



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GUÍA CLÍNICA

CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS

SERIE GUÍAS CLINICAS MINSAL N°53

2007

Citar como:

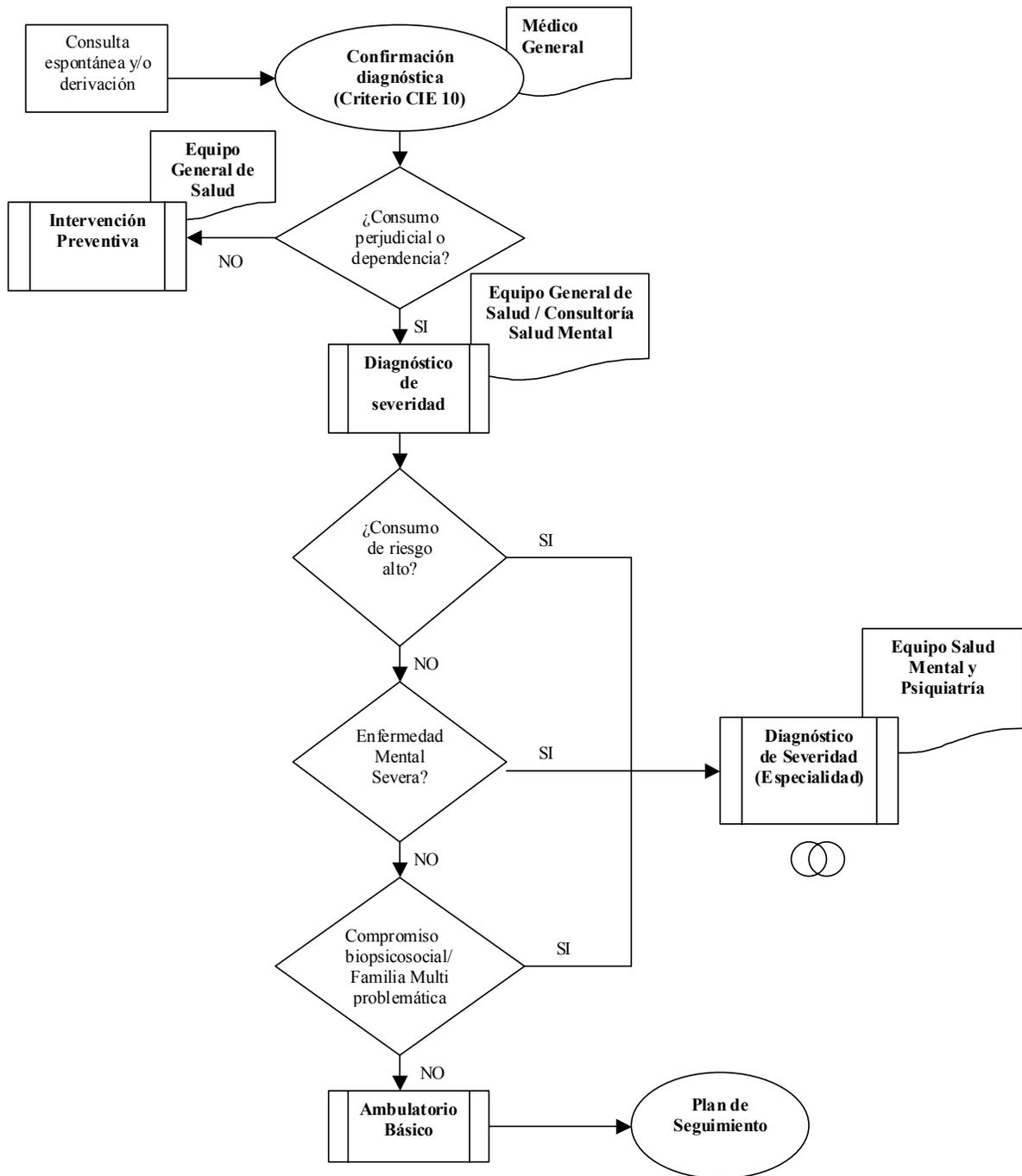
MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Santiago: Minsal, 2007.

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

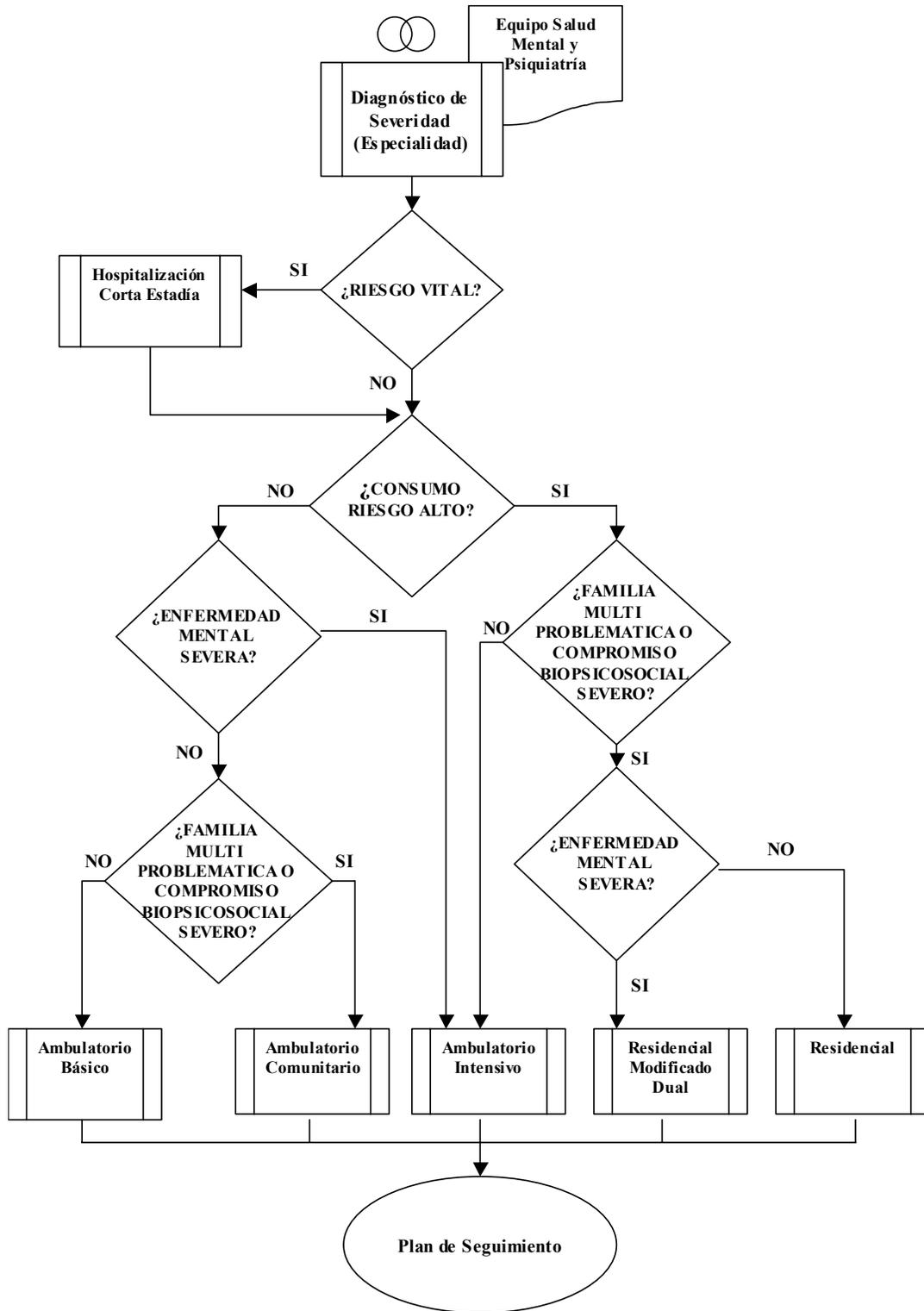
Fecha de publicación: Mayo 2007

INDICE	Página
Algoritmo	4
Recomendaciones Clave	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud	7
1.2 Alcance de la guía	10
Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	10
Usuarios a los que está dirigida la guía	10
1.3 Declaración de intención	10
2. OBJETIVOS	12
3. RECOMENDACIONES	12
3.1. Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica	12
3.2 Confirmación diagnóstica	14
3.3 Tratamiento	18
3.4 Seguimiento	25
4. DESARROLLO DE LA GUIA	28
4.1 Grupo de trabajo	28
4.2 Revisión sistemática de la literatura	30
4.3 Vigencia y actualización de la guía	31
ANEXO 1: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	32
ANEXO 2: DIMENSIONES BIOPSIICOSOCIALES PARA DIAGNOSTICO INTEGRAL EN ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL/DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS.	33
ANEXO 3: DIMENSIONES LIGADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA DIAGNOSTICO INTEGRAL EN ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL/DEPENDENCIA.	36
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE AUTO-DIAGNÓSTICO SOBRE RIESGOS EN EL USO DE ALCOHOL (AUDIT)	37
Referencias	39

Algoritmo de Decisiones para Tratamiento de Personas Menores de 20 años con Consumo Perjudicial y Dependencia a Alcohol y Drogas (1)



Algoritmo de Decisiones para Tratamiento de Personas Menores de 20 años con Consumo Perjudicial y Dependencia a Alcohol y Drogas (2)



Recomendaciones Clave	Nivel de evidencia
Detección de personas menores de 20 años con problemas derivados del consumo de alcohol y drogas en las actividades regulares de salud	<i>Evidencia 4. Grado de recomendación C</i>
Diagnóstico de consumo perjudicial / dependencia incorporando aspectos psicológicos y sociales	<i>Evidencia 2. Grado de recomendación A</i>
Derivación a plan de tratamiento de acuerdo a perfil biopsicosocial del adolescente	<i>Evidencia 3. Grado de recomendación B</i>
Planes de Tratamiento basados en una combinación de intervenciones individuales, grupales, familiares y comunitarias efectivas	<i>Evidencia 3. Grado de recomendación B</i>
Incorporación de Entrevista Motivacional en los planes de tratamiento	<i>Evidencia 1. Grado de recomendación A</i>
Incorporación de Terapia Cognitivo-Conductual en los planes de tratamiento	<i>Evidencia 1. Grado de recomendación A</i>
Incorporación de Terapia de Familia en los planes de tratamiento	<i>Evidencia 1. Grado de recomendación A</i>
Plan de Seguimiento post – alta	<i>Evidencia 2. Grado de recomendación A</i>
Preferencia por tratamiento lo menos restrictivo posible	<i>Evidencia 2. Grado de recomendación B</i>
Fomentar participación en grupos de autoayuda	<i>Evidencia 4. Grado de recomendación C</i>

1. INTRODUCCIÓN

La implementación de una Garantía Explícita en Salud para Adolescentes que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y drogas responde a la necesidad de intervenir en forma temprana en un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas, por lo tanto una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación. Estos daños se relacionan con enfermedades físicas y mentales, problemas escolares, obstáculos para inserción laboral presente o futura, dificultades familiares, comisión de delitos o de conductas violentas, etc., todos problemas que implican sufrimientos para las personas y elevados costos para la sociedad.

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 ubicar a cada usuario en el mejor programa de acuerdo a sus necesidades.

1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud

La realidad del uso de sustancias en adolescentes chilenos merece preocupación. Según el “Sexto Estudio Nacional de drogas en la población general” (31), la prevalencia de vida de consumo de alcohol llega a 62.85% en este grupo, la prevalencia de último año a 54.71% y 31.56% para la prevalencia de último mes. El consumo de alcohol presentó un aumento desde el año 1994 al 1996 y se ha mantenido estable en los últimos años, según esta encuesta.

La prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 38.9%, la de último año de 6.5% y la de último mes de 2.32%.

Dentro de este estudio la población de 12 a 19 años que presenta consumo problemático de drogas (abuso y dependencia) corresponde al 28% del total de consumidores problemáticos de todas las edades, es decir, a unas 58.736 personas. De estas, el 10.3% refiere necesitar tratamiento.

Además de la población anterior, existen adolescentes cuya demanda por tratamiento no es detectada en estudios de hogares, debido a que se encuentran en Instituciones de SENAME (no encuestados en el estudio CONACE) o que no declaran consumo problemático o necesidad de tratamiento en encuestas (como parte de sus conductas transgresoras). De los adolescentes de 10 a 19 años con protección de derechos en instituciones SENAME (43.680 adolescentes), alrededor del 30% presentan consumo problemático y una demanda estimada para tratamiento del 20%, de acuerdo a información entregada por CONACE.

Otro estudio poblacional realizado en nuestro país es el “Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile” (alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio) (30), que CONACE realizó el año 2005. Este estudio muestra que tal y como ocurre en el resto de países que realizan investigación sobre uso de drogas, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares de Chile. Le siguen en orden descendente el consumo de marihuana, sustancias inhalables y cocaína. Algo menor es la declaración de consumo de pasta base. La prevalencia de

consumo de último mes de alcohol llega al 44% (muestra un alza significativa en relación con Estudio 2003 que fue de 39%), mientras la prevalencia de consumo de último mes de marihuana llega a 6.5%.

En ese estudio además se señala que las mujeres consumen menos drogas ilícitas que los hombres, por ejemplo marihuana fue de 7.3% vs 5.8%, Pasta Base de Cocaína fue 1.6% a 0.7% en consumo reciente.

Otro hecho significativo en este estudio es que la tasa más alta de dependencia al alcohol en mujeres se registra en el grupo de 12 a 18 años. A esas edades, presenta dependencia el 19,0% de los hombres y el 17% de las mujeres que consume alcohol. En el grupo de 19 a 25 años, la dependencia se da en el 27,3% de los hombres y el 10,1% de las mujeres que lo consumen.

Descripción de los trastornos por uso de sustancias en los 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.

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. (Marco Conceptual de Salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. OPS, 2001).

De acuerdo a lo señalado el consumo de alcohol y otras drogas tienen 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.

Algunas de estas características específicas del adolescente son las siguientes:

a) El patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos.

La adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias (9). Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. 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 (8).

Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia (8, 42). Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos. Estudios que investigan el abuso y la dependencia a alcohol en grandes muestras de población general adolescente (16, 17) 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.

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.

b) Problemas derivados del consumo.

Si bien puede existir un compromiso del estado general de salud, los adolescentes abusadores y dependientes presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos portadores del mismo diagnóstico (8, 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(35).

No obstante lo anterior, 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 (35).

c) Desarrollo biológico del Adolescente.

Uno de los aspectos críticos en el desarrollo de los adolescentes es el del cerebro, que en esta etapa atraviesa por un profundo proceso de maduración en la cual pueden verse afectadas funciones que dependen en gran medida del lóbulo frontal, tales como el control de impulsos y el manejo de los estados motivacionales (7).

Existen algunas variables importantes que deben incorporarse al análisis cuando se definen estrategias de intervención tales como (5, 10, 42):

1. Género: tanto respecto de “igualdad de género”, o sea aspectos relacionales y el concepto de género como estructura de poder, como a la “especificidad de género”, que se refiere a riesgos de salud específicos, desarrollos emocionales, cognitivos y sociales diferentes, etc. y estrategias o técnicas terapéuticas de mayor o menor eficacia en hombre o mujeres.
2. Vulnerabilidad social: ligado especialmente a la vida de y en la calle, la vulneración de derechos y al nivel de inserción en redes (sanitarias, sociales, escolares, etc.) del adolescente y su familia.
3. Etnia: esta variable influye en las modalidades de consumo, en las fuentes de legitimación de ese consumo y en la necesidad de adecuar las intervenciones a esas condiciones para alcanzar resultados.
4. Etapas de la adolescencia, se debe considerar que la adolescencia es un proceso continuo que considera las siguientes etapas: Temprana (10 – 13 años), Media (14 – 16 años) o Tardía (17 – 19 años). Cada una de estas etapas establece una

diferencia en el desarrollo de la persona y el sentido que motiva el consumo, por lo tanto, el tratamiento debe considerar estas condiciones específicas.

5. Conflicto con la justicia: existen adolescentes que se encuentran en sistemas de protección, otros que han sido aprehendidos y no imputados o imputados que requieren intervenciones específicas dadas sus características particulares.

1.2 Alcance de la guía

a. 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). Se exceptúan de esta Guía los Trastornos debidos al consumo de cafeína (F15) y tabaco (F17). La CIE 10 incluye en estos trastornos tanto el Consumo Perjudicial como el Síndrome de Dependencia:

- **Consumo Perjudicial:** Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. trastornos depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año.
- **Dependencia:** Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

Equipos de salud de atención primaria y equipos de salud mental y psiquiatría, en particular a médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales.

1.3 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 aseguran un desenlace exitoso en cada paciente.

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.

2. 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 clínica tiene por objetivos:

- Mejorar la pesquisa, el diagnóstico y el tratamiento integral en personas menores de 20 años que tengan un Consumo Perjudicial y/o Dependencia a Alcohol y Drogas de acuerdo a la evidencia actualizada disponible a nivel mundial.
- Mejorar la inserción educacional y sociolaboral de adolescentes con consumo perjudicial / dependencia a alcohol y drogas.
- Aportar a la disminución de conductas violentas o transgresoras de la ley y/o de la convivencia social.

3. RECOMENDACIONES.

3.1. Prevención primaria, tamizaje y sospecha diagnóstica

Pregunta clínica

¿Cuáles son las mejores prácticas de Prevención Primaria del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes en el ámbito escolar?

Síntesis de evidencia

Las políticas desplegadas en Chile consideran al ámbito educacional como el espacio privilegiado para evitar el consumo. Y la educación es, en si misma, preventiva: ella forma valores, actitudes, habilidades y conductas que permiten al niño, niña y joven desarrollarse en forma integral, anticiparse a la aparición de problemas y aprender a enfrentar los riesgos del medio social donde se desenvuelve.

Las buenas prácticas se basan en la ejecución de módulos de contenidos en el contexto escolar adaptando los contenidos y metodologías a la etapa de desarrollo en que se encuentra el adolescente (32).

Recomendaciones

La aplicación de los programas de prevención primaria del consumo de alcohol y droga en el ámbito escolar deben incorporar no sólo al adolescente sino que al conjunto de la comunidad escolar: docentes, paradocentes y familiares y apoderados. En este sentido las acciones de prevención pueden ser ejecutadas como actividades adicionales en los establecimientos educacionales o bien los contenidos preventivos ser incorporados en las mallas curriculares de los establecimientos.

***Nivel de evidencia 3
Grado de Recomendación C***

Pregunta clínica

¿Cuáles son las mejores prácticas de prevención primaria en el ámbito comunitario?

Síntesis de evidencia

Las iniciativas de prevención en el ámbito comunitario que se desarrollan en Chile actualmente se apoyan en las organizaciones sociales existentes en un determinado lugar geográfico, pues las asociaciones son espacios óptimos para llevar a cabo programas tanto de prevención primaria (información y capacitación de sus miembros en actitudes, valores y habilidades) como secundaria (detección precoz de población de riesgo) y terciaria (reinserción de personas que sufrieron drogodependencia) (35).

Recomendaciones

Las iniciativas de prevención en el ámbito comunitario se deben basar en la participación de las personas en el lugar donde llevan adelante sus actividades cotidianas. Estas acciones de prevención permiten informar y capacitar a las personas en el desarrollo de habilidades, valores y actitudes frente al consumo de alcohol y drogas. Estas iniciativas pueden ser parte de las actividades regulares de diferentes organizaciones

En conjunto con estas acciones de prevención es posible que las redes de organizaciones sociales participen también en detectar precozmente a personas con problemas de consumo de alcohol y drogas.

Nivel de evidencia 3
Grado de Recomendación C

Pregunta clínica

¿Qué acciones en el ámbito de salud son recomendables para el tamizaje y la sospecha diagnóstica?

Síntesis de evidencia

La evidencia señala que se deben incorporar acciones de detección precoz tanto en las acciones regulares de salud como en iniciativas específicas tendientes a pesquisar a personas con consumo problemático de alcohol y drogas en forma activa (34).

Actualmente en la Atención Primaria de Salud (34) se desarrolla un Programa de Detección y Tratamiento temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras sustancias Psicoactivas. Este programa establece que le corresponde al equipo de salud general (médicos, profesionales no médicos, técnicos y auxiliares) detectar los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en adolescentes, tanto en los consultantes espontáneos como en poblaciones en riesgo (familia con adolescente consumidor), como en el trabajo en red con escuelas, organizaciones comunitarias, programas de prevención de alcohol y drogas, equipos psicosociales de SENAME, CONACE, ONGs, juzgados y otras instituciones.

Recomendaciones.

En los adolescentes que no presentan un Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (CIE 10), el equipo de salud general debe realizar las actividades preventivas pertinentes.

Detección y Evaluación Diagnóstica:

- Aplicación de instrumento de tamizaje a todo consultante mayor de 15 años.
- Recepción expedita de consultas realizadas por familiares o personas cercanas de adolescentes que consultan por problemas asociados al consumo de alcohol y drogas.

- Aplicación de Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).(Ver Anexo 4)
- Entrevista con familiares.

Nivel de evidencia 4

Además debe ejecutar las siguientes acciones:

- Realizar acogida ***Nivel de evidencia 4.***
- Llevar a cabo una intervención motivacional ***Nivel de evidencia 4.***
- Efectuar atención por problemas de salud física ***Nivel de evidencia 2.***
- Favorecer la participación en Grupos de Autoayuda que respondan a las necesidades del adolescente y su familia ***Nivel de evidencia 4.***
- Mantener a lo largo del tiempo una adecuada relación con los adolescentes, velando por la continuidad del tratamiento y la inserción en la comunidad ***Nivel de evidencia 4.***
- Realizar una derivación asistida al equipo de salud mental y psiquiatría cuando corresponda. ***Nivel de evidencia 4.***
- Intervención Terapéutica: adolescentes con Compromiso Bio Psico Social leve a moderado que puede ser manejado en la Atención Primaria ***Nivel de evidencia 4.***

Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación C

3.2. Confirmación diagnóstica

Pregunta clínica

¿Son aplicables a los adolescentes los criterios diagnósticos CIE 10 de Consumo Perjudicial y Dependencia?

Síntesis de evidencia.

Recientemente han existido ciertos cuestionamientos sobre la uniformización de los criterios diagnósticos tanto para adultos y adolescentes. De hecho, el síndrome de dependencia a sustancias, tal como está definido en el CIE 10 o en el DSM IV puede ser inapropiada para los adolescentes pues basándose en estudios se ha establecido que el síndrome de abstinencia al alcohol en este grupo es raro. Se establece que la tolerancia producida por el consumo de alcohol y drogas tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia, los problemas de salud físicos asociados al consumo de alcohol no son tan frecuentes como entre la población adulta y el abandono de las actividades regulares puede no estar presente en adolescentes que consumen alcohol.

De acuerdo a esta evidencia (14, 16 y 17), Consumo Perjudicial y Síndrome de Dependencia serían dos polos de un continuo y no dos categorías separadas.

Recomendaciones.

Puede establecerse el Diagnóstico de Consumo Perjudicial o de Dependencia en aquellos adolescente que presenten criterios CIE 10 lo suficientemente claros, pero cuando esto no suceda sólo se podrá establecer un diagnóstico no diferenciado de consumo perjudicial/dependencia.

Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación B

¿Qué criterios diagnósticos se utilizan en adolescentes para determinar la severidad del cuadro clínico Consumo Perjudicial / Dependencia?

Síntesis de evidencia.

En el proceso diagnóstico, los clínicos deberán considerar los criterios Diagnósticos CIE 10 para establecer consumo perjudicial y/o dependencia a alcohol y drogas y las siguientes variables biológicas, psicológicas y sociales para determinar la severidad de ese consumo (5):

- Patrón de Consumo
- Compromiso Bio Psico Social
- Presencia de familia multi problemática
- Presencia de co – morbilidad de salud mental

Recomendaciones.

El médico general o el psiquiatra realizan el diagnóstico de consumo perjudicial y/o dependencia a alcohol y otras drogas de acuerdo a los criterios CIE 10. Además deben establecer la severidad del consumo perjudicial o dependiente de acuerdo a variables biopsicosociales. Para esto contarán con el concurso de otros miembros del equipo de salud.

Si el adolescente con un diagnóstico de consumo perjudicial y/o dependencia presenta un consumo de riesgo alto, una enfermedad mental severa asociada, un compromiso biopsicosocial severo o una familia multiproblemática, el equipo de salud general lo derivará a un equipo de salud mental y psiquiatría con el objeto de complementar el diagnóstico y efectuar un tratamiento de mayor intensidad.

Aspectos a considerar en el Diagnóstico del Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y Drogas y su Severidad.

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. Además, en caso de dudas de consumo reciente, debe llevarse a cabo un examen toxicológico, con el fin de detectar la presencia de la sustancia o sus metabolitos en la orina.

Por otra parte, en caso de dificultades en este proceso diagnóstico, el equipo de salud general podrá contar con el apoyo de un equipo de salud mental y psiquiatría, a través de la actividad de consultoría.

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.

a) Criterios CIE 10 para Diagnóstico Clínico:

- **Consumo Perjudicial:** Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (ej. hepatitis) o mental (ej. trastornos

depresivos secundarios), incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado o contribuido al daño y que el consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año.

- **Dependencia:** Conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor.

Para establecer el diagnóstico de dependencia es necesario que hayan estado presentes simultáneamente tres o más de los siguientes criterios (persistentes durante al menos un mes o en forma repetida en un período de 12 meses):

- Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales.

b) Criterios para establecer severidad del consumo:

Patrones de Consumo (ver anexo 3):

La investigación de patrones de consumo debe incluir información sobre:

- Edad de inicio de consumo
- Sustancia o droga consumida
- Frecuencia del consumo actual
- Consumo sostenido
- Consumo socializado o no
- Vía de administración
- Consecuencia de la intensidad del consumo
- Criterios de dependencia
- Motivación al consumo

La comorbilidad con otra Enfermedad Mental.

Considerando la alta frecuencia de enfermedades mentales en las personas que presentan desórdenes por uso de sustancia, se debe hacer una evaluación integral de la psicopatología, incluyendo la revisión de síntomas y de la historia de tratamiento

psiquiátrico (5, 10, 42). De este modo, en el caso que exista una enfermedad mental, el tratamiento de esta se debe incluir en el plan de tratamiento individual.

Se debe poner especial atención al diagnóstico de enfermedades mentales severas, ya que su presencia obliga a ubicar al adolescente en planes de tratamiento de mayor intensidad. Las enfermedades severas a considerar son:

- Esquizofrenia o Psicosis de larga evolución
- Depresión Grave
- Trastorno Bipolar
- Cuadro Orgánico Grave
- Retardo mental
- Trastornos del Desarrollo Graves
- Trastornos del Comportamiento Graves

c) Compromiso Bio Psico Social. (ver anexo 2)

El diagnóstico integral del caso debe considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Una consideración por todas estas variables es requisito esencial para planificar un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

Las siguientes dimensiones biopsicosociales deben ser consideradas en el proceso diagnóstico, las cuales han sido basadas en el Patient Placement Criteria (PPC 2-R), concordadas en un grupo de expertos convocados por CONACE-MINSAL e incluidas en el Protocolo Operativo CONACE-FONASA-MINSAL 2007

1. Salud física y mental: salud física general, salud sexual y reproductiva y salud mental.
2. Desarrollo psicoemocional: capacidad adaptativa.
3. Familia: figura vincular o contenedora y sistema familiar.
4. Reparación: relación con el contexto socio – familiar.
5. Socialización y modulación de conductas transgresoras
6. Integración social: vida de calle, escuela o liceo, grupo de pares, comunidad y recreación y tiempo libre.

d) Familia Multi-Problemática (ver anexo 2).

Dentro de los aspectos a evaluar se considera el tipo y estado de la familia como fundamental para el tratamiento del adolescente.

Es por ello que se define a un grupo familiar como multi-problemático cuando la mayoría de las siguientes condiciones se encuentran presentes: se han perdido los roles y figuras de autoridad, no existe un reconocimiento del hijo o hija, existe cesantía permanente, falta de cohesión, está presente violencia intrafamiliar o maltrato, alcoholismo y/o consumo de drogas y enfermedades mentales en algunos o todos sus miembros. Este grupo familiar no puede brindar apoyo al adolescente ni ser parte activa de su tratamiento.

Nivel de evidencia 2

Recomendaciones A

3.3. Tratamiento

Pregunta clínica

¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas efectivas para adolescentes con consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y drogas?

Síntesis de evidencia.

Las intervenciones terapéuticas que poseen las mayores evidencias sobre su efectividad clínica en esta área son:

1. Entrevista motivacional (13, 35):

La Entrevista Motivacional (EM) es una forma de intervención psicosocial breve, destinada a ayudar a las personas a modificar hábitos. Se debe utilizar en todos los adolescentes con consumo perjudicial/dependencia.

El fundamento teórico de la EM 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.

La evidencia señala que existen suficientes antecedentes como para apoyar la utilización de la EM en los tratamientos de abuso y dependencia a sustancias, considerando que la EM permite la incorporación a personas a tratamientos más intensivos.

En estudios descriptivos tanto en grupos buscadores de tratamiento (servicios de urgencia) como no buscadores de tratamiento (estudiantes de colleges) han demostrado disminución de consumo tanto de alcohol como de tabaco en el largo plazo.

***Nivel de Evidencia 1
Grado de Recomendación A***

2. Consejería (43):

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.

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

***Nivel de Evidencia 2
Grado de Recomendación B***

3. Psicoterapia individual

Las siguientes formas de psicoterapia han sido utilizadas con adolescentes con consumo perjudicial/dependencia.

La psicoterapia expresiva/de apoyo (43) es una forma de psicoterapia psicoanalítica de tiempo limitado en la cual se implementan técnicas de apoyo a la vez que técnicas exploratorias que permiten al paciente trabajar en torno a problemas que afectan sus relaciones con otros y con la sustancia. En la revisión realizada de intervenciones psicoterapéuticas individuales resultan altamente efectivas en personas con consumo abusivo de opiáceos y no de cocaína.

***Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación B***

La psicoterapia interpersonal (6, 23) es una forma de psicoterapia que se basa en la elaboración de las relaciones interpersonales del paciente, con particular consideración a cómo éstas van evolucionando a lo largo del ciclo vital. En la revisión realizada de intervenciones psicoterapéuticas individuales resultan altamente efectivas en personas con consumo de cocaína.

***Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación B***

4. Terapia cognitivo conductual (TCC) (12, 22).

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 (22) e incorporan elementos del modelo de Beck (1), entre otros autores.

Un significativo cuerpo de evidencia ha 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 (39). Se debe utilizar en forma individual o grupal en todos los planes de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial.

***Nivel de Evidencia 1
Grado de Recomendación A***

5. Terapia de Familia.

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.

Una reciente revisión de la efectividad de la TF en adolescentes llevada a cabo por Liddle (22) 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 planes de tratamiento, tanto ambulatorio como residencial.

***Nivel de Evidencia 1
Grado de Recomendación A***

6. Terapia Grupal.

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 no está exenta de controversias. Existe evidencia de que la terapia de grupo en adolescentes dependientes puede tener un efecto negativo sobre el resultado del tratamiento, especialmente en una subpoblación de adolescentes con trastorno conductual (5). No deberían incluirse en terapia grupal a jóvenes con conductas altamente disruptivas, a los cuales es preferible ofrecerles terapia familiar.

***Nivel de Evidencia 3
Grado de Recomendación B***

7. Tratamiento farmacológico.

El abordaje de las dependencias en adolescentes debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados (5, 23, 42). Existen tratamientos tanto para la dependencia a sustancias, como a las patologías mentales concomitantes.

Está indicado el uso de benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de dependencia a alcohol en adolescentes (11, 26, 37, 40)

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.(5, 20, 23). Los adolescentes con patología dual deben recibir tratamientos integrados (un mismo equipo se hace cargo del tratamiento de las dos patologías).

***Nivel de Evidencia 4
Grado de Recomendación C***

8. Clubes de autoayuda (13).

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.

Nivel de evidencia 4
Grado de Recomendación C

Pregunta clínica

¿Cuál es la intensidad del Tratamiento requerido para los diferentes perfiles de severidad de los adolescentes con consumo perjudicial / dependencia a alcohol y drogas?

Síntesis de Evidencia

De acuerdo al Patient Placement Criteria 2R (5) la atención de adolescentes con consumo perjudicial/dependencia debe organizarse sobre la base de planes de tratamiento, incluyendo en ellos un conjunto de prestaciones individuales, grupales, familiares y comunitarias, programadas con las características técnicas y la intensidad adecuada para responder a las necesidades de distintas poblaciones de adolescentes. El criterio para establecer la intensidad de las intervenciones corresponde a la permanencia diaria en el programa de tratamiento, en el cual el adolescente accede a las diferentes intervenciones.

La experiencia recogida a nivel nacional a través de la ejecución del convenio CONACE – FONASA – MINSAL muestra que la implementación de planes de tratamiento de distinta intensidad, basados en el Patient Placement Criteria 2R ha permitido potenciar el efecto de las intervenciones, al crear un sistema que utiliza criterios que relacionan condiciones del usuario, aspectos clínicos de inclusión en programas específicos, organización de prestaciones y criterios de gestión financiera.

1. Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico

El tratamiento ambulatorio básico se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo problemático de riesgo moderado, sin una enfermedad mental severa, y un compromiso biopsicosocial moderado, que desempeñan una actividad educacional parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar.

Este plan de tratamiento incluye las siguientes intervenciones:

- Entrevista motivacional
- Terapia cognitivo conductual individual y grupal
- Intervenciones familiares
- Intervenciones para Desintoxicación ambulatoria
- Consejería individual y grupal
- Tratamiento de enfermedad mental leve o moderada
- Intervenciones recreacionales
- Psicoeducación
- Terapia Farmacológica cuando corresponda
- Intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, talleres, intervenciones ocupacional) en la comunidad
- Consultoría de Salud Mental con equipo de especialidad en Salud Mental
- Derivación asistida a Clubes de Autoayuda

2. Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo

El tratamiento ambulatorio intensivo se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo de riesgo moderado junto con una enfermedad mental severa, o que pueda apoyar el tratamiento, con o sin enfermedad mental severa concomitante

Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones :

- Entrevista motivacional
- Terapia cognitivo - conductual individual y grupal
- Terapia familiar
- Psicoeducación
- Intervenciones para Desintoxicación ambulatoria
- Consejería individual y grupal
- Terapia ocupacional
- Intervenciones recreacionales
- Tratamiento de enfermedad mental
- Terapia Farmacológica cuando corresponda
- Intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, talleres, intervenciones ocupacionales) en la comunidad
- Coordinación con equipo psicosocial externo para el tratamiento e inserción social cuando corresponda
- Derivación asistida a Clubes de Autoayuda

3. Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario

El tratamiento ambulatorio comunitario se encuentra indicado para adolescentes que presentan consumo de riesgo moderado, compromiso biopsicosocial severo que se expresan en dificultades importantes en el ámbito educacional y/u ocupacional (desescolarización, o problemas de retraso, repitencia o inadaptación importantes), no presentan una enfermedad mental severa y tienen una familia multi problemática que tiene dificultades para apoyar el tratamiento del adolescente.

Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones :

- Entrevista motivacional
- Terapia cognitivo conductual individual y grupal
- Terapia familiar
- Terapia ocupacional y recreacional
- Intervenciones para Desintoxicación ambulatoria
- Psicoeducación
- Consejería individual y grupal
- Aprendizaje de habilidades sociales
- Intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, talleres, intervenciones ocupacionales) en la comunidad
- Tratamiento de enfermedad mental leve o moderada
- Terapia Farmacológica cuando corresponda
- Coordinación con equipo psicosocial externo para el tratamiento e inserción social

4. Plan de Tratamiento Residencial.

El tratamiento residencial se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo de alto riesgo, un compromiso biopsicosocial severo y una familia multiproblemática que no puede apoyar el tratamiento del adolescente. En el caso que

presenten una enfermedad mental severa concomitante el Plan de Tratamiento será Residencial Modificado Dual.

Este plan de tratamiento debe incluir las siguientes intervenciones :

- Entrevista motivacional
- Terapia cognitivo conductual individual y grupal
- Terapia familiar
- Psicoeducación
- Intervenciones para Desintoxicación residencial
- Consejería individual y grupal
- Terapia ocupacional
- Intervenciones recreacionales
- Apoyar la asistencia a servicios de educación
- Tratamiento de enfermedad mental leve o moderada
- Cuidados de 24 horas al día en un ambiente terapéutico
- Intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, talleres, ocupacional) en la comunidad
- Terapia Farmacológica cuando corresponda.
- Coordinación con equipo psicosocial externo para el tratamiento e inserción social cuando corresponda

En el caso del **Tratamiento Residencial Modificado Dual** las intervenciones anteriores se adaptan a las características de la enfermedad mental severa y la discapacidad asociada. Además se agregan las siguientes intervenciones:

- Terapia farmacológica
- Aprendizaje de habilidades sociales
- Programa de rehabilitación psicosocial

5. Hospitalización de Corta Estadía.

La Hospitalización de Corta Estadía se encuentra Indicada para adolescentes que presentan síndrome de abstinencia severo y/o riesgo de suicidio alto y/o Psicosis descompensada con pobre control de impulso y/o Enfermedad Mental con auto y heteroagresividad grave y/u otra Enfermedad Mental con riesgo vital. Estos Adolescentes requieren de observación médica y cuidados especiales las 24 horas al día.

Las intervenciones en hospitalización incluyen las siguientes intervenciones:

- Evaluación y tratamiento médico
- Evaluación y tratamiento psiquiátrico
- Terapia farmacológica
- Intervenciones para Desintoxicación
- Motivación al tratamiento
- Psicoeducación (individual y familiar)
- Consejería individual y grupal
- Terapia ocupacional
- Intervenciones recreacionales
- Intervenciones psicosociales
- Cuidados de 24 horas al día en un ambiente hospitalario

Recomendación

De acuerdo a las evaluaciones del Convenio de Apoyo al Desarrollo de Planes de Tratamiento entre CONACE – FONASA – MINSAL se recomiendan las siguientes permanencias:

PLANES	PERMANENCIA SUGERIDA
AMBULATORIO BASICO	3 a 4 horas 2 o 3 días a la semana
AMBULATORIO INTENSIVO	6 horas 5 días a la semana
AMBULATORIO COMUNITARIO	2 a 3 horas 4 a 5 días a la semana
RESIDENCIAL Y RESIDENCIAL DUAL	24 horas al día, 8 horas terapéuticas, 7 días a la semana
HOSPITALIZACION DE CORTA ESTADIA	24 horas al día, 7 días a la semana
SEGUIMIENTO	2 a 3 intervenciones mensuales tanto al adolescente como a su familia

Nivel de evidencia 3
Grado de Recomendación B

Pregunta clínica

¿Cuál es la duración mínima recomendada de permanencia de un adolescente en un Plan de Tratamiento?

Síntesis de Evidencia

Se cuenta con evidencia (1) que establece que luego de tres meses de tratamiento la persona obtiene resultados significativos desde el punto de vista terapéutico y de ajuste social.

En un estudio de seguimiento de una cohorte de personas egresadas de los planes de tratamiento del convenio CONACE – FONASA – MINSAL de población general, se establece que aquellas personas que terminan el tratamiento obtienen mejores resultados que aquellas personas que los abandonan y sostienen por mayor tiempo los logros terapéuticos alcanzados.

En este estudio se establece que, aunque se abandone el tratamiento, las personas alcanzan logros terapéuticos en las esferas de la abstinencia y del ajuste social. El tiempo en el cual la persona permaneció en un plan de tratamiento influye en la mantención de estos logros a lo largo del tiempo. En este sentido permanecer a lo menos tres meses en tratamiento en los diferentes planes influye positivamente en la mantención de los logros terapéuticos y del ajuste social alcanzados.

Recomendación

Sobre la base de la evidencia señalada se establece una duración máxima recomendada para cada uno de los planes de tratamiento de acuerdo al siguiente cuadro:

PLANES	DURACION MAXIMA RECOMENDADA
AMBULATORIO BASICO	6 meses
AMBULATORIO INTENSIVO	10 meses
AMBULATORIO COMUNITARIO	12 meses
RESIDENCIAL Y RESIDENCIAL DUAL	10 meses
HOSPITALIZACION DE CORTA ESTADIA	1 mes
SEGUIMIENTO	12 meses

Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación A

3.4 Seguimiento

Pregunta clínica

¿Qué intervenciones efectivas son necesarias 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 (1).

La complejidad del proceso de tratamiento de adicciones hace que los logros terapéuticos incluyan no sólo alcanzar la abstinencia a sustancias, sino que también obtener logros en torno a la funcionalidad social, familiar e individual.

A partir de un estudio de seguimiento realizado en nuestro país en población de diferentes edades (1), 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.

Recomendación

El centro de tratamiento debe asegurar que se efectúe un plan de seguimiento para los adolescentes que son dados de alta de los diferentes planes con el fin de mantener y reforzar los logros terapéuticos alcanzados. Este plan puede ser efectuado en el centro de tratamiento o bien a través de visitas y actividades realizadas en el lugar de vida del adolescente (hogar, escuela, barrio, trabajo).

Se sugiere que este plan incluya las siguientes intervenciones :

- Consultas de Salud Mental Individuales y/o familiares
- Intervenciones Psicosociales grupales

- Visitas de Salud Mental (domiciliarias, escolares y/o laborales)
- Consultas psicológicas

Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación A

Pregunta clínica

¿Cuál es la duración sugerida de un plan de seguimiento para adolescentes?

Síntesis de la evidencia.

De acuerdo a estudio de seguimiento (1) 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.

Recomendación:

Se recomienda que este Plan debe durar a lo menos un año luego del egreso del Plan Terapéutico.

Nivel de evidencia 2
Grado de Recomendación A

Principios generales

- La evidencia empírica sobre tratamiento para adolescentes dependientes afirma categóricamente que es mejor tratar que no tratar a quienes sufren este problema (5). **Nivel de Evidencia 4.**
- Los programas de tratamiento deben ser concebidos de acuerdo a un modelo que tome en cuenta todas las implicancias que tiene el atender a pacientes adolescentes. Esto debiera incluir especiales consideraciones por variables biomédicas, psicológicas (cognitivas, emocionales, conductuales), de género, sociales (entorno familiar, pares) y culturales propias de los adolescentes. Además, los programas debieran ser muy sensibles a las demandas que imponen las tareas que caracterizan esta etapa del desarrollo (10). **Nivel de Evidencia 3.**
- Al igual que con adultos, un programa de tratamiento debe considerar necesariamente que los pacientes cumplan etapas con distintos objetivos, intensidades y niveles de profundización. Por ejemplo, es esencial distinguir entre desintoxicación, abstinencia temprana, recuperación avanzada y seguimiento. Este último es de capital importancia, dado que las dependencias son patologías crónicas (10). Nivel de Evidencia 3.
- Se deben tomar en cuenta las necesidades de grupos específicos de adolescentes, tales como jóvenes de la calle, minorías étnicas, adolescentes con causas delictivas o adolescentes embarazadas (10). **Nivel de Evidencia 3**
- Se debe poner atención a las barreras que dificultan tanto el acceso como la mantención en tratamiento. Estas barreras no sólo son internas al sujeto, sino que también pueden estar determinadas por el contexto social de la persona, o incluso el mismo sistema de salud (10, 42). **Nivel de Evidencia 3**

4. DESARROLLO DE LA GUIA

4.1 Grupo de trabajo

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

<p>1. Alvarado, María Elena Médico Salubrista Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile Revisión de Evidencia para Guía Clínica</p>
<p>2. Acuña, Gonzalo Médico Psiquiatra Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak Revisión de Evidencia para Guía Clínica</p>
<p>3. Alvarez, Carola Médico Psiquiatra Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>4. López R., Abel Psicólogo Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>5. Egenau, Paulo Psicólogo Fundación Paréntesis. Hogar de Cristo Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>6. Mardones, Luis Hernán Psicólogo Sociedad Chilena de Salud Mental Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>7. Mordoj, Carolina Psicóloga Unidad de Dependencias, Hospital Barros Luco T. Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>8. Santis, Rodrigo Médico Psiquiatra Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile Revisión y elaboración de recomendaciones</p>

<p>9. Montenegro C., Mariano Médico Psiquiatra Consejo para el Control de Estupefacientes, CONACE. Ministerio del Interior Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>10. Maturana, Alejandro Médico Psiquiatra Consejo para el Control de Estupefacientes, CONACE. Ministerio del Interior Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>11. Quinteros, Claudia Psicóloga Consejo para el Control de Estupefacientes, CONACE. Ministerio del Interior Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>12. Valdés, Andrea Asistente Social Unidad Salud Mental Infanto Juvenil, Servicio de Salud Metropolitano Occidente Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>13. Martínez, Daniel Médico Psiquiatra Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile Revisión y elaboración de recomendaciones</p>
<p>14. Minoletti S., Alberto Médico Psiquiatra Jefe del Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Equipo Técnico Ministerial (coordinación y edición)</p>
<p>15. Pemjean G., Alfredo Médico Psiquiatra Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Equipo Técnico Ministerial</p>
<p>16. Palma B., Cristián Sociólogo Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Equipo Técnico Ministerial (coordinación y edición)</p>

Revisión sistemática de la literatura.

Se realizó una revisión general del tema a nivel nacional. La revisión de la literatura se enfocó en aspectos de tratamiento y seguimiento. En primera instancia se buscaron Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales e internacionales. En el caso de no existencia de una GPC que conteste a todas las preguntas planteadas se procedió a realizar búsquedas específicas para cada pregunta clave. Se privilegiaron las revisiones sistemáticas o meta-análisis válidos, luego se continuó con ensayos clínicos controlados, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, y opinión de expertos respectivamente.

Guías de Práctica Clínicas (GPC):

La búsqueda de GPC internacionales se realizó en sitios reconocidos de acopio, elaboración o difusión de guías de práctica clínica, entre los cuales destaca;

- a. [CMA Infobase - Clinical Practice Guidelines](http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp).
<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- b. [Health Services/Technology Assessment \(USA\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>
- c. [New Zealand Guidelines Group](http://www.nzgg.org.nz/)
www.nzgg.org.nz/
- d. [Scottish Intercollegiate Guidelines Network](http://www.sign.ac.uk/)
<http://www.sign.ac.uk/>
- e. [National Guideline Clearinghouse \(USA\)](http://www.guidelines.gov/)
<http://www.guidelines.gov/>
- f. [Agency for Healthcare Research and Quality \(AHRQ\)](http://www.ahrq.gov/)
<http://www.ahrq.gov/>
- g. [National Library of Medicine's MEDLINEplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/)
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
- h. [Medem \(Seven USA Academies of Medicine\)](http://www.medem.com/)
<http://www.medem.com/>
- i. [NICE](http://www.nice.org.uk/)
<http://www.nice.org.uk/>
- j. [CCOHTA-OCCETS](https://www.ccohta.ca/default.cfm?)
<https://www.ccohta.ca/default.cfm?>
- k. [ICSI Health Care Guidelines & Technology Assessments \(USA\)](http://www.icsi.org/knowledge/browse_bydate.asp?catID=29)
http://www.icsi.org/knowledge/browse_bydate.asp?catID=29
- l. [Primary Care Clinical Practice Guidelines \(UCSF-USA\)](http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html)
<http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- m. [UK Clearing House on Health Outcomes](http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/home.html)
<http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/home.html>
- n. [eGuidelines](http://www.eguidelines.co.uk/)
<http://www.eguidelines.co.uk/>
- o. [GAC Guidelines](http://www.gacguidelines.ca/index.html)
<http://www.gacguidelines.ca/index.html>
- p. BANDOLIER / BANDOLERA
www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/ y www.infodoctor.org/bandolera
- q. PRODIGY
www.prodigy.nhs.uk/
- r. FISTERRA (Atención Primaria en la Red)
www.fisterra.com
- s. eMJA (Medical Journal of Australia)

(www.mja.com.au/public/guides/guides.html)

Búsqueda de revisiones sistemáticas y estudios primarios

Revisiones Sistemáticas

THE COCHRANE COLLABORATION. A través del sitio web www.bireme.br se accedió a revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en estudio:

- a) Base de datos Cochrane de Revisiones sistemáticas
- b) Base de datos Cochrane de resumen de revisiones sobre efectividad.
- c) Base de datos Cochrane sobre evaluación económica NHS.

Fuentes Primarias de información

MEDLINE: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>

Fuentes Secundarias de información

Evidence-Based Medicine Reviews de Ovid Technologies: <http://www.ovid.com>.

Tripdatabase: <http://www.tripdatabase.com/>

“The ACP Journal Club” y Evidence-Based Medicine. Tiene la ventaja que combina varias bases de datos electrónicas, incluyendo Cochrane Database of Systematic Reviews, Best evidence, Evidence-Based Mental Health, MEDLINE, más vínculos con cientos de textos completos de revistas.

4.3. Vigencia y actualización de la guía

Plazo estimado de vigencia: 2 años desde la fecha de publicación. Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

ANEXO 1: Niveles de evidencia y grados de recomendación

Tabla 1: Niveles de evidencia

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

Tabla 2: Grados de recomendación

Grado	Descripción
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

DIMENSION BIOPSIICOSOCIAL					
AREAS		COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL (CBPS)			
		SIN CBPS	CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
SALUD FÍSICA Y MENTAL	SALUD FÍSICA GENERAL	Estado nutricional normal P/E; P/T Sin molestias o patología somática.	Estado nutricional normal P/E; P/T Sin molestias o patología somática Dificultad en el manejo de la higiene personal.	Alto riesgo de compromiso somático, por patología aguda, molestias somáticas diversas, Disminución del peso corporal referida Lesiones de piel (infecciones focalizadas, quemaduras). Presencia de caries dentales. Enfermedad crónica controlada. Riesgo de desnutrición. Nulo autocuidado.	Existe compromiso somático evidente. Infecciones respiratorias, Desnutrición P/T, P/E, T/E). Presencia de enfermedades crónicas no diagnosticada o diagnosticada pero sin tratamiento actual o descompensadas. Infecciones de piel y faneras severas y generalizadas. Presencia de caries con pérdida de pieza dental Nulo autocuidado
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Salud sexual y reproductiva acorde a etapa evolutiva.	Inicio de actividad sexual, riesgo de embarazo, riesgo de ITS.	Actividad sexual sin protección, ITS actual, sin antecedentes previos. Alto riesgo de embarazo.	Actividad sexual con múltiples parejas, sin protección, ITS a repetición. Embarazo adolescente.
	SALUD MENTAL	Sin dificultades emocionales ni trastornos neuropsiquiátricos.	Sin dificultades emocionales ni trastornos neuropsiquiátricos.	Episodios de maltrato y violencia. Síntomas emocionales inespecíficos, baja autoestima. Psicopatología aguda no tratada. Psicopatología crónica compensada. Dificultad en las habilidades sociales. Dificultad para la expresión emocional. Actitud evasiva.	Con psicopatología aguda o crónica descompensada. Intento de suicidio. Maltrato. Violencia. Abuso sexual.
DESARROLLO PSICOEMOCIONAL	CAPACIDAD ADAPTATIVA	Adecuada internalización de límites, normas, figuras de autoridad. Adecuada capacidad de autocontrol, autonomía e independencia adecuadas a etapa evolutiva. Adecuada adaptación e integración a su familia, grupo de pares, escuela o liceo y en su comunidad o barrio.	Adecuada internalización de límites, normas, Problemas leves con figuras de autoridad. Adecuada capacidad de autocontrol. Autonomía e independencia adecuada a etapa evolutiva. Sin mayores dificultades en su inserción familiar, de escuela, de grupo de pares o de comunidad. Cuando estas dificultades han ocurrido han sido más bien hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias.	Dificultad en la internalización de límites y normas. Actitud provocadora y de desafío a la autoridad. Dificultades en proceso de separación y de autonomía. Dificultades de integración e inserción a grupo de pares, familia, escuela y/o comunidad. Tendencia al conflicto relacional. Alta tendencia al circuito de calle. Resolución de conflictos a través de la violencia sin daños directos a personas (intra o extra familiar). Integración parcial a red social. Al menos en una ocasión ha estado en el circuito DEPRODE y DEDEREJ (SENAME)	Desafío franco. Agresividad y provocación permanente. Nula tolerancia a la frustración. Grave dificultad en proceso de separación y autonomía. En conflicto con la ley. Sin lugar físico de protección y/o contención. Puede darse el aislamiento social. Generalmente niños/as y adolescentes de la calle. En caletas. Exclusión social. Violencia como referente de identificación. Incluye daños directos a las personas. Sin integración a redes sociales formales Varias entradas a centros de SENAME (DEDEREJ)

ANEXO 2: DIMENSIONES BIOPSIICOSOCIALES PARA DIAGNOSTICO INTEGRAL EN ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL/DEPENDENCIA (PROTOCOLO OPERATIVO CONACE-FONASA-MINSAL 2006)

AREAS		COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL (CBPS)			
		SIN CBPS	CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
FAMILIA	FIGURA VINCULAR O CONTENEDORA	Figura vincular querible, disponible, confiable. Cuida, protege y educa. Es capaz de satisfacer las múltiples necesidades del niño/a o adolescente. Con capacidad para adaptarse a los cambios evolutivos en las necesidades de los niños/as. Ejerce una dominancia tierna. Desarrolla apego seguro.	Si existe. Aunque con estilo de vínculo que oscila entre el alejamiento afectivo y la cercanía. Las necesidades infantiles no son el foco, aunque son percibidas en situaciones de mayor urgencia. La empatía surge ante los problemas, aunque no visualiza las necesidades en forma permanente.	Existe una figura, pero con importantes dificultades en la contención. Existe otro significativo, pero su capacidad de protección no es efectiva. Escasa empatía. Tendencia a centrarse en las propias necesidades, incorporando al niño/a o adolescente a ellas.	En la actualidad no existe. En la historia, abandono, negligencia. El niño/a es (ha sido) usado para satisfacer las necesidades del adulto. Sin capacidad de protección y contención de la figura significativa. La(s) figura(s) significativa(s) expone al niño/a a situaciones dolorosas, estresantes, de manera repetida y crónica. Figura inaccesible, insensible, peligrosa, amenazante, impredecible, rechazante.
	FAMILIA	Familia estructurada, flexible. Alianza parental con poder compartido. Jerarquía clara con respeto mutuo. Parentalidad bien tratante, empatía para responder a las necesidades de cada miembro de la familia. Identidad clara de sus miembros. Cercanía e intimidad. Apego seguro. Imagen de sí mismos y de la familia congruentes con la realidad. Comunicación clara, directa, receptiva y acogedora. Ambivalencia aceptada como normal. Ausencia de patologías o trastornos en sus miembros.	Familia estructurada, rígida. Dificultad para establecer normas y límites, roles y funciones. Padres compiten por dominar. Relaciones de dominancia-sumisión. Parentalidad parcial. Autonomía en la función parental, pero son dependientes en momentos de crisis. Roles estereotipados. Tendencia a no supervisar. Presencia de trabajo informal, Cesantía intermitente. Ausencia parental por muerte o abandono. Familia uniparental. Comunicación rígida y estereotipada, cerrada a nuevas ideas. Relación con relativa desconfianza. Necesidad de control rígido de sí mismo y de los otros. Ambivalencia no aceptada. Presencia de trastornos de conducta, neurosis en alguno(s) de sus miembros.	Parentalidad disfuncional con padres transitoriamente incompetentes. Pérdida de roles de las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras, incoherencia en la supervisión. Falta de reconocimiento y aceptación del hijo/a. Cesantía. Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento de algún miembro. Abandono afectivo de la familia Hacinamiento. Castigo físico o psicológico como estrategia de crianza. Lazos débiles o distantes. Hostilidad. Individuación a través de la distancia. Presencia de adicciones, psicosis reactivas, trastorno psiquiátrico compensado, depresiones, en alguno(s) de sus miembros. Mantiene relaciones con familia extensa. Tienen recursos para beneficiarse de la ayuda profesional y redes institucionales.	Estructura familiar caótica, coalición padre/hijo (generalmente madre/hijo problemático, padre inefectivo y excluido). Parentalidad disfuncional severa y crónica, hasta la toxicidad parental. Familia ausente o presente multiproblemática. VIF (psicológica y física) y/o maltrato como pauta relacional. Alcoholismo y drogadicción en miembros de la familia. Promiscuidad. Fusión, límites difusos, identidades poco claras, acusaciones, chivos emisarios, invasiones. Relación oposicionista, desconfiada, percepción de maldad Cesantía crónica o indigencia. Familias desvinculadas de las redes. Impermeables a la ayuda profesional. Presencia de trastorno psiquiátrico grave, conductas infractoras, dependencia de alcohol y drogas en algún(os) miembro(s) de la familia. Abandono afectivo y material.
REPARACIÓN		Sentimientos de ser una persona querible, capaz, protegido/a aceptado/a. Se vincula, confía, da y recibe, empatiza, conversa, espera, verbaliza sentimientos, pensamientos, necesidades.	Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás. Siente dudas de ser querido/a. Responde positivamente ante vínculo protector, aunque reserva cierta ambivalencia.	Contextos de negligencia. Vivencia de maltrato y violencia. Experiencia de abandono. Traumatización por experiencia de abuso o maltrato sufrida en algún momento de la infancia que no es capaz de recordar. Tendencia a fusionarse en las relaciones, a inhibirse y/o a agredir sin motivos claros.	Contextos de violencia física, caos, violencia. Contextos cambiantes, inestables, amenazantes. Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato. Vivencia de "la vida es así". Maltrato y violencia física y psicológica sostenida en el tiempo. Abuso sexual y violación (intra o extrafamiliar) y/o crónico. Patología del abandono. Desconfía, teme la relación, exige, actúa su sufrimiento. Sin acceso a la palabra.

**ANEXO 2: DIMENSIONES BIOPSIOSOCIALES PARA DIAGNOSTICO INTEGRAL EN ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL/DEPENDENCIA
(PROTOCOLO OPERATIVO CONACE-FONASA-MINSAL 2006)**

AREAS		COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL (CBPS)			
		SIN CBPS	CBPS LEVE	CBPS MODERADO	CBPS SEVERO
SOCIALIZACION Y MODULACION DE CONDUCTAS TRANSGRESORAS	SOCIALIZACION	Manejo adecuado de códigos sociales.	Introversión que dificulta la integración a grupos sociales. Dificultad en el manejo de códigos sociales.	Importante dificultad en la adquisición de las habilidades sociales y manejo de códigos sociales esperables para la edad. En relación a conductas transgresoras transitorias.	Callejera, marginal, exclusión social, ligada a la violencia y conductas transgresoras permanentes.
	CONDUCTAS TRANSGRESORAS	Si realiza alguna transgresión, es exploratoria y está ligada al proceso de desarrollo que no genera conflicto y que logra ser modulada por el entorno.	Transgresión ligada al proceso de desarrollo y genera crisis aisladas en el espacio familiar. Dificultad del entorno para manejo de este tipo de transgresión. Relacionada con aceptación de grupo de pares y características propias de la adolescencia.	En hogar y entornos "significativos"/individual Tendencia al conflicto relacional. Dificultad en la internalización de límites y normas. Actitud provocadora y de desafío a la autoridad en forma reiterada. Presencia de hurtos ocasionales o asociadas a conductas desafiante. Individuación a través de la transgresión. Conducta trasgresora puede ser parte de su cultura familiar. Si no lo es, los lazos se dañan.	Presentes con relación a uso de droga/en grupo. Desafío, agresividad y provocación permanente a figuras de autoridad intra y extrafamiliar Conductas delictivas en forma reiteradas o con violencia física. Daño a terceros y propiedad privada. Inserto en circuito de transgresión a la ley
INTEGRACION SOCIAL	VIDA DE CALLE	Escasa Permanencia Ocio /Pares	Escasa Permanencia Ocio /Pares	Diaria y creciente. Trabajo Pares	Gran parte del día o todo el día. En actividades de sobrevivencia. En transición o situación de la calle ("caletas")
	ESCUELA O LICEO	Adecuada integración a institución escolar. Institución escolar que lo acoge y apoya.	Ciertas dificultades de rendimiento o conductas pero que cuando existen logran ser manejadas por padres y/o apoderados. Escuela acoge, apoya.	Predelector escolar o con alto riesgo de deserción definitiva. Estigmatización escolar. Maltrato en escuela. Repitencias de cursos, abandono escolar por periodos breves. Retraso pedagógico, trastornos de aprendizaje, cambios de colegio y suspensiones. Presencia de algún vínculo significativo. Existe alguna motivación con asistir a la escuela.	Deserción escolar de 1 ó más años. Mal rendimiento y mal comportamiento, en círculo vicioso. Importantes dificultades conductuales. Experiencia de discriminación, maltrato, estigmatización y abandono escolar. Sistema escolar con posturas rígidas e inflexibles (tendencia a la expulsión, intolerancia).
	GRUPO DE PARES	Adecuada integración a su grupo de pares. Grupo de pares con funcionamiento adecuado.	Dificultades transitorias y reactivas a situaciones puntuales. Grupo de pares permanente, con actividades recreativas de distinta índole. Sin conductas disociales.	Alto riesgo de aislamiento o de inserción en grupos con graves dificultades conductuales. Cambios permanentes de grupos. Ocasionalmente se incorpora a grupo de pares con conductas infractoras, de consumo y de violencia.	Pertenencia a grupos con conductas disociales (conductas infractoras, de consumo y de violencia), o grupos de caleta. Sin referencia a otros grupos de pertenencia.
	COMUNIDAD	Participación en grupos validados en la comunidad. Comunidad cohesionada. Apoyo social y protección a niños/as y adolescentes. Existen recursos comunitarios suficientes. Presencia de líderes y organizaciones comunitarias, participación juvenil.	Participación en grupos validados en la comunidad. Comunidad participativa, cohesionada, apoyo social y protección a niños/as y adolescentes. Recursos comunitarios limitados, pero existen.	Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social. Escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Comunidad que cuenta con recursos pero no son efectivos para los jóvenes. Contexto social con violencia ocasional. Contexto que valora la realización de actividades formales (estudio y trabajo)	Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social, escasos recursos comunitarios. Barrio altamente conflictivo. Accesibilidad a sustancias y tráfico. Barrios con aceptación de consumo, tráfico u otras conductas delictivas. Contexto social con violencia sostenida. No existe una comunidad organizada, o comunidad que no se integra a redes formales o informales. Contexto que valora las actividades productivas informales, descalificando las formales.
	RECREACION Y TIEMPO LIBRE	Logra armonizar tiempos de labores con los de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo sano. Carretes ocasionales.	Organiza tiempo, con aficiones diversas, inquietud cultural, deportiva o recreativa. Carrete permanente los fines de semana.	Ver indicadores de Vida de Calle. Disfrute de la participación en actividades recreativas sin consumo, compartido con la participación en actividades de consumo o infractoras. Disfrute de momentos de ocio (meditación sobre la propia vida y pensamientos o simple divagación).	Ver indicadores de Vida de Calle.

ANEXO 3: DIMENSIONES LIGADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA DIAGNOSTICO INTEGRAL EN ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL/DEPENDENCIA (PROTOCOLO OPERATIVO CONACE-FONASA-MINSAL 2006)

TIPO DE CONSUMO		CONSUMO DE BAJO RIESGO	CONSUMO DE RIESGO MODERADO	CONSUMO DE ALTO RIESGO
Edad de inicio de consumo		A partir 14 años	Entre 12 y 14 años	Antes de 12 años
Sustancia o droga consumida		Alcohol o marihuana	Alcohol y marihuana con asociación ocasional a otras drogas	Policonsumo (> de 3 drogas) PBC, Heroína, Inhalantes
Frecuencia del consumo actual		Ocasionalmente, los fines de semana en espacios recreativos	Habitualmente los fines de semana.	Todos los fines de semana y/o diario.
Consumo Sostenido		Menos de 3 meses	De 3 meses a 6 meses	Mas de 6 meses
Consumo Socializado o no		Solamente en grupo, con significancia a lo experimental o recreativo	En Grupo y solo	Mayor tendencia al consumo solitario
Vía de Administración		Una vía, oral	Más de una vía, no inyectable	Inyectable
Consecuencias de la intensidad de consumo		Sin consecuencias evidentes	Primer episodio evidente de: accidente, violencia, autoagresión.	Accidentes reiterados. Violencia reiterada. Autoagresiones frecuentes. Coma etílico y/o por consumo de otra sustancia. Intoxicación por drogas
Criterios de dependencia		Sin criterios de dependencia	Con criterio de consumo abusivo, Sin criterios de dependencia	Existen criterios de dependencia
Motivación al consumo	Fisiológicas	No existen	Evitar hambre y frío Dormir Bajar de peso Aumentar masa muscular	Dependencia física Evitar dolores físicos
	Emocionales	Relajación Placer o disfrute Evasión Desinhibición Alerta (Existe sólo una motivación)	Las indicadas en consumo con bajo riesgo, además de: Ansiedad y Angustia Efecto Anestésiante emocional Aumentar Animo (En asociación, 2 o más)	Conjunto de motivaciones con significación patológica o con relación a conductas disociales
	De desempeño y Adaptación	Mejorar rendimiento en ámbitos puntuales Aceptación grupo de pares Relación con sexo opuesto	Integración social, en distintos ámbitos	Realizar desempeños que infringen la ley Cuando el uso de la droga deja de ser efectivo para el objetivo o significado pensado.

ANEXO N ° 4: Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT)

Las siguientes preguntas se le formulan para que Ud. conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia pasa desapercibido. Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol. Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, su vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre Ud. sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado "GGT", más una sesión de "Consejería de Buena Salud" en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

- a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
- b) Incorporarse al "Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
- c) Incorporarse a un programa de tratamiento, o
- d) Interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y se lo comunicará.

Antes tenga presente lo siguiente :

•Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:

1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc),o

1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.),o

1 trago de licor solo o combinado (45 cc.de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.

•Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "algo cocido", "curado", "pasado".

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
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 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
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	
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	
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	
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	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
TOTAL						

REFERENCIAS

1. Alvarado, M.E., "Seguimiento de una cohorte e beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE – FONASA". Julio de 2006
2. Beck A.T., Wright F.D., Newman C., et al. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias, 1999.
3. Bitrán, Estudio de Bitrán "Dependencia a drogas en adolescentes de 10 a 19 años".
4. Blondell, R. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. American Family Physician (2005) 71:495-502.
5. Bukstein, O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2004):25.
6. Carrol K., Rounsaville B, and Gawin F. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. American Journal on Drug and Alcohol Abuse (1991) 17: 229-247.
7. Chamber, R., Taylor, J., and Potenza, M. Developmental neurocircuitry in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. American Journal of Psychiatry (2003) 160:1041-1052.
8. Clark, D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction (2004) 99:5-22.
9. Compton, W., Thomas, Y., Conway, K., et al. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. American Journal of Psychiatry (2005):162-168.
10. Currie, J., and Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division. Prácticas Optimas: Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Canada's Drug Strategy Division Health, 2001.
11. Deas, D., and Thomas, S. E. An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment. American Journal on Addictions (2001) 10(2):178-189.
12. Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. Journal of Substance Abuse Treatment (2004) 27:197-213.
13. Dunn, C., Deroo, L., and Rivara, F. The Use of Brief Interventions Adapted from Motivational Interviewing Across Behavioral Domains: a Systematic Review. Addiction (2001) 96(12):1725-1742.
14. Edwards G, G. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal (1976) 1:1058-61.
15. Flores, P. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment, 2005.
16. Fulkerson, J. A., Harrison, P. A., and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Abuse and Dependence: Are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents. Addiction (1999) 94(4):495-506.
17. Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., and Beebe, T. J. DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. American Journal of Psychiatry (1998) 155:486-492.
18. Kaczynski, N., and Martín, C. Diagnostic Orphans: Adolescents With Alcohol Symptoms Who Do Not Qualify for DSM-IV Abuse or Dependence Diagnoses. American Journal of Psychiatry (1999) 156:897-901.

19. Kaminer, Y., Burlison, J. A., Blitz, C., et al. Psychotherapies for the Adolescent Substance Abuser: A Pilot Study. *J. Nerv. Ment Di* (1998) 186(11):684-690.
20. Kaye, D. L. Office Recognition and Management of Adolescent Substance Abuse. *Current Opinion in Pediatrics* (2004) 16:532-541.
21. Knight, J. R., Sherritt, L., Van Hook, S., et al. Motivational interviewing for adolescent substance abuse: A pilot study. *Journal of Adolescent Health* (2005) 37:167-169.
22. Liddle, H. A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* (2004) 2:76-92.
23. Mack, A. H., and Frances, R. J. Treatment of Alcohol Use Disorders in Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice* (2003) 9(3).
24. Marlatt G.A., and Gordon J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour. Guilford Press, 1985.
25. Mattick, T., and Hall, W. Are Detoxification Programmes Effective? *Lancet* (1996) 8994:97-100.
26. Mayo, and Smith, M. F. Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal: A Meta-Analysis and Evidence-Based Practice Guideline. *Journal of the American Medical Association* (1997) 278(2):144-151.
27. Mc Lellan A. T. Drug addiction as a chronic mental illness: implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *Journal of the American Medical Association* (2000) 13(284).
28. McCambridge, J., and Strang, J. Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* (2005) 100:470-478.
29. Miller, W. Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction* (1983) 100:421.
30. Ministerio del Interior - CONACE. Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile. CONACE, 2005.
31. Ministerio del Interior-CONACE. Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. CONACE, 2003b.
32. Ministerio del Interior / Ministerio de Educación: Manual de Prevención temprana del uso indebido de drogas en 5° a 8° Básico y 1° a 4° Medio. Prevención escolar
33. Ministerio del Interior / CONACE: Manual "Por un Chile Solidario y sin Drogas"
34. 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. 2005
35. Monti, P., Colby, S., and O'Leary, T., eds. Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse Reaching Teens Through Brief Interventions. The Guilford Press, 2001.
36. Naciones Unidas-Oficina contra la Droga y el Delito. Manual sobre abuso del tratamiento de drogas. Naciones Unidas, 2003.
37. O'Brien, C. P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *American Journal of Psychiatry* (2005) 182:1423-31.
38. O'Leary T., and Monti P. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction* (2004) 2 Suppl:63-75.
39. 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.
40. Vocci, F., Acri, J., and Elkashef, A. Medication development for addictive disorders: the state of the science. *American Journal of Psychiatry* (2005) 162:1432-40.

41. Waldron, H., Slesnik, N., Brody, J., et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7- month assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2001) 69: 802-13.
42. Winters, K. *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders*. U.S. Department of Health and Human Service. Center for Substance Abuse Treatment, 1999.
43. Woody, G. E. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *American Journal on Addictions* (2003) 12.