad, respecto de la detección de factores de riesgo asociados al consumo perjudicial y/o dependencia de Alcohol y Drogas.
- Entregar orientaciones a equipos, de nivel primario y de especialidad, para el diagnóstico y tratamiento adecuado del consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas, de acuerdo a la severidad del cuadro.
- Favorecer el uso racional de recursos mediante recomendaciones de intervenciones costo-efectivas para el tratamiento del consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas.

PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES

1. Detección

Preguntas clínicas abordadas en la guía

¿Cuáles son los elementos centrales que deben ser considerados en la detección del consumo perjudicial y/o la dependencia de alcohol y drogas en adolescentes?
¿Qué herramientas o instrumentos se recomiendan para la detección del consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas en adolescentes?

Síntesis de Evidencia

Los instrumentos de tamizaje tienen tres objetivos fundamentales (32):

- Identificar un problema actual o potencial con el uso de sustancias que de otra manera no se detectan.
- Ayudar al adolescente a identificar las consecuencias del consumo de alcohol y otras sustancias y motivarlos para que se abstengan de utilizar.
- En caso necesario, remitir al adolescente a un profesional capacitado para evaluación y tratamiento.

Si bien existen muchos instrumentos de tamizaje para detectar problemas vinculados al consumo de sustancias, la mayoría no han sido validados en Chile.

Existen dos tipos de screening para detectar consumo de alcohol y drogas: pruebas de laboratorio y cuestionarios.

Las pruebas de laboratorio pueden ser utilizadas como screening o bien como confirmación del consumo de sustancias. Estas pruebas se pueden realizar sobre muestras de orina, saliva, cabello o sangre, entre otros (33).

La más comúnmente utilizada es la prueba de orina, ya que es útil para determinar presencia de drogas y para realizar seguimiento de personas con un resultado positivo en un cuestionario o entrevista de tamizaje.

Si bien las pruebas de laboratorio permiten una aproximación más o menos segura del uso o no de drogas, entre sus limitaciones se encuentran:

- Resultados negativos no descartan el uso de sustancias.
- Un resultado positivo no entrega mucha información respecto del modo en que se utiliza la droga, el patrón de consumo, la frecuencia del consumo, así como el compromiso adictivo.
- El alcohol es la droga con mayor presencia de uso y abuso, sin embargo, es difícil detectarla en la orina ya que tiene un corta vida media.
- Es posible también el resultado de falsos positivos, con las consecuencias que es posible preveer.
- Las persona eventualmente podría evadir la detección absteniéndose entre 1 y 3 días antes del examen, cambiando las muestras de orina o aumentando la cantidad de líquido ingerido justo antes del test para diluir la orina.

Las pruebas de tipo cuestionario tienen costos menores, no requieren de procedimientos de toma o análisis de muestras y son de resultados más rápidos. En este caso, sin embargo, los resultados dependen del reporte que hace una persona y la veracidad de sus respuestas.

Existen pruebas de tamizaje de tipo cuestionario desarrolladas para realizar evaluaciones en distintos contextos, así como también para evaluar la presencia de consumo inicial, mantenimiento del consumo y patrón de consumo de distintas sustancias.

A partir de la búsqueda de bibliografía realizada se determinó que, a nivel mundial, se han desarrollado diferentes cuestionarios para evaluar consumo de sustancias en adolescentes. Estas pruebas varían en su extensión y objetivos, en las edades a las que están dirigidas y en los grupos desarrolladores. A continuación se presenta una tabla que resume las pruebas de tamizaje para detección del consumo.

	Nombre	Sigla	Nº ítems	Desarrolladores	Propósito	Tiempo aplicación	Gratuito
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	4Ps	4Ps	4	Ewing H.	Detección de uso o abuso de drogas y/o alcohol durante el embarazo	5 min.	Sí
	Adolescent Alcohol Involvement Scale	AAIS	14	Moberg, P.	Determinar la necesidad de una evaluación completa del adolescente respecto del uso de alcohol y otras drogas.	10 min.	Sí
	Drug and alcohol Problem quick screen	DAP	30	Schwartz, R.	Evaluar el uso de problemático de sustancias en adolescentes	10 min.	Sí
	Adolescente drugs involvement Scale	ADIS	12	Moberg, P.	Evaluar el grado de utilización de alcohol y otras drogas entre adolescentes. No validado como herramienta clínica	4-5 min.	Sí
	CRAFFT	CRAFFT	6	Knight, JR.	Detección abuso o dependencia de alcohol y/o drogas en adolescentes.	5 min	Sí
	Drug and alcohol Problem quick screen	DAP	30	Schwartz, R.	Evaluar el uso de problemático de sustancias en adolescentes	10 min.	Sí
	Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers	POSIT	139	National Institute on Drug Abuse. National Institutes of health	Tamizaje de 10 ámbitos: uso y abuso de sustancias; Salud física; salud mental; relaciones familiares; relaciones con pares; problemas educativos; vocación; habilidades sociales; uso del tiempo libre; conducta agresiva y delincuencia.	20-30 min.	Sí
	Drug use Screening Inventory-Revised	DUSI-R	159	Tarter, R.	Evaluación comprensiva de adolescentes y adultos en quienes se sospecha uso de alcohol y drogas; identificar áreas críticas de problemas; evaluar cuantitativamente progresos y resultados.	20-40 min.	No
	Personal Experience Screening Questionnaire	PESQ	40	Winters, K.	Tamizar y dar indicaciones respecto de la necesidad de una evaluación comprensiva de uso de alcohol y drogas y tamizar problemas psicosociales seleccionados así como si el sujeto finge.	10 min.	No

ALCOHOL	Rutgers Alcohol Problem Index	RAPI	23	Raskin, H.	Consecuencias negativas de beber	10 min.	Sí
	T-ACE	T-ACE	4	Sokol RJ, Martier SS, Ager JW.	Detección de personas con problemas de alcohol	5 min.	Sí
	TEN-QUESTION DRINKING HISTORY	TQDH	10	Weiner L, Rosett HL, Edelin KC.	Detección de uso o abuso de alcohol	5 min.	Sí
	Adolescente Drinking Index	ADI	24	Harrel, A.; Wirtz, P	Medir consumo de alcohol en adolescentes con problemas psicológicos, emocionales o conductuales	5 min.	No
	Alcohol Use Disorder Identification Test	AUDIT	10	Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M.	Detección temprana de personas con problemas de alcohol	5 min.	Sí
	CAGE	CAGE	4	Ewing, H. y Rouse	Detección de personas con problemas de alcohol	5 min.	Sí
	Khavari Alcohol Test	KAT	12	Khavari, K.; Farber, P.	Estimar el consumo anual de alcohol, considerando los episodios de consumo excesivo.	5 min.	Sí

Fuente: Elaboración propia con datos (34) (32) (35) (36) (37)

Entre los cuestionarios que han sido validados en Chile están en AUDIT, el CRAFFT y el POSIT.

El AUDIT (test de identificación de trastornos por consumo de alcohol) es uno de los instrumentos de uso más extendido actualmente, aunque obviamente no permite la realización de screening vinculado a otras drogas.

Fue desarrollado y evaluado por la Organización Mundial de la Salud por un periodo de dos décadas. Es un instrumento rápido y flexible, posible de ser administrado o auto-administrado, que consta de 10 preguntas, midiendo consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia, testado transnacionalmente así como en diversos grupos poblacionales específicos, y consistente con los criterios diagnósticos CIE-10 (35).

La evaluación original resultó en una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo, y una sensibilidad del 85% y una especificidad del 85% para el consumo perjudicial, cuando se utilizó un punto de corte de 8 o más (38). Según diversos estudios, el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres, así como en distintos tramos de edad (38).

AUDIT es un instrumento válido y confiable para la identificación del consumo de alcohol en población adulta chilena, según una investigación realizada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, sobre una muestra de 88 personas mayores a 15 años. En este estudio se encontró una mejor relación especificidad/sensibilidad para el puntaje 6 sobre consumo de riesgo y para el puntaje 9 sobre consumo perjudicial y dependencia (39).

El AUDIT está incorporado desde 2005 en las actividades regulares de la red de salud, vinculadas tanto a la detección y tratamiento del consumo perjudicial y la dependencia en atención primaria de salud (40), al Examen de Medicina Preventivo (41), como a las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo (42).

La última versión del AUDIT utilizada (42), ha mantenido los puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud (35) (38), pero se hace cargo del hallazgo de la Encuesta Nacional de Salud (12) que

muestra que el trago estándar en Chile está cerca de los 15 gr. de alcohol puro. Esto modifica necesariamente la pregunta 3 del AUDIT, construida sobre la consideración de un trago estándar de 10 gr. Por esta razón, siguiendo la adaptación realizada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism de Estados Unidos (43), se ha modificado esta pregunta del instrumento.

El AUDIT-C, consiste en la aplicación solo de las 3 primeras preguntas el AUDIT. Ha demostrado tener sensibilidad y especificidad equivalente al AUDIT completo, para identificar consumo de riesgo, pero no así para identificar y diferenciar consumo perjudicial y dependencia, donde el AUDIT completo es superior (38).

El AUDIT-C ha sido incorporado a la última versión del AUDIT utilizada en la red de salud (42), como paso inicial del screening en población de atención primaria de salud, pero relacionado con el AUDIT completo cuando se trata de consumo de riesgo inicial. Este instrumento se adjunta como anexo de este documento.

CRAFFT es una encuesta auto-administrada que detecta abuso o dependencia de alcohol y/o drogas en adolescentes. Consta de 6 preguntas, con respuesta sí o no, cuyo punto de corte es > 2 . Indaga sobre la relación de alcohol y drogas, y el uso del automóvil, sobre el consumo de sustancias en búsqueda de algún efecto determinado, contexto social del consumo e identifica quienes requieren intervención.

De acuerdo al estudio de validación del CRAFFT, realizado en el Boston's Childrens Hospital de Estados Unidos, a una muestra de 538 adolescentes, la escala con un puntaje de corte mayor de 2, demostró una alta sensibilidad (0.80) y especificidad (0.86) para la identificación de cualquier trastorno relacionado con el consumo de sustancias. (44)(45).

De acuerdo a una revisión sistemática de la validez y fiabilidad en diferentes poblaciones (pacientes en hospitales, atención primaria, urgencias, nativo-americanos, con enfermedades de transmisión sexual, usuarios de sustancias y de población general, el CRAFFT resultó ser un buen instrumento de cribado para tamizaje de abuso de alcohol y sustancias, incluyendo el consumo problemático, abuso y dependencia (46).

Este instrumento cuenta con validación en español, llamada CARLOS y que consistió en la aplicación un total de 432 jóvenes de diferentes niveles socioeconómicos y con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. La validez de criterio se realizó comparando la escala CRAFFT contra el patrón de oro para la identificación del consumo, la entrevista clínica. Mediante el modelo de pruebas diagnósticas, se encontró una sensibilidad de 0.95, una especificidad de 0.83, un Valor Predictivo Positivo 0.85 y un Valor Predictivo Negativo de 0.94 ($x^2 = 187.87$ y $P < 0.0005$) para identificación de consumo disfuncional (uso frecuente, abuso y dependencia). La escala presenta una alta utilidad para el tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas (47).

Recientemente se ha realizado un estudio de validación del CRAFFT en Chile, aún no publicado (48). La investigación fue desarrollada en 2 centros educacionales pertenecientes a las comunas de Puente Alto y La Pintana. Participaron 129 adolescentes entre 14 y 18 años. Se realiza muestreo aleatorio por conglomerado y se excluyen aquellos con intoxicación aguda por consumo problemático de alcohol y/o drogas y adolescentes con diagnóstico de Retraso Mental. Se utiliza como Gold Standard la entrevista psiquiátrica estructurada (MINI). El instrumento validado mostró una especificidad para cualquier consumo del 100% y sensibilidad entre un 85.6% y 94.2%.

Finalmente, este instrumento ha sido recomendado por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescencia, la Academia Americana de Pediatría, La Asociación Española de Pediatría, la Universidad British Columbia de Canadá.

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), es un instrumento auto-administrado desarrollado por un panel de expertos en investigación clínica bajo el patrocinio de NIDA. Tiene como objetivo detectar oportunamente problemas de jóvenes que usan y/o abusan de drogas. A través de la aplicación de este instrumento, se busca identificar las áreas funcionales que se encuentran comprometidas y que deben

ser evaluadas con la finalidad de definir el tratamiento adecuado para cada caso. Sus ámbitos de aplicación son variados, tales como la escuela, servicios de salud, justicia, servicios de protección, entre otros. Está diseñado para ser usado en población adolescente de entre 12 y 19 años con una duración estimada de aplicación de 30 minutos. La versión original de POSIT está compuesta por 139 ítems (tipo de respuesta si-no) que evalúan 10 áreas funcionales usualmente afectadas por el abuso de sustancias (49).

La validación chilena del Instrumento de detección POSIT realizada a una muestra de 166 adolescentes entre 12 y 18 años con problemas de drogas diagnosticados y 1200 sin problemas de drogas diagnosticados, definió un total de 95 ítems, con un punto de corte 1, encontrando una sensibilidad global de 0,80 y especificidad de 0,85. Se concluye, que si bien se podría mejorar su sensibilidad, el instrumento muestra una satisfactoria capacidad para identificar a adolescentes con consumo problemático por sobre adolescentes con posible consumo experimental de drogas (49).

Es importante destacar que la atención de salud integral del adolescente es aquella que permite evaluar su estado de salud, así como el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectores e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo (50).

Recomendaciones

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1	Realizar detección de posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, así como también de otras formas de consumo de riesgo, en personas menores de 20 años, toda vez que sea posible dentro de las actividades regulares de salud dirigidas a ese tramo de edad, así como también aquellas realizadas fuera del establecimiento de salud, en contextos comunitarios y otros vinculados a la vida cotidiana de los y las jóvenes.	2	A
2	La detección debe orientarse no sólo a los trastornos por consumo de alcohol y drogas, sino también a identificar los patrones de consumo, incluyendo consumo de riesgo y consumo de bajo riesgo en el caso de alcohol.	1	A
3	En los casos de no consumo de alcohol o drogas y consumo de bajo riesgo de alcohol, debe entregarse información veraz, específica y oportuna y, en los casos de consumo de riesgo, deben realizarse intervenciones breves, dado su probada efectividad para disminuir el riesgo y los daños posibles del consumo, así como para prevenir un trastorno por consumo.	1	B
4	Utilizar como apoyo a la detección, los instrumentos AUDIT, para consumo de alcohol, y/o CRAFFT, para consumo de alcohol y drogas, según sea más adecuado a las características de la población con la que se intervenga y al contexto en el que se realice la detección.	2	B
5	Utilizar la entrevista o instancia de detección como espacio de intervención motivacional que favorezca la adherencia a un posible tratamiento posterior.	4	A

2. Evaluación integral

Preguntas clínicas abordadas en la guía

¿Cuáles son los elementos centrales que deben ser considerados en la evaluación integral de adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?
¿Qué herramientas y/o instrumentos se utilizan para la evaluación integral de adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?
¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentemente asociadas?
¿Qué se debe considerar en el diagnóstico diferencial del consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas en adolescentes?
¿Qué consideraciones específicas se debe tener en el proceso de evaluación de adolescentes consumo con perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?

Síntesis de evidencia

Aspectos a considerar en el diagnóstico integral

A diferencia de la detección del consumo de alcohol y drogas o screening, que tienen como objetivo realizar una primera aproximación al uso de sustancias, al patrón de consumo y a los posibles problemas vinculados al uso – consumo perjudicial o dependencia -, la evaluación o diagnóstico integral es más específica y especializada y tiene como objetivo determinar si el adolescente está utilizando una o más sustancias, qué efectos tiene el consumo de sustancias sobre los diversos ámbitos del funcionamiento psicosocial del adolescente, y si el problema se ajusta a criterios para el diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de sustancias. También, a partir de esta información, determinar las necesidades particulares del adolescente y formular intervenciones apropiadas a partir de un cuadro completo de la vida del joven (51).

El diagnóstico integral del adolescente debe incluir necesariamente la participación de padres o figuras significativas, así como otras personas relevantes en las diversas áreas de vida del joven, escuela, comunidad, pares, etc.

La evaluación detallada del patrón de consumo de sustancias del adolescente es esencial para el diagnóstico. Este debe incluir las siguientes variables (17):

- Edad de inicio de consumo.
- Sustancia o droga consumida.
- Frecuencia del consumo actual.
- Historia y cronología del uso de sustancias.
- Consumo sostenido.
- Consumo socializado o no.
- Contexto de uso (expectativas de uso, horarios, lugares, actitud y patrón de consumo de pares).
- Vía de administración.
- Consecuencias directas o indirectas (familia, la escuela / profesional, funcionamiento social, psicológico y biológico).
- Criterios de consumo perjudicial o dependencia, de acuerdo a CIE-10, o bien, a manuales internacionales de clasificación vigentes (DSM).
- Motivación al consumo.
- Intentos pasados y actuales para controlar o detener el consumo.

Junto con lo anterior, de acuerdo a expertos en práctica clínica, se agrega la importancia fundamental de considerar la evaluación de riesgos asociados con el uso de sustancias:

- Riesgos asociados a la conducta sexual.

- Riesgos asociados a accidentes.
- Sobredosis.
- Riesgos específicos vinculados a las vías de administración.
- Autolesiones.

Instrumentos para la evaluación integral

La siguiente tabla resume los diferentes instrumentos de evaluación integral reportados por la literatura científica.

Nombre	Sigla	Nº ítems	Desarrolladores	Propósito	Tiempo aplicación	Gratuito
Adolescent Drug Abuse Diagnosis	ADAD	150	Friedman, A. Terras, A.	Diagnosticar uso de sustancias y otros problemas de vida, apoyar en la elaboración de planes de intervención y en los cambios en distintas áreas, así como determinar la severidad	45-55 min.	No
Adolescent Diagnostic Interview	ADI	213	Winters, K. & Henly, G	Entrevista estructurada basada en criterios DSM III y DSM IV para uso y abuso de sustancias. También evalúa: estresores psicosociales; discapacidad escolar, interpersonal y cognitiva; problemas específicos asociados al abuso de sustancias.	30-90 min.	No
Adolescent Self assessment Profile	ASAP	225	Wanberg, K.	Diagnóstico específico de conductas disruptivas, uso y abuso de sustancias. Apoyo a la elaboración de planes de intervención.	25-50 min	No
Adolescent Self Assessment Profile II	ASAP-II	262	Wanberg, K.	4 subescalas: Factores de riesgo y resiliencia; evaluación de los beneficios del consumo de drogas y momentos de consumo e interrupción; grado de implicación del consumo de drogas en nueve categorías de uso y áreas especializadas de la motivación, respuesta prosocial y actitud defensiva.	No descrito	No
Personal Experience Inventory	PEI	276	Winters, K.	Factores asociados al consumo; problemas escolares, familiares y trastornos mentales; determinar el tratamiento adecuado; determinar qué factores de riesgo psicosociales se asocian con el consumo.	45-60 min.	No
Chemical Dependency Assessment Profile	CDAP	232	Psychologistics, Inc.	Uso de drogas, patrón de consumo, autoconcepto, relaciones interpersonales, actitudes sobre el tratamiento y áreas de refuerzo de consumo	40 min.	No
Comprehensive Adolescent Severity Inventory	CASI	Depende	Webb, A.	Tamizaje completo que incluye prueba de orina, con 7 áreas de seguimiento independientes: Educación; uso de sustancias; tiempo libre; relaciones con pares; relaciones familiares y estado psiquiátrico	45-90 min	No
Teen Addiction Severity Index	T-ASI	154	The Adolescent Drug Abuse and Psychiatric Treatment Program.	Entrevista estructurada cuyo propósito es entregar información básica previa al ingreso al tratamiento por problemas relacionados al uso de sustancias en 8 áreas: Uso Químico; estado escolar; apoyo y empleo; relaciones familiares; Estado legal; estado psiquiátrico y lista de contactos para información adicional.	20-45 min.	Sí
Juvenile Automated Substance Abuse evaluation	JASAE	108	ADE Inc.	Uso y abuso de drogas y alcohol en adolescentes entre 12 y 18 años y determina respuestas a estresores ambientales y si existen problemas en dicho ámbito	20 min.	No

Fuente: Elaboración propia con datos (52) (53) (36)(54)

El Teen-ASI es una entrevista estructurada heteroaplicada de 142 ítems, desarrollada para población adolescente, que incluye la definición, por parte del evaluador, de puntuaciones de validez (indican si la información puede estar distorsionada), y puntuaciones de gravedad (indican cuán severa cree el evaluador es la necesidad de tratamiento). Tiene como propósito evaluar la gravedad de la adicción, proporcionar un perfil de la adicción a través de la puntuación en cada área evaluada (uso de sustancias, estatus escolar, empleo/ soporte económico, relaciones familiares, relaciones interpersonales, estatus legal, estatus psiquiátrico), realizar seguimiento y cuantificar el cambio en los problemas comúnmente asociados al abuso de sustancias con su aplicación periódica. Su implementación es breve, tomando entre 30 a 45 minutos.

Un estudio ha sido realizado, con el objetivo de evaluar la utilidad clínica y de investigación de la versión española del Índice de Severidad de la Adicción Adolescente (T-ASI), sobre una muestra de ochenta adolescentes, entre 12 y 17 años, con trastornos psiquiátricos y que asistían a un programa de tratamiento. En conclusión, la versión española de la T-ASI muestra adecuadas propiedades psicométricas apropiadas para ser utilizado como un instrumento de investigación clínica y en adolescentes de habla hispana con trastornos psiquiátricos (55).

El Patient Placement Criteria 2R de la American Society of Addiction Medicine (ASAM), proporciona criterios para definir la ubicación de los adolescentes con consumo de drogas en diferentes niveles de intervención y elaborar un plan integral, a través de una evaluación multidimensional del paciente en 6 dimensiones establecidas (56):

Niveles de Intervención
Nivel 0.5 Intervención Temprana
Nivel 1 Tratamiento Ambulatorio
Nivel II. 1 Tratamiento Ambulatorio Intensivo
Nivel II.5 Hospitalización Parcial Día o Noche
Nivel III.1 Manejo Clínico en tratamiento residencial de baja intensidad
Nivel III. 5 Manejo Clínico en tratamiento residencial de mediana intensidad
Dimensiones
Potencial de Intoxicación Aguda y/o Síndrome de Abstinencia
Condiciones Biomédicas y Complicaciones
Condición emocional, conductual o cognitivo
Disposición para cambiar
Potencial de Recaída de uso continuado de drogas u otros problemas
Ambiente de Recuperación / Ambiente de Vida

Las pruebas de laboratorio – por ejemplo los exámenes toxicológicos de orina, sangre, pelo – pueden ser útiles para apoyar el diagnóstico integral, pero no son suficientes por sí solas. En todos los casos, deben formar parte de la evaluación formal y la evaluación continua del consumo de sustancias (17). Según expertos en práctica clínica, sin embargo, es necesario evaluar la utilidad de estas pruebas, en relación con el posible quiebre en el vínculo y confianza con el usuario, al realizar estas pruebas.

El manejo de la confidencialidad de los resultados, su explicitación antes de la prueba, así como su mantenimiento luego del examen, es un elemento fundamental (17).

Comorbilidad psiquiátrica

Muchos de los adolescentes que acuden a atención en salud mental muestran importantes problemas relacionados con sustancias, así como también ocurre que las sustancias exacerban y mantienen los trastornos de salud mental. La presencia coexistente de abuso o consumo de sustancias complica el curso clínico, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el pronóstico de estos jóvenes, y es el factor más importante para aumentar el abandono del tratamiento, el riesgo de suicidio, psicosis o la depresión en ellos (57).

Entre los trastornos de salud mental más frecuentemente asociados al consumo de drogas en adolescentes se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno de oposicionista desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad (58). Este periodo de desarrollo también se ha asociado con el abuso físico o sexual y dificultades académicas (2).

De acuerdo a un meta-análisis realizado por Charach y cols., cuyo objetivo fue investigar respecto del trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad como factor de riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias, en adolescentes mayores de 12 años y adultos mayores de 18, observó que TDAH está asociado con trastornos de abuso de sustancias en la edad adulta y con uso de nicotina en la adolescencia (59).

De acuerdo al estudio realizado por Vinet y cols., a partir de la aplicación del instrumento MACI a adolescentes con abuso o dependencia a sustancias, se concluyó que los Síndromes Clínicos de mayor prevalencia en hombres y mujeres son la predisposición a la delincuencia, la Tendencia a la Impulsividad y la No-ansiedad⁴. Este último se explicaría en ambos casos por la etapa de adolescencia. Adicionalmente, en mujeres se observó también Tendencia Suicida. Los perfiles de hombres y mujeres descritos en este estudio se asemejan al tipo Oposicionista-Trasgresor que agrupa, en los estudios nacionales, al mayor número de adolescentes con consumo problemático de sustancias (60).

A partir del análisis de información del ensayo clínico controlado y aleatorio, enmarcado en el estudio "Intervención Escolar para mejorar la Salud Mental de jóvenes de Enseñanza media: Yo pienso, Siento y Actúo" desarrollado por Rojas y cols. (2012), cuyo objetivo era medir la efectividad de una intervención universal para mejorar la salud mental en una muestra representativa de establecimientos educacionales de Santiago, a través de la aplicación de la escala autoaplicada del Inventario de Beck II y 7 preguntas sobre consumo de sustancias, a 2597 estudiantes entre 12 y 18 años, se concluyó que se confirma la asociación universal entre síntomas depresivos y consumo de sustancias. A mayor cantidad de consumo de una sustancia, mayor es la probabilidad de que adolescentes presenten síntomas depresivos clínicamente significativos y la asociación se marca aún más a mayor intensidad de la sintomatología depresiva (61).

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes requiere la consideración de que los dominios de disfunción atribuidos al uso de sustancias sean en realidad debido a problemas premórbidos o concurrentes, tales como trastornos disruptivos del comportamiento, problemas familiares o problemas académicos (17).

La comorbilidad frecuente de los trastornos por abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos requiere una revisión exhaustiva de la psicopatología pasada y presente, que incluye una revisión de los síntomas psiquiátricos y el historial de tratamiento (17).

4 De acuerdo a las autoras, la ansiedad presentada por los adolescentes del estudio es contra-teórica y debe interpretarse como disminución de la ansiedad naturalmente esperada en la adolescencia.

Consideraciones específicas

De acuerdo a una investigación de diseño longitudinal realizada en Chile, orientada a estudiar qué características de los jóvenes y de la atención entregada en la entrevista inicial, afectan la adherencia al tratamiento GES ambulatorio básico, en una muestra de 176 jóvenes (hombres y mujeres) en tratamiento por consumo de drogas en centros de APS y especialidad y 13 profesionales que realizaron la entrevista inicial de confirmación diagnóstica, observó que la entrevista inicial afecta a la adherencia al programa. Hacer preguntas durante la primera entrevista, especialmente preguntas cerradas y estructurar la sesión, son las dos características que afectan significativamente a la adherencia, así como también tiene un efecto negativo hacer advertencias y un efecto positivo brindar apoyo a los jóvenes durante la entrevista inicial. Por lo tanto, el estudio concluye, que si bien no es posible modificar las características al ingreso de los adolescentes que disminuyen la adherencia (CBPS moderado severo, desescolarización y grupos de pares marginales, entre otras), es posible detectar quiénes tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento y que el impacto de cómo se haga la entrevista inicial es determinante para la adherencia. Finalmente recomienda, enfatizar los aspectos motivacionales en la entrevista inicial y no hacer la confirmación diagnóstica durante esta primera instancia a los jóvenes que están en mayor riesgo de no seguir el tratamiento, ya que implica hacer muchas preguntas y aumentar la estructuración de la entrevista, lo que según los resultados son factores desmotivadores para seguir en tratamiento (62).

Tanto el equipo de salud general como el equipo de especialidad que realiza el diagnóstico debe considerar, además de la entrevista con el adolescente, la información obtenida de otras fuentes, incluyendo padres, otros miembros de la familia, amigos o compañeros, escuela o cualquier otra agencia social relacionada con el adolescente.

Estas actividades, necesarias para el diagnóstico integral, deben realizarse dentro de un proceso relacional que privilegia la acogida y el desarrollo de un vínculo con él/la adolescente, en el cual se considere además su consentimiento informado (17).

Recomendaciones

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
6	Utilizar los criterios definidos en CIE 10, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, consumo perjudicial o dependencia.	4	C
7	Indagar no solo en la presencia/ausencia de trastorno, sino en las características del consumo de la sustancia o patrón de consumo, para obtener una visión comprensiva del uso que hace el adolescente y de la mejor manera de abordarlo: sustancia(s) consumida(s), posible policonsumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia, intensidad del consumo (consumo excesivo episódico de alcohol, binge drinking), contexto de uso, vía de administración, consecuencias del consumo, intentos por realizar cese del consumo.	2	A
8	Evaluar riesgos asociados al consumo de la(s) sustancia(s), principalmente los vinculados accidentes, sobredosis, autolesiones, conducta sexual de riesgo y otras relacionadas con las vías de administración específicas (uso de inyectables, métodos de uso no habituales como la inhalación de alcohol).	2	A
9	Utilizar las entrevistas de evaluación integral como instancia de intervención motivacional, de modo de favorecer el vínculo (con el profesional que atiende y con la institución), así como la adherencia al tratamiento posterior.	2	B
10	Realizar una comprensión contextual de la situación de los adolescentes y jóvenes, especialmente vinculados al uso de drogas y otras conductas, evitando con eso la estigmatización, criminalización y "medicalización" (sobre diagnóstico) de conductas que pueden ser parte de una etapa de vida.	4	C

3. Tratamiento

Preguntas clínicas abordadas en la guía

¿Cuáles son los elementos centrales que deben ser considerados en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en adolescentes?
¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas efectivas para adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?
¿Cuáles son las particularidades del tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas con comorbilidad psiquiátrica?
¿Cuáles son las particularidades del tratamiento de adolescentes embarazadas con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?
¿Cuáles son las particularidades del tratamiento de adolescentes altamente vulnerables y consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?
¿Cuáles son las particularidades y diferencias específicas y relevantes, del tratamiento de alcohol respecto del tratamiento de otras drogas, en adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia?

Síntesis de evidencia

Objetivos del tratamiento

Las revisiones de la literatura sobre el resultado del tratamiento adolescente concluyen que el tratamiento es mejor que el no tratamiento (63) (64).

Los factores predictivos de los resultados del tratamiento son el tiempo en tratamiento, la participación de la familia, el uso de la resolución de problemas prácticos y la prestación de servicios integrales como la vivienda, la asistencia escolar y la recreación. Las variables posteriores al tratamiento que se cree que son las determinantes de resultados positivos incluyen la asociación con pares no consumidores y la participación en actividades de tiempo libre, trabajo y escuela. Entre las variables más consistentes relacionadas con el resultado exitoso se encuentran la finalización del tratamiento, el uso de pre tratamiento o apresto para el tratamiento, y el soporte social de la familia y pares no consumidores (17).

El objetivo principal del tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial/dependencia de alcohol y drogas es mejorar las condiciones de vida del adolescente y su bienestar, en relación con los problemas vinculados al uso.

Si bien la abstinencia es, en adolescentes, la meta ideal en relación con el consumo, una visión realista debe reconocer tanto la cronicidad de los trastornos por consumo de sustancias en algunas poblaciones de adolescentes, como la naturaleza autolimitada del uso de sustancias y los problemas relacionados.

La gestión de riesgo y la reducción de daños, entonces, pueden ser marcos efectivos para planificar el tratamiento, tanto definiendo metas intermedias (de consecución progresiva hacia la abstinencia), como en la determinación de objetivos finales de un plan de tratamiento específico. (17).

Un plan de tratamiento debiera incluir los siguientes ámbitos(17):

1. Motivación y compromiso. Estrategias de entrevista motivacional.
2. Participación de la familia para mejorar la supervisión, el seguimiento y la comunicación entre los padres y adolescente.
3. Resolución de problemas, técnicas para mejorar las habilidades sociales.

4. Estrategias de prevención de recaídas.
5. Abordaje psicosocial y / o farmacológico de los trastornos psiquiátricos comórbidos.
6. Ecología social en términos de aumento de las conductas pro-sociales, relaciones entre iguales, y el funcionamiento académico.
7. Duración adecuada del tratamiento y el cuidado de seguimiento.

La reducción de daño es una reducción en el uso y los efectos adversos de sustancias, una reducción en la gravedad y frecuencia de las recaídas y mejora en uno o más dominios de funcionamiento del adolescente (por ejemplo, resultados académicos o funcionamiento de la familia).

Intervenciones efectivas

Intervenciones Individuales

De acuerdo a un reciente meta-análisis de diversas modalidades de tratamiento para determinar qué programas dan los mejores resultados en adolescentes. En el análisis, se realizó una comparación de 55 estudios de investigación de varios enfoques terapéuticos que se probaron contra un grupo control o muestra de tratamiento alternativo. El estudio se centró en los siguientes enfoques: Terapia basada en 12 pasos, Terapia Conductual, intervenciones basadas en la familia, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia basada en la Motivación, y una combinación de otros enfoques. Un patrón consistente mostró en general efectos positivos para todos modelos de tratamiento, donde la TCC, y Terapia Motivacional / TCC tienden a mostrar los mejores resultados. Sin embargo, se recomienda ver estos resultados con cautela, dado el número relativamente pequeño de estudios y el hecho de que los esfuerzos de muchos estudios para controlar los factores de confusión no fueron óptimos (65).

Otro meta-análisis de 17 ensayos controlados y una muestra total de 2.307 adolescentes para evaluar la efectividad de los tratamientos de alcohol y drogas, acorde a criterios como la calidad de los estudios, muestras de gran tamaño, guía de tratamientos, medición sensible del consumo de sustancias, la adherencia al tratamiento, análisis apropiados y significativos y las reducciones clínicamente significativas en el consumo de sustancias asociado con el enfoque de la intervención, concluyó en una clasificación de la Terapia Cognitivo Conductual Individual como un tratamiento bien establecido para abuso de sustancias en los adolescentes (66). Adicionalmente, múltiples estudios han demostrado que –tal como en adultos– la aplicación de la TCC en adolescentes abusadores y dependientes es efectiva en reducir el uso de sustancias y sus problemas asociados (67). Se debe utilizar en forma individual o grupal en todos los programas de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial (68) (69).

El manejo de contingencias ha mostrado ser eficaz para retener a los pacientes en el tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento y promover la abstinencia en múltiples tipos de abuso y dependencia de sustancias con diversas poblaciones clínicas. Se ha observado que los parámetros de programación del refuerzo tales como la frecuencia y la magnitud impactan en la de la potencia de las intervenciones (70).

Un reciente meta-análisis muestra que la Entrevista Motivacional resulta ser efectiva para una variedad de sustancias, diferente duración de las sesiones y diferentes contextos (71). La evidencia señala que existen suficientes antecedentes como para apoyar la utilización de la Entrevista Motivacional (EM) en los tratamientos de abuso y dependencia a sustancias, considerando que la EM permite la incorporación a personas a tratamientos más intensivos (72) (24).

La revisión de las intervenciones psicoterapéuticas individuales en adultos, muestran a la consejería como una intervención altamente efectiva en dependientes a cocaína y opiáceos (73).

El fundamento teórico de la terapia cognitivo conductual (TCC) se basa en las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje social) y la psicología cognitiva. En el ámbito de los tratamientos de las dependencias, la TCC posee diversas aplicaciones, tales como el auto-monitoreo, manejo de contingencias, control de estímulos o entrenamiento en habilidades de distinto tipo. La implementación más completa de la TCC está representada por los programas de Prevención de Recaídas (PR) los que reúnen una serie de intervenciones que tienen por finalidad ayudar a que las personas portadoras de una adicción aprendan a conducirse mejor, modificando aquellos pensamientos y conductas que facilitan la vía a la recaída, al tiempo que adquiriendo un patrón general de conducta (estilo de vida) compatible con la recuperación. Prácticamente todos los programas de prevención de recaídas se basan en el modelo de Marlatt (30) e incorporan elementos del modelo de Beck, entre otros autores.

La entrevista motivacional (EM) es una forma de intervención psicosocial breve, destinada a ayudar a las personas a modificar hábitos. Su fundamento teórico asume que la persona se encuentra en ambivalencia respecto de su decisión de cambio, por lo que el profesional implementa un estilo empático, desarrolla las discrepancias de una forma no confrontacional y estimula la auto-eficacia del paciente. La EM se desarrolla a lo largo de una o muy pocas sesiones, pero tiene tendencia al deterioro de su efecto a través del tiempo cuando se implementa como intervención única en adolescentes con consumo perjudicial / dependencia.

El manejo de contingencias se basa en una amplia investigación clínica y científica. Proviene del modelo operante, en la que el uso de sustancias es considerado un caso de comportamiento operante que se mantiene, en parte, por las acciones de la droga, en combinación con otros refuerzos sociales y no farmacológicos del consumo de una sustancia derivados del con el estilo de vida de la persona. Demuestra que el uso y abuso de drogas son sensibles a las consecuencias ambientales aplicadas sistemáticamente, es decir, el refuerzo y el castigo.

La consejería consiste en una intervención psicoterapéutica que ofrece apoyo y orientación al paciente para mantenerse en abstinencia y ayuda en resolución de problemas concretos. El consejero y el paciente se centran en el presente, con un énfasis en la obtención de metas a corto plazo. Se debe utilizar en todos los planes de tratamiento.

Intervenciones Familiares

El amplio apoyo empírico para las intervenciones basadas en la familia, plasmado en revisiones bibliográficas (63) (64), en meta-análisis de estudios controlados de resultados (74)(75)(66), y en la calidad de los análisis de evidencias (76) (75), así como también, la investigación básica en psicopatología del desarrollo, han puesto de relieve el papel central desempeñado por los ambientes de la familia en el desarrollo de problemas de los adolescentes con el alcohol y las drogas (31). Consecuentemente, guías de práctica clínica, las asociaciones internacionales (Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, 1997) y la formulación de políticas, todos subrayan la importancia de involucrar a los cuidadores y otros familiares miembros en el tratamiento de adolescentes consumidores de drogas (77).

La terapia familiar (TF) consiste en un grupo heterogéneo de intervenciones que consideran que el problema de la dependencia a sustancias en adolescentes interactúa circularmente con el funcionamiento del sistema familiar. De este modo, los distintos modelos de TF plantean que el enfrentamiento del problema por el cual un adolescente consulta requiere implementar cambios significativos en su entorno social directo, debilitando factores que contribuyen a la dependencia, a la vez que fortaleciendo aquellos aspectos facilitadores de su recuperación. Como características comunes a todos los modelos de TF es posible considerar su alto grado de adaptabilidad a distintas situaciones clínicas.

De acuerdo a una reciente revisión de diversas modalidades de tratamiento, que tenía como objetivo determinar qué programas dan los mejores resultados, en cuanto a reducir, remediar o eliminar el uso de sustancias en adolescentes (entre 12 y 20 años) en tratamientos ambulatorios, se observó que la terapia familiar,

junto con la TCC, y Terapia Motivacional / TCC tienden a mostrar los mejores resultados para la intervención de adolescentes con consumo problemático de drogas (65).

Waldron y Turner a través de un meta-análisis de 17 estudios y una muestra total de 2.307 adolescentes, concluyeron que de los enfoques familiares, tanto la Terapia Familiar Multidimensional, como la Terapia Multisistémica y la Terapia Familiar Funcional emergen como tratamientos bien establecidos. La Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Familiar Conductual y la Terapia Multisistémica fueron clasificados como “probablemente eficaces” (66).

En otra revisión de la efectividad de la terapia familiar en adolescentes llevada a cabo por Liddle (2004) muestra que esta intervención es ampliamente efectiva para enganchar a personas al tratamiento, retenerlos en el tratamiento, reducir el uso de sustancias, reducir los problemas asociados al consumo de sustancias, reducir la co-morbilidad psiquiátrica, mejorar la asistencia y desempeño escolar y mejorar el funcionamiento social en el ámbito escolar y familiar. Se debe utilizar en todos los programas de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial (69).

Las Terapias basadas en la familia han mostrado efectividad en la reducción de problemas conductuales asociados al uso de sustancias, como la delincuencia, síntomas externalizantes (agresividad y oposicionismo) y síntomas internalizantes (depresión y ansiedad). De acuerdo a la revisión realizada por Hogue y Liddle (2009), todos los estudios de diferentes enfoques familiares, mostraron una disminución significativa en por lo menos un problema de comportamiento que no sea el uso de drogas, y tres estudios informaron que la Terapia Familiar superaba otros tratamientos alternativos en esta área (Henggeler et al, 2002; Liddle et al, 2008, 2009). Esta es una importante evidencia de que los modelos de terapia familiar tratan de manera efectiva los problemas conductuales concurrentes al uso de sustancias en adolescentes (Whitmore y Riggs, 2006). Adicionalmente, en ocho estudios se observaron mejoras significativas en la familia en el seguimiento posterior al tratamiento (por ejemplo, las prácticas de crianza de los hijos, competencia familiar e interacciones entre padres e hijos). También la Terapia Familiar ha demostrado beneficios en el rendimiento escolar en cuanto a asistencia y calificaciones (Friedman, 1989; Liddle et al, 2001) (77).

Resumen Intervenciones Familiares	
Terapia	Descripción
Terapia Familiar Multidimensional (MDFT)	Tratamiento centrado en la familia, dirigido a adolescentes en tratamiento ambulatorio con problemas de abuso de alcohol y otras drogas. La MDFT examina el uso de drogas en términos de una red de influencias (del propio adolescente, de su familia, de compañeros, de la sociedad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren de diversas maneras en entornos diferentes. El tratamiento comprende sesiones individuales y en familia que se llevan a cabo en la clínica, el hogar o con miembros de la familia en el tribunal de familia, la escuela u otros lugares de su comunidad. Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes del desarrollo, como la toma de decisiones, la negociación y las habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren destrezas vocacionales y la habilidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres analizan su estilo particular de crianza de los hijos y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar. También aprenden cómo ejercer una influencia positiva sobre sus hijos que sea acorde con su desarrollo.
Terapia Multisistémica (MST)	Maneja los factores asociados a comportamientos antisociales graves en niños y adolescentes que abusan de las drogas y el alcohol. Estos factores incluyen las características del niño o adolescente (p. ej., actitudes favorables al uso de drogas), de la familia (mala disciplina, conflictos familiares, abuso de drogas de los padres), de los compañeros (actitudes positivas hacia el uso de drogas), de la escuela (deserción escolar, bajo rendimiento académico) y del vecindario (subcultura delictiva). Cuando participan en tratamientos intensivos en ambientes naturales (el hogar, la escuela y el vecindario), la mayoría de los jóvenes y sus familias completan un ciclo entero de tratamiento. La MST reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y por lo menos hasta seis meses después del mismo. Al disminuir el número de encarcelamientos y de colocaciones de jóvenes fuera de sus hogares, se compensa el costo de proveer este servicio intensivo y se mantiene en un nivel bajo la carga de casos
Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT)	Terapia dirigida a las interacciones familiares consideradas como las que mantienen o agravan el abuso de drogas y otros problemas conductuales concurrentes de los adolescentes. Tales problemas incluyen problemas de conducta en el hogar y en la escuela, conducta opositora, delincuencia, asociación con compañeros antisociales, conducta agresiva y violenta y conducta sexual riesgosa. La BSFT se basa en un enfoque de tratamiento de los sistemas de la familia, en el que las conductas de los miembros de la familia son consideradas interdependientes hasta el punto de que los síntomas de cualquier miembro (el adolescente adicto, p. ej.,) son indicadores, al menos en parte, de todo lo demás que ocurre dentro del sistema familiar. La función del terapeuta de la BSFT es identificar los patrones de interacción familiar que están asociados con los problemas de conducta del adolescente y ayudar a cambiar los patrones que preservan dichos problemas. La BSFT está concebida para ser un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia variedad de situaciones familiares en distintos entornos (clínicas de salud mental, programas de tratamiento de abuso de drogas, otras instancias de servicio social y el hogar de la familia) y en distintas modalidades de tratamiento (como intervención primaria para pacientes externos, en combinación con tratamiento residencial o diurno, y como un servicio de cuidados posteriores al tratamiento residencial).

<p>Red de Apoyo Familiar (FSN)</p>	<p>Programa de tratamiento ambulatorio dirigido los jóvenes de 10-18 años con abuso de sustancias. Incluye un componente de familia de 12 sesiones, un componente de terapia cognitivo conductual – terapia motivacional (MET/CBT12) y otro componente de manejo de casos. El componente familiar intenta involucrar adolescentes y sus padres en un compromiso conjunto para el tratamiento y proceso de recuperación. Se establece un sistema de apoyo, fomenta la comunicación familiar, y enseña a los padres las habilidades de manejo de conducta con el fin último de mejorar la calidad de las interrelaciones familiares. El componente de familia incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seis reuniones quincenales, educación multifamiliares que abordan las creencias de adolescentes, el desarrollo adolescente, patrones de consumo de drogas, las drogas y los adolescentes, el proceso de recuperación y los problemas de manejo familiar tales como los límites, la disciplina parental, y la comunicación ▪ Cuatro visitas a casa cada mes para reforzar el compromiso de la familia para el tratamiento y ayudar al adolescente y su familia a individualizar las habilidades que aprendieron. El componente MET/CBT12 ofrece 2 sesiones individuales de terapia motivacional para explorar y resolver la ambivalencia de los jóvenes sobre el cambio de comportamientos de abuso de sustancias y 10 sesiones grupales de CBT que enseñan a los jóvenes las habilidades específicas de comportamiento cognitivo. Estas habilidades incluyen el negarse al consumo, resolución de problemas, toma de conciencia y la gestión de la ira, de la depresión, afrontamiento a las ansias, la planificación para casos de emergencia, la construcción de una mejor red social, la participación en actividades no relacionadas con el consumo de drogas y hacer frente a la recaída. El componente de gestión de casos aborda las barreras a la adherencia y el tratamiento, puede incluir llamadas telefónicas semanales para discutir la asistencia, transporte y cuidado de niños, así como el apoyo de mediación entre los adolescentes, los padres y las instituciones sociales (por ejemplo, escuelas, servicios sociales, sistema judicial juvenil). Las familias con necesidades más complejas, tales como las relacionadas con la vivienda, la escuela y el empleo, se proporcionan servicios de gestión de casos más intensos durante 2 meses, después de lo cual reciben el tratamiento estándar.
---	--

Intervenciones Grupales

La Terapia Grupal (TG) consiste en un tipo de intervención que se basa en reunir a personas portadoras de un problema similar con el fin de potenciar su proceso de cambio.

Si bien en la literatura de adicciones dedicada a adultos existe un amplio consenso que promueve la implementación de diversos tipos de TG (15), su aplicación en adolescentes dependientes de drogas no está exenta de controversias. Existe evidencia de que la terapia de grupo en adolescentes dependientes de drogas puede tener un efecto negativo sobre el resultado del tratamiento, especialmente en una subpoblación de adolescentes con trastorno conductual (5).

Sin embargo otros estudios muestran que adolescentes con conductas disruptivas más severas se beneficiarían de participar en un grupo con adolescentes con menores problemas conductuales (66). Esta mayor severidad en los problemas conductuales de los jóvenes no pareciera influir en aquellos con menores niveles de disrupción (78). De acuerdo a Waldron y Turner, este estudio es consistente con una serie de otros que no han apoyado el planteamiento de la iatrogenia del tratamiento de grupo, para la ira, la agresión y otro comportamiento antisocial.

Adicionalmente y específicamente en relación a la Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCC-G), Dennis et al., realizó un análisis económico, estableciendo un positivo costo beneficio para para esta modalidad, que

fue segundo sólo al modelo de Reforzamiento Comunitario Adolescente (ACRA). Así como también el estudio de Waldron y cols. (2001) demostró que la TCC-G es más costo-efectiva que otro tratamiento eficaz cuando se evalúan a los 7 meses de seguimiento (66).

De acuerdo a lo anterior, el meta-análisis desarrollado por Waldron y Turner (2008) concluye que la Terapia Cognitivo Conductual Grupal clasificaría como un tratamiento bien establecido para la reducción del consumo de drogas en adolescentes y se podría considerar un tratamiento de elección en el contexto de que los recursos para el tratamiento sean limitados

Clubes de autoayuda

Estos grupos se pueden utilizar como apoyo al tratamiento y en la etapa de seguimiento para las familias de adolescentes con consumo perjudicial / dependencia y para los propios adolescentes si desean participar. Tanto los centros de atención primaria como los de especialidad deben favorecer la formación y desarrollo de estos clubes. Se debe asegurar que estén coordinados por personas voluntarias con adecuada formación técnica y ética en el Modelo de Apoyo Mutuo y Autoayuda y se deben supervisar en su funcionamiento al menos cada 2 meses.

Intervención Comunitaria

Las intervenciones comunitarias ofrecen servicios de salud mental en el entorno normal de un individuo o población, estos pueden incluir el hogar, la escuela o en otros sectores del vecindario, aumentando el acceso a atención a las poblaciones desatendidas, en particular para las personas que no tienen los recursos para viajar a la especialidad clínica. Debido a que los adolescentes están influenciados por muchos aspectos de su entorno (como la familia, los compañeros, los maestros, normas culturales), las intervenciones de la comunidad a menudo tienen lugar a través de una serie de ajustes para maximizar la validez ecológica de la intervención y apoyar la práctica de las habilidades aprendidas en el tratamiento.

De acuerdo a la revisión de evidencias realizada por el SAMHSA el modelo de Reforzamiento Comunitario Adolescente (ACRA) ha presentado efectividad para la abstinencia y recuperación del consumo de drogas, muestra ser costo efectiva, permite la vinculación y participación en los servicios de atención continuada y muestra resultados en la estabilidad social, síntomas depresivos y problemas conductuales internalizantes (79).

ACRA es un modelo de tratamiento que reconoce el poderoso papel que desempeña el medio ambiente en alentar o desalentar el consumo de drogas. Intenta reorganizar contingencias ambientales a fin de que el uso de sustancias sea un comportamiento menos satisfactorio. Combina un modelo operante con sistemas sociales que se acercan a enseñar a los jóvenes nuevas formas de manejar los problemas de la vida sin drogas o alcohol. Se centra en los la interacción interpersonal entre los individuos y sus comunidades. Enseña a los adolescentes cuándo y dónde poner en práctica las técnicas aprendidas en el tratamiento, así como la manera de aprovechar los refuerzos positivos y utilizar los recursos existentes en la comunidad que apoyen un cambio positivo. ACRA también guía a los adolescentes en el desarrollo de un sistema de apoyo positivo.

Tratamiento Farmacológico

Existe escasa evidencia sobre el tratamiento farmacológico con jóvenes para manejar el abuso de sustancias, debido al reducido número que requiere manejo farmacológico, además de consideraciones éticas y jurídicas de la realización de los ensayos de medicamentos con los menores de 18 años de edad (80).

El tratamiento farmacológico se utiliza ampliamente en adultos y hay una base de evidencia sustancial para ellos. Estas estrategias pueden ser adoptadas con los jóvenes pero sólo con precaución, en tanto:

- Los medicamentos no han sido probados en poblaciones adolescentes.

- Los jóvenes tienden a tener menor historial de uso de sustancias y han utilizado los niveles más bajos por períodos más cortos.
- Los efectos de la medicación en la salud física y mental de los jóvenes no están seguros.
- Los medicamentos pueden ser mal utilizados y tener consecuencias fatales.
- El cuerpo de los jóvenes no está completamente desarrollado, baja masa corporal y de los órganos subdesarrollados pueden contribuir al aumento de los efectos adversos.
- Los factores antes mencionados hacen fundamentalmente necesario el consentimiento informado para el tratamiento (de los padres o cuidadores).

En términos generales, sí se puede mencionar que las intervenciones farmacológicas para el abuso de sustancias se pueden utilizar como una respuesta de emergencia, para estabilizar el abuso de sustancias, para desintoxicación de las sustancias, para el manejo de los síntomas de abstinencia, para prevenir recaídas, como estrategia de control del deseo y para el manejo de alguna comorbilidad (81).

Por otro lado, las intervenciones farmacológicas deben ser precedidas por una evaluación, precedidas por un screening de drogas, sujetas a una valoración frente a los síntomas de abstinencia, estrechamente controladas y supervisando el consumo, y fundamentalmente, parte de un plan de atención, que incluye intervenciones psicosociales (81).

Los aspectos claves que deben abordarse en la evaluación farmacológica son los siguientes (81):

- Determinar la dependencia de sustancias, la historia consumo de sustancias, la vía de uso e inspección de los sitios de inyección.
- Orina / screening de fluido oral positivo para la sustancia de dependencia.
- Identificación de los síntomas de abstinencia objetivos.
- Corroboración de reporte de medicamentos recetados actualmente.
- Determinar las dificultades urgentes de salud física.
- Determinar el riesgo de suicidio, autolesiones o problemas psiquiátricos.
- Identificación de embarazo.

El abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir siempre la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados(23) (17) (54).

La Guía para el manejo farmacológico de abuso de sustancias en población joven (*Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people*), de la National Treatment Agency for Substance Misuse, del Departamento de Salud de Inglaterra, publicada en 2008, es un documento realizado con el objetivo de definir buenas prácticas asociadas a la materia y contiene información importante a considerar en relación con el tratamiento farmacológico (81).

Intensidad del Tratamiento

De acuerdo a un reciente meta análisis (Tanner, Wilson y Lipsey, 2012), la frecuencia de contactos en el tratamiento no mostró una participación significativa para la mejoría del consumo de sustancias en las mediciones pre y post test.

El mismo estudio concluye que la duración (en días) del tratamiento, muestra una significativa asociación negativa, indicando que, en promedio, los adolescentes en programas de tratamiento largos mostraron menos mejora. Reuniendo todas las demás variables en sus medias, la predicción del tamaño del efecto pretest-

postest de 1 día en programa de tratamiento (es decir, las intervenciones breves) fue 68 versus 61 para 30 días de programa, 37 para 130 días de programa, y 14 para 210 días de programa. Hay que tener en cuenta que la comorbilidad, la delincuencia y la gravedad inicial de consumo de sustancias fueron controladas en estas comparaciones, por lo que estas diferencias no pueden ser fácilmente explicadas en un tratamiento más prolongado para los adolescentes de mayor gravedad. A pesar de esta significativa relación negativa, es importante tener en cuenta que, en promedio, los participantes en todos los tipos de programas redujeron su consumo de sustancias entre pretest y postest y los participantes en programas de mayor duración simplemente reportaron menos mejora en el tiempo (65).

Comorbilidad psiquiátrica

En cuanto al abordaje terapéutico, se deben tratar las enfermedades mentales de los adolescentes con consumo perjudicial/dependencia del mismo modo como se tratan los pacientes sin abuso de sustancias (17) (82) (23).

Es importante considerar las interacciones entre las sustancias consumidas, los medicamentos y las patologías de base del paciente. Así por ejemplo, un paciente consumidor de pasta base con síntomas depresivos no debe tomar tricíclicos, pues si el paciente recae puede aumentar la toxicidad cardiológica.

De acuerdo a Deas (2008), Geller et al, realizó un estudio en el cual asignó al azar a 25 adolescentes con el trastorno bipolar y trastorno de uso de sustancias secundario a un ensayo de 6 semanas de litio en comparación con el tratamiento con placebo. Todos los sujetos recibieron terapia interpersonal semanal y durante el período de tratamiento, los sujetos se observaron dos veces por semana (una vez en hora programada y otra en hora aleatoria). Los adolescentes tenían entre 12 y 18 años de edad, con una edad media de 16,3 años. Las variables de resultado se midieron con screening de droga de orina y la mejora clínica se midió con la Clínica Escala de Evaluación Global. Hubo significativamente menos resultado positivo a drogas en el grupo tratado con litio, así como también este grupo tratado tuvo mejor puntaje en la Evaluación Clínica Global (83).

A partir de la revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados, desarrollada por Bender et. al orientada a sistematizar la eficacia de tratamientos con apoyo empírico para adolescentes con diagnóstico dual (entre 12 y 18 años), los autores encontraron eficacia de varias modalidades de tratamiento, pero la terapia familiar y la terapia cognitiva de resolución de conflictos mostraron grandes tamaños de efecto para los problemas externalizantes, internalizantes y abuso de sustancias para el diagnóstico dual de adolescentes (84).

A partir de esta revisión los autores proponen diez guías preliminares de tratamiento para adolescentes con diagnóstico dual:

- La evaluación es continua y multifacética e incluye el profesional de salud, los padres, y auto monitoreo para que el tratamiento responda a las necesidades cambiantes del adolescente.
- Tratamiento estratégicamente aumenta el compromiso y la retención.
- Los planes de tratamiento son flexibles y permiten la elección del paciente y su opinión
- Un enfoque integrado de tratamiento se utiliza para tratar la salud mental y los trastornos relacionados con sustancias al mismo tiempo.
- El tratamiento considera las variables de desarrollo y culturales para satisfacer las necesidades únicas de cada adolescente
- El tratamiento tiene un enfoque ecológico y sistémico, incluyendo a las personas importantes para el adolescente, tales como familiares, amigos y profesores.

- El Tratamiento aborda varios dominios de funcionamiento del adolescente, tales como la resolución de conflictos, el desarrollo de herramientas para la toma de decisiones, la regulación afectiva, control de impulsos, habilidades de comunicación y las relaciones familiares y de pares.
- El tratamiento está dirigido a una meta y centrado en el aquí-y-ahora.
- El tratamiento requiere la participación activa de todos los miembros involucrados, e incluye asignación de tareas.
- Las intervenciones tienen por objeto producir cambios sostenibles en el transcurso del tratamiento.

Aunque muchos síntomas de ansiedad o trastornos en los adolescentes puede ser tratados con éxito con tratamientos psicosociales como terapia de comportamiento, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, o buspirona es preferible sobre el uso de benzodiazepinas por el potencial adictivo de estas (17).

Adolescentes embarazadas

El tratamiento efectivo del consumo de drogas y alcohol durante el embarazo no es un tema comúnmente explorado. Más bien las investigaciones se centran en técnicas destinadas a minimizar el consumo de sustancias o prevenirlo, o bien a alertar de los efectos de las sustancias consumidas por la madre sobre el bebé en el corto, mediano o largo plazo, así como también respecto de la alta prevalencia de consumo de sustancias en el embarazo y sus factores asociados.

De los artículos revisados, el 100% incluía intervenciones de tipo psicoeducativas o psicosociales, destinadas a minimizar o reducir el consumo de alcohol u otras sustancias, ya sea dirigidas directamente a la embarazada o bien a su pareja o persona(s) más cercanas (85) (86)(87)(88)(89)(90)(91)(92)(93).

Tailac (2007) realizó un estudio donde se probó una intervención dirigida a reducir el consumo de sustancias en mujeres embarazadas y los efectos negativos y costos asociados al consumo de sustancias durante el embarazo, en el hijo. La muestra total estuvo compuesta de más de 140.000 mujeres quienes, durante 3 años, fueron tamizadas respecto de riesgo de consumo de alcohol o drogas en su embarazo. Se conformaron 4 grupos:

- (1) Grupo de Control: obtuvieron resultados negativos en el tamizaje para consumo de alcohol o drogas en el embarazo
- (2) Grupo "S": tamizaje para consumo de alcohol o drogas en el embarazo positivo sin ninguna intervención
- (3) Grupo "SA": tamizaje para consumo de alcohol o drogas en el embarazo positivo con una intervención sin seguimiento
- (4) Grupo "SAT": tamizaje para consumo de alcohol o drogas en el embarazo positivo, evaluación y tratamiento (grupo de intervención)

Las mujeres del grupo SAT recibieron intervenciones psicosociales, tales como psicoeducación respecto de los efectos del consumo de sustancias sobre el bebé, tamizaje de riesgo en los controles o entrenamiento a clínicos respecto de los efectos de las drogas y el alcohol sobre el feto y técnicas de derivación efectiva para madres que consumen drogas y/o alcohol.

Los resultados para el niño demostraron que el grupo SAT obtuvo los mejores resultados sobre los grupos SA y S, en todas las mediciones de salud del hijo al nacer. Sólo fue superado por el grupo control respecto a necesidad de respiración asistida, bajo peso al nacer y parto pretérmino. Además, producto del impacto del programa, la reducción de costos para el proveedor de salud representó un 30%, en comparación con las atenciones que derivan de peores resultados de salud en hijos de madres consumidoras.

Por su parte Ordean y Kahan (2011) incorporaron al programa de salud familiar de una clínica en la ciudad de Toronto servicios de tratamiento de drogas. Bajo un enfoque comprensivo y centrado en la reducción del daño. El programa integra el cuidado prenatal con el tratamiento del problema de drogas, incorporando el tratamiento del síndrome de abstinencia, farmacoterapia de mantenimiento para estimular la abstinencia y consejería de prevención de recaídas. Los progresos de las mujeres son evaluados en una reunión mensual del equipo tratante. Entre los principales resultados se encuentran la disminución de las mujeres que consumen drogas y alcohol en las distintas mediciones realizadas, así como el mejoramiento de los resultados del bebé al momento del nacimiento. También se observó que las mujeres ingresadas al programa en el primer trimestre, en un 30% más de los casos mantuvieron la custodia de sus hijos sobre aquella que ingresaron el 2º y/o 3º trimestre.

Un programa de visitas domiciliarias realizado en EEUU (Olds et al. 2010) dirigido a madres en situación de vulnerabilidad económica, fue probado mediante un ensayo clínico aleatorizado en el cual se reclutó a 743 mujeres embarazadas, principalmente afroamericanas, de escasos recursos y menores de 19 años. El grupo de intervención, consistente en visitas domiciliarias por enfermera (n=228) y el grupo control (n=515) fueron seguidos hasta que los niños cumplieron 12 años.

Las medidas de resultados evaluadas fueron (1) Convivencia con el padre biológico del hijo; (2) Estabilidad, medida en términos de duración, de la relación de la madre y el padre biológico del niño; (3) consumo de drogas o alcohol que representen un impedimento para desempeñar el rol de la crianza; (4) uso y costo de servicios sociales; (5) autoridad; (6) arrestos; (7) estancia de los niños en hogares sustitutos y (8) nacimientos acumulativos posteriores.

Se encontraron disminuciones estadísticamente significativas en la discapacidad asociada a consumo de drogas y alcohol, duración de las relaciones con la pareja y en el sentido de capacidad de desempeñar el rol de crianza, así como un menor gasto público del Estado en políticas sociales para las familias que fueron parte del programa de visita, respecto del grupo control.

Sin embargo, el programa no mostró reducción específica en las tasas de uso de alcohol y drogas, entre otros indicadores de resultado.

Otros estudios han establecido la importancia de los instrumentos de screening (CRAFFT) para la detección de consumo de alcohol, por sobre la pregunta directa, así como de la importancia de utilizar herramientas visuales para conversar sobre el alcohol con mujeres embarazadas (Chang, 2011; Armstrong, 2009).

Como estrategias para mantenimiento de la adherencia al tratamiento, Bringham y cols., evaluaron la efectividad de un programa de incentivos para mujeres embarazadas consumidoras de sustancias. Las participantes fueron mujeres en tratamiento por consumo de sustancias, de 18 años o más, con hasta 32 semanas de embarazo (n=200). Como parte de un ensayo clínico aleatorizado, que buscaba probar dos intervenciones, algunas mujeres recibieron incentivos monetarios (USD \$25 cada 3 visitas o USD \$30 al final del tratamiento. Cada una podría haber recibido un total de USD \$105 por atender a todas las visitas en un mes.

La medida de resultado fue el número de visitas atendidas en un mes. Las mujeres que formaron parte del grupo de intervención atendieron, en 60% a 4 visitas en un mes, mientras aquellas del grupo control sólo en un 20%. Los investigadores concluyen que el pago de incentivos entre los USD \$25-30 puede aportar en fomentar la participación de mujeres consumidoras, en las intervenciones.

Una revisión sistemática, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales en embarazadas en programas de tratamiento ambulatorio por consumo de drogas sobre los resultados del parto y neonatales, sobre la asistencia y la permanencia en el tratamiento, así como sobre la abstinencia materna y neonatal de la droga, considerando como criterios de selección, estudios aleatorios que comparaban cual-

quier intervención psicosocial versus intervenciones farmacológicas o placebo, o ninguna intervención u otra intervención psicosocial para tratar el consumo de drogas ilegales durante el embarazo, se incluyeron nueve ensayos con 546 mujeres embarazadas (28,3 edad promedio). Cinco estudios consideraron el tratamiento de contingencias (TC), y cuatro estudios consideraron las intervenciones basadas en entrevistas motivacionales (EM). El hallazgo principal fue que el tratamiento de contingencias tuvo como resultado una mejor permanencia en el estudio. Hubo solamente un efecto mínimo del TC sobre la abstinencia de drogas ilegales. Por el contrario, las entrevistas motivacionales tuvieron como resultado una permanencia más deficiente en el estudio, aunque el mismo no alcanzó significación estadística. Para ambos, no se hallaron diferencias en los resultados del parto o neonatales, pero éste fue un resultado poco informado en los estudios (94).

Adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social

Las intervenciones multi-sistémicas, centradas en el individuo, familia, compañeros, escuela y las redes sociales, relacionados a problemas identificados, utilizando intervenciones enfocadas en la solución, como la terapia familiar estratégica y cognitivo conductuales, han mostrado eficacia en la reducción del consumo de drogas en poblaciones de mayor complejidad (80). La Terapia familiar Multidimensional (MDFT), basada en este marco teórico, y dirigida a múltiples factores de riesgo y de protección, como a diversos dominios del adolescente y el funcionamiento familiar, ha mostrado resultados iniciales prometedores para reducir más rápidamente el uso indebido de sustancias que otras intervenciones, durante los primeros tres meses de tratamiento (95) (96). Esta reducción en el abuso de sustancias puede durar hasta 12 meses (95), pero para este tiempo, otras intervenciones proporcionan resultados comparables (95) (96).

La Terapia Multisistémica (MST), si bien, su versión original apunta a infractores de ley menores de edad (12-17 años), y sus familias, con conductas de violencia crónica y / o problemas de drogadicción, con alto riesgo de situación de calle, las adaptaciones recientes del MST también se han desarrollado para los jóvenes que han sido víctimas de abuso y abandono, problemas psiquiátricos, trastorno conductual severo, abuso de sustancias y problemas de conducta sexual. La MST ha demostrado ser eficaz para reducir el abuso de sustancias entre jóvenes con bajos niveles de consumo e historias ilegales cortas (69), así como también entre aquellos con patrones establecidos de abuso de sustancias y patrones de actividad delictual más establecidos (97). Los efectos de la MST pueden ser aún mayores si se combina con los componentes del manejo de contingencias (97). También se han demostrado mejorías al término de la intervención, en relación a la cohesión familiar y a síntomas salud mental externalizantes (97).

Las intervenciones comunitarias pueden apuntar a individuos específicos que ya han comenzado a mostrar comportamientos de alto riesgo, tales como el abuso de drogas y alcohol, comportamiento delictivo y comportamientos sexuales de riesgo, o bien pueden dirigirse a grupos selectos que podrían estar en mayor riesgo de participar en estos comportamientos, como los adolescentes que viven en una comunidad con una gran cantidad de violencia y vulneración. En muchas intervenciones en la comunidad, el componente de apoyo social para los adolescentes y sus padres es muy importante y puede disminuir la probabilidad de recaída (98).

Diferencia Tratamiento alcohol del tratamiento de drogas

De acuerdo una revisión sistemática orientada a evaluar la efectividad de las intervenciones para reducir el uso de alcohol en adolescentes, se concluyó, en base a una selección de 16 estudios, que las diferentes aproximaciones de intervención varían en sus efectos sobre la reducción de alcohol. Las intervenciones de mayor efecto incluyen la entrevista motivacional breve, la terapia cognitivo-conductual, la terapia con 12 pasos, terapia cognitivo-conductual con cuidado posterior, la terapia familiar multidimensional, las intervenciones

breves con el adolescente, e intervenciones breves con el adolescente y sus padres. Las intervenciones con efecto medio incluye, a la terapia de familia integrativa cognitivo-conductual, terapia conductual, la modalidad triple de aprendizaje social, terapia familiar multidimensional, y las intervenciones breves solamente con el adolescente. Los resultados de la terapia multisistémica fueron estadísticamente significativas, sin embargo, este tratamiento ha demostrado un efecto relativamente pequeño en la reducción del consumo de alcohol. Así mismo, los análisis estratificados revelaron mayores efectos para el trato individual (Hedges $g = -0,75$, IC 95%, $-1,05$ a $-0,40$) en comparación con los tratamientos basados en la familia (Hedges $g = -0,46$, IC 95%, $-0,66$ a $-0,26$) (99).

El mismo estudio, muestra que curiosamente, 3 de las 5 intervenciones que produjeron grandes efectos incluye intervenciones breves y plantea que teniendo en cuenta la emergencia de las intervenciones breves, los tamaños del efecto mayores que se encuentran en esta revisión indican que las pruebas más recientes de las intervenciones breves están dando fuertes reducciones en el consumo de alcohol. Sin embargo, la investigación sobre las intervenciones breves en adolescentes es limitado y se necesitan mayores estudios para evaluar su eficacia con la reducción de alcohol para los adolescentes y para entender los mecanismos que producen cambios (99).

Recomendaciones

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
11	Los adolescentes que presentan trastorno por consumo de sustancias psicoactivas deben contar con acceso expedito a tratamiento. Tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas resultan más beneficiosas que el no tratamiento o el placebo.	1	A
12	Se recomienda la promoción de la abstinencia como estado ideal a perseguir, así como también tratamiento basado en la gestión de los riesgos y en la reducción de daños, tanto en la definición de metas de tratamiento intermedias como en determinación de objetivos concretos y acotados de un plan de tratamiento individual, como estrategias alternativas efectivas para conseguir el fin de mejorar la calidad de vida del adolescente, su desarrollo saludable de acuerdo a su etapa vital, y la disminución de los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias.	2	A
13	El tratamiento debe instalar como objetivo fundamental y durante todo el proceso, el fortalecimiento del vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento. Para ello, prácticas efectivas son las intervenciones motivacionales, la generación de un ambiente no enjuiciador, la participación del adolescente en las decisiones relacionadas a la planificación, desarrollo y evaluación de su tratamiento, así como también el desarrollo de actividades deportivas, recreativas, culturales u otras que se consideren adecuadas al grupo específico con el que se trabaja.	1	B
14	Realizar un plan de tratamiento individual para cada adolescente, incluyendo los siguientes elementos: motivación y compromiso, estrategias de intervención motivacional; participación de la familia para mejorar los logros terapéuticos y su mantención posterior al tratamiento; resolución de problemas y técnicas para mejorar las habilidades sociales; estrategias de prevención de recaídas; abordaje psicosocial y/o farmacológico de los trastornos psiquiátricos comórbidos; ecología social en términos de mejoramiento de la integración social, las redes del adolescentes, relaciones entre iguales, y el funcionamiento académico, laboral, ocupacional u otro que corresponda; y, duración adecuada del tratamiento y el cuidado de seguimiento.	2	B
15	El tratamiento debe ser multimodal, incluyendo las diversas intervenciones que responden a la evaluación integral, de carácter psicosocial y farmacológica (cuando sea requerido), y a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	1	A

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
16	El tiempo e intensidad del tratamiento debe ser ajustado a las necesidades y características de los adolescentes, así como a las condiciones del contexto de intervención. La práctica clínica muestra que se pueden conseguir impactos y realizar tratamientos efectivos en periodos breves (incluso 3 meses), definiendo los objetivos de la terapia de manera concreta y acotada. De la misma manera, un adolescente puede requerir ingresar sucesivas veces a tratamientos acotados, en la misma o distinta modalidad o intensidad, antes de conseguir los logros terapéuticos deseados o la abstinencia del consumo.	3	B
17	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar las intervenciones individuales que han demostrado ser mayormente efectivas, como la intervención motivacional, el manejo de contingencias y otras técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual.	1	A
18	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar, toda vez que sea posible hacerlo, intervenciones de carácter familiar, que han demostrado ser altamente efectivas.	1	A
19	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes debe incorporar intervenciones comunitarias efectivas, fundamentalmente realizadas en los espacios de vida del adolescente, tales como intervenciones psicoeducativas de grupo, vinculación con grupos de apoyo mutuo, e intervenciones que incluyan el grupo de pares, cuando sea oportuno y adecuado, todo ello buscando facilitar la integración social, las redes de pertenencia y apoyo, relaciones entre iguales, y el cuidado o fortalecimiento de la inserción escolar o laboral, según corresponda.	1	A
20	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes, en los casos de comorbilidad u otros trastornos psiquiátricos coexistentes, debe incluir preferentemente la realización de tratamientos integrados por el mismo equipo, o bien, por equipos sistemáticamente vinculados y coordinados.	2	B
21	Se recomienda abordar con particular énfasis los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes embarazadas, así como también en adolescentes puérperas. La detección debe realizarse en la mayor parte de casos posibles, como parte de las actividades regulares de control de embarazo, e incluir la entrega de información clara y concreta acerca de los efectos específicos del consumo de sustancias sobre el feto e hijo/a, así como también de los efectos específicos sobre la consultante vinculados a su etapa vital, utilizando las estrategias o herramientas que han demostrado ser más efectivas, como el manejo de contingencias y las intervenciones motivacionales.	3	B
22	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes, particularmente en condiciones de vulnerabilidad social, debe incluir con mayor énfasis el abordaje del contexto del adolescente, sus condiciones sociales y comunitarias, la búsqueda del fortalecimiento de los factores protectores y las redes de apoyo. Para esto es fundamental que la mayor parte de las intervenciones sean realizadas en los contextos de vida del joven, fuera de box.	2	A
23	El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes, particularmente en condiciones de vulnerabilidad social, debe incluir en todos los casos el análisis e intervención sobre la estigmatización vinculada al uso de alcohol y drogas, que forma parte de los daños sociales vinculados al consumo, empeorando las condiciones de bienestar de los adolescentes.	4	C
24	El tratamiento farmacológico puede resultar efectivo para intervenir los trastornos por consumo de sustancias, aunque no es requerido en todos los casos. El tratamiento farmacológico debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados.	1	A
25	El tratamiento farmacológico debe ser parte, en todos los casos, de un plan de tratamiento individual que también incluye intervenciones psicosociales.	2	A

4. Evaluación del Tratamiento

Preguntas abordadas en la guía

¿Cuáles son los elementos centrales para evaluar el logro terapéutico en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en adolescentes?

¿Cuáles son los criterios de egreso terapéutico para adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia, en relación con los perfiles de severidad?

Síntesis de evidencia

El instrumento **Patient Placement Criteria 2R** de la ASAM señala aspectos que permiten la evaluación de procesos terapéuticos en adolescentes, con la finalidad de terminar logros y egresos de planes de tratamiento, pero también criterios para mantener los programas de tratamiento o realizar derivaciones a otros programas de distinta especialidad.

Para determinar el logro terapéutico, se señalan las siguientes dimensiones:

- a) potencial de intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia;
- b) condiciones biomédicas y complicaciones;
- c) condición emocional, conductual o cognitiva;
- d) disposición a cambiar;
- e) potencial de recaída de uso continuado de drogas u otras problemas;
- f) ambiente de recuperación y ambiente de vida;
- g) reducción consistente de los riesgos y daños asociados a las formas de consumo previas.

En relación con los criterios para evaluar la continuidad del consultante en el plan de tratamiento, por ejemplo, el paso a una segunda fase de tratamiento, están:

- a) el/la adolescente está teniendo progresos, pero aún no ha logrado el cumplimiento de los objetivos articulados en el plan de tratamiento;
- b) el/la adolescente no ha presentado progresos, pero tiene la capacidad de resolver sus problemas, y está trabajando activamente en los objetivos articulados en el plan de tratamiento;
- c) nuevos problemas han sido identificados que son apropiados de tratar en esta modalidad de intervención.

Por otro lado, las dimensiones a evaluar para definir una eventual derivación del consultante, desde el plan de tratamiento a otro de diferente nivel de especialidad y competencias están:

- a) el/la adolescente no ha sido capaz de resolver los problemas que justifican su admisión en el tratamiento presente, a pesar de las modificaciones de su plan de tratamiento. Otro tratamiento es indicado en estas circunstancias;
- b) el/la adolescente ha mostrado poca capacidad para resolver su problema. Otra modalidad de tratamiento es indicada;
- c) el/la adolescente ha experimentado una intensificación de su problema o desarrollado uno nuevo y puede ser tratado efectivamente solo en otra modalidad de tratamiento, de mayor intensidad. Los mismos criterios, en función de mejoramiento de condiciones, pueden utilizarse para determinar la derivación a un dispositivo de menor complejidad de cuidados de salud.

El egreso del plan de tratamiento estaría dado por el logro de los objetivos terapéuticos articulados en su plan de tratamiento.

Comparar un T-ASI de admisión con un T-ASI de seguimiento puede aportar el tipo de información requerida para desarrollar una evaluación de la efectividad del tratamiento en términos de cambio en la necesidad de tratamiento del paciente. Sin embargo, no se recomienda que las puntuaciones de gravedad se empleen como una medida de resultado del tratamiento. Es importante recordar que estas medidas son al fin y al cabo subjetivas y que han mostrado ser muy útiles solamente bajo condiciones en las que toda la información está disponible y la entrevista se hace en persona. Estas dos condiciones no siempre tienen lugar en la evaluación de seguimiento (100).

Recomendaciones

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
26	Son criterios para determinar el logro terapéutico los cambios en las siguientes dimensiones: potencial de intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia; condiciones biomédicas y complicaciones; condición emocional, conductual o cognitiva; disposición a cambiar; potencial de recaída de uso continuado de drogas u otras problemas; ambiente de recuperación y ambiente de vida; reducción consistente de los riesgos y daños asociados a las formas de consumo previas.	2	C
27	Como criterios que permiten evaluar la continuidad del adolescente en el tratamiento se recomienda utilizar: el/la adolescente está teniendo progresos, pero aún no ha logrado el cumplimiento de los objetivos articulados en el plan de tratamiento; el/la adolescente no ha presentado progresos, pero tiene la capacidad de resolver sus problemas, y está trabajando activamente en los objetivos articulados en el plan de tratamiento; nuevos problemas han sido identificados que son apropiados de tratar en esta modalidad de intervención.	2	C
28	Como criterios para determinar la derivación del adolescente del tratamiento, se recomienda utilizar: el/la adolescente no ha sido capaz de resolver los problemas que justifican su admisión en el tratamiento presente, a pesar de las modificaciones de su plan de tratamiento. Otro tratamiento es indicado en estas circunstancias; el/la adolescente ha mostrado poca capacidad para resolver su problema. Otra modalidad de tratamiento es indicada; el/la adolescente ha experimentado una intensificación de su problema o desarrollado uno nuevo y puede ser tratado efectivamente solo en otra modalidad de tratamiento, de mayor intensidad. Los mismos criterios, en función de mejoramiento de condiciones, pueden utilizarse para determinar la derivación a un dispositivo de menor complejidad de cuidados de salud.	2	C
29	Como criterios para determinar el egreso del adolescente del tratamiento, se recomienda utilizar: el/la adolescente ha logrado los objetivos terapéuticos articulados en su plan de tratamiento.	2	C

5. Seguimiento

Preguntas clínicas abordadas en la guía

¿Cuáles son los elementos centrales a considerar en el seguimiento de adolescentes en tratamiento de trastornos por consumo de sustancias?

¿Qué intervenciones han mostrado ser efectivas para mantener los logros terapéuticos alcanzados en el programa de tratamiento?

Síntesis de evidencia

La mantención de los logros terapéuticos es una de las interrogantes más importantes para los programas de consumo de drogas. La evidencia señala que la existencia de una planificación del alta por parte del equipo terapéutico y la mantención del contacto luego de dejar el programa sirve para aumentar la eficacia (60).

A partir de un estudio de seguimiento realizado en nuestro país en población de diferentes edades (101), se pudo establecer que muchos de los logros del tratamiento se mantenían no sólo por el tiempo de permanencia en el programa, sino que también por el hecho de mantener algún contacto con el equipo terapéutico posterior al alta terapéutica o egreso del programa.

De acuerdo a este estudio de seguimiento se estableció que los logros terapéuticos en relación con la abstinencia, funcionalidad social y percepción del estado de salud requerían apoyo durante al menos un año luego del alta (101).

Kaminer y cols. (2008) desarrollaron un ensayo clínico randomizado, cuya hipótesis era probar que el seguimiento activo posterior al tratamiento mantenía los logros mejor que un seguimiento no-activo. Contaron con una muestra de un total de 177 adolescentes, 13-18 años de edad, con diagnóstico DSM-IV de Abuso de Sustancias, participaron en nueve sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual de grupo en un entorno ambulatorio. Los 144 que completaron el tratamiento recibieron aleatoriamente 5 sesiones en persona, 5 sesiones telefónicas breves o ninguna condición. El estudio concluyó que la probabilidad de recaída para los jóvenes sin ninguna intervención de seguimiento era significativamente mayor que la de los jóvenes con seguimiento activo ($p = .008$) y que el seguimiento activo tenía una mayor efectividad en las mujeres que en los hombres. Se mostró una disminución significativa de la abstinencia de marihuana desde el final del tratamiento (38.0%) al final del seguimiento (32.2%), así como también en las tasas de abstinencia del alcohol, con 57,0% y 33,9% respectivamente. Adicionalmente se observó que los jóvenes inscritos en seguimiento activo mostraron significativamente menos días de consumo de alcohol por mes ($p = .044$) y menos días de consumo excesivo de alcohol ($p = 0.035$) en relación con el seguimiento no activo. Finalmente el estudio mostró que la intervención telefónica breve fue tan eficaz en el mantenimiento de los logros del tratamiento como una intervención en persona (102).

En relación al tiempo de seguimiento, Kaminer y cols, concluye, que aunque el estudio anteriormente presentado demuestra un alto nivel de adhesión a la reinserción social, la adhesión per se no está asociada a resultados significativamente mejores. Los resultados de los adolescentes con trastornos por consumo de alcohol sugieren que 5 sesiones de seguimiento durante un período de tres meses post tratamiento puede no ser suficiente para mantener los resultados del tratamiento, lo que según los autores es coincidente con el estudio realizado por Godley y cols (2007) en relación al seguimiento post-tratamiento residencial (103). Así mismo, McKay (2006), con base a una revisión de literatura en adultos, concluyó las intervenciones de atención continua de un año o más son más propensas a mostrar efectos positivos significativos y que una atención de seguimiento más estructurada e intensiva puede ser más eficaz para los pacientes con dependencia severa a las sustancias y los problemas asociados y para aquellos que no logran alcanzar un progreso razonable (104).

En otro ensayo clínico randomizado recientemente publicado por Kaminer y cols (2012), con adolescentes entre 13 y 18 años, con diagnóstico de abuso de sustancias según DSM-IV. El estudio consistió en tres fases: (1) la primera fase consistió en el tratamiento de máximo de nueve semanas de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) grupal (177 jóvenes) (2) En la segunda fase, sólo los jóvenes que completaron la fase de tratamiento común fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones postratamiento: (a) cuidados posteriores en persona (IP), (b) cuidados posteriores Telefónico breve (BT), o (c) cuidados posteriores no-activo. (3) Al término de la fase experimental postratamiento, todos los participantes en el estudio disponibles (es decir, incluidos los que no completaron el tratamiento y postratamiento, respectivamente) fueron evaluados en 3 -, 6 -, y 12 meses de seguimiento. En cada una de las tres evaluaciones de seguimiento se observó una tasa de éxito significativamente mayor al ponerse en contacto con los jóvenes que fueron asignados a las dos condiciones activas de cuidado posterior: (1) a 3-M de Seguimiento: Cuidado posterior Activo = 98%, Cuidado posterior No-Activo = 80%, $p < .001$; (2) a 6-M Seguimiento: Cuidado posterior Activo = 96%, cuidado posterior No-Activo = 85%, $p = .017$, y (3) al 12-M Seguimiento: Cuidado posterior Activo = 95%, cuidado posterior No-Activo = 76%, $p = .002$. El autor concluye que los cuidados posteriores activos combinados (en persona y por teléfono) se asociaron con resultados relativamente mejores que el cuidado posterior no activo después de 12 meses de seguimiento. Finalmente el estudio mostró que la intervención telefónica breve fue tan eficaz en el mantenimiento de los logros del tratamiento como una intervención en persona. Este hallazgo es alentador, en tanto el procedimiento de sesión telefónica breve tiene muchas ventajas prometedoras: el coste reducido de transporte de los jóvenes, la flexibilidad en la programación, la posibilidad de interacciones mucho más breve, la extensión de horas posibles del día para la comunicación, la familiaridad de del uso de la comunicación electrónica entre los jóvenes, la ubicuidad de los teléfonos celulares (105).

Estos estudios concuerdan con otros en relación a que cuando no hay un cuidado continuo adicional proporcionado tras la finalización de la terapia inicial, se producen mayores tasas de recaída, similares a los reportados para los adolescentes durante el tratamiento (106) (68) (107) (108).

Recomendaciones

	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
30	Las intervenciones de seguimiento deben ser realizadas como parte integral del tratamiento – no como una fase de monitoreo administrativo de cumplimiento de metas u objetivos –, y son dirigidas a acompañar y apoyar la mantención de los logros terapéuticos, mediante la continuidad de los cuidados o “aftercare”.	1	B
31	Intervenciones de seguimiento efectivas son las técnicas derivadas del manejo de contingencias y la prevención de recaídas, así como la realización de intervenciones presenciales en los espacios regulares de vida de los adolescentes, contactos telefónicos u otras estrategias de vinculación, al menos durante un año.	1	A

IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

Situación de la atención del problema de salud en Chile y barreras para la implementación de las recomendaciones

El tratamiento del consumo perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas, en personas menores de 20 años, se enmarca en el Objetivo Estratégico N°2 de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 “reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos”.

Los objetivos sanitarios, junto con la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 y la Estrategia Nacional sobre Alcohol: reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias 2010, constituyen el soporte de política pública de esta Guía de práctica clínica.

La experiencia desarrollada por la red de salud en el tratamiento del consumo perjudicial y la dependencia de alcohol y otras drogas, particularmente desde 2007, cuando comienza a ser incorporada esta estrategia como garantía de salud, genera un contexto favorable para el mejoramiento progresivo de la cobertura y calidad de la atención realizada.

De la misma manera, la implementación del control del joven sano, el desarrollo del programa de salud escolar, y particularmente, el crecimiento progresivo del Programa Vida Sana alcohol en atención primaria de salud y la divulgación de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo en general, son condiciones favorecedoras también del tratamiento sobre alcohol y drogas.

Sin embargo, también es posible encontrar algunas debilidades para la implementación de algunas de las recomendaciones expuestas en esta Guía, principalmente, la escasez de horas de psiquiatras y otros especialistas infanto-adolescentes en algunas zonas del país, la poca disponibilidad y divulgación de intervenciones nacionales sistematizadas que muestren ser efectivas, problemas vinculados a carencias de formación y capacitación de competencias especializadas en la materia (frente a la rotación y movilidad de recursos humanos también), y por último, las dificultades propias del trabajo en salud con adolescentes y jóvenes, entre las cuales es preciso mencionar las vinculadas al acceso (que hacen necesarias las intervenciones fuera del establecimiento de salud, que por cierto requieren mayores cargas horarias y financieras), al contacto específico y vínculo con poblaciones mayormente vulnerables y desprovistas de redes de apoyo, así como socialmente, la alta estigmatización que recae sobre estos consultantes.

Todas las acciones y estrategias que se emprendan en las redes de salud, relacionadas con moderar o resolver las dificultades antes expuestas, contribuirán a la implementación más efectiva de las intervenciones señaladas en esta Guía. Algunas de estas acciones pueden y deber ser adoptadas a nivel nacional y regional, como las estrategias de consultoría y teleconsultoría y las estrategias de capacitación e-learning. El Ministerio de Salud se encuentra trabajando particularmente en estas materias.

Otras estrategias, principalmente las vinculadas al trabajo con los adolescentes, pueden ser también gestionadas a nivel local, como las prácticas comunitarias y centradas en los espacios de vida de los jóvenes, vinculación con los ámbitos educativos, etc.

De la misma manera, el desarrollo de protocolos de tratamiento específicos, diseño e implementación de planes de capacitación, así como la elaboración de materiales e instrumentos de apoyo a la intervención, serán tareas necesarias de desarrollar a partir de esta Guía. En este documento, se intenta avanzar en esto a partir de la incorporación, al final del texto, de:

- Listado completo de recomendaciones.

- Guías de apoyo al tratamiento, con contenidos centrales y flujos de toma de decisión para todo el proceso, desde la detección y el ingreso, y las fases de tratamiento, hasta el seguimiento.
- Instrumentos de screening para facilitar el ejercicio de la detección.

Diseminación

El proceso de diseminación consistirá en la elaboración de protocolos o planes de capacitación, presentaciones en grupos clínicos, capacitaciones a referentes de salud mental en SEREMIS, desarrollo de cápsulas de capacitación, entre otras acciones.

También se contemplado la realización de una versión resumida de la guía (protocolo), así como de instrumentos de apoyo a la intervención y material informativo para consultantes.

Evaluación de cumplimiento de la Guía

Se recomienda evaluar la adherencia a las recomendaciones de la presente Guía y los desenlaces de los pacientes mediante alguno(s) de los indicadores siguientes:

Indicadores de proceso:

- Número anual de consultantes menores de 20 años ingresados a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas / Número anual de interconsultas-derivaciones de consultantes menores de 20 años por sospecha de consumo perjudicial o dependencia.
- Número anual de consultantes menores de 20 años en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas/ Número anual de consultantes ingresados a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas.

Indicadores de resultado

- Número anual de consultantes menores de 20 años que egresan de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas / Número anual de consultantes ingresados a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas.
- Número anual de consultantes menores de 20 años que abandonan tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas / Número anual de consultantes ingresados a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas.
- Número anual de consultantes menores de 20 años que son derivados a otro nivel de especialidad por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas / Número anual de consultantes ingresados a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas.

DESARROLLO DE LA GUÍA

Grupo de trabajo

En el proceso de elaboración de la guía de práctica clínica “Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas, en personas menores de 20 años”, participaron las siguientes personas.

Grupo de trabajo 2013

Equipo Técnico Responsable, Ministerio de Salud

María Paz Araya	Psicóloga Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
Pablo Norambuena C.	Psicólogo Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
Alfredo Pemjean G.	Médico psiquiatra Jefe Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud

Equipo Colaborador, Ministerio de Salud

Natalia Dembowski S.	Psicóloga Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
Pamela Meneses C.	Socióloga Coordinación de Programas, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
Juan Andrés Mosca A.	Médico psiquiatra. Encargado Unidad de Salud Mental, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Ximena Santander C.	Psicóloga Unidad de Salud Mental, División de Gestión de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud

Grupo de Expertos

Martín Arcila M.	Médico psiquiatra Unidad de Drogodependencias Hospital El Pino, Servicio de Salud Sur. Centro de Tratamiento y Rehabilitación en Drogodependencias Talita Kum.
Joanna Borax P.	Neuróloga infantil Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA).
Paula Donoso A.	Médico pediatra Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN.
Paulo Egenau P.	Psicólogo Fundación Paréntesis.
Ramón Florenzano U.	Médico psiquiatra Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Servicio de Salud Oriente.
Carlos Ibañez P.	Médico psiquiatra Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile. Área de Tratamiento, Servicio Nacional de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Eldreth Peralta V.	Médico pediatra Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE). Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN.
Rodrigo Portilla H.	Psicólogo Área de Tratamiento, Servicio Nacional de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).
Claudia Quinteros L.	Psicóloga Área de Tratamiento, Servicio Nacional de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).
Ana María Villarino H.	Psicóloga Departamento de Gestión de Redes, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Carlos Voheringer C.	Psicólogo Fundación Paréntesis.
Mauricio Zorondo B.	Psicólogo Fundación EFAD.

Correspondió al Equipo Técnico Responsable, la coordinación del proceso de elaboración de esta Guía de Práctica Clínica, la búsqueda y revisión de literatura, la consolidación del proceso de elaboración de recomendaciones y la redacción del documento.

El Equipo Colaborador apoyó algunas tareas de diseño del proceso y metodologías de trabajo, participó de la búsqueda y revisión de literatura, además de estar incorporado al proceso de elaboración de recomendaciones como parte del grupo experto convocado.

El Grupo de Expertos revisó un primer borrador de la Guía de Práctica Clínica, conteniendo los resultados de la revisión de literatura y realizó el proceso completo de elaboración de recomendaciones, a partir de la actualización de la evidencia encontrada, del que se entregan más antecedentes en el punto “formulación de las recomendaciones”.

Declaración de conflictos de interés

El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

Este documento y sus contenidos son resultado del proceso metodológico antes descrito, sobre la base de un enfoque de consenso dentro del Grupo de Expertos constituido. Con estos procesos, así como con las revisiones externas que se emprenderán, se ha intentado cautelar la independencia editorial de este documento respecto de las posiciones particulares e intereses de las instituciones de las que son parte tanto el equipo responsable y colaborador, como el Grupo de Expertos convocado.

De la misma manera, cabe mencionar que algunos contenidos específicos pueden no necesariamente representar la posición individual de cada uno de los integrantes de este grupo.

Todos los integrantes del Grupo de Expertos convocado para el desarrollo de esta Guía de Práctica Clínica han declarado no tener intereses financieros o de otra índole que pudieran representar un conflicto en relación con el ejercicio de elaboración de esta Guía y sus recomendaciones. Asimismo, se deja constancia de algunos elementos relacionados a estos ámbitos:

- Reportan apoyos económicos o invitaciones para asistir a congresos o actividades científicas: Joanna Borax (Congreso de Neurología Infantil 2012, Congreso de Neurología Infantil 2013), Ramón Florenzano (Congreso Sonepsyn).
- Reportan recepción de fondos económicos para la realización de investigaciones: Ramón Florenzano (FONDEDYT 1700827).

- Reportan haber recibido honorarios por consultorías y conferencias: Martín Arcila (Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, SENDA).

Revisión sistemática de la literatura

La revisión sistemática de la literatura se realizó a partir del conjunto de preguntas formuladas para el desarrollo de la presente guía de práctica clínica. Las fuentes de información principalmente utilizadas fueron:

- Cochrane Collaboration.
- BIREME, en especial Scielo, de la Organización Panamericana de la Salud.
- NHS Center for Reviews and Dissemination, EEUU.
- NICE National Institute for Clinical Excellence del Reino Unido, en especial sus Practice Guidelines.
- National Service on Drug Abuse, EEUU.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Registry of Evidence-based Programs and Practices.
- CMA Infobase - Clinical Practice Guidelines.
- New Zealand Guidelines Group.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- National Guideline Clearinghouse (USA).
- National Library of Medicine's MEDLINEplus.
- ICSI Health Care Guidelines & Technology Assessments (USA).
- UK Clearing House on Health Outcomes.
- Bases de datos EBSCO, PsycINFO y Psychological Abstracts.
- eMJA (Medical Journal of Australia).
- Evidence-Based Medicine Reviews de Ovid Technologies.

Las palabras claves utilizadas principalmente fueron «substance abuse» utilizando los booleanos «AND» y «OR», según correspondiera a la pregunta propuesta. Se privilegiaron estudios de elevada calidad como son las revisiones sistemáticas con o sin metanálisis, ensayos clínicos aleatorizados, factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado, pruebas diagnósticas, estudios con *gold standard*, etc.

Cuando no se encontraron se utilizó la mejor evidencia disponible para el tema. La búsqueda realizada abarca el período entre los años 2007 y 2012.

De los criterios anteriores, resultan las siguientes estrategias de búsqueda:

("Substance-Related Disorders/diagnosis"[Mesh] AND ("2007/08/27"[PDat]: "Substance Abuse Detection"[Mesh] AND ("2007/08/17"[PDat]: "2012/08/14"[PDat] AND systematic[sb]), "2012/08/24"[PDat] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb])).

("Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh] AND ("2007/08/27"[PDat]: "2012/08/24"[PDat] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb])).

("Substance-Related Disorders[Mesh] AND "Treatment Outcome"[Mesh] AND ("2007/08/27"[PDat]: "2012/08/24"[PDat] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb])).

Substance-Related Disorders[Mesh]and aftercare, (("Pregnancy"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]

Formulación de las recomendaciones

Se conformó inicialmente un Grupo de Expertos, antes descrito. Se envió a los miembros del Grupo un borrador inicial de este documento, conteniendo los resultados de la revisión de literatura, como base para la elaboración de las recomendaciones que contendría la Guía.

Para desarrollar las recomendaciones se convocó al grupo a dos reuniones de discusión. En la primera de estas se elaboró una primera lista de recomendaciones, que luego fueron evaluadas por los miembros del Grupo en dos ciclos de calificación, mediante correo electrónico, en el que participaron 9 miembros del grupo.

Este proceso fue realizado mediante una adaptación del método Delphi, donde a partir de las calificaciones realizadas, a través de un procedimiento estadístico, se determinó el grado de “adecuación” y “necesidad” de cada intervención individualmente, así como el nivel de acuerdo grupal.

Finalmente, en la última reunión de discusión se expusieron los resultados de las calificaciones y se analizó individualmente cada recomendación que aún presentaba discrepancia grupal, para determinar su incorporación o no a la Guía de Práctica Clínica.

Validación de la guía

Esta Guía será sometida a un proceso de revisión externa y validación, entre octubre y diciembre de 2013.

La revisión externa será realizada mediante el envío de esta versión de la Guía de Práctica Clínica, a 5 profesionales expertos chilenos – que no hayan sido parte del Grupo de Expertos –, así como 2 profesionales expertos internacionales. Se les solicitará una revisión utilizando un instrumento AGREE II adaptado para esta tarea. El proceso se realizará mediante correo electrónico.

La validación será realizada mediante el envío de esta versión de la Guía a una muestra de 6 profesionales, dentro del grupo de referentes de salud mental (o alcohol y drogas, cuando sea el caso) de las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de los 29 Servicios de Salud del país. De la misma manera, a otros 6 profesionales potenciales usuarios de la Guía de Práctica Clínica – psicólogos, médicos y otros practicantes de salud – en establecimientos de atención primaria, centros de salud mental comunitarios e instituciones privadas –. Se les solicitará una revisión utilizando un instrumento cualitativo que será desarrollado para esta tarea. El proceso se realizará mediante correo electrónico.

Vigencia y actualización de la guía

La Guía de Práctica Clínica tiene un periodo de vigencia estimada de 3 años desde la fecha de publicación.

La siguiente actualización será realizada utilizando la misma metodología general antes expuesta – revisión de literatura, convocatoria de grupo de expertos, proceso de consenso para la formulación de recomendaciones –. Esta actualización, además de revisar las recomendaciones acá planteadas, de introducirse en la incorporación de los aspectos que han quedado menos desarrollados en este documento, principalmente vinculados al desarrollo de intervenciones específicas para embarazadas, además de particulares según tramos de edad dentro del amplio ciclo vital del campo “adolescentes y jóvenes”.

Sin perjuicio de esto, esta Guía puede ser sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante o se modifiquen los contextos de intervención de manera que sea preciso revisar el modelo planteado.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes [Internet]. WHO. [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
2. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment A research-based guide second edition. National Institute on Drug Abuse; 2009.
3. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile. Estrategia Nacional sobre Alcohol. 2010.
4. Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. 2007.
5. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2005 Nov;18(4-5):241–8.
6. Aros A. S. Exposición fetal a alcohol. *Revista chilena de pediatría.* 2008 Nov;79:46–50.
7. Intergovernmental Committee on Drugs by NSW Health and SA Health. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. 2006.
8. Babor T. y cols. *Drug Policy and the Public Good.* Oxford University Press; 2010.
9. United Nations. Informe Mundial Sobre Las Drogas 2010. United Nations;
10. Comisión Interamericana para El Control del Abuso de Drogas. Elementos Orientadores para Las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión. Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y factores Asociados en población de 15 a 64 años. 2008.
11. CONACE. Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. CONACE; 2010.
12. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2009.
13. SENDA. Noveno Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile. 2011.
14. Ministerio de Salud de Chile. Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. 2011.
15. Organización Panamericana de Salud. Marco Conceptual de Salud y Desarrollo para la Promoción de la Salud de Adolescent. 2011.
16. Compton WM, Thomas YF, Conway KP, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry.* 2005 Aug;162(8):1494–502.
17. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Jun;44(6):609–21.
18. National Institute on Drug Abuse. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes. National Institutes of Health; 2003.
19. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction.* 2004 Nov;99 Suppl 2:5–22.
20. Winters, K. US. Department of Health and Human Service. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders. 1999.
21. Fulkerson JA, Harrison PA, Beebe TJ. DSM-IV substance abuse and dependence: are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents? *Addiction.* 1999 Apr;94(4):495–506.
22. Harrison PA, Fulkerson JA, Beebe TJ. DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: a critical examination based on a statewide school survey. *Am J Psychiatry.* 1998 Apr;155(4):486–92.
23. Mack AH, Frances RJ. Treatment of alcohol use disorders in adolescents. *J Psychiatr Pract.* 2003 May;9(3):195–208.
24. Monti PPM, Colby PSM, O'Leary TA. *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions.* Guilford Press; 2001.
25. Martin CS, Winters KC. Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health and Research World.* 1998;22:95–106.
26. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Protocolos. 2008.
27. Carvajal RF y KWD generales C. *Psiquiatría.* Unknown. Mediterraneo Santiago - Buenos Aires; 2008.

28. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Niños, niñas y adolescentes : tratamiento de drogas : guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infanto-adolescente y sus especificidades. Santiago, Chile: Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación; 2008.
29. Bancroft, A., Wilson, S., Burley, S. et al. Parental drug and alcohol misuse: resilience and transition among young people. Joseph Rowntree Foundation; 2004.
30. Obot IS, Wagner FA, Anthony JC. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend.* 2001 Dec 1;65(1):1–8.
31. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull.* 2002 Mar;128(2):330–66.
32. MVP Health Care. Screening Adolescents for Alcohol and Substance in Primary Care. 2007.
33. Wong S, Ordean A, Kahan M. Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 24];33(4). Available from: <http://www.drugsandalcohol.ie/18247/>
34. Morse BA, Gehshan S, Hutchins E, National Center for Education in Maternal and Child Health (U.S.). Screening for substance abuse during pregnancy improving care, improving health [Internet]. 1997 [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo7884>
35. Babor TF, De la Fuente JR, Saunders J, Grant M. Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2001;
36. Farrow JA, Smith WR, Hurst MD. Adolescent drug and alcohol assessment instruments in current use: A critical comparison [Internet]. The Division; 1993 [cited 2013 Jan 17]. Available from: http://depts.washington.edu/adai/pubs/farrow_1993.pdf
37. Field G. Continuity of Offender Treatment for Substance Use Disorders from Institution to Community: Treatment Improvement Protocol (TIP) series 30 [Internet]. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) Center for Substance Abuse Treatment (CSAT); 1998 [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://radar.boisestate.edu/pdfs/TIP30.pdf>
38. Monteiro MG, Pan American Health Organization. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
39. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista médica de Chile.* 2009 Nov;137(11):1463–8.
40. Ministerio de Salud. Guía clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria. Santiago, Chile: MINSAL; 2005.
41. Ministerio de Salud. Guía examen medicina preventiva. Santiago, Chile: MINSAL; 2008.
42. Ministerio de Salud. Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para atención primaria en salud. Santiago, Chile: MINSAL; 2011.
43. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (U. S.). Ayudando a pacientes que beben en exceso [electronic resource] : guía para profesionales de la salud. [Rockville, Md.] :: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo; 2005.
44. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Jun;156(6):607–14.
45. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2003 Jan;27(1):67–73.
46. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011 Mar;4(1):57–64.
47. Isaza M. Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamizaje de Consumo de sustancias Psicoactivas. Universidad Nacional de Colombia; 2012.

48. Echegoyen, Carolina, Galdames, Alejandra, Castañón, Carla. Validación de un instrumento de detección de riesgos asociados a la salud en adolescentes. En publicación. 2012;
49. Droppelmann C, Hein A, Núcleo Científico Milenio de análisis socioeconómico sobre uso y abuso de drogas, Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual para la aplicación y corrección del instrumento para la detección de problemas propios de la adolescencia asociados al uso de drogas: POSIT. 2010.
50. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. Santiago, Chile: MINSAL; 2011.
51. Llywodraeth Cynulliad Cymnu Welsh Assembly Government. Guidance for the planning and provisions of substance misuse services to children and young people in the care of youth offending services. 2009.
52. Wanberg K. Aodasses.com [Internet]. ASAPII Adolescent Self-Assessment Profile II. [cited 2012 Jan 16]. Available from: http://aodassess.com/assessment_tools/asap/
53. Polgar M, Barlow I. Measuring the clinical utility of an assessment: The example of the Canadian Occupational Performance Measure. International Seating Symposium. University of British Columbia, Vancouver, Canada. 2002.
54. Winters KC, Ph d. Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders: A Treatment Improvement Protocol. Diane Pub Co; 1999.
55. Díaz R, Castro-Fornieles J, Serrano L, González L, Calvo R, Goti J, et al. Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addict Behav.* 2008 Jan;33(1):188–95.
56. American Society of Addiction Medicine. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised. 2001.
57. National Treatment Agency for Substance Misuse. The role of CAMHS and addiction psychiatry in adolescent substance misuse services. National Health Service; 2007.
58. Knudsen HK. Adolescent-only substance abuse treatment: Availability and adoption of components of quality. *Journal of substance abuse treatment.* 2009;36(2):195–204.
59. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2011;50(1):9–21.
60. Vinet EV, Faúndez X, Larraguibel M. Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista médica de Chile.* 2009;137(4):466–74.
61. Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroihlet S, Meneses J, et al. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile.* 2012 Feb;140(2):184–91.
62. Guic E. "Características del usuario, de la derivación y de la atención de salud que determinan la utilización y adherencia al tratamiento ambulatorio básico para menores de 20 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas en comunas del sector sur oriente de Santiago." Pontificia Universidad Católica de Chile; 2010.
63. Deas D, Thomas SE. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *Am J Addict.* 2001;10(2):178–89.
64. Williams RJ, Chang SY. A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2000;7(2):138–66.
65. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2012;44(2):145–58.
66. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2008;37(1):238–61.
67. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la salud, Oficina de Publicaciones; 2001.
68. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Oct;27(3):197–213.

69. Liddle HA. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*. 2004 Nov;99 Suppl 2:76–92.
70. Stanger C, Budney AJ. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2010;19(3):547.
71. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011;79(4):433.
72. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. 2001 Dec;96(12):1725–42.
73. Woody GE. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict*. 2003;12 Suppl 2:S19–26.
74. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull*. 1997 Sep;122(2):170–91.
75. Vaughn MG, Howard MO. Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Research on Social Work Practice*. 2004 Jan 9;14(5):325–35.
76. Becker SJ, Curry JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Aug;76(4):531–43.
77. Hogue A, Liddle HA. Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *J Fam Ther*. 2009 May 1;31(2):126–54.
78. Burleson JA, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict Behav*. 2005 Oct;30(9):1751–64.
79. SAMHSA. SAMHSAS's National Registry of Evidence Base Programs and Practices [Internet]. [cited 2012 Dec 17]. Available from: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=41>
80. National Treatment Agency for Substance Misuse. Young people's specialist substance misuse treatment. Exploring the Evidence. 2009.
81. Gilvarry E, Britton J. Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people. Department of Health. National Treatment Agency for Substance Abuse; 2009.
82. Kaye DL. Office recognition and management of adolescent substance abuse. *Curr. Opin. Pediatr*. 2004 Oct;16(5):532–41.
83. Deas D. Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2008;121(Supplement 4):S348–S354.
84. Bender K, Springer DW, Kim JS. Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2006;6(3):177.
85. Wiggins M, Bonell C, Sawtell M, Austerberry H, Burchett H, Allen E, et al. Health outcomes of youth development programme in England: prospective matched comparison study. *BMJ*. 2009;339:b2534.
86. Thanh NX, Jonsson E. Drinking alcohol during pregnancy: evidence from Canadian Community Health Survey 2007/2008. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2010;17(2):e302–307.
87. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Can Fam Physician*. 2011 Nov;57(11):e430–435.
88. Bakhireva LN, Wilsnack SC, Kristjanson A, Yevtushok L, Onishenko S, Wertelecki W, et al. Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Jul;72(4):536–44.
89. Ingersoll KS, Hetteema JE, Cropsey KL, Jackson JP. Preconception markers of dual risk for alcohol and smoking exposed pregnancy: tools for primary prevention. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Nov;20(11):1627–33.
90. Dooley S, Lincoln A, Smith M, O'Neil ME, Ahluwalia IB, D'Angelo DV, et al. Perceived health needs and receipt of services during pregnancy—Oklahoma and South Carolina, 2004–2007. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Re-*

- port [Internet]. 2010 Jun 18 [cited 2013 Jan 22]; Available from: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-230773558.html>
91. Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Hague D, Erickson SJ, Renz C, et al. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *J Subst Abuse Treat.* 2008 Sep;35(2):161–73.
 92. Chang JC, Dado D, Frankel RM, Rodriguez KL, Zickmund S, Ling BS, et al. When pregnant patients disclose substance use: missed opportunities for behavioral change counseling. *Patient Educ Couns.* 2008 Sep;72(3):394–401.
 93. Brigham G, Winhusen T, Lewis D, Kropp F. Incentives for retention of pregnant substance users: a secondary analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2010 Jan;38(1):90–5.
 94. Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD006037.
 95. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2001 Nov;27(4):651–88.
 96. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Oct;69(5):802–13.
 97. Henggeler SW, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Randall J, Shapiro SB, Chapman JE. Juvenile Drug Court: Enhancing Outcomes by Integrating Evidence-Based Treatments. [Miscellaneous Article]. *Journal of Consulting.* 2006;74(1):42–54.
 98. Adolescent Traumatic Stress and Substance Abuse Treatment Center. Substance Abuse Interventions for Adolescents. Fact Sheet Series for CLINICIANS treating teens with EMOTIONAL & SUBSTANCE USE PROBLEMS.
 99. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Jan;164(1):85–91.
 100. Bobes J. Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
 101. Alvarado ME. Seguimiento de una cohorte e beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE – FONASA. 2006.
 102. Kaminer Y, Bureson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2008;47(12):1405–12.
 103. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction.* 2007 Jan;102(1):81–93.
 104. McKay JR. Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2006 Oct;8(5):355–62.
 105. Bureson JA, Kaminer Y, Burke RH. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of substance abuse treatment.* 2012;42(1):78–86.
 106. Brown SA, Vik PW, Creamer VA. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addict Behav.* 1989;14(3):291–300.
 107. Kaminer Y, Bureson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002 Nov;190(11):737–45.
 108. Chung T, Martin CS, Grella CE, Winters KC, Abrantes AM, Brown SA. Course of alcohol problems in treated adolescents. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2003 Feb;27(2):253–61.

ANEXO 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia

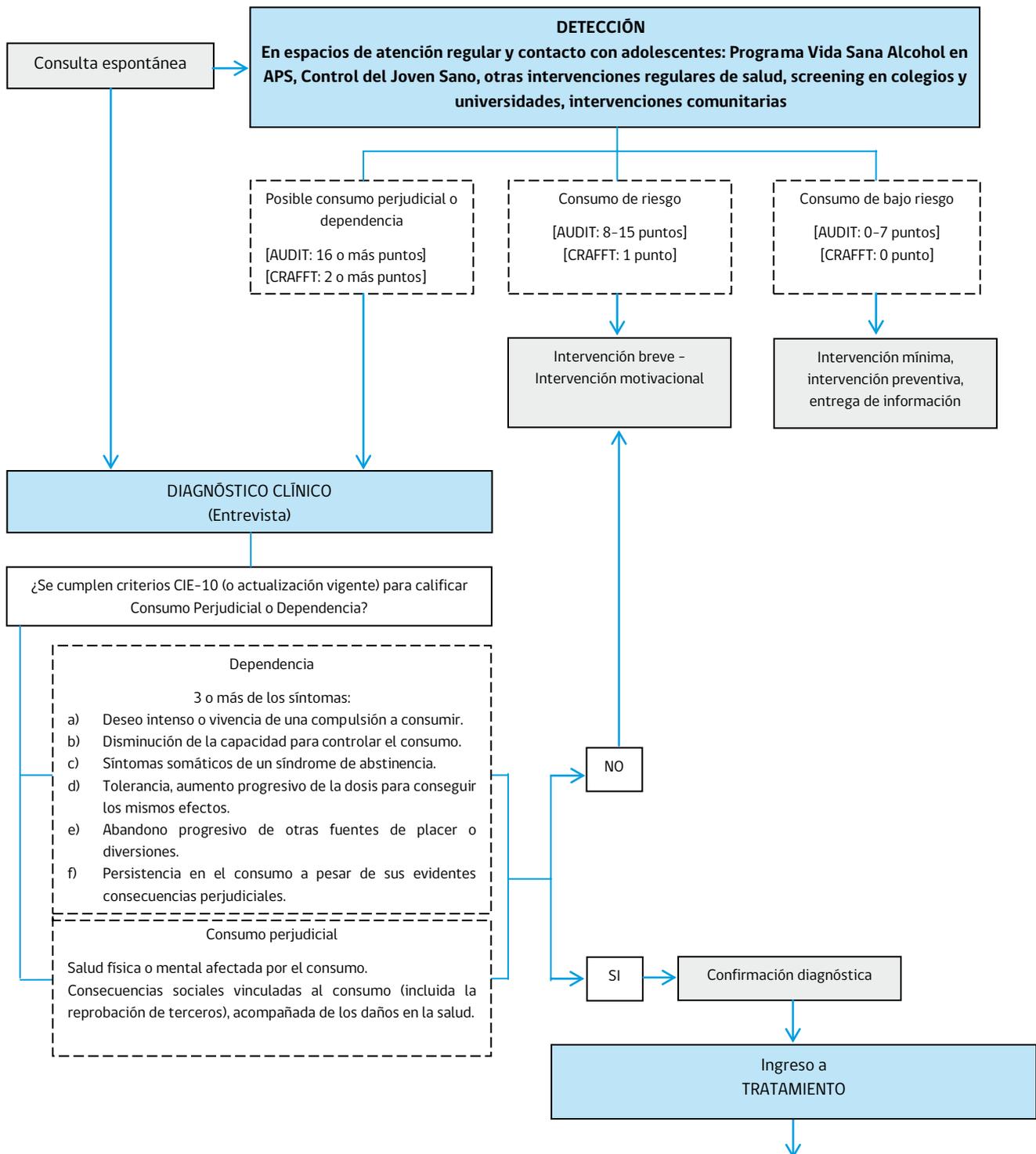
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación

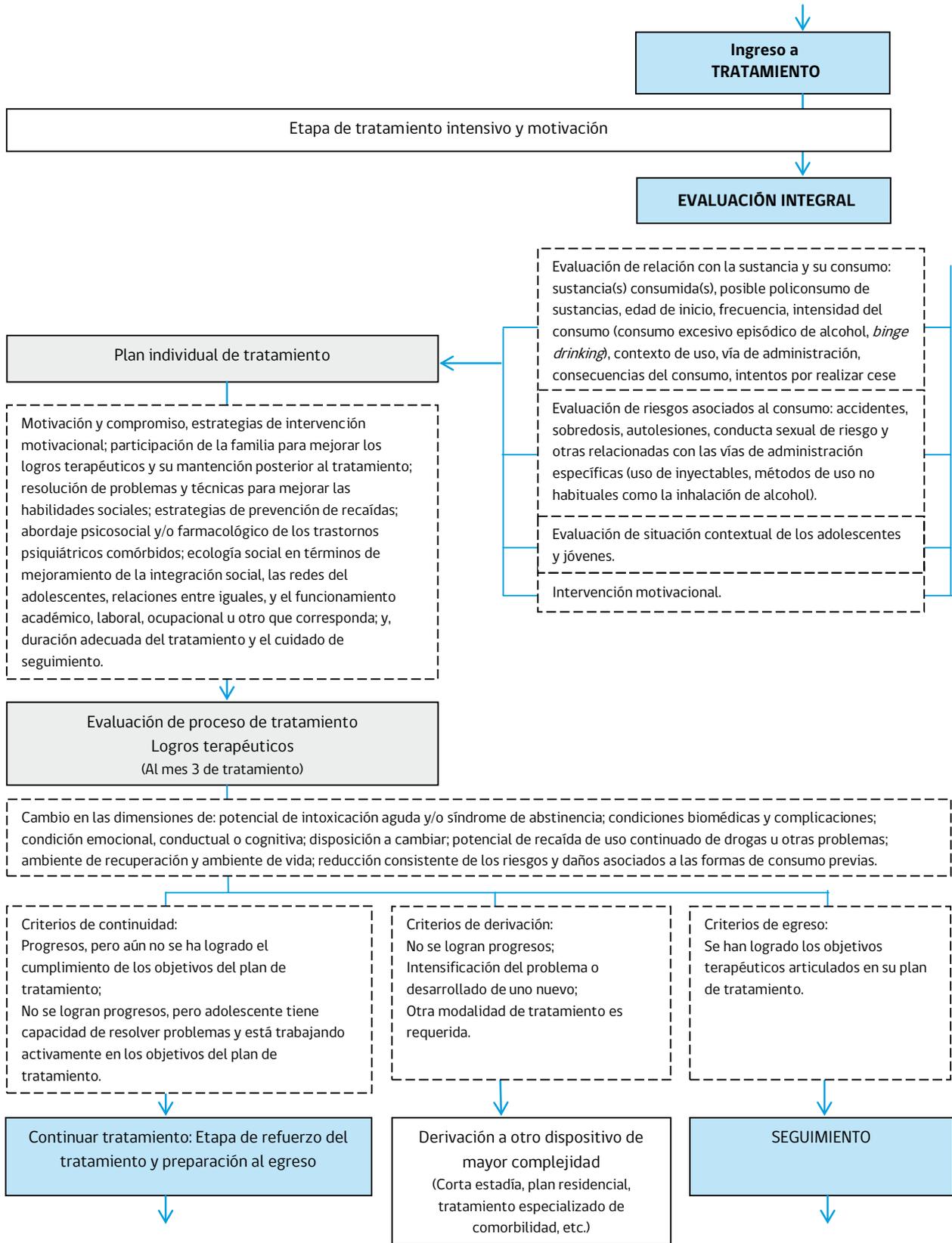
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.
D	Insuficiente información para formular una recomendación.

ANEXO 2. Guía de apoyo

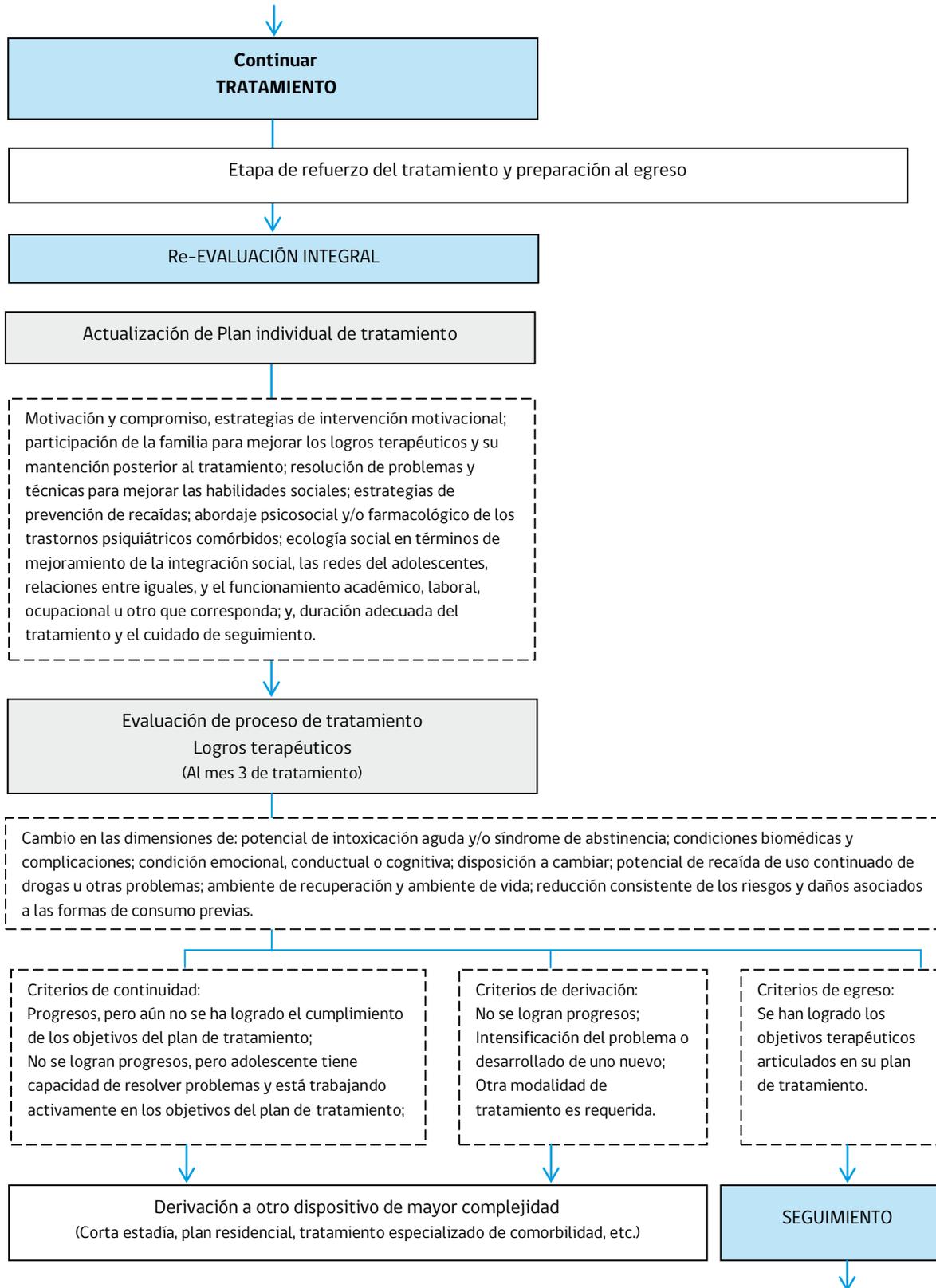
Detección, diagnóstico e ingreso a tratamiento



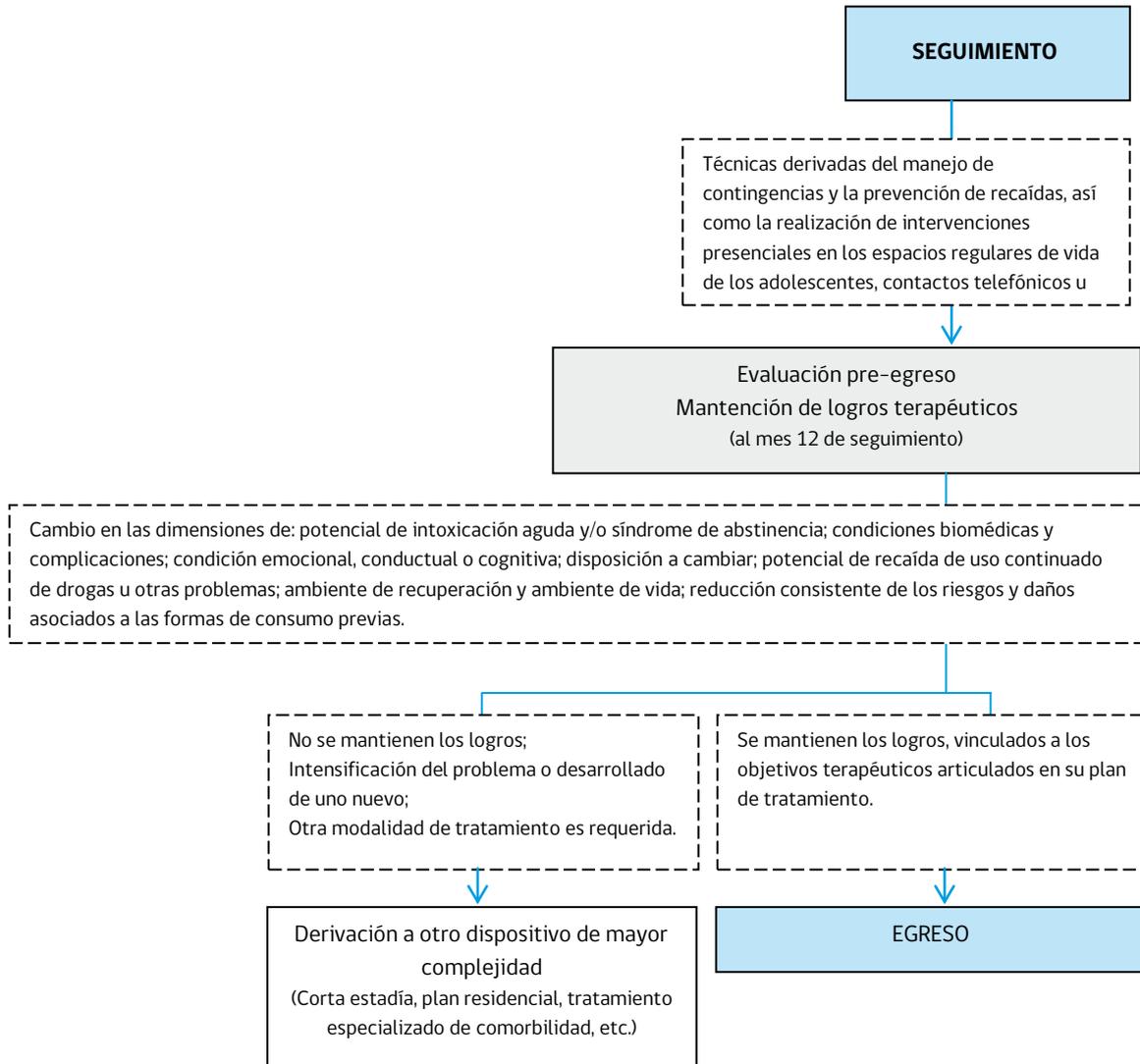
Fase de tratamiento intensivo y motivación



Fase de refuerzo del tratamiento y preparación al egreso



Seguimiento



ANEXO 3. Criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-TR

Criterios diagnósticos CIE-10

En esta Guía de práctica clínica se han recomendado los criterios diagnósticos de CIE-10, para su uso en la evaluación integral y confirmación diagnóstica previa al tratamiento. Estos son los siguientes.

Síndrome de dependencia (F1x.2)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- g) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- h) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- i) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- j) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- k) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- l) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

- Alcoholismo crónico.
- Dipsomanía.
- Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia.
- F1 x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).
- F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).
- F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
- F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
- F1x.25 Con consumo continuo.
- F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Consumo perjudicial (F1x.1)

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Otros diagnósticos relacionados en CIE-10

Intoxicación aguda (FX1.0)

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye:

- Embriaguez aguda en alcoholismo.
- “Mal viaje” (debido a drogas alucinógenas).
- Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación.

- F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos).
- F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.
- F1 x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.).
- Con delirium.
- Con distorsiones de la percepción.
- Con coma.
- Con convulsiones.
- Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

Síndrome de abstinencia (F1x.3)

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

- F1x.30 No complicado.
- F1x.31 Con convulsiones.

Síndrome de abstinencia con delirium (F1x.4)

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

- F1x.40 Sin convulsiones.
- F1x.41 Con convulsiones.

Trastorno psicótico (F1x.5)

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo

tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

- Alucinosis alcohólica.
- Celotipia alcohólica.
- Paranoia alcohólica.
- Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

- F1x.50 Esquizofreniforme.
- F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.
- F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).
- F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.
- F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.
- F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.
- F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

Síndrome amnésico (F1x.6)

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

- Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas (F1x.7)

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres:

- F1 x.70 Con reviviscencias (“flashbacks”), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas.
- F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).
- F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).
- F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.
- F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- F1 x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

Si bien no han sido recomendados en esta Guía de práctica clínica, es relevante conocer los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, pues también son usados en el campo de la atención en salud. Conviene señalar como homólogos (no iguales), los criterios de “síndrome de dependencia” de CIE-10 con “dependencia de sustancias” de DSM-IV-TR, así como “consumo perjudicial” de CIE-10 con “abuso de sustancias” de DSM-IV-TR.

Dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

1. Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- dependencia de alcohol (F10.2x)
- dependencia de alucinógenos (F16.2x)
- dependencia de anfetamina (F15.2x)
- dependencia de cannabis (F12.2x)
- dependencia de cocaína (F14.2x)
- dependencia de fenciclidina (F19.2x)
- dependencia de inhalantes (F18.2x)
- dependencia de nicotina (F17.2x)
- dependencia de opiáceos (F11.2x)
- dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.2x)
- dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19.2x)

Abuso de Sustancias

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o **más**) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
5. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

Se propone usar los criterios para evaluar cada sustancia que produce abuso. De este modo puede resultar en varios diagnósticos de abuso de sustancias.

- abuso de alcohol (F10.1)
- abuso de alucinógenos (F16.1)
- abuso de anfetamina (F15.1)
- abuso de cannabis (F12.1)
- abuso de cocaína (F14.1)
- abuso de fenciclidina (F19.1)
- abuso de inhalantes (F18.1)
- abuso de opiáceos (F11.1)
- abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.1)
- abuso de otras sustancias o desconocidas (F19.1)

Otras calificaciones relacionadas en DSM-IV-TR

Intoxicación por Sustancias

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento maladaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

Se propone utilizar estos criterios para evaluar cada sustancia involucrada en la intoxicación, de modo que cada sustancia que produce intoxicación tiene su propio código.

- intoxicación por alcohol (F10.00)
- intoxicación por alucinógenos (F16.00)
- intoxicación por anfetamina o **éxtasis** (F15.00)
- intoxicación por cafeína (F15.00)

- intoxicación por cannabis (F12.00)
- intoxicación por cocaína (F14.00)
- intoxicación por fenciclidina (F19.00)
- intoxicación por inhalantes (F18.00)
- intoxicación por opiáceos (F11.00)
- intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.00)
- intoxicación por otras sustancias o desconocidas (F19.00)

Síndrome de Abstinencia de Sustancias

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- síndrome de abstinencia del alcohol (F10.3)
 - síndrome de abstinencia de anfetamina o **éxtasis** (F15.3)
 - síndrome de abstinencia de cocaína (F14.3)
 - síndrome de abstinencia de nicotina (F17.3)
 - síndrome de abstinencia de opiáceos (F11.3)
 - síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.3)
 - síndrome de abstinencia de otras sustancias o desconocidas (F19.3)

Psicosis Inducida por el Uso de Sustancias

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El tipo de psicosis inducidas por sustancias van desde la paranoia toxica de la cocaína, la demencia producida por inhalantes, el trastorno amnésico causado por el alcohol. Es importante reconocer estas situaciones como secundarias al uso para no hacer un diagnóstico primario que es falso.

ANEXO 4. AUDIT (Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol)

El AUDIT es el Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol, instrumento de 10 preguntas que mide las siguientes áreas relacionadas con el consumo de alcohol:

Dominios (áreas de evaluación)	Preguntas
Consumo de riesgo de alcohol	Preguntas 1-2-3
Síntomas de dependencia	Preguntas 4-5-6
Consumo problema de alcohol	Preguntas 7-8-9-10

Es posible usar el AUDIT completo, aplicando sus 10 preguntas y sumando el puntaje total, o bien, en 2 etapas: Primero, el AUDIT-C (abreviado), es decir, las 3 primeras preguntas del AUDIT, para discriminar consumo de bajo riesgo/consumo de riesgo, y luego, solo en los casos donde las preguntas anteriores determinen un consumo de riesgo, las siguientes 7 preguntas, para indagar sobre posibles problemas relacionados con el consumo de alcohol (posible consumo problema o dependencia).

La versión del AUDIT que se presenta a continuación está adecuada para estos 2 usos posibles y, además, contiene una modificación respecto del cuestionario original. Este fue diseñado con un trago (unidad de bebida estándar) equivalente a 10 gramos de alcohol. En Chile, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el trago corresponde aproximadamente a 14 gramos de alcohol⁵. Por esta razón, se ha cambiado la pregunta.

En el cuestionario original, de "¿con qué frecuencia toma 6 ó más TRAGOS en un solo día?" a "¿con qué frecuencia toma 5 ó más TRAGOS en un solo día?"

Los puntos de corte señalados para caracterizar cada nivel de consumo (bajo riesgo, riesgo, probable consumo perjudicial o dependencia), han sido desarrollados para adultos, mayores a 18 años. En menores de 18 años, en términos estrictos, no hay consumos de bajo riesgo, por lo que todo consumo merece una preocupación inicial, una recomendación de reducir el consumo y la entrega de información. En estos casos también puede no justificarse realizar el AUDIT-C previo, sino directamente el AUDIT completo.

AUDIT permite una buena aproximación del consumo de alcohol de una persona, pero no reemplaza la evaluación integral que debe realizarse antes de iniciar o indicar un tratamiento.

5 En estas consideraciones y modificaciones hemos seguido los desarrollos que ha hecho en la misma línea el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism de Estados Unidos. Ver: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/Spanish/Guide_2009_span.pdf

AUDIT

Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo "Ahora voy a hacer algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de TRAGO («bebidas estándar»). Recuerde, 1 TRAGO es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor o un combinado suave (puede mostrar una lámina de tragos para graficar). Marque el número de la respuesta que el consultante dé y luego sume en los casilleros asignados.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?				
Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
0	1	2	3	4
2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele beber en un día de consumo normal?				
1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7, 8 ó 9	10 ó más
0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
PUNTAJE AUDIT-C (suma puntaje de preguntas 1-3)				

HOMBRES: 0-4 puntos
MUJERES: 0-3 puntos
CONSUMO DE BAJO RIESGO
Termine acá la evaluación y entregue información acerca del consumo de bajo riesgo (INTERVENCIÓN MÍNIMA)

HOMBRES: 5 puntos o más
MUJERES: 4 puntos o más
CONSUMO DE RIESGO
CONTINÚE con las preguntas 4-10

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?				
No	Sí, pero no el curso del último año		Sí, el último año	
0	2		4	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?				
No	Sí, pero no el curso del último año		Sí, el último año	
0	2		4	
PUNTAJE AUDIT (suma total de puntaje de preguntas 1-10)				

0-7 puntos
CONSUMO DE BAJO RIESGO
Entregue información acerca del consumo de bajo riesgo (INTERVENCIÓN MÍNIMA)

8-15 puntos
CONSUMO DE RIESGO
Recomiende reducir el consumo de riesgo y entregue información (INTERVENCIÓN BREVE)

16 o más puntos
probable CONSUMO PERJUDICIAL o DEPENDENCIA
Realice DERIVACIÓN ASISTIDA para una evaluación integral del consumo

ANEXO 5. Entrevista de diagnóstico CRAFFT

CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble)

Preguntas para el screening de consumo de drogas y alcohol en adolescentes

Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	NO	SI
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	NO	SI
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	NO	SI

NO

(a todas las preguntas anteriores)

Pasar a la pregunta B1 solamente

SI

(a cualquier pregunta anterior)

Pasar a las 6 preguntas CRAFFT

PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	NO	SI
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	NO	SI
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?	NO	SI
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	NO	SI
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	NO	SI
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	NO	SI

PUNTAJE CRAFFT (Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

0-1 puntos

Recomiende el no consumo. Entregue información preventiva e indague sobre la motivación del consultante por una consulta adicional para una evaluación más específica (si es el caso derive)

2-6 puntos

El consultante podría tener algún problema relacionado con el consumo, o bien, un CONSUMO PERJUDICIAL o DEPENDENCIA. Realice una DERIVACIÓN ASISTIDA para una evaluación integral.