

RESUMEN EJECUTIVO

**Guía de Práctica Clínica Consumo perjudicial y
Dependencia de Alcohol y otras Drogas**

En personas menores de 20 años





VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas, en personas menores de 20 años en:
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS. SANTIAGO. MINSAL.


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

Fecha de Publicación: Febrero, 2020

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención motivacional de “enganche” previo al inicio de tratamiento.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención motivacional esta descrita en la Guía de intervención motivacional (ver link) 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervenciones fuera de espacios de salud (en el barrio o escuela) por sobre realizarlas en espacios de salud.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En población adolescente, las intervenciones fuera del espacio de salud podrían aumentar el acceso, la continuidad y efectividad del tratamiento. - Sin embargo, las intervenciones fuera de espacios de salud (barrio/escuela) y las intervenciones dentro de espacios de salud pueden ser complementarias, paralelas o secuenciales. El plan de tratamiento pudiera considera ambas de acuerdo a las características del paciente, de la disponibilidad de espacios apropiados y de las preferencias del paciente y su familia. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar una gestión de casos (case management) por sobre un manejo habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para implementar la gestión de casos se requiere estandarizar la metodología de la intervención, sensibilizar y capacitar a los equipos de salud. - La gestión de casos "case management" podría resultar más beneficiosa en población con mayor nivel de complejidad biopsicosocial o más vulnerable. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de cocaínas fumables con craving, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención psicosocial sin tratamiento farmacológico en comparación a realizar intervención psicosocial acompañada de fármacos</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El panel considera que si bien la mayoría de pacientes con consumo perjudicial o dependencia de cocaínas fumables con craving podría ser tratado sin fármacos, algunos pudieran beneficiarse de co-tratamiento con antipsicóticos, especialmente cuando la sintomatología concomitante fuese más severa. - En cualquier caso, la indicación de antipsicóticos requiere una evaluación personalizada del médico tratante, en el marco de un cuidado integral por parte del equipo de salud. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención psicosocial individual y grupal por sobre realizar intervención psicosocial individual únicamente.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención grupal podría mejorar la adherencia y la predisposición al cambio, vincular al paciente con su entorno y sus pares, y de este modo, favoreciendo la continuidad del cuidado. - Al considerar añadir intervenciones grupales al plan de tratamiento, es importante considerar las preferencias de las personas, las características clínicas y el contexto. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar una intervención familiar (grupo familiar sin terapia individual concomitante) en comparación a no realizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención familiar podría favorecer la adherencia al tratamiento, impactar en la redefinición de roles dentro de la familia y mejorar la comunicación en el sistema familiar. - La intervención familiar podría contribuir al cumplimiento de objetivos del tratamiento y la mantención de los logros, transformándose en un factor protector que podría prevenir situaciones de riesgo futuro (recaídas, conducta delictiva, tráfico de drogas, entre otros). - La intervención familiar debiera considerar al adulto significativo para el adolescente, que no necesariamente es un familiar 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

<p>sanguíneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención familiar pudiera no resultar una buena opción de tratamiento en situaciones de violencia intrafamiliar o de abuso sexual con el agresor en el interior de la familia 		
<p>En personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tratamiento por un periodo superior a 3 meses por sobre periodos más breves de tratamiento.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA </p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018 utilizando el sistema GRADE.

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	4
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	8
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	12
Objetivo General	12
Tipo de pacientes y escenario clínico	12
Usuarios de la Guía.....	12
MÉTODOS	12
Elaboración de las recomendaciones GRADE.....	14
3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	15
Grado de la recomendación	15
Certeza de la evidencia	16
4. EQUIPO ELABORADOR	17
5. DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS.....	18
6. REFERENCIAS.....	11

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El problema de salud que aborda esta Guía es el consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. Esto quiere decir que el problema de salud no está definido solo por el uso de alcohol y otras drogas, así como tampoco por los usos riesgosos, sino por el campo de lo que puede denominarse “trastornos por uso de sustancias”, lo cual implica el cumplimiento de ciertos criterios particulares que se detallan más adelante.

Abordar el uso de sustancias requiere acciones de promoción y prevención. Intervenir el consumo riesgoso, en la red de salud, se hace a través de estrategias de detección, intervenciones breves y referencia asistida.

Los trastornos por consumo de sustancias requieren específicamente tareas asociadas al diagnóstico y el tratamiento. Esto determina el campo de esta Guía y también sus límites.

Epidemiología de los trastornos por uso de sustancias en población adolescente

En Chile se dispone de buena información epidemiológica acerca del uso de alcohol y drogas, tanto en población general (incluyendo a población de 12 años o más) como en población escolar, específicamente. La mayor parte de esta información tiene relación con prevalencias de consumo – proporción de individuos que consume, sobre un periodo – así como intensidades de consumo o patrones de uso.

La información específica sobre trastornos por consumo de alcohol y drogas, en cambio, no es mucha, y puede ser estimada u obtenida a partir de indicadores o criterios. No hay estudios epidemiológicos especiales acerca de trastornos por uso de sustancias en Chile, durante los últimos años.

En este sentido, un indicador que puede ser usado para estimar el problema es la “tasa de dependencia”, “tasa de abuso”, así como “consumo problemático” que incorpora ambas, tal como es presentado en el Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2016 (1). De acuerdo a este estudio, al año 2016, el 20,3% de los consumidores de marihuana cumplían criterios de un consumo problemático – dependencia y/o abuso –. Lo mismo, un 37,9% de los consumidores de cocaína y el 54,8% de los consumidores de pasta base (tabla siguiente).

Cuando se aplican los mismos indicadores sobre la población general, al 2016, un 2,9% de la población cumpliría criterios para considerar un consumo problemático asociado a marihuana, un 0,4% a cocaína y un 0,2% a pasta base.

Evolución Indicadores de Severidad del Consumo de Drogas, Chile 2006-2016

Proporción de prevalentes con algún trastorno por consumo de drogas

Trastorno por Uso según Drogas (%)									
Serie	Marihuana			Cocaína			Pasta Base		
	Dependencia	Abuso	Problemático	Dependencia	Abuso	Problemático	Dependencia	Abuso	Problemático
2006	19,8	18,9	28,0	29,4	25,5	40,2	52,2	65,4	70,2
2008	24,2	22,3	33,5	20,5	29,7	33,6	50,2	66,5	67,5
2010	16,2	16,6	23,8	24,7	31,7	39,6	54,6	50,8	61,9
2012	19,4	15,3	24,9	33,8	33,0	46,8	57,7	64,6	70,3
2014	16,4	10,2	21,7	22,1	21,8	35,2	65,6	54,8	68,2
2016	14,8	11,5	20,3	29,6	23,6	37,9	44,6	47,6	54,8

Un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales en población infanto juvenil en Chile (2), en una muestra total de 1.558 niños y adolescentes, pero solo en 4 provincias de Chile – Santiago, Iquique, Concepción y Cautín – determinó que la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en un 1,2% de la población. Este valor, no obstante, se concentra en el tramo de edad entre 12 a 18 años en un 2,6% de esta población.

Es importante comprender que la mayoría de las personas con trastornos por consumo de alcohol o drogas no buscan ayuda o reciben tratamiento para solucionar estos problemas. Sobre una muestra de personas con consumo riesgoso de alcohol o drogas ilícitas, el 4,5% estuvo en tratamiento en el último año, el 3,0% sintió la necesidad de un tratamiento, pero no lo recibió, mientras que el 92,5% no recibió tratamiento ni sintió la necesidad de éste (3).

El porcentaje de personas que ingresa a tratamiento aumenta con los años. Es un 2,6% entre los 14-29 años, mientras que es un 11,7% a partir de los 45 años. Por una parte, hay que considerar también que, a mayor edad, también mayores son las posibilidades de las personas de obtener tratamiento. Por otro lado, en el grupo de jóvenes hay proporcionalmente más personas que sienten que no necesitan tratamiento, un 95,7%, en comparación con los otros tramos de edad.

El último Informe de Evaluación Técnica para el Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, de SENDA, en 2018 (4), entrega información sobre una muestra de 1.727 casos atendidos en el año. El 49% de los casos estaba en el tramo de 16-17 años, el 31% entre 18-20 años y el 20% restante entre 10-15 años.

En esta muestra, la sustancia que principalmente motiva el ingreso a tratamiento es la marihuana (60,1% de los casos), luego la cocaína (20,3%) y finalmente el alcohol (10,8%). Aunque en menor cantidad, el uso de sedantes también se identifica como motivo de ingreso a tratamiento (7,5%).

En edades menores, la marihuana tiene más presencia como sustancia que más frecuentemente explica el origen del tratamiento, mientras que la pasta base tiene una presencia que va aumentando con la edad y disminuye a partir de los 18 años.

La mayor parte de los casos corresponde a consultantes con “consumo perjudicial” (69%) y el restante a “dependencia” (31%). Esta proporción se distribuye igualmente entre hombres y mujeres en tratamiento.

La mayor parte de los casos tendría comorbilidad con otro trastorno de salud mental. De los casos, un 78,9% de los usuarios y usuarias presentan otro trastorno de salud mental ya diagnosticado. A este porcentaje hay que sumar un 18,3% de hombres y un 21,1% de mujeres que presentan “diagnóstico en estudio”.

Diagnóstico

Los criterios que definen los diagnósticos de “consumo perjudicial” y “dependencia” están definidos a partir de la Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (5). Estos son:

Consumo perjudicial

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.

Síndrome de dependencia

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.

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, tales 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.

Los diagnósticos de “consumo perjudicial” y “dependencia”, de acuerdo a CIE-10, corresponden en la mayor parte de sus criterios con los diagnósticos de “abuso de sustancias” y “dependencia de sustancias”, respectivamente, definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), otro de los sistemas de clasificación diagnóstica más difundidos (6).

Es relevante señalar que la última actualización del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, ha suspendido las categorías de “abuso” y “dependencia”, reemplazándolas por un gran grupo diagnóstico denominado “trastornos por consumo de sustancias”, como 11 criterios diagnósticos, cuya presencia determina un continuo de severidad, desde leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) y grave (6 síntomas o más) (7).

REFERENCIAS

1. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. 2017.
2. Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev Médica Clínica Las Condes. 2012 Sep;23(5):521–9.
3. Marín J. Variables asociadas a la necesidad y asistencia a tratamiento en personas con trastornos por consumo de drogas y alcohol en Chile. 2015.
4. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Informe de Evaluación Técnica Anual 2018. Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. 2019.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. 1992.
6. (APA) APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR. Masson, editor. Barcelona; 2002.
7. (APA) APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. Panamericana EM, editor. Madrid; 2014.
8. Intervención breve. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas [Internet]. [cited 2019 Oct 24]. Available from: www.paho.org
9. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>. 2015.
10. Ministerio de Salud. Guía técnica de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria de salud. Santiago. http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf. 2011.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo clínico del consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Esta Guía Clínica se aplica a las personas menores de 20 años que presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas – alcohol y otras drogas –, particularmente consumo perjudicial y dependencia, de acuerdo a la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (F10- F19).

Es importante considerar, por una parte, que 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 otras drogas (no constitutivos de trastornos), este documento no está elaborado para intervenir específicamente sobre el consumo de riesgo o el consumo excesivo episódico de alcohol (binge drinking), por ejemplo, estrategias de Detección, Intervenciones Breves y Referencia Asistida (DIR), resultan más apropiadas para estos casos.(8–10)

Por otro lado, esta Guía tampoco incorpora estrategias específicas dirigidas a trastornos por consumo de alcohol o drogas de carácter severo, sino más bien, intervenciones de tratamiento para trastornos de nivel leve o moderado de severidad. En este sentido, por ejemplo, no se incluyen acá orientaciones de tratamiento residenciales, ni intervenciones específicas de desintoxicación.

Finalmente, esta Guía no está ajustada a los trastornos debidos al consumo de tabaco.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales y trabajadores de salud de atención primaria y de especialidad, del sistema de salud público o privado, principalmente en atención abierta, que entreguen atención a adolescentes con sospecha o diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias – consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas –. Entre otros: médicos generales, médicos psiquiatras, neurólogos, pediatras, adolescentólogos, etc., matronas/es, enfermeras/os, psicólogas/os, terapeutas Ocupacionales, psicopedagogas/os, trabajadoras sociales, técnicos en rehabilitación.

MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía de Práctica Clínica se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, usuarios.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2018](#)

Para la actualización de la GPC Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años, se realizó una revisión de vigencia de las recomendaciones claves de la GPC Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años del año 2013, identificando aquellas recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia disponible por parte de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

Tabla N° 1: Recomendaciones vigentes al 2018, de la GPC Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años 2013.

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.
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.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2013](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la elaboración/actualización**. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

1. En personas menores de 20 años con trastornos por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se debe realizar intervención motivacional (de “enganche”) en comparación a no realizar intervención motivacional, previo al inicio de tratamiento por trastorno del uso de alcohol y drogas?
2. En personas menores de 20 años con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se deben realizar intervenciones psicosociales fuera de espacios de salud (barrio/escuela) en comparación a realizar intervenciones psicosociales dentro de espacios de salud?
3. En personas menores de 20 años con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se debe utilizar gestión de casos (case management) en comparación a manejo habitual?
4. En personas con trastorno por uso de cocaínas fumables (consumo perjudicial/dependencia) con craving ¿Se debe realizar intervención psicosocial más uso de antipsicóticos atípicos en comparación a intervención psicosocial sin tratamiento farmacológico?
5. En personas con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se debe realizar intervención psicosocial individual más intervención grupal en comparación a realizar intervención psicosocial individual?

6. En personas con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Se debe realizar intervención familiar (grupo familiar sin terapia individual concomitante) en comparación a no realizar?
7. En personas con trastorno por uso de alcohol y otras drogas (consumo perjudicial/dependencia) ¿Debe realizarse tratamiento por periodo superior a 3 meses en comparación a realizar tratamiento por periodo menor a tres meses?

▶ Ver más detalle en Informe de [Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de las recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)¹. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: la síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

▶ Ver más detalle en [Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica “Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años 2018” completa.](#)

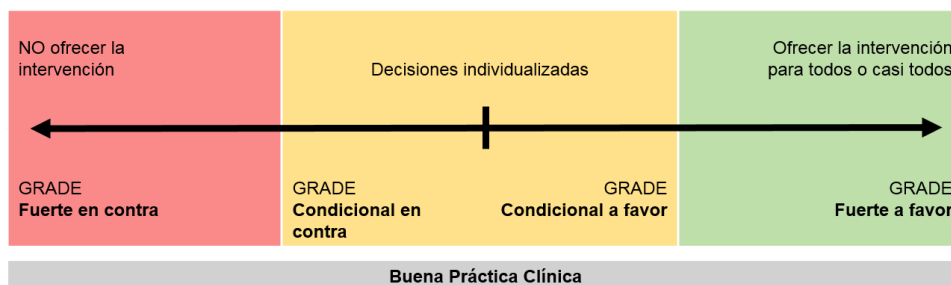
¹ Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación. La intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS O EN CASI TODOS LOS CASOS**. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos. Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

4. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinador Clínico	Loreto Céspedes Parada. Médico psiquiatra. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) / COSAM Peñalolén.
Coordinador Temático	Pablo Norambuena Cárdenas. Psicólogo. Departamento de Salud Mental, DIPRECE. Ministerio de Salud.
Coordinador Metodológico	Cecilia Muñoz Cerda-Barrios, Médico. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
Ignacio Neumann Burotto	GRADE Working Group. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Panel de expertos

Alejandra Andrea Pérez Salazar	Psicóloga. Comunidad Terapéutica Talita Kum
Claudia Quinteros López	Psicóloga. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - SENDA
Cynthia Zavala Gaete	Médico Psiquiatra. Departamento de Salud Mental, DIPRECE. Ministerio de Salud / Centro de Estudios de la Universidad Católica
Daniel Lagos Suazo	Técnico profesional en Drogodependencias. Centro de Salud del Adolescente Rucahueche
Eduardo Agustín Artiga González	Terapeuta Ocupacional. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Felipe Andres Gutierrez Muñoz	Psicólogo. COSAM La Florida
Iván Muñoz Muñoz	Psicólogo. Fundación Paréntesis
Javiera Paz Erazo Leiva	Psicólogo. Departamento de Salud Mental, DIPRECE. Ministerio de Salud
Lenka Alfaro Pizarro	Asistencia Social. Servicio Salud Coquimbo
Loreto Céspedes Parada	Médico Psiquiatra. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) / COSAM Peñalolén
Macarena Valdés Correa	Enfermera. Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE. Ministerio de Salud
María Teresa Cordero Jara	Psicóloga. Centro de Salud Familiar Apoquindo. Las Condes / Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Milena Pereira Romero	Psicóloga. Departamento de Gestión de Cuidados, DIVAP. Ministerio de Salud
Nicolás Antonio Barticevic Lantadilla	Médico-Cirujano. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile
Paola Rivas Aburto	Psicóloga. Departamento Comunal de Salud Maule
Tatiana Isabel Cid Jara	Psicóloga. CESFAM Dr. Raúl Brañes F.

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Macarena Morel Marambio; Rocio Bravo; Maria Francisca Verdugo y Luis Ortiz Muñoz. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
Patricia Cerda²	Valores y preferencias de los pacientes. Evaluaciones económicas y costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

5. DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno de los integrantes del equipo elaborador indicó tener potenciales de conflictos de interés.