

International standards for the treatment of drug use disorders

REVISED EDITION
INCORPORATING RESULTS
OF FIELD TESTING



Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas

EDICIÓN REVISADA
RESULTADOS
INCORPORADOS DE LAS
PRUEBAS DE CAMPO

Esta traducción no fue realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido o la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés será la edición auténtica y vinculante.

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition.

Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas: edición revisada que incorpora los resultados de las pruebas de campo.

ISBN 978-92-4-000219-7 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-000220-3 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud y Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la Licencia Creative Commons-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence ((CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Según los términos de esta licencia, se puede copiar, redistribuir y adaptar este trabajo para fines no comerciales, siempre que el trabajo se cite adecuadamente, como se indica a continuación. Bajo cualquier uso de este trabajo, no debe sugerirse que la OMS o la UNODC respalden alguna organización, producto o servicio específico. El uso no autorizado de los nombres o logotipos de la OMS o la UNODC está prohibido. Si adapta el trabajo, debe licenciar su versión bajo la misma licencia Creative Commons o su equivalente. Si crea una traducción de este trabajo, debe agregar el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida: "Esta traducción no fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Ni la OMS ni la UNODC son responsables del contenido o precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica".

Cualquier mediación relacionada con disputas que surjan sobre la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las reglas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>)

Cita sugerida. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas: edición revisada que incorpora los resultados de las pruebas de campo. Ginebra: © Organización Mundial de la Salud y Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020 Licencia: CC BY-NC-SA 3.0

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si necesita autorización para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones resultantes de la infracción hacia cualquier componente perteneciente a terceros en el trabajo, recae exclusivamente en el usuario.

Descargos de responsabilidad generales. Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OMS o la UNODC sobre el estado legal de ningún país, territorio, ciudad o área, o de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada las fronteras donde puede que aún no exista un acuerdo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos no implica que la OMS ni la UNODC los avalen o recomienden por encima de otros de naturaleza similar que no se mencionen. Con la excepción de los errores y omisiones, los nombres de los productos patentados se distinguen porque las letras iniciales están en mayúscula.

La OMS y la UNODC han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS o la UNODC serán responsables de los daños derivados de su uso.

Diseño y disposición por L'IVCom Sàrl

Impreso en Suiza

Contenido

Reconocimientos

v

Capítulo 1. Introducción

1

| | | |
|-----|---|---|
| 1.1 | Objetivos y público objetivo de las Normas Internacionales | 1 |
| 1.2 | Desarrollo de <i>las Normas</i> | 2 |
| 1.3 | Uso de drogas, trastornos por el uso de drogas y necesidades de tratamiento | 3 |

Capítulo 2. Principios y normas clave para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas

7

| | | |
|--------------|---|----|
| Principio 1. | El tratamiento debe ser accesible, disponible, atractivo y apropiado | 8 |
| Principio 2. | Garantizar estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento | 9 |
| Principio 3. | Promoción del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas mediante una coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios sociales y de salud | 10 |
| Principio 4. | El tratamiento debe basarse en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por el uso de drogas | 11 |
| Principio 5. | Responder a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población | 12 |
| Principio 6. | Garantizar una buena gestión de los servicios clínicos y programas de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas | 13 |
| Principio 7. | Los servicios, las políticas y procedimientos de tratamiento deben respaldar un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos con los servicios complementarios requieren de monitoreo y evaluación constantes | 14 |

Capítulo 3. Sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas

15

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | Prestación de servicios en diferentes niveles del sistema..... | 15 |
| 3.2 | Organización del sistema de tratamiento | 16 |
| 3.2.1 | Intervenciones sugeridas a diferentes niveles del sistema..... | 18 |
| 3.3 | Planificación y financiamiento de sistemas de tratamiento..... | 19 |
| 3.4 | Modelos de organización de servicios | 19 |
| 3.4.1 | Un enfoque de servicio integral | 19 |
| 3.4.2 | Enfoque de redes comunitarias | 20 |
| 3.4.3 | Gestión de recuperación sostenida | 23 |
| 3.5 | Sistemas de tratamientos efectivos: conclusiones | 24 |

Capítulo 4. Entornos de tratamiento, modalidades e intervenciones

26

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1 | Entornos de tratamiento | 28 |
| 4.1.1 | Programas de atención comunitaria | 28 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.2 | Entornos no especializados en el tratamiento de pacientes con trastornos por el uso de sustancias | 33 |
| 4.1.3 | Tratamiento ambulatorio especializado | 35 |
| 4.1.4 | Tratamiento especializado a corto plazo para pacientes hospitalizados | 39 |
| 4.1.5 | Tratamiento especializado a largo plazo o residencial | 44 |
| 4.2 | Modalidades e intervenciones del tratamiento | 54 |
| 4.2.1 | Cribado, intervenciones breves y remisión del tratamiento (SBIRT) | 54 |
| 4.2.2 | Intervenciones psicosociales basadas en evidencia | 56 |
| 4.2.3 | Intervenciones farmacológicas basadas en evidencia | 59 |
| 4.2.4 | Identificación y manejo de sobredosis..... | 65 |
| 4.2.5 | Tratamiento de afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes | 67 |
| 4.2.6 | Gestión de la recuperación | 71 |

Capítulo 5. Poblaciones con necesidades especiales de tratamiento y atención **77**

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | Mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas | 77 |
| 5.1.1 | Descripción..... | 77 |
| 5.1.2 | Modelos y componentes | 78 |
| 5.1.3 | Manejo de recién nacidos expuestos previamente a opioides en <i>el útero</i> | 83 |
| 5.1.4 | Capacitación y documentación del personal..... | 84 |
| 5.2 | Niños y adolescentes con trastornos por el uso de sustancias | 85 |
| 5.2.1 | Descripción..... | 85 |
| 5.2.2 | Modelos y componentes | 86 |
| 5.3 | Trastornos por el uso de drogas en personas involucradas con el sistema de justicia penal | 89 |
| 5.3.1 | Descripción..... | 89 |
| 5.3.2 | Modelos y componentes..... | 90 |
| 5.3.3 | El tratamiento como alternativa a la condena o el castigo | 93 |
| 5.3.4 | El tratamiento en entornos penitenciarios..... | 94 |

Referencias **96**

Reconocimientos

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud desean agradecer a las personas y organizaciones enumeradas a continuación por su invaluable contribución al desarrollo de *las Normas*.

Los expertos internacionales, que proporcionaron la evidencia científica relevante y el asesoramiento técnico y desarrollaron el borrador de las Normas para las pruebas de campo, incluyen a: Dr. David Basangwa, Uganda; Dr. Adam Bisaga, EE.UU.; Dra. Sandra Brown, EE.UU.; Sr. Thom Browne, EE.UU.; Dra. Kathleen Carroll, EE.UU.; Dr. Michael Clark, EE.UU.; Dra. Loretta Finnegan, EE.UU.; Dr. Gabriele Fischer, Austria; Dr. Hendree Jones, EE.UU.; Dr. Martien Kooyman, Países Bajos; Dr. Evgeny Krupitsky, la Federación de Rusia; Dr. Otto Lesch, Austria; Dr. Icro Maremmanni, Italia; Dr. Douglas Marlowe, EE.UU.; Dr. Andrew Thomas McLellan, EE.UU.; Dr. Edward Nunes, EE.UU.; Dr. Isidore Obot, Nigeria; Dr. John Strang, Reino Unido; Dr. Emilis Subata, Lituania; Dra. Marta Torrens, España; Dr. Roberto Tykanori Kinoshita, Brasil; Dra. Riza Sarasvita, Indonesia; Dr. Willem Van Den Brink y Dr. Lucas George Wiessing, Países Bajos; El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), en particular la Dra. Marica Ferri; el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA), EE. UU., en particular el Dr. Steve Gust; la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en particular la Sra. Alexandra Hill; la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA), EE. UU., en particular el Sr. Humberto Carvalho; el Plan Colombo, en particular la Sra. Veronica Felipe, el Sr. Bian How Tay y la Sra. Winona Pandan.

Un agradecimiento especial al Dr. Gilberto Gerra, UNODC, y al Dr. Vladimir Poznyak, OMS, por coordinar este esfuerzo de colaboración entre la UNODC y la OMS como parte del Programa UNODC-OMS sobre el Tratamiento y Cuidado de la Dependencia de Drogas.

También debemos agradecer especialmente al personal y los consultores de la OMS, en particular al Dr. Shekhar Saxena y al Dr. Nicolas Clark por su importante contribución al desarrollo del borrador de los Estándares para las pruebas de campo; Dr. Dzmitry Krupchanka por su papel fundamental en la planificación e implementación de las pruebas de campo de las Normas, el análisis de los resultados de las pruebas de campo y la posterior revisión del documento; El Dr. Andrew Ball, el Dr. Gilles Forte y la Sra. Annette Verster por sus contribuciones a la finalización del documento, y la Dra. Dévora Kestel por su orientación general y apoyo en las etapas finales del desarrollo del documento; El Dr. Luis Alfonso (Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Dr. Khalid Saeed (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental) por su apoyo a las pruebas de campo en la Región de las Américas de la OMS y la Región de la OMS para el Mediterráneo Oriental; y los siguientes consultores y pasantes de la OMS por su contribución al análisis de datos (en orden alfabético): Sra. Elise Gehring, Sra. Aikaterini Georgopoulou, Sra. Eloise Harrison, Sra. Ruchika Jain, Sr. Cesar Leos-Toro y Dra. Nirvana Morgan.

El siguiente personal de la UNODC contribuyó significativamente a la redacción, desarrollo y finalización de las Normas (en orden alfabético): Sra. Anja Busse, Sra. Giovanna Campello, Dr. Igor Koutsenok, Sra. Elizabeth Mattfeld, Dra. Elizabeth Saenz y Dra. Wataru Kashino. Los consultores de la UNODC, la Sra. Christina Gamboa, el Sr. Jan-Christopher Gumm y la Sra. Olga Parakkal apoyaron el desarrollo del primer borrador de las Normas y el proceso de pruebas de campo. La Sra. Annette Dale-Perera hizo una valiosa contribución a la revisión de *las Normas*.

Las siguientes personas y organizaciones desempeñaron papeles clave en las pruebas de campo de la versión preliminar de las Normas (en orden alfabético): Dr. Atul Ambekar (Centro Nacional de Tratamiento de la Dependencia de Drogas, India); Dr. Sawitri Assanangkornchai y Dr. Uriwan Pattanastayawong (Universidad Príncipe de Songkla, Tailandia); Dra. Eva Suryani (Universidad Católica Atma Jaya de Indonesia, Indonesia); Dr. José Manoel Bertolote (Facultad de Medicina de Botucatu, Brasil); Dr. Adrian Dunlop (Servicios Clínicos de Drogas y Alcohol, NSW, Australia); Dr. Carlos Ibáñez (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile); Dra. María Elena Medina-Mora (Instituto Nacional de Psiquiatría, México); Dr. Afarin Rahimi-Movaghar (Centro Nacional Iraní para Estudios de Adicciones, República Islámica de Irán); Dr. Min Zhao y Dr. Na Zhong (Centro de Salud Mental de Shanghai, China).

Las siguientes personas proporcionaron comentarios adicionales acerca del borrador de las Normas: Dr. Oleg Aizberg y Dr. Alexey Alexandrov (Academia Bielorrusa de Educación de Postgrado, Bielorrusia); Dra. Kathleen T. Brady y el Dr. Khan Riaz Ahmad (la Junta de la Sociedad Internacional de Medicina de Adicciones); Dr. Geert Dom (Federación Europea de Sociedades de Adicciones); Dr. Yasser Khazaal (Hospital Universitario de Ginebra, Suiza); Dr. Michael P. Schaub (Instituto Suizo de Investigación de Salud Pública y Adicciones, Suiza); Dra. Tuukka Tammi (Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Finlandia).

Un agradecimiento especial a los cientos de médicos, gerentes de servicios, especialistas en salud pública, investigadores, pacientes, representantes de academia y grupos de la sociedad civil que participaron en las pruebas de campo en los sitios anteriormente mencionados o proporcionaron comentarios sobre las versiones anteriores del documento.

El siguiente personal administrativo de la UNODC y OMS proporcionó apoyo organizacional con dedicación durante el desarrollo de las Normas Internacionales: Sra. Caecilia Handayani- Hassmann, Sra. Emilie Finkelstein, Sra. Nataliya Graninger, Sra. Divina Maramba y Sr. Bojan Misosavljevic.

El personal en las oficinas de la UNODC y el personal de la OMS en las oficinas en diferentes países brindaron apoyo para las pruebas de campo de las Normas y la implementación general del proyecto.

La Sra. Dorothy Lusweti (Suiza) proporcionó edición de copia para este documento.

Por último, pero no menos importante, la OMS y la UNODC agradecen el apoyo financiero brindado por la Oficina Internacional de Asuntos de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos para el desarrollo, pruebas de campo y finalización de *las Normas*.

CAPÍTULO 1

Introducción

1.1 Objetivos y público objetivo de las Normas Internacionales

Este documento, 'Las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas' (en adelante *las Normas*), es el trabajo de la UNODC y la OMS para apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos por desarrollar y expandir un tratamiento ético, efectivo y basado en evidencia para atender trastornos inducidos por el uso de drogas.

Las Normas están destinadas a todos aquellos involucrados en el desarrollo de políticas, planificación, financiación, entrega, monitoreo y evaluación de servicios de tratamiento e intervenciones para trastornos por el uso de drogas.

Este documento se basa en la evidencia científica actualmente disponible sobre el tratamiento de trastornos por el uso de drogas y establece un marco para la implementación de *las Normas*, de acuerdo con los principios de atención de salud pública. *Las Normas* identifican los principales componentes y características de los sistemas efectivos para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Describen las modalidades de tratamiento e intervenciones para satisfacer las necesidades de las personas que se encuentren en diferentes etapas y severidades de trastornos causados por el uso de drogas, de manera consistente con el tratamiento de cualquier otra enfermedad crónica o condición de salud.

Las Normas son aspiracionales, y tales servicios o sistemas de tratamiento nacionales o locales no necesitan tratar de cumplir con todas las normas y recomendaciones formuladas en este documento de una sola vez. Sin embargo, con el tiempo, la mejora progresiva de la calidad, con 'práctica ética y basada en evidencia' como objetivo, puede y debe esperarse que logre sistemas y servicios mejor organizados, más efectivos y éticos para tratar a personas con trastornos por el uso de drogas.

La UNODC y la OMS invitan a los responsables del desarrollo de políticas locales o nacionales, planificación, financiación, administración, monitoreo y evaluación del tratamiento de trastornos por el uso de drogas, a medir los sistemas y servicios locales para el tratamiento de tales trastornos en contra de *las Normas*. El objetivo es identificar las brechas y áreas que no cumplen con *las Normas* y trabajar con las partes interesadas para mejorar los sistemas y servicios. Si bien muchos principios y secciones de *las Normas* también pueden aplicarse al tratamiento de otros trastornos mentales y trastornos por el uso de sustancias (como aquellos provocados por el uso de alcohol y nicotina), *las Normas* se centran principalmente en los trastornos por el uso de drogas.

El documento establece un escenario general, pero no intenta proporcionar todos los detalles necesarios para la organización, el funcionamiento y el desarrollo de los servicios. Herramientas adicionales, tales como el tratamiento,

pautas, materiales para el aumento de capacidades y kits de herramientas para la implementación, monitoreo y evaluación, pueden usarse para estos fines. *Las Normas* mantienen un grado de flexibilidad para garantizar su aplicabilidad en diferentes marcos sociales, culturales y legales.

1.2 Desarrollo de las Normas

La comunidad internacional, pidió a la UNODC y a la OMS en el año 2009, que se desarrollasen normas para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. El llamado se hizo en forma de Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional hacia una Estrategia Integrada y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, adoptada en el segmento de alto nivel de la 52ª Comisión de Estupefacientes. La UNODC y la OMS establecieron conjuntamente un Programa Mundial sobre Tratamiento y Atención de la Drogodependencia para apoyar políticas, estrategias e intervenciones de tratamiento ético basadas en evidencia, para reducir la carga social y de salud causada por los trastornos por el uso de drogas. Con este fin, ambas organizaciones también buscaron diseminar buenas prácticas de tratamiento y promover la igualdad de calidad, disponibilidad y asequibilidad del tratamiento para trastornos por el uso de drogas, como el que proporcionan los sistemas de salud para cualquier otra enfermedad crónica.

La UNODC y la OMS desarrollaron los elementos iniciales de *las Normas* basándose en una revisión de los estándares, pautas y recomendaciones ya existentes para mejorar las prácticas en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Las normas, pautas y recomendaciones se identificaron mediante búsquedas bibliográficas, teniendo en cuenta los resultados de iniciativas y publicaciones anteriores de la UNODC y la OMS acerca del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas, tales como *Principios del tratamiento de la Drogodependencia* (UNODC y OMS, 2008), Proyecto de la UNODC TreatNet (UNODC, 2012), pautas pertinentes de la OMS, actividades y herramientas técnicas.

La UNODC y la OMS cumplieron con sus reglas y procedimientos al identificar a un grupo de expertos internacionales con experiencia en diferentes áreas de administración del tratamiento de trastornos por el uso de drogas, quienes revisaron los elementos propuestos para *las Normas*, identificaron vacíos y acordaron componentes que formaron la base para el borrador de este documento. Los expertos revisaron el borrador inicial y lo finalizaron, teniendo en cuenta los resultados acordados durante el proceso de consulta y los comentarios recibidos en las revisiones.

Las Normas Internacionales para el Tratamiento de los Trastornos por el Uso de Drogas (2016) se publicaron como un borrador para pruebas de campo durante la Comisión de Estupefacientes (CND) de 2016. El documento final de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (UNGASS) de 2016 (ONU, 2016), así como la Resolución 59/4 de la CND de 2016 (CND, 2016) sobre "Desarrollo y difusión de normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas" reiteró la importancia de difundir *las Normas* para promover un enfoque equilibrado y centrado respecto a los trastornos por el uso de drogas.

La OMS, trabajando en colaboración con la UNODC, probó *las Normas* para evaluar su exhaustividad, adecuación, utilidad, viabilidad y capacidad de evaluación e identificar áreas de mejora. Los métodos utilizados en las pruebas de campo incluyeron: encuestas, grupos focales, revisiones de expertos y cumplimiento de los servicios de prueba con *las Normas*. La prueba de campo se llevó a cabo en países con diferentes sistemas de salud, entre ellos: Australia, Brasil, Chile, China, India, Indonesia, la República Islámica de Irán, México y Tailandia. Más de 1200 profesionales de la salud participaron en la encuesta de pruebas de campo, mientras que 43 expertos de países que participaron en las pruebas de campo proporcionaron comentarios detallados sobre el borrador de las Normas. Además, 43 grupos focales con más de 300 participantes discutieron *las Normas*, que también fueron presentadas y discutidas en foros internacionales, incluyendo: el taller regional de desarrollo de capacidades de la OMS para el manejo y cuidado de trastornos por el uso de sustancias, organizado por el Centro Nacional de Rehabilitación en Abu Dhabi, (Emiratos Arabes Unidos); la reunión interinstitucional sobre estándares de atención para usuarios de drogas en la Región de las Américas de la OMS, organizada por la Organización Panamericana de la Salud en Washington D.C.; el primer y segundo foro de la OMS sobre alcohol, drogas y conductas adictivas; y la reunión del grupo de expertos en Viena durante la

Conferencia Internacional sobre Prevención, Tratamiento y Atención de Drogas de la Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias. Además, varias organizaciones profesionales y civiles, incluidas organizaciones de pacientes, fueron invitadas a proporcionar comentarios sobre las Normas durante las pruebas de campo. Después de un análisis de los resultados preliminares de las pruebas de campo, la UNODC y la OMS convocaron una reunión de un grupo de expertos en Viena en febrero de 2018 para discutir el proceso de revisión y cambios clave que se incluyeron en el documento una vez finalizada la prueba de campo. Estos incluyeron cambios en la estructura general del documento, la elaboración de varias secciones, como el alcance comunitario y garantizar la coherencia e imparcialidad de los términos utilizados en todo el documento. Los funcionarios de la OMS y la UNODC evaluaron los formularios de declaración de interés que los participantes de la reunión presentaron anticipadamente y los tomaron en consideración durante las deliberaciones de la reunión, de acuerdo con las reglas y procedimientos de la OMS. Esta edición de las Normas es una edición revisada que incorpora los resultados de las pruebas de campo.

El objetivo principal en el desarrollo de *las Normas* fue ayudar a organizar y brindar servicios de tratamiento. *Las Normas* buscan proporcionar orientación sobre **cómo** organizar intervenciones, pero no sobre **qué** intervenciones usar en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Sin embargo, las recomendaciones disponibles de la OMS sobre las intervenciones de tratamiento se incluyen en el Capítulo 4, con referencia a las pautas existentes de la OMS, que se someten a revisiones y actualizaciones periódicas.

Las Normas beneficiarán a los formuladores de políticas, gerentes de servicios sociales y de salud, y profesionales que trabajan con personas alrededor del mundo que padecen de trastornos inducidos por el uso de drogas. Su propósito es ayudar a alcanzar el objetivo de salud 3.5 de la Agenda del 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible y así "fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias", así como la asistencia médica universal para personas parecientes de trastornos por el uso de drogas (OMS, 2019b, 2019c). *Las Normas* también apoyan a la evaluación y la mejora continua de los servicios, así como el desarrollo de nuevas políticas y sistemas de tratamiento. Este es un impacto efectivo para el futuro de las personas con trastornos por el uso de drogas, así como para sus familias y comunidades.

1.3 Uso de drogas, trastornos por el uso de drogas y necesidades de tratamiento

El uso de drogas psicoactivas o estupefacientes y sustancias psicotrópicas sin supervisión médica, se asocia con riesgos significativos para la salud. Por esta razón, los tratados internacionales (como las Naciones Unidas: Convención Única de Estupefacientes, de 1961; Convención sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971; y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 1988) regulan la producción, venta, distribución y uso de muchas de estas sustancias, con el objetivo de prevenir los efectos negativos que podrían perjudicar significativamente la salud y la seguridad (ONU, 1961, 1971, 1988).

Tradicionalmente, las drogas psicoactivas eran sustancias derivadas de algunas plantas, como la cocaína, la heroína y el cannabis, que se consumían en las regiones donde se cultivaban o a lo largo de las rutas comerciales hacia su mercado final. El crecimiento del comercio mundial y desplazamientos están globalizando el mercado de sustancias a base de plantas, que anteriormente se limitaban en gran medida a regiones específicas. En las últimas décadas, nuevas sustancias psicoactivas sintetizadas en laboratorios ilícitos se han vuelto ampliamente disponibles y se consumen en todas las regiones.

El Informe Mundial de Drogas del 2019 de la UNODC, estima que alrededor de 271 millones de personas, o el 5.5% de las personas de 15 a 64 años en todo el mundo, han consumido una droga ilícita al menos una vez en 2017. Unos 35 millones de personas que han usado drogas (0.7% de la población adulta) padecen de trastornos por su consumo. Una proporción de los trastornos causados por el uso de drogas están asociados con el uso no médico de medicamentos que requieren receta médica, como analgésicos opioides sintéticos (medicamentos para el tratamiento del dolor), ansiolíticos (medicamentos para el tratamiento de trastornos de ansiedad y afecciones de salud relacionadas), hipnóticos (medicamentos para el manejo de trastornos del sueño) o psicoestimulantes (a menudo utilizados para manejar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad). El aumento en la disponibilidad de opioides fuertes y su uso para el tratamiento del dolor crónico en los

últimos 10 años, en algunas partes del mundo, ha resultado en un aumento dramático de muertes por sobredosis de opioides. De los 11 millones de personas en todo el mundo que se inyectaron drogas en 2017, aproximadamente uno de cada ocho vive con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y más de la mitad vive con el virus de hepatitis C (VHC). Alrededor de medio millón de muertes en todo el mundo fueron atribuidas al consumo de drogas en 2017 (UNODC, 2019).

Aunque los países de todo el mundo informan un uso cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas, no se ha reemplazado a gran escala el uso de drogas tradicionales (UNODC, 2019). Si bien los opioides en todo el mundo siguen siendo una amenaza importante para la salud pública, los estimulantes de tipo anfetamínico no se quedan atrás.

Al menos el 8% de las personas que comiencen a usar drogas psicoactivas desarrollarán un trastorno causado por su consumo a través del tiempo, con variaciones significativas para las diferentes clases de sustancias psicoactivas (Wagner y Anthony, 2002; López-Quintero et al., 2011). Según la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 2019a), el término "trastorno por consumo de drogas" comprende dos condiciones de salud principales: "patrón nocivo de consumo de drogas" y "drogodependencia". El patrón nocivo de consumo de drogas se define como un patrón de uso continuo, recurrente o esporádico de una sustancia que ha causado un daño clínicamente significativo en la salud física (incluidas infecciones transmitidas por la sangre debido a la autoadministración intravenosa) o la salud mental (trastorno del estado de ánimo), o ha resultado en un comportamiento que daña la salud de terceros. La drogodependencia se define en la CIE-11 como un patrón de uso repetitivo o continuo de una droga psicoactiva con una alteración en la regulación del uso de esa sustancia, que se manifiesta por dos o más de los siguientes síntomas: (a) Deficiencia de control sobre el uso de sustancias (incluyendo el comienzo, frecuencia, intensidad, duración, terminación y contexto); (b) Mayor precedencia del consumo de sustancias sobre otros aspectos de la vida, incluido el mantenimiento de la salud y actividades y responsabilidades diarias, de modo que el consumo de sustancias continúe o aumente a pesar de que se presenten consecuencias negativas (incluida la ruptura de relaciones interpersonales, consecuencias laborales o académicas e impacto negativo en la salud); y (c) Características fisiológicas, indicativas de neuroadaptación a la sustancia, que incluyen: 1) tolerancia a los efectos de la sustancia o necesidad de usar cantidades crecientes de la sustancia para lograr el mismo efecto; 2) síntomas de abstinencia después de la interrupción o reducción del consumo de la sustancia; o 3) uso repetido de dicha sustancia, o sustancias farmacológicamente similares para aliviar o prevenir los síntomas de abstinencia.

Los "trastornos inducidos por el uso de drogas" comprenden una categoría más amplia de afecciones de la salud que incluyen intoxicación por drogas, síndrome de abstinencia y una variedad de trastornos mentales inducidos por el uso de drogas. Los trastornos por el uso de drogas a menudo van de la mano con un impulso importante de usar drogas psicoactivas, que pueden persistir o reactivarse fácilmente, incluso después de un largo período de abstinencia. Muy a menudo, los trastornos por el uso de drogas están asociados con el uso nocivo o dependencia de otras sustancias psicoactivas como el alcohol o la nicotina.

La naturaleza de la drogodependencia se basa en una interacción dinámica compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los mecanismos neurobiológicos abarcan desde vulnerabilidad genética heredada, hasta interrupciones de los circuitos neuronales en áreas del cerebro que regulan funciones como la motivación, la experiencia del placer, la memoria y el aprendizaje (OMS, 2004; Koob y Volkow, 2016). Varios factores psicosociales pueden aumentar el riesgo tanto del comienzo a consumir de drogas, como el desarrollo de trastornos por su uso. Factores relacionados con la familia, como la negligencia en la primera infancia, el abuso infantil e influencias parentales con el uso de sustancias pueden contribuir a patrones perjudiciales de consumo y drogodependencia. A nivel social o comunitario, se ha demostrado que la pobreza extrema, el desplazamiento, las normas favorables y los medios, aumentan la vulnerabilidad a padecer de trastornos por el uso de drogas (UNODC, 2015).

Además de los trastornos por el uso de drogas, algunas personas que las consumen desarrollan otras afecciones de salud que a menudo están asociadas con riesgos y comportamientos relacionados con las drogas. Quienes se inyectan drogas tienen un alto riesgo de exposición a infecciones transmitidas por la sangre, como el VIH o el VHC, así como a la infección por tuberculosis (TB). Existe un mayor riesgo de sobredosis, accidentes de tránsito y otras lesiones, problemas cardiovasculares

Nota: las características fisiológicas solo se aplican a ciertas sustancias.

y hepáticos, violencia y suicidios. La drogodependencia se asocia con una esperanza de vida reducida: la tasa de mortalidad de las personas con dependencia de opioides es significativamente más alta que la estimada en la población general y la muerte ocurre con mayor frecuencia a una edad más corta (Degenhardt *et al.*, 2018; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

La relación entre los trastornos por uso de sustancias y trastornos de salud mental es muy compleja. A menudo, otro trastorno de salud mental es el antecedente del consumo de drogas, lo que coloca a las personas afectadas en un mayor riesgo de desarrollar trastornos por su consumo (OMS, 2004). Se pueden desarrollar otros trastornos de salud mental secundarios al trastorno por el consumo de sustancias, debido en parte a cambios biológicos en el cerebro como resultado del uso de drogas. El riesgo de desarrollar drogodependencia y complicaciones psiquiátricas es particularmente alto cuando los niños y adultos jóvenes están continuamente expuestos a los efectos de las drogas antes de que su cerebro pueda madurar por completo, un proceso que generalmente ocurre a mediados de los veinte años (J. Conrod y Nikolaou, 2016; Silveri *et al.*, 2016).

La investigación médica ha llevado a conclusiones de que la drogodependencia es un trastorno complejo de salud multifactorial, con mecanismos biológicos y psicosociales que han sido documentados. Los avances científicos también han permitido desarrollar intervenciones efectivas de tratamiento y atención, que ayudan a las personas que padecen de trastornos por el uso de drogas a cambiar su comportamiento para mejorar su salud. El enfoque general de salud pública sobre el consumo de drogas y los trastornos causados por su uso, impulsó el desarrollo de intervenciones que reducen los daños a corto y largo plazo para los usuarios de drogas. Esto ha demostrado ser particularmente útil para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para las personas que se inyectan drogas (OMS, 2012b).

Las percepciones respecto a los trastornos por el uso de drogas han cambiado en los últimos tiempos entre los formuladores de políticas, expertos de la salud y el público. Existe un mayor reconocimiento de que los trastornos por uso de drogas son condiciones de salud complejas con determinantes psicosociales, ambientales y biológicos, que necesitan respuestas multidisciplinarias, integrales y orientadas a la salud pública dadas por instituciones y organizaciones en conjunto. Hay una creciente comprensión de que, en lugar de ser un "mal hábito auto-adquirido", la drogodependencia es el resultado de una interacción a largo plazo entre factores biológicos y ambientales, incluidas las desventajas y adversidades sociales, y que se puede prevenir y abordar adecuadamente para mejorar la salud y seguridad pública.

Lamentablemente, persisten opiniones anticuadas respecto a los trastornos por el uso de drogas en muchas partes del mundo. Los individuos que padecen de trastornos por el uso de drogas, sus familiares y los profesionales que trabajan con ellos, generalmente enfrentan estigmas y discriminación. Esto ha comprometido significativamente la implementación de intervenciones de tratamiento de calidad, socavando el desarrollo de instalaciones de tratamiento, la capacitación de profesionales y la inversión en programas de tratamiento y recuperación. La evidencia muestra claramente que los trastornos por uso de drogas y otras sustancias se manejan mejor dentro del sistema de salud pública, así como se manejan otros problemas médicos crónicos como la infección del VIH o la hipertensión. Sin embargo, la idea de incluir el tratamiento de trastornos por el uso de drogas en los sistemas de atención médica aún enfrenta resistencia, en parte debido a un retraso en la transferencia de la ciencia a la política y debido a la implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia.

En algunos países, los trastornos por el uso de drogas todavía se consideran principalmente como un problema de seguridad pública y justicia penal, con las agencias relevantes en el interior, los ministerios de justicia o defensa manejan las respuestas a los trastornos por el uso de drogas mediante la prestación de servicios, a menudo sin la supervisión o el compromiso de parte del ministerio de salud o agencias e instituciones de salud pública. El uso exclusivo de estrategias y métodos de aplicación de la ley no es una respuesta efectiva a los trastornos por el uso de sustancias, ni una forma rentable de gastar fondos públicos. Las estrategias de tratamiento biopsicosocial que reconocen la drogodependencia como un trastorno de salud multifactorial, tratable mediante enfoques médicos y psicosociales, pueden ayudar a reducir los daños relacionados con las drogas. Esto a su vez mejorará la salud, bienestar y recuperación de las personas afectadas, al tiempo que reduce la delincuencia relacionada con las drogas y aumenta la seguridad pública y resultados beneficiosos para la comunidad (como la reducción de la falta de vivienda, requisitos de bienestar social y desempleo).

Los trastornos por consumo de drogas a menudo toman el curso de un trastorno crónico y recurrente. Esto implica que los servicios de tratamiento deben trabajar con los pacientes a largo plazo, a menudo durante años y, a veces, durante toda la vida del paciente, manteniendo el contacto, ofreciendo intervenciones de crisis y apoyo cuando sea necesario durante sus diferentes niveles de intensidad. Esto es similar al sistema de atención para pacientes con otras enfermedades crónicas (como diabetes, asma y enfermedades cardiovasculares). Dicho sistema está diseñado para manejar períodos de remisión y exacerbaciones al modificar las intervenciones para que coincidan con la gravedad del problema en cuestión, sin aumentar la expectativa de que un tratamiento a corto plazo traerá una cura. Reconocer la naturaleza de la dependencia o el uso continuo de drogas y el hecho de que a menudo involucran recaídas, no implica que manejarlas sea ineficaz e inútil. Por el contrario, el tratamiento adecuado administrado repetidamente (incluso ante el uso continuo o recaídas intermitentes al uso de drogas) es esencial para prevenir las muertes relacionadas con las drogas. Ayuda a mejorar la salud y la calidad de vida, a pesar de los persistentes problemas de salud y frecuentes problemas sociales. Los enfoques efectivos para la prevención y tratamiento de trastornos por el uso de drogas y sus consecuencias tanto sociales como de salud, pueden reducir los daños a los pacientes y sus comunidades, y aumentar las posibilidades de lograr tener una vida larga y saludable (UNODC y OMS, 2018).

Muchas regiones y países están enfrentando un crecimiento en el número de personas con necesidades especiales de tratamiento y atención, tales como: niños y adolescentes; personas de edad avanzada; mujeres y mujeres embarazadas; diferentes grupos de identidad de género y orientación sexual²; poblaciones indígenas; migrantes; personas analfabetas y personas con educación limitada; personas con condiciones de salud comórbidas, incluidos trastornos mentales, VIH, tuberculosis y VHC; individuos involucrados con el sistema de justicia penal y personas sin hogar o socialmente marginadas.

Los patrones cambiantes en el uso de drogas y otras sustancias psicoactivas, junto con los perfiles cambiantes de las personas que las consumen y desarrollan trastornos por su uso, crean nuevos desafíos para los sistemas de atención médica, que deben adaptarse a las nuevas realidades de manera oportuna, efectiva y eficiente. Esto puede requerir inversiones adicionales en programas de prevención y tratamiento, incluidos los recursos humanos relevantes. Los sistemas de atención médica a menudo luchan por responder adecuadamente a los nuevos problemas de salud emergentes entre las personas usuarias de drogas. Por ejemplo, en partes del mundo donde el uso de opioides era poco común anteriormente, los sistemas de salud pueden carecer de la capacidad de brindar tratamiento médicamente asistido, como el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, para trastornos por el uso de opioides. Del mismo modo, en las partes del mundo donde los sistemas de tratamiento se han centrado en los trastornos por uso de opioides, ahora se están viendo grandes aumentos en la prevalencia de trastornos debido al uso de psicoestimulantes.

Según las estimaciones mundiales de la UNODC y la OMS, en el mejor de los casos, solo una de cada seis personas que pueden beneficiarse del tratamiento de la drogodependencia tiene acceso a programas de tratamiento. Esta proporción disminuye en América Latina y África, donde solo una de cada 11 y una de cada 18 personas que pueden beneficiarse del tratamiento de la drogodependencia tienen acceso a programas de tratamiento, respectivamente (UNODC, 2018). En muchos países, el tratamiento solo está disponible en las grandes ciudades. El concepto de cobertura de salud universal debería ser tanto aplicable a los trastornos por el uso de drogas como a cualquier otra afección de salud. Esto les daría a las personas con trastornos por el uso de drogas y a sus comunidades acceso a los servicios de salud de prevención y tratamiento que necesitan, asegurando la calidad suficiente para lograr los efectos deseados, al tiempo que protege a los pacientes de la exposición a dificultades financieras (OMS, 2019c, 2019b).

Los trastornos por el uso de drogas son afecciones de salud graves que presentan una carga importante para las personas afectadas, sus familias y comunidades. Los trastornos por uso de drogas no tratados provocan costos sustanciales para la sociedad, incluida la pérdida de productividad, el aumento de los gastos de atención médica, los costos relacionados con la justicia penal y el bienestar social, y otras consecuencias sociales. El costo social del uso de drogas ilícitas se estima en 1.7% del producto interno bruto en algunos países (UNODC, 2016). Por lo tanto, proporcionar un tratamiento y servicios de atención eficaces para los trastornos por el uso de drogas como parte de un sistema de tratamiento integrado y bien coordinado, es una inversión en la salud para las personas que padecen de dichos trastornos. También es una inversión en el desarrollo saludable y seguro de familias, comunidades y países.

CAPÍTULO 2

Principios y normas clave para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas

Los trastornos por el uso de drogas pueden tratarse eficazmente mediante una variedad de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

En el tratamiento, el objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con trastornos por el uso de drogas, y el objetivo final es ayudar a las personas a lograr su recuperación en la medida de lo posible. Más específicamente, los objetivos del tratamiento incluyen:

- interrumpir o reducir el consumo de drogas
- mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento social del individuo afectado
- prevenir daños futuros al disminuir el riesgo de complicaciones y recaídas.

Muchas intervenciones que se usan comúnmente en el manejo de trastornos por el uso de drogas, no cumplen con los criterios científicos aceptados para la eficacia clínica. Dichas intervenciones pueden ser ineficaces o incluso perjudiciales: los ensayos clínicos necesarios pueden no haberse realizado y la efectividad del tratamiento puede ser desconocida.

Además de la efectividad clínica, el tratamiento de trastornos por el uso de drogas debe cumplir con los estándares comunes de atención médica, mediante:

- ser consistente con la Declaración de Derechos Humanos de la ONU y las Convenciones existentes de la ONU
- promover la autonomía personal
- promover la seguridad individual y social.

Las Normas definen un conjunto de requisitos que deben establecerse para que cualquier modalidad de tratamiento o intervención se considere segura y efectiva, independientemente de la filosofía de tratamiento o el entorno. Esto es críticamente importante, porque las personas con trastornos por uso de sustancias merecen nada menos que estándares de atención éticos y basados en la ciencia, similares a los que se aplican al tratamiento de otras enfermedades crónicas.

Principio 1

El tratamiento debe ser accesible, disponible, atractivo y apropiado

DESCRIPCIÓN

Los trastornos por el uso de drogas se pueden tratar de manera efectiva en la mayoría de los casos, si los individuos tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubren el espectro de problemas que pueden enfrentar. Los servicios de tratamiento e intervenciones deben basarse en evidencia científica y coincidir con las necesidades específicas de cada paciente dependiendo de la fase en la que se encuentre o la gravedad de su trastorno. Los servicios incluyen: programas de atención comunitaria; servicios en entornos no especializados; tratamiento hospitalario y ambulatorio; tratamiento médico y psicosocial (incluido el tratamiento de trastornos inducidos por alcohol y otras sustancias, así como sus comorbilidades psiquiátricas o de salud física); tratamiento o rehabilitación con base comunitaria o residencial a largo plazo; y organizaciones de apoyo para la recuperación. Estos servicios deben ser asequibles, atractivos, accesibles y disponibles tanto en entornos urbanos como rurales, con una amplia gama de horarios de apertura y un tiempo de espera mínimo. Es necesario minimizar todas las barreras que limiten el acceso a los servicios de tratamiento adecuados. Los servicios no solo deberían ofrecer tratamiento para trastornos por el uso de sustancias per se, sino también brindar apoyo y protección social, así como atención médica general. El marco legal no debe disuadir a estos pacientes de tomar el tratamiento. Es necesario asegurarse de que el entorno del tratamiento sea amigable, culturalmente sensible y centrado en las necesidades clínicas específicas y el nivel de preparación de cada paciente, lo que persuade en lugar de disuadir a los individuos de asistir.

NORMAS

- 1.1 Los servicios de tratamiento esenciales para trastornos por el uso de drogas deben estar disponibles en diferentes niveles de los sistemas de salud: desde la atención primaria hasta los servicios de salud terciarios, con programas de tratamiento especializados para trastornos por el uso de sustancias.
- 1.2 Los servicios de tratamiento esenciales incluyen: servicios de atención comunitaria; cribado y breves intervenciones psicosociales; evaluación diagnóstica; tratamiento psicosocial y farmacológico ambulatorio; el manejo de afecciones clínicas agudas inducidas por fármacos (como sobredosis, síndrome de abstinencia); servicios de hospitalización para el manejo de abstinencia severa y psicosis inducidos por el uso de drogas; servicios residenciales a largo plazo; el tratamiento de comorbilidades por el uso de sustancias y trastornos psiquiátricos y físicos; y servicios de gestión de la recuperación brindados por médicos capacitados.
- 1.3 Los individuos seleccionados y adecuadamente entrenados pueden trabajar en servicios de tratamiento, proporcionando intervenciones específicas destinadas a ayudar a identificar a los pacientes, involucrarlos y mantenerlos en el tratamiento.
- 1.4 Los servicios de tratamiento esenciales para los trastornos por el uso de drogas, deben estar al alcance del transporte público y ser accesibles para personas que viven en zonas urbanas y rurales.
- 1.5 Es necesario extender los servicios de bajo umbral y servicios de atención comunitaria, como parte de una atención continua a las poblaciones 'ocultas' más afectadas por el uso de drogas, a menudo sin motivación para recibir tratamiento y susceptibles a una recaída después del programa de tratamiento.
- 1.6 Dentro de un patrón de atención continua, las personas con trastornos por el uso de drogas deben tener acceso a servicios de tratamiento a través de múltiples puntos de entrada.
- 1.7 Los servicios de tratamiento esenciales para el uso de drogas y trastornos relacionados, deben estar disponibles durante un rango suficientemente amplio de horarios de apertura para garantizar el acceso de las personas con responsabilidades laborales o familiares.
- 1.8 Los servicios de tratamiento esenciales deben ser asequibles para los clientes de diferentes grupos socioeconómicos y niveles de ingresos, con un riesgo mínimo de dificultades financieras para quienes los requieran.
- 1.9 Si no son accesibles, asequibles o disponibles, los servicios de tratamiento también deben proporcionar acceso a apoyo social, atención médica general y el manejo de trastornos por el uso de sustancias, así como afecciones psiquiátricas y de salud física.
- 1.10 Existe la necesidad de divulgar información sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento esenciales para trastornos por el uso de drogas, utilizando múltiples fuentes como el Internet, materiales impresos y servicios de acceso abierto.

Principio 2

Garantizar estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento

DESCRIPCIÓN

El tratamiento para los trastornos por el uso de drogas debe basarse en estándares éticos universales de atención médica - incluido el respeto a los derechos humanos y la dignidad del paciente. Esto incluye responder al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación y/o estigmatización. Las personas con trastornos por el uso de drogas deben, en la medida posible, tomar decisiones de tratamiento, incluido cuándo comenzar y detener el tratamiento, y su naturaleza. El tratamiento no debe ser forzado o contra la voluntad y la autonomía del paciente. El consentimiento del paciente debe ser obtenido antes de cualquier intervención de tratamiento. Es necesario mantener registros clínicos precisos y actualizados y garantizar la confidencialidad de los registros de tratamiento. Es fundamental evitar eludir los registros de salud al registrar a los pacientes que ingresan al tratamiento. Nunca se deben utilizar intervenciones punitivas, humillantes o degradantes (como palizas, encadenamiento, retención del tratamiento y los alimentos, etc.). Se debe aplicar un estricto código de ética para el personal. El personal debe abstenerse de defender sus creencias personales y no debe usar prácticas humillantes o degradantes. El individuo con trastornos por el uso de drogas debe ser reconocido como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que se les brinda a los pacientes con otros problemas psiquiátricos o médicos.

NORMAS

- 2.1 En todos los casos, los servicios de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas deben respetar los derechos humanos y la dignidad de los pacientes y nunca utilizar intervenciones humillantes o degradantes.
- 2.2 Los pacientes deben otorgar su consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento y tener una opción garantizada para retirarse del tratamiento en cualquier momento.
- 2.3 Los datos del paciente deben ser estrictamente confidenciales. Se debe prohibir la violación de la confidencialidad de los registros de salud para registrar a los pacientes que ingresan al tratamiento. Las medidas legislativas, respaldadas por la capacitación adecuada del personal y las normas y reglamentos de servicio, deben garantizar y proteger la confidencialidad de los datos del paciente.
- 2.4 El personal debe recibir la capacitación adecuada para la administración del tratamiento, cumpliendo enteramente con las normas éticas y los principios de los derechos humanos, y mostrar actitudes respetuosas, no estigmatizantes y no discriminatorias hacia los usuarios del servicio.
- 2.5 Los procedimientos de servicio deben requerir que el personal informe adecuadamente a los pacientes sobre los procesos y procedimientos de tratamiento, incluido su derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento.
- 2.6 Cualquier investigación realizada en servicios de tratamiento que involucre pacientes debe estar sujeta a la revisión de los comités éticos de investigación en humanos. Se alienta a los comités de ética a considerar las opiniones de las personas que han tenido contacto con el uso de drogas y su tratamiento, y se están recuperando de trastornos por el uso de drogas. La participación de los pacientes en la investigación debe ser estrictamente voluntaria, con el consentimiento por escrito obtenido en todos los casos.
- 2.7 Los estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento deben aplicarse a todas las poblaciones con necesidades especiales de tratamiento y atención, sin discriminación.

Principio 3

Promoción del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas mediante una coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios sociales y de salud

DESCRIPCIÓN

Los trastornos por el uso de drogas deben considerarse principalmente como problemas de salud en lugar de comportamientos delictivos y, por regla general, las personas con trastornos por el uso de drogas deben ser tratadas en el sistema de atención médica en lugar del sistema de justicia penal. No todas las personas con trastornos por el uso de drogas cometen delitos e, incluso si lo hacen, generalmente son delitos menores o de bajo nivel cometidos para financiar su consumo de drogas. Esto generalmente se detiene con el tratamiento efectivo del trastorno por el uso de drogas. Es importante percibir el uso de drogas y el padecimiento de trastornos por su consumo como un problema de salud que requiere del acceso al apoyo y tratamiento adecuados, en lugar de sanciones penales. El sistema de justicia penal debe colaborar estrechamente con los sistemas sociales y de salud para garantizar la prioridad del tratamiento de trastornos por el uso de drogas sobre el enjuiciamiento o encarcelamiento penal. El personal encargado de hacer cumplir la ley, el tribunal y el sistema penitenciario deben recibir la capacitación adecuada para participar y apoyar eficazmente en el tratamiento y la rehabilitación. Si se justifica el encarcelamiento, también se debe ofrecer tratamiento a los reclusos con trastornos por el uso de drogas durante su estancia en la cárcel y aún después de su liberación, ya que un tratamiento efectivo reducirá el riesgo de recaída, muerte por sobredosis y reincidencia. Es vital asegurar y facilitar la continuidad de la atención e intervenciones de prevención de recaídas y sobredosis, incluso después de la liberación de prisioneros con trastornos por el uso de drogas. En todos los casos relacionados con la justicia, las personas deben recibir tratamiento y atención de un nivel igualitario al tratamiento ofrecido en la comunidad.

NORMAS

- 3.1 El tratamiento para los trastornos por el uso de drogas debe proporcionarse predominantemente en los sistemas de salud y asistencia social. Deben existir mecanismos efectivos de coordinación con el sistema de justicia penal para facilitar el acceso a los servicios de tratamiento y asistencia social para las personas involucradas con el sistema de justicia penal.
- 3.2 El tratamiento efectivo debe estar disponible para las personas que padecen trastornos por el uso de drogas y, cuando corresponda, ser una alternativa parcial o completa a la condena.
- 3.3 Los marcos legales apropiados deben salvaguardar el tratamiento de los trastornos por uso de drogas cuando se usan como una alternativa al encarcelamiento o se brindan en entornos de justicia penal.
- 3.4 Los entornos de justicia penal deberían brindar oportunidades para que las personas con trastornos por el uso de drogas reciban la paridad de tratamiento, salud y atención social disponibles en la comunidad.
- 3.5 Las intervenciones de tratamiento no deben imponerse a las personas con trastornos por uso de drogas en el sistema de justicia penal contra su voluntad.
- 3.6 Las personas con trastornos por el uso de drogas en entornos de justicia penal deben tener acceso a la prevención y tratamiento esenciales, incluidos: los mecanismos de identificación temprana y remisión del tratamiento; la prevención de la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre; tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos por el uso de drogas y trastornos por uso de otras sustancias, así como afecciones psiquiátricas y de salud física comórbidas; servicios de rehabilitación y vínculos de atención a través de la salud comunitaria; y servicios sociales preparados para su liberación.
- 3.7 Deberá establecerse capacitación para el personal del sistema de justicia penal, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y del sistema penitenciario y profesionales de los tribunales, para garantizar el reconocimiento de las necesidades médicas y psicosociales asociadas con los trastornos por el uso de drogas y apoyar los esfuerzos de tratamiento y rehabilitación.
- 3.8 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas en el sistema de justicia penal debe seguir las mismas pautas basadas en evidencia, estándares éticos y profesionales que en la comunidad.
- 3.9 El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas y las enfermedades concomitantes debe ser parte esencial en la reintegración social de los reclusos que padecen de dichos trastornos. Además, existe la necesidad de garantizar la continuidad del tratamiento de trastornos por el uso de drogas en todos los casos a través de la coordinación efectiva de los servicios de salud y asistencia social en las comunidades y entornos de justicia penal. Esto reducirá el riesgo de recaída, sobredosis y reincidencia.
- 3.10 Se deben hacer todos los esfuerzos para reducir la carga del estigma y prevenir la discriminación dirigida a las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias que asisten a servicios médicos mientras están en contacto con el sistema de justicia penal.

Principio 4

El tratamiento debe basarse en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por uso de drogas

DESCRIPCIÓN

El cuerpo de conocimiento científico sobre los trastornos por el uso de drogas y su tratamiento, debe guiar las intervenciones e inversiones en el tratamiento. Los mismos estándares requeridos para la aprobación e implementación de intervenciones farmacológicas o psicosociales en otras disciplinas médicas, deben aplicarse al tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Es importante limitar las intervenciones farmacológicas y psicosociales cuya eficacia se ha demostrado mediante la investigación y/o ha sido avalada por organismos expertos. Cuando otros enfoques de tratamiento se consideren útiles, antes de implementarlos, es necesario garantizar que su efectividad y seguridad se evalúen adecuadamente, incluso a través de ensayos clínicos. La duración e intensidad de las intervenciones deben cumplir con las pautas basadas en evidencia. Los equipos multidisciplinarios deben integrar diferentes intervenciones adaptadas a cada paciente. Es necesario planificar y brindar servicios de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas utilizando el enfoque requerido para tratar afecciones crónicas, en lugar del modelo de atención aguda. La razón es que el tratamiento y atención a largo plazo tienen una mayor probabilidad de promover vidas largas y saludables. Es importante adaptar las intervenciones a la situación cultural y financiera del país sin socavar los elementos centrales que la ciencia considera cruciales para obtener resultados efectivos. Las intervenciones o sistemas de tratamiento 'tradicionales' pueden ser exclusivos de un país o entorno en particular y pueden tener evidencia limitada de su efectividad más allá de la experiencia local de los pacientes y sus médicos. Dichos sistemas deberían adoptar la mayor cantidad posible de intervenciones basadas en evidencia e introducirlas a sus servicios. Es necesario llevar a cabo una investigación de evaluación para establecer formalmente si los tratamientos 'tradicionales' son efectivos y si los riesgos que conllevan son aceptables.

NORMAS

- 4.1 La asignación de recursos para tratar los trastornos por el uso de drogas debe guiarse por la evidencia existente de la efectividad y rentabilidad de las intervenciones de tratamiento.
- 4.2 Debe implementarse una gama de intervenciones de diferente intensidad basadas en evidencia y aplicarlos en los diferentes niveles de los sistemas de salud y asistencia social, integrando adecuadamente las intervenciones farmacológicas y psicosociales en una atención continua.
- 4.3 Los servicios de tratamiento deben ser sensibles al género y estar orientados hacia las necesidades de las poblaciones a las que sirven, con el debido respeto a las normas culturales y la participación de los pacientes en el diseño, prestación y evaluación de los servicios.
- 4.4 Los profesionales de atención primaria de salud deben estar capacitados en el campo médico del uso de drogas, así como en el diagnóstico y manejo de los trastornos por el uso de drogas y las condiciones de salud relacionadas.
- 4.5 El tratamiento de trastornos por el uso de drogas en la atención primaria de salud debe estar respaldado por servicios especializados con las habilidades requeridas, particularmente para el tratamiento de casos severos y pacientes con enfermedades psiquiátricas y físicas comórbidas.
- 4.6 Siempre que sea posible, la organización de servicios de tratamiento especializados en trastornos por el uso de drogas debe contar con equipos multidisciplinarios capacitados en intervenciones basadas en evidencia. Además, los equipos deben tener competencias médicas, psiquiátricas, de psicología clínica, enfermería, trabajo social y asesoramiento. Deben involucrar a personas con experiencias en el uso de drogas y su tratamiento que estén en recuperación.
- 4.7 Las necesidades individuales deben determinar la duración del tratamiento, sin límites preestablecidos y su posible modificación en cualquier momento, según las necesidades clínicas del paciente.
- 4.8 La capacitación de los profesionales de la salud en la identificación, diagnóstico y tratamiento basado en evidencia de trastornos por el uso de drogas, debe establecerse en diferentes niveles de educación, incluidos los planes de estudio universitarios y programas de educación continua.
- 4.9 Es necesario actualizar las pautas para el tratamiento de trastornos, procedimientos y normas con regularidad para mantenerse al día con nuevas pruebas de la efectividad del tratamiento, el conocimiento sobre las necesidades de los pacientes y los resultados de la investigación de evaluación.
- 4.10 Los servicios de tratamiento deben cotejar su desempeño con los estándares de otros servicios comparables.
- 4.11 El desarrollo de nuevas intervenciones de tratamiento debe llevarse a cabo a través del proceso de ensayos clínicos, siendo supervisado por el comité de ética autorizado.

Principio 5

Responder a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población

DESCRIPCIÓN

Dentro de la población en general, a los subgrupos sociales con trastornos por el uso de drogas se les debe tratar con especial consideración y, si es necesario, atención especializada y personalizada. Los individuos de grupos con necesidades específicas pueden incluir, entre otros: mujeres y mujeres embarazadas; niños y adolescentes; personas de edad avanzada; poblaciones indígenas; migrantes; trabajadoras sexuales; personas con diferente orientación sexual e identidad de género; gente con discapacidades; personas analfabetas y personas con educación limitada; personas con condiciones de salud comórbidas; personas en contacto con el sistema de justicia penal; y cualquier persona sin apoyo social, como personas sin hogar o desempleadas. Trabajar con personas de necesidades especiales requiere planes de tratamiento diferenciados e individuales que consideren sus requisitos, vulnerabilidades y necesidades únicas. Las personas con trastornos por el uso de drogas a menudo enfrentan estigma y discriminación, lo que puede incrementar para los grupos de población con necesidades específicas. Es posible que se deban abordar consideraciones especiales en cada entorno del tratamiento continuo.

Los niños y adolescentes no deben ser tratados en el mismo entorno que los pacientes adultos con trastornos por el uso de drogas. Los niños y adolescentes con trastornos por el uso de drogas deben ser tratados en instalaciones que puedan manejar problemas tales como la seguridad y protección infantil. Las instalaciones para niños y adolescentes también deberían abarcar ampliamente la salud, aprendizaje y bienestar social en colaboración con la familia, escuelas y servicios sociales. Del mismo modo, las mujeres que ingresen al tratamiento deben tener acceso a servicios especiales y pueden requerir protección. Las mujeres con trastornos por el uso de drogas a menudo son más vulnerables a la violencia doméstica y el abuso sexual, y sus hijos pueden ser vulnerables al abandono y al abuso, por lo tanto, se recomienda una relación estrecha con agencias sociales que protegen a las mujeres y niños. Las mujeres pueden requerir servicios de tratamiento en un entorno seguro de un solo sexo para obtener el máximo beneficio. Los programas de tratamiento para padres con trastornos por uso de drogas deben tener la capacidad reconocer y satisfacer las necesidades primordiales de los hijos de padres afectados. Es necesario brindar un buen apoyo a los padres y fortalecer las prácticas de cuidado y crianza, así como en temas como la salud sexual, incluida la anticoncepción.

NORMAS

- 5.1 La provisión de servicios y los protocolos de tratamiento de trastornos por el uso de drogas deben reflejar las necesidades de grupos de población específicos.
- 5.2 Deben existir servicios de tratamiento especiales para niños y adolescentes con trastornos por el uso de drogas para abordar las necesidades de tratamiento específicas asociadas con este grupo de edad. Se deben proporcionar servicios de tratamiento diferenciados para niños y adolescentes siempre que sea posible, para asegurar los mejores resultados del tratamiento posibles.
- 5.3 Los servicios de tratamiento e intervenciones deben adaptarse a las necesidades de las mujeres y mujeres embarazadas. Esto es relevante para todos los aspectos del diseño y desarrollo de la intervención, incluida la ubicación, el personal, el desarrollo del programa, el contenido y cuidado infantil.
- 5.4 Los servicios de tratamiento deben adaptarse a las necesidades de grupos minoritarios con trastornos por el uso de drogas, y proporcionarles mediadores culturales e intérpretes siempre que sea necesario, para minimizar las barreras culturales y de idioma.
- 5.5 Los paquetes de asistencia social y de apoyo deben integrarse en los servicios de tratamiento para las personas con trastornos por el uso de drogas, particularmente personas sin apoyo social, como aquellos que no tienen hogar o están desempleados.
- 5.6 Deben existir servicios de atención comunitaria para establecer contacto con personas con trastornos por el uso de drogas que pueden evitar buscar tratamiento debido al estigma y la marginación.
- 5.7 Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para reducir la carga del estigma y la discriminación que enfrentan las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias, incluso a través de campañas de sensibilización pública y antiestigma, difusión de información verídica sobre los trastornos por el uso de drogas, reduciendo las barreras estructurales para buscar tratamiento e implementar medidas para mejorar la autoeficacia de las personas con trastornos por el uso de drogas.

Principio 6

Garantizar una buena gestión de los servicios clínicos y programas de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas

DESCRIPCIÓN

Los servicios de tratamiento eficientes y de calidad para los trastornos por el uso de drogas deben tener métodos de gestión clínica responsables y efectivos. El programa de tratamiento, las políticas, los procedimientos y mecanismos de coordinación deben definirse con anticipación y aclararse a todo el personal terapéutico, administrativo, de gestión y a los pacientes. La organización del servicio debe reflejar la evidencia de investigación actual y responder a las necesidades del usuario. El tratamiento de personas con trastornos por el uso de drogas (que a menudo tienen múltiples necesidades psicosociales, psiquiátricas, de salud física y sociales) es un desafío, tanto para el personal como para las organizaciones. Se reconoce el desgaste del personal en este campo y las organizaciones deben tener una variedad de medidas para apoyar a su personal y alentar la provisión de servicios de buena calidad.

NORMAS

- 6.1 Las políticas y los planes de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias deben ser formulados por las autoridades gubernamentales y de otros tipos, según corresponda, y deben basarse en los principios de la cobertura universal de salud, en conformidad con la mejor evidencia disponible y desarrollados con la participación activa de los principales interesados, incluidos la población objetivo, pacientes, familiares, miembros de la comunidad y ONGs.
- 6.2 Las políticas de servicio escritas y los protocolos de tratamiento deben estar disponibles, ser conocidos por todo el personal y guiar la prestación de servicios de tratamiento e intervenciones.
- 6.3 El personal que trabaja en servicios especializados para trastornos por el uso de drogas debe estar adecuadamente calificado y recibir capacitación, certificación, apoyo y supervisión clínica basados en evidencia. La supervisión clínica, la tutoría, las medidas de seguridad y otras formas de apoyo son necesarias para evitar el "agotamiento" entre los miembros del personal.
- 6.4 Las políticas y procedimientos para la contratación de personal y el monitoreo del desempeño deben estar claramente articulados y ser conocidos por todos.
- 6.5 Se debe asegurar una fuente sostenible de financiamiento adecuada y establecer mecanismos adecuados de gestión financiera y rendición de cuentas. Siempre que sea posible, el presupuesto relevante debe incluir recursos para la educación continua del personal y la evaluación de la calidad y el desempeño del servicio.
- 6.6 Los servicios para el tratamiento de trastornos por uso de drogas deben conectarse y vincularse con todos los niveles de atención médica, incluidos los servicios de salud primarios y especializados, los servicios sociales y otros (según corresponda) para brindar atención integral a sus pacientes.
- 6.7 Deben establecerse sistemas de registro de pacientes y recopilación de datos de acuerdo con los indicadores internacionales para garantizar la responsabilidad, continuidad del tratamiento y atención, respetando la confidencialidad del paciente.
- 6.8 Es esencial revisar periódicamente los programas de servicio, las reglas y los procedimientos, y desarrollar mecanismos de retroalimentación continua, auditoría, monitoreo y evaluación (incluida la retroalimentación de los pacientes).
- 6.9 Tanto los patrones de uso de sustancias, sus consecuencias sociales y de salud relacionadas, como las comorbilidades de salud psiquiátrica y física deben ser monitoreadas regularmente y los resultados deben estar disponibles para apoyar la planificación y gestión de los servicios de tratamiento.

Principio 7

Los servicios, las políticas y procedimientos de tratamiento deben respaldar un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos con los servicios complementarios requieren de monitoreo y evaluación constantes

DESCRIPCIÓN

En respuesta a un problema de salud complejo y multifacético, se deben desarrollar sistemas de tratamiento integrales para facilitar el manejo efectivo de los trastornos por el uso de drogas y sus problemas sociales y de salud asociados. No existe una modalidad de tratamiento que pueda por sí sola atender adecuadamente a todos. Por lo tanto, la respuesta debe ser integral y adaptable a las necesidades de los individuos. Siempre que sea posible, los diferentes servicios deben participar en el tratamiento con la coordinación adecuada, incluyendo: atención psiquiátrica, psicológica y de salud mental; atención social y otros servicios (incluso para vivienda y habilidades laborales y, si es necesario, asistencia legal); y otros servicios de atención médica especializados (como servicios para VIH, VHC, TB y otras afecciones de salud concomitantes). Es vital monitorear, evaluar y adaptar el sistema de tratamiento constantemente. Esto requiere una planificación multidisciplinaria y la implementación de servicios en una secuencia lógica que asegure la fuerza de los vínculos entre: políticas; evaluación de necesidades; planificación de sistemas de tratamiento; implementación y monitoreo de servicios; evaluación de resultados; y mejoras de calidad.

NORMAS

- 7.1 Las políticas y planes para el desarrollo de sistemas para el tratamiento de trastornos por uso de drogas deben respaldar un enfoque de tratamiento individualizado e integral, así como vínculos a servicios complementarios dentro y fuera del sector salud.
- 7.2 Deben establecerse y ponerse en funcionamiento los vínculos entre los esfuerzos para prevenir, tratar trastornos y reducir los daños sociales y de salud asociados con el consumo de drogas.
- 7.3 Se deben establecer vínculos entre comunidades (que involucran familias, cuidadores, grupos de apoyo y autoayuda, entornos religiosos y comunitarios relevantes), servicios sociales (como los que se brindan en instalaciones educativas, deportivas y recreativas), el sistema de justicia penal y la atención primaria de salud, con pleno respeto de la confidencialidad de los datos de los pacientes.
- 7.4 La planificación y el desarrollo del sistema de tratamiento debe basarse en estimaciones y descripciones de la naturaleza y alcance del problema de las drogas y las características de la población necesitada.
- 7.5 Se deben definir los roles de las agencias nacionales, regionales y locales en los diferentes sectores responsables de la prestación del tratamiento y rehabilitación de trastornos por el uso de drogas, con mecanismos establecidos para una coordinación efectiva.
- 7.6 Los estándares de calidad para los servicios de tratamiento de trastornos por el uso de drogas deben desarrollarse y establecerse con mecanismos apropiados para garantizar su cumplimiento, garantía de calidad o acreditación.
- 7.7 Cada servicio debe tener mecanismos de gestión clínica, monitoreo y evaluación establecidos, incluida la responsabilidad clínica, el monitoreo continuo de la salud y bienestar del paciente, y la evaluación externa intermitente.
- 7.8 La información sobre la cantidad, el tipo y la distribución de los servicios disponibles; y la utilización del sistema de tratamiento deben ser monitoreados para fines de planificación y desarrollo.

CAPÍTULO 3

Sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas

3.1 Prestación de servicios en diferentes niveles del sistema

Este capítulo destaca las características clave de los sistemas de tratamiento efectivos para tratar trastornos por el uso de drogas y proporciona orientación sobre la planificación de los servicios de tratamiento. También propone marcos para la organización de servicios de salud y modelos de atención.

Un sistema nacional eficaz para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas requiere de una respuesta coordinada e integrada por parte de varios actores. El objetivo es proporcionar servicios e intervenciones en múltiples entornos y dirigirse a grupos en diferentes etapas en términos de la gravedad de su trastorno por el uso de drogas y sus necesidades adicionales. El sistema de salud pública, que a menudo trabaja en estrecha coordinación con la atención social y otros servicios comunitarios, está en la mejor posición para liderar la prestación de servicios de tratamiento efectivos para personas con trastornos por el uso de drogas. En algunos países, los sectores privados desempeñan un papel vital en el tratamiento de personas con trastornos por el uso de drogas. Las normas y características sugeridas pueden ser igual de valiosas para los servicios de tratamiento en el sector privado.

Los servicios de tratamiento deben ser:

- disponibles
- accesibles
- asequibles
- basados en evidencia
- diversificados

La disponibilidad de servicios de tratamiento se refiere a la presencia sostenible de servicios capaces de tratar a pacientes con trastornos por el uso de drogas.

La accesibilidad a los servicios de tratamiento se refiere a su alcance o disponibilidad para toda la población. Los servicios de tratamiento deben estar convenientemente ubicados y cerca del transporte público (incluidas

áreas rurales y urbanas), con horarios que permitan la provisión adecuada de los servicios. Ciertos factores de diseño del servicio apoyarán el acceso para los subgrupos que necesitan tratamiento para trastornos por uso de drogas (como instalaciones de cuidado infantil para pacientes con hijos). Además, estigmas hacia ciertos grupos de población u otros factores no deben obstaculizarles el acceso a los servicios.

La asequibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a la asequibilidad tanto para los pacientes como para el sistema de tratamiento local. Los servicios de tratamiento para trastornos por uso de drogas deben ser asequibles para pacientes de diferentes grupos socioeconómicos y diferentes niveles de ingresos. Idealmente, el tratamiento para trastornos por el uso de drogas debe proporcionarse de forma gratuita, de modo que los costos no se conviertan en un impedimento para el tratamiento. Además, es necesario que los sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de sustancias sean asequibles para el sistema social y de salud a fin de mantener los servicios de tratamiento.

Las intervenciones de tratamiento deben basarse en evidencia científica y seguir pautas basadas en evidencia como el tratamiento de cualquier otro trastorno de la salud. Esto es clave para garantizar la calidad de los servicios de tratamiento.

Es necesario diversificar los servicios de tratamiento para satisfacer las necesidades de la población objetivo y ofrecer diferentes enfoques de tratamiento. Ningún enfoque único se adapta a todos los tipos, severidades o etapas de trastornos por el uso de drogas. Los servicios deben proporcionar el acceso a tratamiento y recuperación para pacientes con trastornos por el uso de drogas, así como el acceso a intervenciones comunitarias destinadas a reducir las consecuencias clínicas y sociales del uso de drogas. Por lo tanto, es necesario establecer una amplia gama de modalidades de tratamiento en diversos entornos (servicios de atención comunitaria, tratamiento ambulatorio, hospitalización, residencial) para abordar adecuadamente la gama de necesidades de los pacientes con trastornos por el uso de drogas y otras sustancias. Como la recuperación sigue siendo el objetivo final de todos los servicios de tratamiento y atención, los servicios de gestión de la recuperación deben ser una parte integral del sistema de tratamiento.

3.2 Organización del sistema de tratamiento

Los trastornos por el uso de drogas pueden describirse en un espectro de baja a alta gravedad y complejidad.

Desde una perspectiva de presupuesto público, el tratamiento basado en evidencia de los trastornos por el uso de drogas es una inversión inteligente, ya que los costos del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas son mucho más bajos en comparación con los costos de la dependencia de drogas no tratada (UNODC y OMS, 2008). La tasa de ahorro para las inversiones puede superar una proporción de 12:1 a través de reducciones en los delitos relacionados con las drogas y los costos de la justicia penal, la aplicación de la ley y la atención médica (NIDA, 2012).

Se aconseja a los responsables de desarrollar o revisar los sistemas locales de tratamiento integral para los trastornos por el uso de drogas, de conformidad con *las Normas*, que asignen los recursos disponibles para responder de manera óptima a las necesidades de la población. Existe la necesidad de desarrollar sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas de acuerdo con el principio clave de salud pública de priorizar la intervención menos invasiva con el mayor nivel de efectividad y el menor costo para los pacientes.

El volumen y tipo de servicios de tratamiento que necesita la población deben determinar las inversiones de los fondos públicos. Por lo general, un área local tiene una cantidad de personas que usan drogas ocasionalmente y una cantidad menor de personas con trastornos por el uso de drogas (de los cuales una pequeña proporción desarrollará trastornos por el uso de drogas muy graves o complejos).

Como se muestra en la pirámide organizacional (Figura 1), la mayoría de las intervenciones de tratamiento son requeridas a niveles de intensidad más bajos. Las intervenciones efectivas de baja intensidad en entornos comunitarios o no especializados (como el cribado e intervenciones breves) pueden evitar que los pacientes desarrollen trastornos más severos.

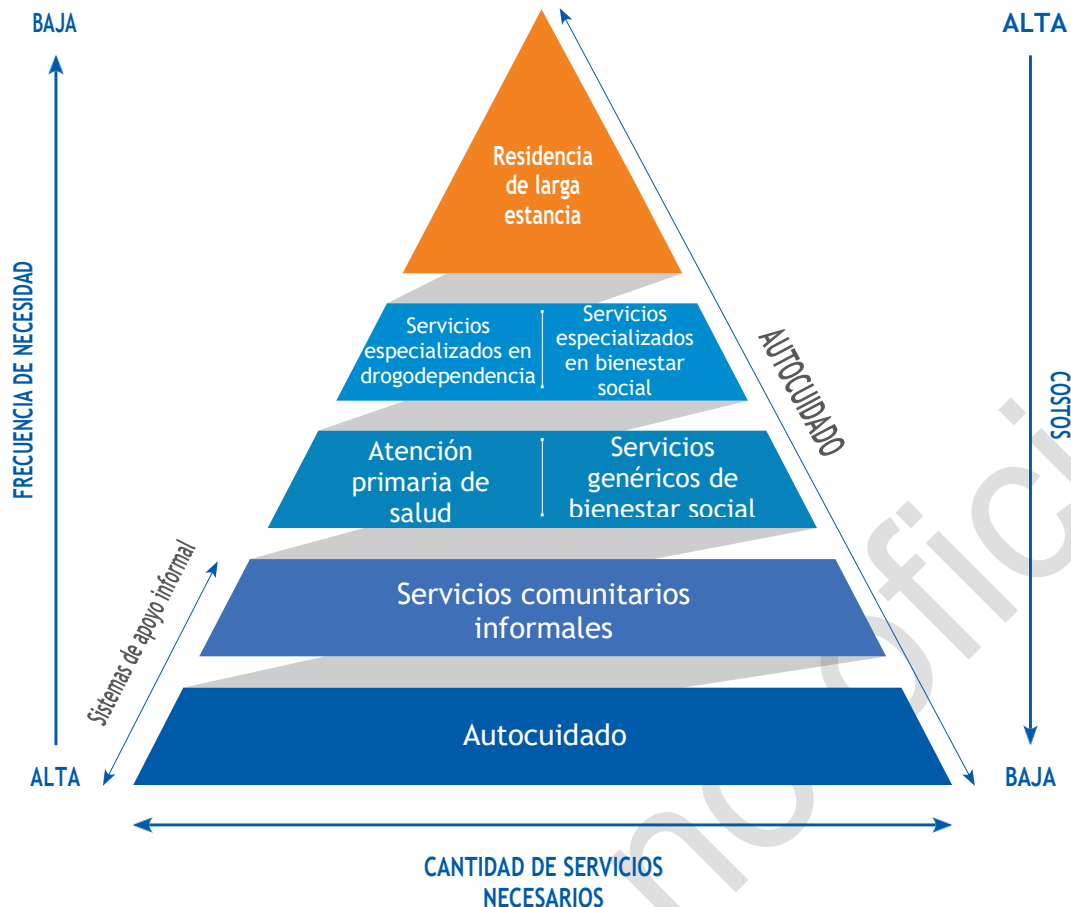


Gráfico 1. Pirámide organizacional de servicios para el tratamiento y atención de trastornos por el uso de sustancias (UNODC, 2014) basada en la Pirámide de Servicios de Salud Mental de la OMS (OMS, 2003)

El tratamiento para trastornos por el uso de drogas puede aplicarse por personal capacitado no especializado a un costo menor. De igual manera, la mayoría de las personas con trastornos por el uso de drogas pueden tratarse eficazmente en entornos ambulatorios o comunitarios, en lugar de entornos residenciales a largo plazo u otros más intensivos y costosos.

Los sistemas de tratamiento diseñados de acuerdo con la pirámide organizacional de servicios son más rentables. Sin embargo, en los sistemas donde la inversión se realiza de manera desproporcionada en servicios de tratamiento de alta intensidad/alto costo (parte superior de la pirámide) solamente, se puede llevar a que las personas con trastornos de baja gravedad necesiten un "tratamiento excesivo" en servicios de alta intensidad y/o un sistema con capacidad total limitada. Este es el resultado de la falta de fondos para desarrollar componentes de un sistema integral, como se describe en *las Normas*. El tratamiento ambulatorio para trastornos por el uso de drogas es, en general, menos perjudicial para la vida de los pacientes y más barato para el sistema de salud que el tratamiento hospitalario y residencial. El tratamiento ambulatorio es la primera opción recomendada desde una perspectiva de salud pública, siempre que esté basado en evidencia y pueda satisfacer las necesidades del paciente. Se puede requerir de tratamiento hospitalario y residencial basado en una evaluación individualizada para aquellos pacientes con trastornos por el uso de drogas más severos o complejos, o con problemas sociales adicionales.

Un desajuste entre el rango de gravedad de trastornos por el uso de drogas en la población, y el rango de intensidad de las modalidades de sistema de tratamiento local conduce a una distribución ineficiente de los recursos y minimiza los resultados, lo que no es una buena inversión de fondos públicos.

La falta de intervenciones de baja intensidad (como el cribado y las intervenciones breves en el nivel de atención primaria de salud o los servicios de atención comunitaria) también pueden orillar a los

usuarios de drogas a comunicarse con los servicios de tratamiento solo cuando han desarrollado trastornos severos por su consumo. Sin embargo, el apoyo en las primeras etapas del trastorno habría sido menos intensivo (y menos costoso). Los datos muestran que los profesionales de atención primaria rara vez examinan a sus pacientes para detectar trastornos por uso de drogas (Ernst, Miller y Rollnick, 2007). Sin embargo, proporcionar pruebas de cribado, intervenciones breves y tratamiento en entornos de atención primaria de salud es factible y ayuda a identificar, apoyar y (en caso de ser necesario) remitir a personas con trastornos por el uso de drogas, lo que ayuda a reducir los costos de atención médica.

3.2.1 Intervenciones sugeridas a diferentes niveles del sistema

Como se presenta en la Tabla 1, una variedad de intervenciones debe estar disponible para los pacientes para asegurar la continuidad del tratamiento y la atención.

Tabla 1. Intervenciones sugeridas a diferentes niveles del sistema

| Nivel de sistema | Posibles intervenciones |
|--|--|
| Servicios comunitarios informales | <ul style="list-style-type: none"> Programas de intervención Grupos de autoayuda y gestión de la recuperación Apoyo informal a través de amigos y familiares |
| Servicios de atención primaria de salud | <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de cribado, intervenciones breves, remisión al tratamiento especializado de trastornos por el uso de drogas Apoyo continuo a las personas en tratamiento/contacto con servicios especializados de tratamiento Servicios básicos de salud que incluyen primeros auxilios, manejo de heridas |
| Bienestar social genérico | <ul style="list-style-type: none"> Vivienda Alimentación Apoyo social incondicional Remisión a servicios especializados de tratamiento de uso de sustancias y otros servicios de salud y sociales según sea necesario |
| Servicios de tratamiento especializado (ambulatorios y hospitalarios) | <ul style="list-style-type: none"> Evaluación Planeación del tratamiento Gestión de casos Manejo de desintoxicación/abstinencia Intervenciones psicosociales Tratamiento asistido con medicamentos Prevención de recaídas Recuperación y su manejo |
| Otros servicios de atención médica especializados | <ul style="list-style-type: none"> Intervenciones de especialistas en servicios de salud mental (incluidos los servicios psiquiátricos y psicológicos) Intervenciones de especialistas en medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología y otros servicios especializados de atención médica Cuidado dental Tratamiento de enfermedades infecciosas (incluyendo VIH, Hepatitis C y tuberculosis) |
| Servicios especializados en bienestar social para personas con trastornos por el uso de drogas | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo familiar y reintegración Programas de formación vocacional/educación Generación de ingresos/microcréditos Planificación del tiempo libre Servicios de gestión de recuperación |
| Servicios residenciales a largo plazo para personas con trastornos por el uso de drogas | <ul style="list-style-type: none"> Programa residencial para abordar trastornos graves o complejos del uso de drogas y sus comorbilidades Vivienda Formación vocacional Ambiente protegido Habilidades vitales Apoyo terapéutico continuo Remisión a servicios ambulatorios/de recuperación |

3.3 Planificación y financiamiento de sistemas de tratamiento

Las decisiones sobre la destinación de recursos y servicios ofrecidos en diferentes niveles de los sistemas sociales y de salud, son cruciales para la planificación de un sistema de tratamiento de drogodependencia funcional y sostenible.

Una evaluación de las necesidades locales, utilizando datos disponibles sobre la demanda de drogas, el tratamiento y la prestación de atención en varios niveles, deben informar la asignación de los recursos y el diseño de los sistemas de tratamiento (UNODC, 2003).

La falta de datos o sistemas de recopilación de datos no deberían ser un obstáculo importante para la implementación y prestación de servicios de tratamiento. Algunos indicadores importantes, como el indicador de demanda de tratamiento (utilización del servicio para tratar problemas de drogas), solo se pueden recopilar de manera efectiva si los servicios de tratamiento y datos del paciente están disponibles.

El desarrollo de un sistema nacional y funcional de información acerca de las drogas, puede requerir el apoyo de socios en todos los niveles y sectores. La razón es que se necesita un componente técnico y un proceso participativo para establecer políticas gubernamentales en un sistema de información de drogas y un control nacional de su consumo.

Los sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas no deben separarse de los sistemas de salud, asistencia social o servicios locales. Es probable que su diseño y administración se vean influenciados y vinculados a servicios sociales y de salud más amplios. La planificación, diseño e implementación de sistemas de tratamiento y recuperación para trastornos por uso de drogas requieren la participación de una variedad de partes interesadas, incluidos los proveedores gubernamentales de salud y asistencia social, el sistema de justicia penal y la policía, pacientes y grupos de defensa, ONGs y otros grupos comunitarios.

El estigma y la discriminación contra personas con trastornos por el uso de drogas son los principales impedimentos para el tratamiento. Es necesario hacer todo lo posible para crear conciencia, promover actitudes no estigmatizantes y abordar la discriminación contra personas con trastornos por el uso de drogas. Para lograr esto, es esencial implementar intervenciones políticas integrales equilibradas, eliminar las barreras al tratamiento, eliminar y prevenir el tratamiento o castigo inhumano o degradante, brindar una mejor atención, aumentar la conciencia y la comprensión de trastornos por el uso de drogas en la población general, y perfeccionar el conocimiento de los responsables de la toma de decisiones y formuladores de políticas, profesionales de la salud y otras partes interesadas relevantes. Las intervenciones dirigidas a aumentar la autoeficacia y empoderar a las personas, como grupos de ayuda mutua, pueden reducir la carga del autoestigma (Livingston et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

3.4 Modelos de organización de servicios

Esta sección describe diferentes modelos de organización de servicios que pueden implementarse en diferentes niveles - dependiendo de las necesidades de la población, la organización de los servicios de salud y asistencia social, los marcos legislativos, las políticas y recursos. Los modelos no son mutuamente excluyentes y pueden superponerse.

3.4.1 Un enfoque de servicio integral

Dadas las diversas y múltiples necesidades de las personas con trastornos por el uso de drogas, se debería proporcionar una amplia gama de servicios médicos y sociales en una instalación o servicio, que podría describirse como un "servicio integral" (Gráfico 2). Dicha prestación de servicios integrados sin barreras de accesibilidad

incluye la gama completa de servicios de atención y brinda a los usuarios de drogas un tratamiento integral y ético de la drogodependencia cuando sea necesario (Rapp et al., 2006).



Gráfico 2. Un enfoque de servicio integral

3.4.2 Enfoque de redes comunitarias

Si un servicio de tratamiento local no puede integrar todas las modalidades e intervenciones basadas en evidencia (como el enfoque de servicio integral), existe la necesidad de desarrollar una red integral coordinada de servicios de tratamiento y atención. Esto debería incluir varios componentes del sistema local de salud y asistencia social. Este enfoque posiciona los servicios clínicos especializados en el tratamiento de la drogodependencia como un elemento central, pero ofrece muchos servicios municipales/comunales que comparten una perspectiva y trabajan en estrecha coordinación con los mecanismos establecidos. Para garantizar el acceso, es necesario establecer servicios de entrada de bajo umbral (como servicios de atención comunitaria o de atención inmediata) con mecanismos definidos para servicios clínicos de tratamiento de drogodependencia y los servicios sociales que lo conllevan.

En un enfoque de red de tratamiento con base comunitaria (Gráfico 3) existen amplios vínculos no solo entre diferentes servicios de los sectores sociales y de salud (incluidos los hospitales locales, atención primaria y servicios de atención social) sino también con otras partes interesadas de la comunidad (incluidas las ONGs y grupos de autoayuda). Para coordinar todos los servicios prestados, ayuda a desarrollar un enfoque de tratamiento efectivo con base comunitaria que utiliza todos los recursos ya disponibles. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia con base comunitaria ofrecen un enfoque multifactorial y multisectorial para el manejo de problemas relacionados con las drogas y problemas de salud. Tal enfoque fomenta: el uso de varias vías para el tratamiento; manejo y soporte de la recuperación; y una mejor calidad de vida para toda la comunidad. Los socios en una red comunitaria de servicios deben trabajar en estrecha colaboración y coordinación para proporcionar el mejor apoyo posible a través de estrategias efectivas de derivación y gestión de casos para garantizar una atención continua. Las redes comunitarias de tratamiento de la drogodependencia proporcionan una gama de puntos de entrada de bajo umbral y facilitan el acceso a diferentes servicios de tratamiento y atención.



Gráfico 3. Modelo de enfoque de red de tratamiento con base comunitaria (UNODC, 2014)

Los principios clave del tratamiento y la atención de la drogodependencia con base comunitaria incluyen (UNODC, 2014):

- atención continua desde servicios de atención comunitaria, el apoyo básico y reducción de las consecuencias relacionadas con el tratamiento de la drogodependencia y la reintegración social, con acceso universal para ingresar al sistema
- estrecha colaboración entre la sociedad civil, el sistema de aplicación de la ley/justicia penal, los sectores de salud y asistencia social
- interrupción mínima de los vínculos sociales y el empleo
- integración del tratamiento de trastornos por el uso de drogas en los servicios sociales y de salud existentes
- prestación de servicios en la comunidad, de la manera más accesible posible para los usuarios de drogas
- participación y desarrollo de los recursos y activos de la comunidad, incluidas las familias
- participación de usuarios de drogas, personas impactadas por el uso de drogas o la drogodependencia, las familias y la comunidad en general para contribuir en la planificación y prestación del servicio
- provisión de intervenciones basadas en evidencia y sensibles al género
- participación informada y voluntaria en el tratamiento
- un enfoque integral con una perspectiva de recuperación que tiene en cuenta diversas necesidades (salud, familia, educación, empleo, vivienda)

- aceptación de que la recaída es parte del proceso de tratamiento y que los individuos pueden volver a acceder a los servicios de tratamiento
- respeto de los derechos humanos y la dignidad, incluida la confidencialidad
- abordar el estigma y la discriminación asociados con los trastornos por el uso de drogas.

Los servicios de salud como la atención primaria de salud, el tratamiento con fármacos, los hospitales y clínicas, y los servicios sociales son elementos clave en una red comunitaria de tratamiento y atención. Además, se deben formar asociaciones amplias con otras partes interesadas de la comunidad, tales como:

- sociedad civil/ONGs (incluidas las que prestan servicios de atención comunitaria, formación profesional y actividades de atención posteriores al tratamiento)
- la policía (incluyendo pruebas de cribado, remisión a servicios de salud)
- sistema de justicia penal (incluidas disposiciones para el tratamiento como alternativa a la condena o castigo, disponibilidad del tratamiento en prisión de trastornos por el uso de drogas, y la organización de servicios de seguimiento para los liberados de prisión)
- organizaciones profesionales (incluidas las que brindan apoyo legal)
- establecimientos de comercio y servicios (como los que crean oportunidades vocacionales)
- grupos organizados de usuarios de drogas e individuos en recuperación (proporcionando grupos de autoayuda)
- grupos organizados que se identifican por género y etnia
- las instituciones de educación y de investigación
- organizaciones y líderes juveniles
- organizaciones espirituales/religiosas (como aquellas que ofrecen lugares para pasar la noche)
- líderes espirituales y comunitarios
- asociaciones de vecinos
- miembros de la familia.

Para asegurar que los pacientes estén vinculados y sean remitidos a servicios que se adapten a sus necesidades, es esencial que los servicios y sectores coordinen la planificación del tratamiento y la gestión de casos (UNODC, 2014). Los administradores de casos deben trabajar con pacientes, miembros del equipo de tratamiento y servicios u organizaciones para seleccionar la mejor combinación de intervenciones y apoyo. Los administradores de casos también deben proporcionar una evaluación continua del progreso del tratamiento. De esta manera, la gestión de casos garantiza que la red de referencias y otros servicios de soporte permanezcan accesibles y que los recursos se utilicen de manera eficiente. El siguiente cuadro (Gráfico 4) muestra un sistema de gestión de casos en funcionamiento desde la perspectiva de usuarios de drogas que ingresan al sistema de tratamiento. Hay acceso universal para ingresar al sistema, ya que los diferentes servicios de tratamiento están conectados y colaboran, de modo que los pacientes pueden ser remitidos al centro de servicios que corresponde a la gravedad de sus trastornos y sus necesidades individuales.

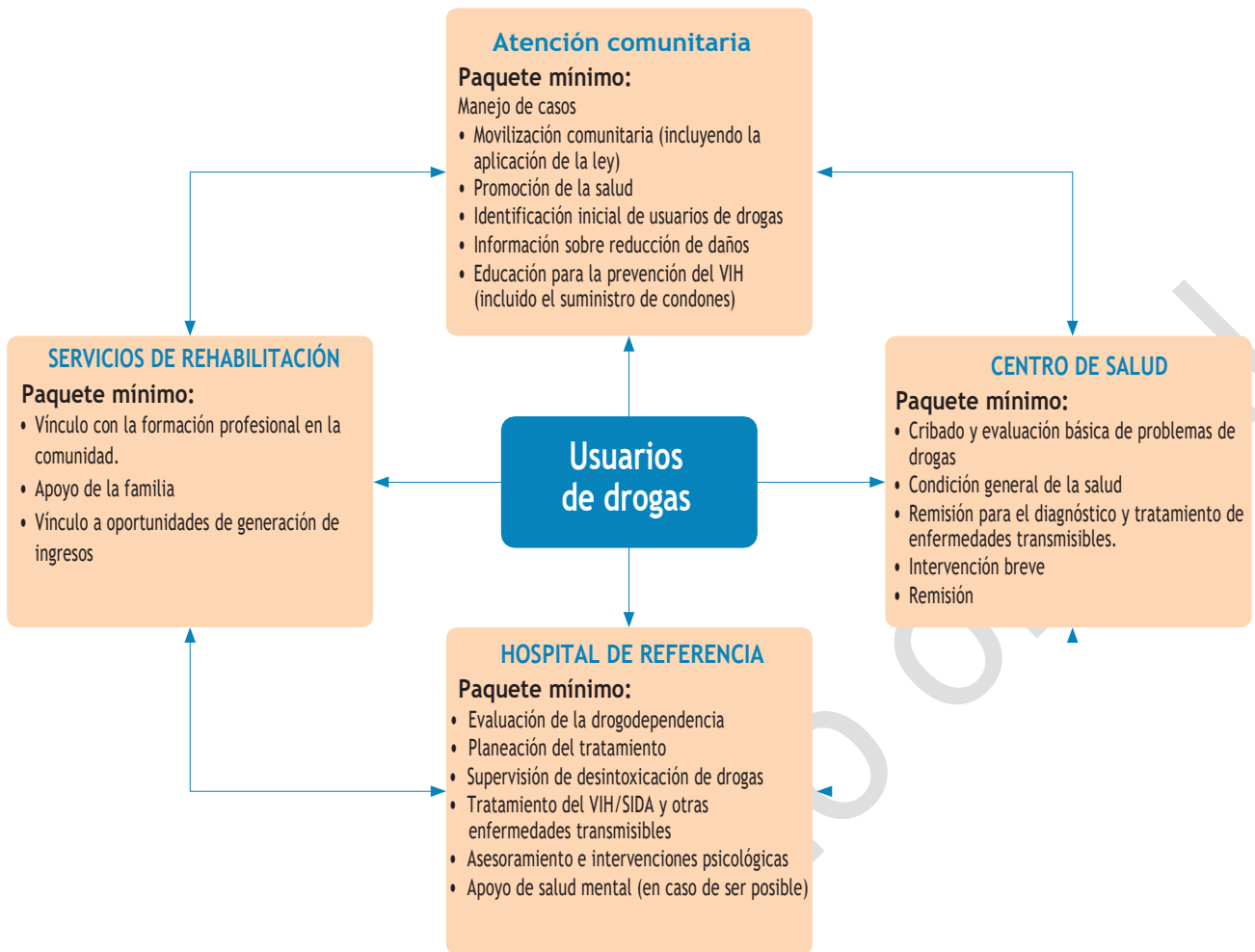


Gráfico 4. Modelo de manejo de casos, tratamiento y atención para usuarios de drogas y se ven afectados por su consumo (UNODC, 2014)

3.4.3 Gestión de recuperación sostenida

Se considera que la recuperación es "[...] un proceso continuo y una experiencia a través de la cual los individuos, las familias y las comunidades utilizan recursos internos y externos para abordar trastornos por el uso de sustancias, manejar su vulnerabilidad a dichos trastornos y desarrollar una vida saludable, productiva y significativa" (Adaptado de (White, 2007)). En este modelo, la recuperación es un objetivo final en cada etapa del tratamiento continuo, en cada etapa del trastorno y en una variedad de entornos (ver Tabla 1): desde servicios de clínicas móviles de bajo umbral hasta tratamiento intensivo para pacientes hospitalizados o en programas residenciales. Los pacientes pueden requerir de diferentes servicios e intervenciones durante su recuperación, y es importante garantizar la continuidad de los servicios de tratamiento, la atención y la gestión de la recuperación.

Los servicios de tratamiento basados en el modelo de gestión de recuperación sostenida, como cualquier otro servicio de tratamiento de drogodependencia, excluyendo situaciones de emergencia que pongan en peligro la vida, deben ser voluntarios y tener como objetivo minimizar la interrupción del tratamiento. A pesar de que la recuperación es el objetivo final del tratamiento, es importante reconocer que los trastornos por el uso de drogas a menudo toman el curso de trastornos crónicos, y los pacientes pueden necesitar repetidamente la red de servicios de tratamiento para obtener un apoyo adecuado y resultados de tratamiento positivos.

Es posible implementar servicios e intervenciones de amplio alcance orientados a la recuperación en diferentes dominios, entornos y etapas del tratamiento de trastornos por uso de drogas. La UNODC ha publicado un documento de buenas prácticas sobre el manejo de recuperación sostenida (UNODC, 2008b), que proporciona ejemplos de todo el mundo y orientación práctica detallada. El documento define ocho dominios de capital de recuperación como una sugerencia para que las intervenciones se consideren de manera continua (Gráfico 5).



Gráfico 5. Elementos esenciales de la rehabilitación orientada a la recuperación y la reintegración social (UNODC, 2008b)

3.5 Sistemas de tratamiento efectivos: conclusiones

- El sistema debe garantizar que los servicios de tratamiento para personas con trastornos por el uso de drogas sean accesibles, asequibles, basados en evidencia, diversificados y administrados con un enfoque en el funcionamiento y bienestar con el mejor nivel posible de salud.
- Los recursos del sistema de tratamiento deben invertirse donde más se necesiten. Es necesario centrarse en los servicios de atención y tratamiento ambulatorio de bajo umbral y de fácil acceso como un primer paso.
- Se deben desarrollar sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas de acuerdo con el principio clave de salud pública que consiste en priorizar la intervención menos invasiva con el mayor nivel de efectividad y el menor costo para los pacientes. Los sistemas de tratamiento deben presentar una 'pirámide' de modalidades de tratamiento farmacológico, con intervenciones intensivas reservadas para pacientes con necesidades más severas o complejas.
- Los sistemas de tratamiento eficaces para los trastornos por el uso de drogas deben diseñarse y planificarse utilizando los datos disponibles recopilados en el alcance de la evaluación de necesidades y sistemas de información sobre drogas. Sin embargo, la falta de datos no debería ser una razón para retrasar la implementación y prestación de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia.

- Deben establecerse sistemas de información para guiar el desarrollo de sistemas de tratamiento para trastornos por el uso de drogas y otras sustancias. Tales desarrollos deben tener en cuenta la prevalencia del uso de drogas y los trastornos por uso de sustancias en la población y los resultados del monitoreo del funcionamiento del sistema.
- Se pueden usar diferentes modelos de estructura organizacional para brindar tratamiento y atención continuos, accesibles y diversificados para los trastornos por el uso de drogas. La prestación efectiva de servicios para personas con trastornos por el uso de drogas requiere de una estrecha coordinación entre los diferentes sectores (salud, social, justicia, etc.).

Traducción no oficial

CAPÍTULO 4

Entornos de tratamiento, modalidades e intervenciones

El propósito de este capítulo es proporcionar una visión general de los entornos de tratamiento, las modalidades y las intervenciones basadas en evidencia disponibles para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas y condiciones de salud asociadas.

La Sección 4.1 describe cinco grupos clave de entornos para proporcionar intervenciones de prevención y tratamiento:

- servicios de atención comunitaria
- entornos no especializados para el tratamiento de personas con trastornos por el uso de sustancias
- tratamiento especializado ambulatorio
- tratamiento especializado a corto plazo para pacientes hospitalizados
- tratamiento residencial especializado a largo plazo.

La Sección 4.2 proporciona más detalles sobre las modalidades de tratamiento e intervenciones específicas que se pueden administrar en todos los entornos mencionados anteriormente.

Estas modalidades e intervenciones incluyen:

- Cribado, Intervenciones Breves y Remisión al Tratamiento (SBIRT)
- intervenciones psicosociales basadas en evidencia
- intervenciones farmacológicas basadas en evidencia
- identificación y manejo de sobredosis
- el tratamiento de afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes.

Como se muestra en el Gráfico 2, el tratamiento efectivo para los trastornos por el uso de drogas requiere un enfoque integrado y gradual. Las personas con trastornos por el uso de drogas requieren una continuidad de la atención entre todos los entornos y modalidades de tratamiento para mejorar su salud y bienestar (ver secciones 4.2 y 4.2.6 para más detalles sobre las intervenciones y la gestión de la recuperación, respectivamente).

Ciertos grupos de población con necesidades específicas pueden requerir tratamiento especial y disposiciones de cuidado. Estos incluyen necesidades relacionadas con: drogas psicoactivas y policonsumo; la salud de personas con condiciones comórbidas, como VIH o trastornos mentales, y con discapacidades; grupos de edad específicos (como niños, adolescentes y personas mayores) y género (mujeres y mujeres embarazadas); personas con diferente orientación sexual e identidad de género; atención social (como personas sin hogar, marginadas socialmente, que viven en pobreza, analfabetas y con educación limitada); personas que viven en zonas remotas y rurales; minorías étnicas, refugiados y migrantes; trabajadoras sexuales; y personas en contacto con el sistema de justicia penal. El Capítulo 5 describe a detalle las consideraciones específicas al brindar tratamiento y atención a ciertas poblaciones o grupos con necesidades especiales.

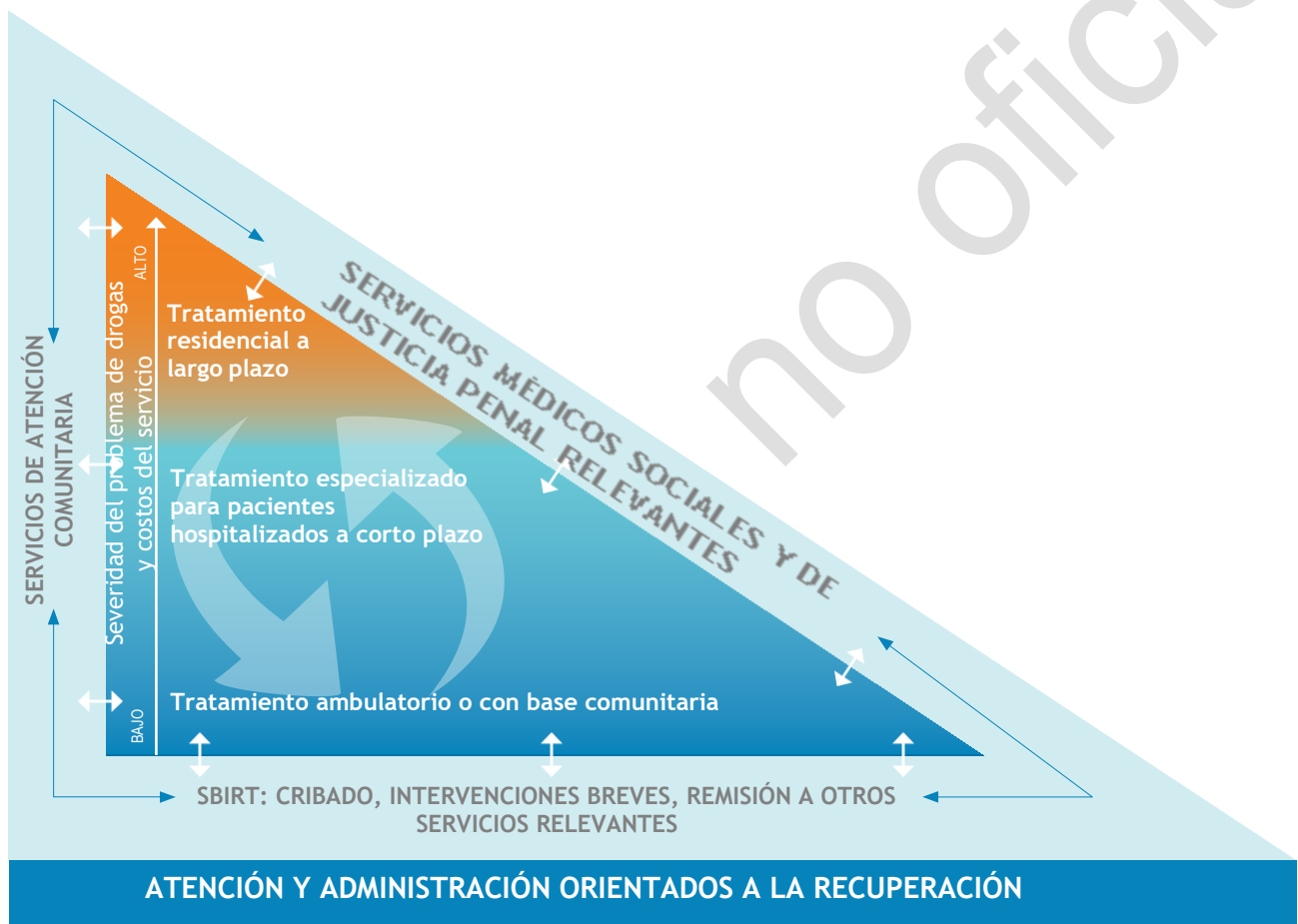


Gráfico 6. Modelo de sistema de tratamiento eficaz e integrado para los servicios y modalidades relevantes.

4.1 Entornos de tratamiento

4.1.1 Programas de atención comunitaria

Descripción

Los programas de atención comunitaria son componentes esenciales de un sistema de tratamiento integral para los trastornos por uso de drogas. En promedio, pasan muchos años entre el inicio del trastorno por el uso de drogas y el momento en que el individuo busca tratamiento. Es durante ese período que las actividades de atención comunitaria buscan activamente establecer contacto y motivar a los usuarios de drogas a que se relacionen con los profesionales de la salud. El objetivo es minimizar el tiempo entre el inicio del trastorno y el inicio del tratamiento, reduciendo así los efectos negativos para la salud y sociales del consumo de drogas. Los servicios de atención comunitaria también se dirigen a las personas que se ven afectadas por el uso de drogas de otras personas (incluidas las parejas sexuales y las parejas que comparten agujas). Los trabajadores de alcance comunitario a menudo son parte de la comunidad local. Con base en la comunidad a la que sirven o de la que provienen, los trabajadores de alcance comunitario conocen las subculturas usuarias de drogas y los recursos disponibles a nivel comunitario. De hecho, ellos mismos pueden ser personas que han usado drogas anterior u ocasionalmente. Operando fuera de las instalaciones institucionales de tratamiento y atención médica estructuradas, los trabajadores de alcance comunitario establecen relaciones de apoyo informales e incondicionales con usuarios de drogas. Este enfoque ayuda a construir un vínculo positivo entre el trabajador y los pacientes usuarios de drogas. En consecuencia, proporciona fácil acceso a los servicios básicos sociales y de salud, así como a los servicios de tratamiento especializados disponibles para trastornos por el uso de drogas. Los usuarios de drogas están más motivados para usar los servicios sociales y de atención médica, incluido el tratamiento para los trastornos por el uso de drogas. Esto se le atribuye a una nueva experiencia positiva - la interacción entre el individuo y el trabajador social - que contrasta con experiencias anteriores marcadas por la exclusión social, impotencia y desesperanza. El grado de estigma que rodea el uso de drogas puede hacer que las personas usuarias desconozcan las opciones de tratamiento disponibles. También puede impedir el acceso a la atención a través de servicios médicos y sociales tradicionales. Los trabajadores de alcance comunitario desempeñan un papel importante en la educación de las personas usuarias de drogas sobre los servicios de tratamiento. Los trabajadores ayudan a proteger la salud, eliminar las barreras a los servicios sociales e introducir a las personas con trastornos por el uso de drogas al tratamiento.

Los trabajadores de alcance comunitario reconocen la influencia de las redes sociales en las personas con trastornos por el uso de drogas. Además, reconocen la importancia de tales redes para determinar los resultados sociales y de salud, y las utilizan para influir y promover un comportamiento saludable. Muchos modelos de atención comunitaria utilizan una combinación de intervenciones individuales y basadas en redes.

Población objetivo

Las actividades de atención comunitaria se dirigen principalmente a personas que se ven inmersas en comportamientos de alto riesgo (como inyección o policonsumo) a menudo asociadas con trastornos por el uso de drogas, particularmente en comunidades difíciles de alcanzar que pueden carecer de acceso a servicios sociales y de atención médica. Entre los pacientes, se incluyen:

- personas que carecen de acceso a los servicios de salud debido a la pobreza extrema, la exclusión social y la discriminación;
- personas que no reconocen el uso de drogas y trastornos asociados como un problema, no están motivados para recibir tratamiento, abstenerse o reducir su consumo;

- personas con antecedentes de tratamiento ineficaz y recaídas repetidas al consumo de drogas que desesperaron y desconfiaron de los servicios de tratamiento;
- poblaciones ocultas de usuarios de drogas, como mujeres, trabajadoras sexuales, inmigrantes ilegales y personas que viven en áreas remotas;
- personas inmersas en comportamientos de alto riesgo, como compartir agujas o tener relaciones sexuales sin protección, asociadas con el uso de drogas; y
- jóvenes expuestos a drogas sintéticas, que desconocen los posibles efectos del consumo de drogas en su salud.

Objetivos

La atención comunitaria tiene como meta identificar a las poblaciones objetivo, involucrarlas y proporcionarles servicios e intervenciones incondicionales con base comunitaria, incluidas las intervenciones de reducción de daños. También tiene como objetivo ofrecer y fomentar el acceso a las modalidades de tratamiento disponibles. El trabajo de atención comunitaria es posible en cualquier comunidad, incluidas las comunidades "virtuales" en línea.

En primer lugar, la atención comunitaria trabaja para establecer contacto y prestar servicios a grupos de población que usan drogas. La atención comunitaria busca crear un ambiente amigable y acogedor para ayudar a las personas necesitadas a superar su aprensión y falta de confianza.

En la siguiente etapa, el personal puede comenzar a abordar las necesidades sociales y de salud de los usuarios de drogas y ayudar a prevenir resultados adversos como sobredosis, infecciones, violencia interpersonal y física, explotación sexual, accidentes, inanición, falta de vivienda y participación en actividades delictivas. Las iniciativas para proteger y mejorar la salud de los usuarios de drogas desde una perspectiva de salud pública, siempre se extienden para cubrir la salud y el bienestar de la comunidad en general.

Con el tiempo, los trabajadores de alcance comunitario pueden motivar a los usuarios de drogas para que comiencen a hacer cambios positivos con respecto a su consumo y conductas de salud, y participen voluntariamente en actividades de tratamiento. Sin embargo, lograr que los pacientes participen en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas no es el objetivo principal o único de la proyección.

Los servicios de atención comunitaria están bien ubicados para restablecer el vínculo entre la población objetivo y la comunidad, generando confianza dentro de la comunidad, reduciendo el estigma y las actitudes discriminatorias contra los grupos objetivo, y en última instancia para lograr un impacto general positivo en la comunidad.

Modelos y componentes

Se han desarrollado varios modelos y tipos de intervenciones de atención comunitaria. En general, la diversidad de las estrategias de atención comunitaria refleja las posibilidades de llegar a las poblaciones objetivo y brindarles servicios. La diversidad también permite establecer qué actividad de atención comunitaria en particular es probable que logre rendimientos óptimos, y seleccionar una combinación de estrategias que mejor se complementan entre sí.

Los programas de atención comunitaria varían enormemente dependiendo de la situación local, pero generalmente los siguientes servicios centrales deben estar basados en función de una evaluación local previa:

- información y vinculación a servicios que atienden necesidades básicas (seguridad, agua, alimentos, vivienda, higiene y vestimenta);
- programas de distribución de agujas y jeringas;
- programas de distribución de condones;
- prevención, identificación y manejo de sobredosis, incluyendo naloxona para llevar a casa;
- pruebas voluntarias de VIH/hepatitis y asesoramiento;
- información y vinculación a servicios que brindan prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA;
- información y vinculación con los servicios que proporcionan vacunación (para la hepatitis B), prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral;
- información y vinculación con los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y tuberculosis;
- información dirigida, educación y comunicación, para usuarios de drogas y sus parejas sexuales, sus efectos, los riesgos y enfoques para minimizar los daños a la salud y sociales debido al consumo;
- información y acceso a grupos de ayuda mutua (como Narcóticos Anónimos, Nar-Anon, Cocaína Anónimos y otros grupos de apoyo mutuo impulsados por pares);
- actividades anti-estigma, concientización y promoción en la comunidad;
- cribado e intervenciones breves para el uso de sustancias;
- asesoramiento básico;
- información y acceso a servicios médicos básicos (como manejo de heridas) y apoyo social (incluidos alimentos, higiene y refugio);
- intervenciones en crisis;
- apoyo jurídico;
- remisión a otras modalidades de tratamiento, atención y servicios de gestión de la recuperación; y
- remisión a otros servicios sociales y de atención médica, según sea necesario.

Para las personas que se inyectan drogas, una publicación de la OMS, la UNODC y ONUSIDA, *Guía técnica para que los países establezcan objetivos para el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para usuarios de drogas inyectables*, publicada originalmente en 2009, ofrece una descripción basada en evidencia para prevenir el VIH y otras infecciones asociadas con el uso de drogas inyectables, así como para mejorar el acceso al tratamiento y la atención del VIH.

Se han identificado tres tipos principales de trabajo de alcance comunitario: atención comunitaria separada, extensión peripatética y extensión domiciliaria.

Alcance independiente es el trabajo realizado fuera de cualquier agencia, como el trabajo en la calle, en bares, clubes, sentadillas o estaciones de ferrocarril. Este trabajo es principalmente móvil y se puede hacer a pie o utilizando un vehículo designado.

Alcance domiciliario es el trabajo realizado en los hogares de las poblaciones objetivo. Esto es importante en áreas donde no hay escenas de drogas callejeras, o donde las personas que usan drogas están aisladas de sus comunidades debido al estigma y la discriminación. El alcance domiciliario implica visitas periódicas a los hogares de personas que usan drogas.

Alcance peripatético es un trabajo realizado en entornos: donde las personas ya están accediendo a algunos servicios (como programas de agujas y jeringas), o donde es muy probable que se encuentren poblaciones objetivo (por ejemplo, cárceles, burdeles, refugios para personas sin hogar o proyectos de vivienda). En lugar de enfocarse en los individuos, el alcance peripatético se enfoca en organizaciones y entornos donde se pueden encontrar poblaciones objetivo. El alcance peripatético enfatiza el ampliar la gama de personas que reciben mensajes de educación para la salud y en capacitar a más trabajadores y personal para brindar educación y alcance a sus clientes.

Las intervenciones de alcance son comúnmente administradas por una unidad móvil, un equipo que opera desde una camioneta u otro vehículo móvil, lo que hace posible brindar servicios a un grupo más amplio de individuos, particularmente en ubicaciones rurales y áreas suburbanas de ciudades más grandes.

Los centros de alcance de atención inmediata pueden acomodar servicios de alcance y/o de bajo umbral en las comunidades. Los centros de acogida brindan servicios accesibles y continuos, a menudo durante toda la noche, para las personas que usan drogas contactadas a través de un alcance independiente. Los centros de acogida se ocupan de las necesidades básicas, como alimentos, ropa, higiene personal y refugio. Los centros también pueden proporcionar información y referencias de atención médica, pruebas de VIH/hepatitis, servicios legales, apoyo social básico y otros servicios adicionales.

Los trabajadores de alcance comunitario deben estar familiarizados con las comunidades locales a las que sirven y beneficiarse de los servicios sociales y de salud. Requieren capacitación adecuada en:

- establecer confianza y proporcionar información precisa para las personas usuarias de drogas;
- reconocer y responder a situaciones de crisis;
- pruebas voluntarias de VIH/hepatitis y asesoramiento;
- brindar soporte para:
 - identificación y manejo de una sobredosis
 - prevención y tratamiento del VIH, TB y la hepatitis viral;
 - prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;
 - identificación y manejo de otras condiciones de salud, incluidos los trastornos mentales y el comportamiento suicida;
- proporcionando acceso a servicios de salud y asistencia social en la comunidad;
- concientizar a la comunidad y prevenir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos por el uso de drogas;

- interacciones con la policía y el sistema de justicia penal; y
- gestión de documentación.

Un programa de alcance efectivo es flexible, adaptativo y sensible a las necesidades de los individuos y grupos de población (dependiendo de los patrones de uso de drogas, edad, género y situación social, entre otras cosas). Garantiza la confidencialidad de las personas involucradas en sus actividades. Además, tiene una declaración de misión clara, mecanismos de monitoreo y evaluación, así como documentación articulada y relevante.

Requisitos clave para la atención comunitaria

- Deben existir estrategias para identificar personas en la comunidad o en espacios públicos que necesiten intervenciones de alcance o tratamiento.
- Debe haber acuerdos establecidos entre el personal de salud y de aplicación de la ley, así como un entendimiento mutuo de los beneficios del trabajo de alcance.
- 'Intervenciones de alcance central' (ver arriba) deben estar disponibles.
- Deben promoverse las intervenciones tempranas para los trastornos por el uso de drogas y problemas relacionados.
- Se deben promover intervenciones tempranas en grupos de población con necesidades especiales (incluidas mujeres embarazadas, personas involucradas en el trabajo sexual, adolescentes y personas sin hogar, etc.).
- La información sobre los servicios de tratamiento disponibles debe divulgarse a individuos y servicios, que son los principales puntos de contacto para potenciales pacientes.
- Los trabajadores de alcance comunitario deben promover el acceso voluntario al tratamiento (con el consentimiento de los pacientes) para los trastornos por el uso de drogas.
- Deben existir procedimientos para ayudar a los miembros de la familia y las comunidades a ayudar a involucrar a personas con trastornos por el uso de drogas en los programas de tratamiento.
- Se deben mantener registros de remisiones futuras para garantizar la continuidad de la atención.
- Los trabajadores sociales deben ser empleados oficialmente y recibir todo el apoyo necesario.
- Los servicios de alcance deben cumplir con los estándares de seguridad aprobados, así como también contar con políticas para condiciones de trabajo seguras y el manejo de situaciones de riesgo.
- Las intervenciones de tratamiento especializado (como las intervenciones médicas, la dispensación de fármacos, el asesoramiento psicológico o la psicoterapia) siempre deben ser administradas por personal con las calificaciones y licencias pertinentes.
- El alcance comunitario debe establecer vínculos y trabajar activamente con las comunidades y partes interesadas fuera del sector de la salud, incluidos: grupos de la sociedad civil y ONGs que intervienen con respecto al uso de drogas; grupos mutuos de autoayuda; líderes espirituales y comunitarios; instalaciones y organizaciones educativas, deportivas y recreativas; y el sistema de justicia penal, entre otros.

4.1.2 Entornos no especializados en el tratamiento de pacientes con trastornos por el uso de sustancias

Descripción

Estos son entornos que desempeñan un papel en el cribado para identificar, prevenir y atender trastornos por el uso de drogas, así como en una breve intervención y remisión al tratamiento, pero que no están diseñados ni designados para la administrar un tratamiento especializado para trastornos por el uso de drogas. Incluyen entornos de salud como atención primaria, atención de emergencia, hospitales generales, atención prenatal, servicios de bienestar social, servicios de salud escolar, servicios de salud en prisiones y algunos centros de salud mental. El cribado y las intervenciones breves se pueden implementar de manera rápida y rentable, lo que causa una interrupción mínima en la prestación de otros servicios.

Población objetivo

La población objetivo incluye usuarios de drogas, entre ellos, aquellos que experimentan efectos adversos o que ya han desarrollado trastornos por el uso de drogas pero que no están en contacto con entornos de atención médica especializados. Tales entornos son adecuados para usuarios de drogas o personas con trastornos por el uso de drogas, incluidas aquellas con patrones nocivos de consumo. Las personas con drogodependencia pueden necesitar remisión a un tratamiento más integral en servicios especializados. Sin embargo, muchas personas con trastornos inducidos por el uso de drogas pueden recibir el tratamiento adecuado en entornos no especializados, con el apoyo, cuando sea necesario, de servicios especializados para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas.

Objetivos

En lo que respecta al uso de drogas, el objetivo principal de los entornos es identificar, de manera oportuna, a las personas usuarias de drogas y a las personas con trastornos inducidos por su consumo, proporcionarles intervenciones para alentar el cambio de comportamiento y remitir a un tratamiento especializado, según sea necesario. Para las personas que dan positivo de uso de drogas, puede ser apropiado y efectivo llevar a cabo una breve intervención de manera motivadora y sin prejuicios. El cribado también puede ayudar a identificar a personas con trastornos por el uso de sustancias. Las intervenciones tempranas pueden prevenir complicaciones y progresión a etapas más avanzadas de trastornos por el uso de drogas que eventualmente podrían requerir una evaluación más integral, así como un tratamiento especializado. Los entornos no especializados pueden estar bien posicionados para proporcionar tratamiento para trastornos por el uso de drogas, incluido el tratamiento farmacológico, como el tratamiento de mantenimiento para agonistas de opioides con dependencia de los opioides. Esto requiere la capacitación adecuada del personal clínico y el apoyo de servicios de tratamiento especializados. En la ausencia de servicios de salud diseñados y designados para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas, las instalaciones de tratamiento no especializadas pueden funcionar como los principales entornos de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas.

Modelos y componentes

En general, el cribado, la intervención breve y la remisión al tratamiento (SBIRT) es el enfoque principal utilizado en entornos de salud no especializados en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Consulte la sección 4.2.1 para más detalles sobre SBIRT. Se recomienda el cribado sistemático en entornos clínicos con una alta prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre los clientes. El entorno puede incluir:

- entornos de atención primaria en zonas económicamente desfavorecidas

- servicios de cuidado de la salud mental sin programas de tratamiento especializados para trastornos por el uso de sustancias
- hospitales generales, incluidos los servicios de emergencia
- clínicas de salud sexual
- clínicas de enfermedades infecciosas, servicios para tratar VIH/hepatitis/TB
- servicios sociales y oficinas de bienestar social, incluidos servicios para personas:
 - experimentando condiciones de inseguridad habitacional
 - viviendo y trabajando en la calle
 - experimentando una transición institucional, y
 - en contacto con el sistema de justicia penal.

Otros entornos pueden requerir un cribado oportunista basado en características sociales o de salud específicas asociadas con el uso de drogas o un mayor índice de su consumo.

Las métricas de rendimiento para SBIRT pueden incluir: tasas de cribado realizadas por cada persona capacitada dentro de la instalación; la proporción de pacientes que obtuvieron resultados positivos (los números inusualmente altos o bajos en exámenes positivos pueden indicar un problema); la proporción de pacientes que dieron positivo y recibieron al menos una breve sesión de intervención; la proporción de pacientes que dieron positivo y recibieron evaluación diagnóstica y remisión al tratamiento; y la proporción de pacientes remitidos al tratamiento que iniciaron el tratamiento.

Los entornos de tratamiento no especializados pueden desempeñar un papel importante en la administración de tratamiento farmacológico y psicosocial para trastornos por el uso de drogas. Esto es particularmente cierto cuando los esfuerzos para desarrollar una respuesta del servicio de salud a los trastornos por el uso de drogas se concentran en la capacidad de la atención primaria de salud para abordar la drogodependencia y los trastornos por uso de drogas. El soporte de servicios especializados se construye en una etapa posterior. Muchos pacientes con trastornos por uso de drogas podrían recibir el tratamiento adecuado en entornos no especializados a un costo general más bajo para los sistemas de salud y los clientes. Es necesario aumentar la capacidad de los médicos, enfermeras, comadronas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales para identificar el uso de drogas y los trastornos inducidos por su consumo, e involucrar a los pacientes en el tratamiento y la atención al tiempo que se protege su confidencialidad y sus derechos humanos. Esto es crucial para mejorar la cobertura y calidad del tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Los entornos de tratamiento no especializado deben tener la capacidad de diagnosticar, manejar, y cuando sea necesario, remitir a servicios de tratamiento especializados las condiciones clínicas agudas inducidas por drogas, como sobredosis, síndrome de abstinencia y psicosis inducida por drogas. Es importante formalizar las relaciones entre los proveedores de servicios, así como acordar los procedimientos de remisión y remisión inversa entre los diferentes niveles de prestación de servicios para garantizar que los sistemas de remisión funcionen de manera efectiva.

Los entornos no especializados tienen una función importante al proporcionar y difundir información científica sobre el consumo de drogas y sus efectos sobre la salud. Desempeñan un papel esencial para abordar el estigma y la discriminación asociados con los trastornos por el uso de drogas. Además, aumentan la conciencia pública sobre el abuso de sustancias, su efecto sobre la salud y las opciones de tratamiento ético y efectivo disponibles para trastornos por el uso de sustancias.

Es importante garantizar una coordinación efectiva y vínculos organizativos entre los diferentes niveles de prestación de servicios. Los servicios de tratamiento especializado pueden brindar apoyo al personal en entornos de tratamiento no especializados cuyos clientes necesitan asesoramiento especializado o servicios adicionales, incluida una evaluación diagnóstica integral o modalidades de tratamiento particulares. Esto también se puede hacer de forma remota utilizando instalaciones web y de telecomunicaciones, especialmente en áreas rurales y remotas que carecen de servicios de tratamiento especializados.

Requisitos clave para entornos no especializados en el tratamiento de personas con trastornos por el uso de sustancias

- Las instalaciones y entornos de atención médica, dentro y fuera del sector de la salud, que atienden a las poblaciones con una alta prevalencia de consumo y trastornos por el uso de drogas, deben tener la capacidad de evaluar a las personas para detectar el consumo y trastornos por el uso de drogas.
- Los pacientes en todos los entornos de atención médica deben someterse a pruebas de cribado de consumo y trastornos por el uso de drogas cuando haya señales clínicas del consumo y sus efectos sobre la salud. Esto debe hacerse con el consentimiento informado de los pacientes y de una manera que respete su privacidad, confidencialidad y preferencias.
- El personal de salud y asistencia social debe estar capacitado en cribado, intervención breve y remisión al tratamiento de trastornos por el uso de drogas, y tener acceso continuo a capacitación y supervisión.
- Deben mitigarse los riesgos asociados con SBIRT del consumo y trastornos por el uso de drogas y debe garantizarse el respeto de los derechos humanos y la dignidad, incluida la confidencialidad del paciente.
- Las actividades de tratamiento y cribado posterior deben ser voluntarias, con base en el consentimiento informado del paciente y su derecho a retirarse de la participación en cualquier etapa.
- Los entornos no especializados deben tener la capacidad de evaluación diagnóstica, administración y cuando sea necesario, la remisión de afecciones clínicas agudas inducidas por drogas.
- Deben existir relaciones y coordinación formal entre los proveedores de servicios, además de los procedimientos de referencia y referencia inversa entre los diferentes niveles de prestación de servicios.
- La atención especializada, incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa, siempre debe ser administrada por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes.

4.1.3 Tratamiento ambulatorio especializado

Descripción

Los entornos de tratamiento ambulatorio especializados suelen estar basados en la comunidad, disponibles para miembros de la comunidad local y diseñados y designados para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Los servicios ambulatorios varían considerablemente en términos de sus componentes e intensidad. Por lo general, el tratamiento ambulatorio para trastornos por el uso de drogas es llevado a cabo por profesionales de la salud y de atención social especializados en el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas, o más ampliamente en el contexto del tratamiento de salud mental.

Las principales intervenciones de tratamiento que generalmente se ofrecen en entornos de atención ambulatoria, incluyen:

- evaluación integral
- intervenciones psicosociales
- intervenciones farmacológicas

- el manejo de enfermedades comórbidas de salud mental y física
- atención y apoyo social.

Todos los pacientes deben ser evaluados y recibir planes de tratamiento individualizados que se sometan a una revisión periódica. La planificación del alta debe garantizar la continuidad del tratamiento para trastornos por el uso de drogas o la gestión de la recuperación y la remisión posterior al tratamiento para el manejo de comorbilidades psiquiátricas y otras afecciones de salud (como se indica).

Población objetivo

Los entornos de tratamiento ambulatorio especializados pueden proporcionar una amplia gama de intervenciones de prevención y tratamiento y atender a una amplia gama de pacientes. Algunas intervenciones, como las terapias psicológicas, la farmacoterapia o las intervenciones psicosociales pueden ser, inicialmente, más apropiadas para las personas motivadas para tomar el tratamiento. Sin embargo, con un apoyo adicional (como la vivienda) disponible, el tratamiento ambulatorio puede beneficiar a la mayoría de las personas con trastornos por el uso de drogas (véase la pirámide organizacional en el Capítulo 3).

Objetivos

Los objetivos principales del tratamiento ambulatorio son: ayudar a los pacientes a detener o reducir el uso de drogas; minimizar los efectos negativos para la salud y sociales del consumo de drogas; Identificar y manejar las comorbilidades psiquiátricas y de salud física; proporcionar apoyo psicosocial; reducir el riesgo de recaída y sobredosis; y mejorar el bienestar y el funcionamiento social, como parte de un proceso de recuperación a largo plazo.

Modelos y componentes

Los servicios y programas de tratamiento ambulatorio varían considerablemente según el nivel de intensidad de los servicios y el rango de intervenciones que ofrecen.

Programas de alta intensidad

Los programas, como el tratamiento diurno intensivo, implican interacciones con los pacientes (incluyendo varias horas de tratamiento o tratamiento diario intensivo uno o más días a la semana).

Programas de intensidad media a baja

Las intervenciones de menor intensidad pueden incluir sesiones de apoyo grupales semanales, tratamiento psicológico individual, educación sobre salud y drogas, apoyo entre pares y apoyo social de menor intensidad.

En el curso del tratamiento ambulatorio, los profesionales de la salud pueden evaluar regularmente el uso de drogas y otras sustancias, así como el estado de salud física y mental de los pacientes. La cooperación rutinaria con los servicios de atención aliados es esencial y debe incluir la integración o vinculación del tratamiento ambulatorio con los servicios médicos para atender trastornos mentales, VIH, hepatitis viral, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, así como con otros servicios de salud relevantes.

Existe la necesidad de mantener una cooperación rutinaria con el apoyo social y otras agencias para facilitar el acceso a la educación, el empleo, la vivienda, la asistencia legal, el bienestar y el apoyo social para las personas con discapacidades. Los servicios ambulatorios deberían fomentar un papel más activo y participativo para los pacientes en la organización y administración del tratamiento. Además, deben utilizar, como recursos, personas que hayan tenido contacto con el uso de drogas, el tratamiento de drogas y se encuentren en recuperación.

Los objetivos del tratamiento se pueden lograr mejor mediante el uso, cuando sea apropiado, de una combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales. Idealmente, los programas de tratamiento ambulatorio para trastornos por el uso de drogas deberían ofrecer una amplia gama de servicios para manejar diversos problemas que afectan a pacientes en diferentes ámbitos de sus vidas.

Los componentes y actividades en entornos de atención ambulatoria especializados pueden incluir:

- evaluación médica y psicosocial al ingreso;
- el desarrollo de planes de tratamiento individualizados (basados en evaluaciones integrales);
- evaluación continua, evaluación clínica y revisión del progreso del paciente en sus planes de tratamiento, y la participación activa del paciente en la toma de decisiones respecto al tratamiento;
- desintoxicación asistida por medicamentos, en caso de estar indicada;
- intervenciones de tratamiento psicosocial para trastornos por el uso de drogas;
- intervenciones de tratamiento farmacológico para trastornos por el uso de drogas, como el inicio del tratamiento de mantenimiento de agonistas opioides, en caso de estar indicado;
- tratamiento farmacológico y psicosocial para afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes;
- establecer contactos con familiares y otras personas importantes en la red social del paciente para involucrarlos en el tratamiento continuo;
- apoyo social intensivo, que incluye alojamiento y empleo; y
- planificación del alta que incluye: prevención de recaídas y sobredosis, remisiones a otros servicios; gestión de la recuperación; y tratamiento continuo para afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes (según se requiera).

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales deben usarse en programas de tratamiento ambulatorio para abordar factores motivacionales, conductuales, psicológicos y sociales. Deben tener una capacidad demostrada para reducir el consumo de drogas, minimizar los riesgos asociados, aumentar la adherencia al tratamiento, promover la abstinencia y prevenir la recaída. La sección 4.2 proporciona más detalles sobre las intervenciones psicosociales y conductuales.

Intervenciones farmacológicas

Los medicamentos pueden ser muy útiles para manejar y/o tratar una variedad de trastornos por el uso de drogas y condiciones de salud debido a su consumo, como intoxicación aguda y sobredosis, síndromes de abstinencia, así como una variedad de trastornos comórbidos. Las intervenciones farmacológicas deben administrarse, cuando sea apropiado, junto con las intervenciones psicosociales. La sección 4.2 proporciona más detalles sobre las intervenciones farmacológicas.

Organización del tratamiento

Los entornos de tratamiento ambulatorio especializado deben tener una estructura y un sistema de gestión definidos, con descripciones claras de los puestos individuales y las competencias definidas para el personal. Los métodos para seleccionar, contratar y capacitar al personal deben corresponder a las normas legales válidas y las normas internas establecidas. La organización de los servicios de tratamiento debe tener en cuenta las necesidades y los números de los pacientes.

Es necesario contar con planes de tratamiento para garantizar la continuidad de la atención y considerar vías de tratamiento alternativas, en caso de falla parcial o completa del plan de tratamiento original y del alta del programa de tratamiento.

La administración del tratamiento y atención especializada (por ejemplo, médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa) requiere personal que cumpla con las calificaciones pertinentes.

Para los pacientes con afecciones comórbidas, el tratamiento debe proporcionarse en el sitio dentro del marco de prestación de servicios integrados o en otros lugares como parte de los servicios vinculados y los sistemas apropiados de coordinación y derivación. No es necesario esperar a la abstinencia de los opioides u otras sustancias para comenzar el tratamiento ya sea para la tuberculosis, la hepatitis o la infección por VIH.

El alta involuntaria del tratamiento puede estar justificada para garantizar la seguridad del personal y otros pacientes. Sin embargo, antes de recurrir al alta involuntaria, es importante tomar medidas razonables para rectificar la situación, incluida la reevaluación del enfoque de tratamiento utilizado. El incumplimiento de un programa de tratamiento por sí solo generalmente no debe justificar el alta involuntaria. Si es inevitable, se deben hacer todos los esfuerzos para remitir al paciente a otras instalaciones o ramas de atención.

Es esencial discutir casos en los que un empleado ha violado los derechos de un paciente, evaluarlos y documentar las medidas apropiadas tomadas en los registros de personal.

Gestión de la recuperación y apoyo social

La gestión de la recuperación combina una variedad de actividades que promueven y fortalecen los recursos internos y externos (o "recovery capital") para ayudar a los pacientes a manejar voluntaria y activamente los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia, y mejorar la salud, el bienestar y la integración social. Es posible que algunas de estas actividades ya existan en el hogar, el vecindario y la comunidad de un paciente, mientras que otras deban desarrollarse. La Sección 4.2 proporciona más detalles sobre la gestión de la recuperación.

Requisitos clave para entornos especializados de tratamiento ambulatorio

- Todos los servicios de tratamiento, procedimientos, políticas y reglamentaciones disponibles, así como las expectativas de los pacientes sobre los programas, deben describirse claramente y ser accesibles (con el consentimiento del paciente, estando de acuerdo con sus preferencias y necesidades).
- Debería estar disponible una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas, que incluyen, entre otras: diferentes formas de asesoramiento individual y familiar; psicoterapia e intervenciones psicosociales; y apoyo social en materia de vivienda, empleo, educación, bienestar y asuntos legales.
- Las opciones de tratamiento farmacológico deben estar disponibles. Estas deben incluir: tratamiento sintomático para estimulantes, cannabis y otros trastornos por el uso de drogas (como los causados por el consumo de poli-drogas); mantenimiento de opioides y tratamientos farmacológicos para la interrupción de consumo de opioides; naltrexona para la prevención de recaídas en la dependencia de opioides; y naloxona para el tratamiento de sobredosis.
- La elección del tratamiento y el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado para una persona con un trastorno por el uso de drogas debe basarse en: una evaluación detallada de las necesidades de tratamiento; la adecuación del tratamiento para satisfacer las necesidades; la aceptación del tratamiento por parte del paciente y su disponibilidad. Todos los pacientes deben tener planes de tratamiento individualizados que incluyan algunos objetivos a corto plazo y que tengan una perspectiva a largo plazo.

- Las pruebas voluntarias para VIH y enfermedades infecciosas comunes deben estar disponibles como parte de una evaluación individual, acompañadas de asesoramiento antes y después de las pruebas. Además, a los pacientes con mayor riesgo de contraer la infección por hepatitis B se les debe ofrecer la vacuna contra la hepatitis B.
- El tratamiento para pacientes con VIH, hepatitis o TB debe integrarse o vincularse con servicios médicos especializados para estas afecciones.
- Se debe ofrecer a los pacientes acceso a otras modalidades de tratamiento, manejo de recuperación y apoyo psicosocial, según sea necesario.
- Se debe proporcionar información sobre los servicios de emergencia de 24 horas a los pacientes y sus familiares.
- El tratamiento in situ y la atención de los problemas de salud física y psiquiátrica concurrentes o, cuando sea necesario, la remisión a los servicios de atención médica adecuados, deben proporcionarse a los pacientes con comorbilidades.
- Los servicios de laboratorio deben estar disponibles para monitorear el progreso y el cumplimiento del tratamiento, cuando sea necesario.
- Los pacientes deben ser examinados en la evaluación inicial para detectar el uso reciente de drogas (con el consentimiento de los pacientes).
- Tanto el proceso como los resultados del tratamiento proporcionados deben estar sujetos a una evaluación periódica o continua.
- La planificación del alta debe garantizar la continuidad de la atención, la gestión de la recuperación y las vías alternativas que podrían seguirse en caso de falla parcial o completa del plan de tratamiento original.
- Generalmente, el incumplimiento de un programa de tratamiento por sí solo no debe justificar el alta involuntaria.
- Deben existir políticas definidas para el manejo de situaciones de riesgo específicas (como intoxicación o riesgo de suicidio).
- La instalación o programa de tratamiento debe tener una estructura y administración definidas, con roles y competencias claras para posiciones individuales; y métodos de selección, contratación y capacitación del personal que correspondan a las normas legales válidas y las normas internas establecidas.
- Los casos que involucran la violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado y las medidas apropiadas tomadas deben documentarse adecuadamente en los registros del personal.
- La atención especializada, incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa, siempre debe ser administrada por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes.

4.1.4 Tratamiento especializado a corto plazo para pacientes hospitalizados

Descripción

El entorno de tratamiento hospitalario a corto plazo es un entorno que ofrece atención las 24 horas, con la capacidad de manejar las manifestaciones agudas de los trastornos inducidos por el uso de drogas. Las manifestaciones incluyen complicados

estados de intoxicación, síndrome de abstinencia de drogas u otras afecciones clínicas agudas inducidas por drogas, incluidas aquellas que probablemente ocurran en los días y semanas iniciales posteriores a la interrupción del consumo (o consumo de poli-drogas). El tratamiento hospitalario a corto plazo se puede administrar en hospitales especializados para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas, así como en hospitales de salud mental, unidades especializadas o programas de hospitales generales, si cuentan con el personal debidamente capacitado y el equipo médico necesario.

El tratamiento hospitalario a corto plazo provee la oportunidad de interrumpir el uso de drogas con un mínimo de molestias y riesgos para la salud. Ofrece un alivio temporal de los estresores ambientales en la vida de la persona. Además, hace posible iniciar el tratamiento para un trastorno por el uso de drogas y recibir el apoyo psicosocial requerido, que puede ser el comienzo de un proceso de recuperación a largo plazo. La duración de la estadía generalmente varía de una a cuatro semanas, según la práctica local y la situación clínica. Dependiendo de las drogas en cuestión, el síndrome de abstinencia y otras afecciones de salud agudas inducidas por drogas y su tratamiento pueden conllevar riesgos significativos para la salud. En consecuencia, el tratamiento hospitalario a corto plazo requiere un mayor grado de supervisión médica que el tratamiento residencial a largo plazo, que normalmente sobreviene a la fase de abstinencia aguda (ver 4.1.5).

Población objetivo

La población objetivo típica incluye personas con trastornos por el uso de drogas (o poli-drogas) que son susceptibles a síntomas de abstinencia significativos al dejar de consumir drogas, u a otras afecciones clínicas agudas inducidas por el uso de drogas. La interrupción de sedantes y opioides puede ser grave, particularmente entre las personas que usan altas dosis de sedantes (como benzodiazepinas o barbitúricos) u opioides durante períodos prolongados de tiempo. El tratamiento hospitalario a corto plazo también puede servir para iniciar el tratamiento de mantenimiento de agonistas opioides para la dependencia de opioides.

Cualquier persona que sea susceptible a un síndrome de abstinencia grave después de la interrupción del uso de drogas (o poli-drogas), o cuyo uso actual de drogas (o poli-drogas) conlleve un riesgo significativo de daño, puede necesitar tratamiento hospitalario a corto plazo.

La decisión sobre si optar por un tratamiento hospitalario a corto plazo u otro entorno de tratamiento debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- el tipo de drogas (u otras sustancias) que se consumen
- la probabilidad de síndrome de abstinencia
- la severidad y complejidad del trastorno por el uso de drogas
- el efecto del tratamiento en entornos de tratamiento ambulatorio o no especializados
- problemas sociales y de salud relacionados
- el tratamiento de afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes.

Objetivos

Los objetivos del tratamiento hospitalario a corto plazo son: diagnosticar y manejar afecciones clínicas inducidas por el uso de drogas; facilitar la interrupción o la reducción del consumo; iniciar el tratamiento de trastornos por el uso de drogas;

y motivar a los pacientes a continuar con el tratamiento después del tratamiento hospitalario a corto plazo. El tratamiento para los trastornos por el uso de drogas puede implicar un tratamiento psicológico y farmacológico basado en evidencia acompañado, según sea necesario, de apoyo social. La desintoxicación asistida se puede proporcionar en entornos de tratamiento hospitalario a corto plazo. Si bien esto también se puede lograr de manera exitosa y segura en forma ambulatoria y con menos recursos, las tasas de terminación del tratamiento de desintoxicación pueden ser más bajas. La evidencia apunta a altas tasas de recaída en el consumo de drogas después de la desintoxicación a corto plazo, particularmente en casos de dependencia de opioides. Por consiguiente, la desintoxicación por sí sola no se considera un tratamiento eficaz para trastornos por el uso de drogas y puede aumentar el riesgo de sobredosis de opioides.

Modelos y componentes

Lograr los objetivos terapéuticos del tratamiento hospitalario a corto plazo generalmente requiere de una combinación de intervenciones, como farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducación, asesoramiento motivacional y apoyo social a través de intervenciones psicosociales. Otras posibles intervenciones incluyen la introducción a grupos de autoayuda o ayuda mutua, servicios sociales disponibles y remisiones para tratamiento continuo o gestión de la recuperación después del alta. Los tipos específicos y la duración de estas intervenciones varían según la naturaleza, la complejidad y la gravedad del trastorno por el uso de drogas de un individuo, así como la presencia de problemas psiquiátricos y de salud física concurrentes.

Manejo del síndrome de abstinencia y otras afecciones clínicas agudas inducidas por drogas

Los síndromes de abstinencia no reconocidos y no tratados presentan el riesgo de apartar a los pacientes del tratamiento. Por lo tanto, los programas de tratamiento hospitalario a corto plazo deben contar con personal altamente competente para diagnosticar y controlar los síndromes de abstinencia y los trastornos agudos inducidos por drogas, así como para brindar apoyo psicosocial y tratamiento farmacológico. El personal de los servicios de tratamiento hospitalario a corto plazo debe tener la opción de remitir a los pacientes con afecciones particularmente graves y complejas a otro nivel de atención médica. Consulte la sección 4.2.3 para obtener más detalles sobre el manejo de los síndromes de abstinencia.

Tratamiento de problemas psiquiátricos y de salud física concurrentes

El uso de diferentes drogas y alcohol puede causar o agravar los síntomas psiquiátricos que pueden resolverse cuando se interrumpe el uso de drogas. En otros casos, los síntomas psiquiátricos pueden persistir después de la interrupción del abuso de sustancias y requieren atención adicional en el tratamiento hospitalario a corto plazo. Consulte la sección 4.2 para obtener más detalles sobre problemas de salud física y psiquiátrica concurrentes.

Gestión de la recuperación y apoyo social

Iniciar y participar en el tratamiento hospitalario a corto plazo puede ser un paso importante en el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Sin embargo, es particularmente importante para los pacientes mantener comportamientos saludables sostenibles después de abandonar el tratamiento hospitalario porque el riesgo de recaída y sobredosis aumenta significativamente inmediatamente después del alta. Como tal, es necesario continuar las intervenciones de manejo psicosocial y de recuperación para los trastornos por el uso de sustancias después del tratamiento hospitalario a corto plazo. Las estrategias para ayudar a los pacientes a realizar una transición exitosa a la siguiente etapa de tratamiento y cuidado, deben formar parte del tratamiento efectivo a través de la atención o el plan de cuidados posteriores. Esto aumenta las posibilidades de mantener la salud física y psicológica. Los profesionales de la salud y la atención social deben trabajar juntos para proporcionar a los pacientes los recursos y la atención necesarios cuando planifiquen la transición del alta hospitalaria a un programa residencial a largo plazo, tratamiento ambulatorio o gestión de la recuperación. Después del tratamiento hospitalario a corto plazo, los pacientes deben tener acceso a: tratamiento farmacológico a largo plazo, en caso de estar indicado; apoyo psicosocial y remisión a través del sistema de asistencia social para beneficiarse de formación profesional, vivienda estable y otro tipo de apoyo, según sea necesario; tratamiento continuo de enfermedades físicas y psiquiátricas comórbidas; e intervenciones de prevención de sobredosis, entre otras acciones. La Sección 4.2.6 proporciona más detalles sobre la gestión de la recuperación.

Componentes de tratamiento

Los programas de tratamiento hospitalario a corto plazo para trastornos por el uso de drogas (y poli-drogas) deben incluir los siguientes componentes de tratamiento:

- uso integral de drogas (y poli-drogas), evaluación médica y psicosocial, incluida la evaluación de salud mental y física;
- planes de tratamiento individualizados;
- manejo de abstinencia asistido por medicamentos, en caso de estar indicado;
- iniciación del tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides para la dependencia de opioides, en caso de estar indicado;
- intervenciones para fomentar la motivación de los pacientes para cambiar su comportamiento;
- contacto con individuos importantes en las redes sociales de los pacientes y su participación en el plan de tratamiento (con el consentimiento del paciente);
- compartir información y facilitar la conexión con grupos de ayuda mutua;
- intervenciones de tratamiento psicosocial para trastornos por el uso de drogas;
- iniciación (o remisión) de tratamiento para trastornos psiquiátricos y de salud física concurrentes, si el tiempo y los recursos lo permiten;
- evaluación continua del progreso del paciente en la planificación y revisión de su tratamiento, así como la evaluación clínica integrada en el programa; y
- planificación del alta con recaída y prevención de sobredosis; estrategias de atención continua para el tratamiento posterior a la hospitalización (incluyendo medicación de mantenimiento en caso de estar indicado); un nivel apropiado de tratamiento psicosocial; gestión de la recuperación y tratamiento continuo para condiciones psiquiátricas y de salud física concurrentes.

Una evaluación médica y psicosocial integral es necesaria preferiblemente posterior o durante la admisión de un paciente para un tratamiento hospitalario a corto plazo. Esto ayudará a determinar las necesidades específicas de cada paciente y a desarrollar su plan de tratamiento. La evaluación debe incluir el historial de salud física y psiquiátrica del paciente, el historial de tratamiento farmacológico, los exámenes del estado de salud física y mental, así como una evaluación de rutina de su historial de enfermedades infecciosas. También puede ser importante realizar pruebas de laboratorio, incluyendo análisis de drogas en orina y pruebas de VIH, hepatitis o tuberculosis. En todos los casos, se debe informar a los pacientes sobre cómo identificar y manejar una sobredosis, y también recibir información sobre otras opciones de tratamiento, apoyo y atención.

El personal capacitado puede aplicar herramientas de evaluación estandarizadas para obtener una evaluación más detallada de los pacientes (consulte la sección 4.2.1 para obtener una lista de herramientas de evaluación).

Una vez admitidos en el tratamiento hospitalario a corto plazo, los pacientes deben ser monitoreados varias veces al día para detectar síntomas de abstinencia y cualquier afección psiquiátrica o física aguda. Una vez que los problemas agudos se estabilicen o resuelven, la monitorización diaria debe centrarse en el estado de salud psiquiátrica y física del paciente, así como en su motivación y el desarrollo de sus objetivos de tratamiento y planes al alta.

Criterios para la finalización del programa e indicadores de efectividad

La finalización exitosa del tratamiento hospitalario a corto plazo se puede evaluar para cada paciente en función de varios factores, que incluyen:

- alivio de los síntomas de abstinencia;
- la comprensión del paciente de su trastorno por uso de sustancias y problemas relacionados;
- participación en el tratamiento de seguimiento después del alta del tratamiento residencial a largo plazo o tratamiento ambulatorio;
- mejora en la salud física y mental; y
- reducción del deseo de consumo de drogas y el desarrollo de habilidades para controlar desencadenantes (pensamientos, emociones y comportamientos) que conducen al consumo de drogas.

Los indicadores de resultados pueden ayudar a evaluar la efectividad de los programas de tratamiento hospitalario a corto plazo. Los indicadores incluyen la proporción de pacientes que participan en el tratamiento de seguimiento después del alta, o pacientes que interrumpen o reducen su consumo de sustancias en función de un seguimiento a largo plazo, por ejemplo, seis meses (aunque este tipo de indicador de resultado requiere seguimiento y monitoreo a largo plazo de los pacientes).

Requisitos clave para entornos de tratamiento hospitalario a corto plazo

- Todos los servicios de tratamiento, procedimientos, políticas y reglamentaciones disponibles, así como las expectativas de los pacientes sobre los programas, deben describirse claramente y ser accesibles (con el consentimiento del paciente y de acuerdo con sus preferencias y necesidades).
- Los pacientes deben tener planes de tratamiento individuales que el personal revisa y modifica regularmente junto con el paciente, para garantizar el manejo adecuado de los trastornos por el uso de drogas y las condiciones de salud concomitantes.
- La elección del tratamiento y el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado para un paciente con trastornos por el uso de drogas debe basarse en: una evaluación detallada del uso de drogas y otras sustancias; estado de salud y problemas psicosociales; necesidades de tratamiento; la idoneidad del tratamiento para satisfacer las necesidades; y la aceptación del paciente del tratamiento y su disponibilidad.
- Deben existir protocolos claramente definidos para la prescripción de medicamentos, intervenciones psicosociales y de otros tipos adaptadas a las necesidades específicas del paciente, y deben estar anclados en los resultados de la investigación o respetar las buenas prácticas clínicas reconocidas.
- Deben existir protocolos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (incluyendo intoxicación y suicidio).
- Deben estar disponibles instalaciones de laboratorio y diagnóstico in situ o externas.
- El apoyo o transporte de emergencia debe estar disponible en caso de complicaciones potencialmente mortales de los síndromes de abstinencia u otras condiciones de salud.

- Cuando se considera un procedimiento con riesgos conocidos, se debe llevar a cabo una evaluación cuidadosa de sus riesgos/beneficios, lo que lleva a seleccionar la opción menos riesgosa.
- El acceso a la autoayuda y otros grupos de apoyo debe estar disponible. Ya sea que el objetivo del tratamiento del individuo sea la abstinencia o no, se deben tomar medidas para reducir el daño del uso continuo de drogas. (Entre otras cosas, las medidas se refieren a la salud, la dieta, el equipo estéril de inyección, la prevención de sobredosis y el suministro de naloxona).
- Los planes de tratamiento deben garantizar la continuidad de la atención del paciente en el tratamiento ambulatorio, el tratamiento residencial a largo plazo o la gestión de la recuperación.
- Los programas de tratamiento para los trastornos por uso de drogas deben estar vinculados a otros servicios que apoyan las intervenciones para los hijos de los pacientes y otros familiares que puedan necesitarlos.
- Tanto el proceso como los resultados del tratamiento proporcionado deben estar sujetos a una evaluación periódica o continua.
- La estructura y gestión de la organización o programa de tratamiento debe definirse, detallar los roles y competencias de los puestos individuales y garantizar que los métodos de contratación y capacitación del personal reflejen las normas legales válidas y las normas internas establecidas.
- Los registros de pacientes escritos o electrónicos deben mantenerse de una manera que respete la confidencialidad del paciente.
- El servicio debe tener políticas sobre condiciones de trabajo seguras y formas de manejar situaciones de riesgo.
- Los casos que involucran la violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado y las medidas apropiadas tomadas deben documentarse adecuadamente en los registros del personal.
- El tratamiento hospitalario especializado a corto plazo para los trastornos por el uso de drogas solo debe ser administrado por el personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes (por ejemplo, en los campos médico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo).

4.1.5 Tratamiento especializado a largo plazo o residencial.

Descripción

El tratamiento a largo plazo o residencial generalmente ofrece servicios para personas con drogodependencia u otros trastornos por el uso de sustancias que viven en un entorno comunitario con otras personas que tienen condiciones de salud similares. Estas personas se comprometen explícitamente a abstenerse del uso de drogas, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Permanecen en un entorno residencial y participan en un programa diario intensivo. Los programas proporcionan una amplia gama de intervenciones administradas en una variedad de lugares. Estos pueden incluir: reuniones comunitarias y trabajo grupal; intervenciones psicosociales individuales; intervenciones psicosociales familiares; ayuda mutua y autoayuda; participación activa en la vida comunitaria; y adquirir habilidades vitales y formación profesional. La admisión al programa de tratamiento normalmente requiere la aceptación de las normas y reglamentos del entorno de tratamiento.

El tratamiento a largo plazo o residencial difiere del alojamiento subvencionado que funciona principalmente como una intervención de vivienda sin intervenciones de tratamiento en la sede, aunque los residentes pueden asistir a programas de tratamiento ambulatorio. Además, los entornos de tratamiento a largo plazo o residencial difieren

de centros obligatorios o de detención para usuarios de drogas, donde los pacientes están confinados sin su consentimiento, y a menudo sin los debidos procesos de evaluación diagnóstica y tratamiento ético basado en evidencia para los trastornos inducidos por el uso de sustancias.

Permanecer por un largo plazo en un entorno residencial u hospital (generalmente durante tres meses y, a menudo, mucho más tiempo, según las necesidades del paciente) ayuda a eliminar a los pacientes de los entornos a veces caóticos y estresantes que pueden haber contribuido a su uso de drogas. El entorno terapéutico 'libre de sustancias' está diseñado para reducir la exposición a las señales habituales que desencadenan el comportamiento de buscar el uso de drogas y ayudan a los pacientes o residentes a mantener la abstinencia y encaminarse hacia la recuperación. Aunque los modelos tradicionales de tratamiento residencial a largo plazo incluyen solo métodos de tratamiento psicosocial, los enfoques modernos pueden implicar el uso de medicamentos para disminuir los deseos de consumir de drogas y controlar síntomas psiquiátricos comórbidos.

Los programas residenciales a largo plazo, especialmente las comunidades terapéuticas, utilizan toda la comunidad del programa, incluidos otros residentes, el personal y el contexto social, como componentes activos del tratamiento y la gestión de la recuperación. Los programas de tratamiento residencial a largo plazo tienen reglas y actividades diseñadas para ayudar a los residentes a desarrollar mejores habilidades de autogestión. Los programas ayudan a los pacientes o residentes a adquirir habilidades para controlar los deseos y prevenir la recaída al uso de sustancias, mejorar el control de los impulsos, retrasar la gratificación y desarrollar nuevas habilidades interpersonales. Además, ayudan a desarrollar la responsabilidad personal, así como la capacidad de lidiar con el estrés y mejorar la autoestima. El entorno de tratamiento residencial ofrece servicios integrales, que incluyen capacitación vocacional, capacitación laboral, apoyo psicosocial y a veces tratamiento para trastornos de salud mental.

El entorno intensivo y de apoyo que experimentan los pacientes en entornos de tratamiento residencial puede ofrecer una respuesta adecuada a su historia personal, a menudo caracterizada por un cuidado parental deficiente, negligencia emocional, abuso físico o sexual, trauma, violencia interpersonal y exclusión social.

Población objetivo

Los programas de tratamiento a largo plazo o residencial son los más adecuados para las personas que no han consumido drogas hasta el momento de su admisión, pero que requieren un tratamiento intensivo y continuo, y atención para los trastornos por el uso de drogas para abordar problemas de salud y psicosociales comórbidos. Entre estas personas se incluyen individuos que han dejado de usar drogas después de un tratamiento de hospitalización o ambulatorio de abstinencia. Pueden tener serias dificultades para mantener la abstinencia en un entorno comunitario o en un tratamiento ambulatorio y desean participar voluntariamente en un programa residencial estructurado. Esta es una oportunidad para que comiencen los cambios en varias áreas de sus vidas y aprendan nuevas habilidades para ayudarlos en su proceso de recuperación, mejorando así la calidad de sus vidas y su integración social.

Los servicios de tratamiento residencial generalmente están enfocados para individuos:

- que se encuentran experimentando un trastorno por el uso de drogas (o poli-drogas) de una gravedad significativa que afecta su proceso de educación, empleo e integración social;
- experimenta trastornos graves de salud física y mental concurrentes que tienen un impacto en su seguridad y bienestar fuera de entornos estructurados (y que generalmente requieren hospitalización);

- con antecedentes de tratamiento fallido, que no han respondido a las intervenciones o han recaído repetidamente después de un tratamiento hospitalario o ambulatorio a corto plazo;
- con recursos personales y/o económicos limitados (incluidos ingresos y vivienda);
- con problemas sociales y familiares y apoyo social limitado;
- que están socialmente aislados o privados;
- que, para lograr los objetivos del tratamiento, necesitan cambiar su entorno y distanciarse de sus redes sociales y grupos asociados con las actividades relacionadas con el uso de drogas; y
- que voluntariamente quieren abstenerse del uso de sustancias, reconocen sus necesidades y están preparados para realizar cambios significativos en su estilo de vida y adquirir nuevas habilidades en un entorno residencial.

Objetivos

El objetivo principal del tratamiento a largo plazo o residencial es reducir el riesgo de volver a usar activamente drogas, mantener la abstinencia del uso de drogas, mejorar la salud y el funcionamiento personal y social, así como facilitar la rehabilitación y la reintegración social. Los objetivos específicos del tratamiento residencial a largo plazo son:

- reducir el riesgo de una recaída al uso de sustancias;
- desarrollar habilidades para hacer frente a los estresores de la vida y deseos sin usar drogas;
- proporcionar tratamiento y atención para trastornos psiquiátricos y de drogodependencia concurrentes, utilizando terapia psicosocial y, en algunos entornos, tratamiento farmacológico;
- mejorar la salud, el funcionamiento personal y social, incluso en entornos laborales;
- desarrollar relaciones interpersonales efectivas con pares, así como las habilidades interpersonales y de comunicación necesarias para construir una red social libre del uso de drogas;
- construir un ambiente familiar saludable y relaciones dentro de la familia, incluyendo lazos entre padres e hijos;
- reintegrarse a la comunidad y facilitar la conexión social;
- adquirir nuevas habilidades sociales y ganar confianza en sí mismo, así como la apreciación de los comportamientos positivos;
- adquirir un estilo de vida más saludable, que incluye una buena nutrición, una rutina estable de sueño/vigilia, monitoreo de salud regular y adherencia al tratamiento; y
- mantener la educación y el desarrollo de habilidades vocacionales para recuperar progresivamente el control de la vida una vez finalizado el tratamiento.

Modelos y componentes

Los programas de tratamiento a largo plazo pueden diferir en sus enfoques de tratamiento. Los pacientes deben abstenerse del abuso de sustancias y, cuando sea necesario, deben recibir tratamiento para los síndromes de

abstinencia. Esto puede administrarse dentro del mismo entorno de tratamiento o en entornos especializados para pacientes hospitalizados o ambulatorios, de acuerdo con las secciones relevantes de este documento (ver secciones 4.2.3).

Una variedad de modelos de tratamiento residencial a largo plazo ha evolucionado en diferentes entornos.

- La configuración incluye centros de tratamiento residencial a largo plazo independientes o unidades de rehabilitación establecidas específicamente para trastornos por el uso de drogas. Las unidades tienden a tener filosofías particulares o enfoques de tratamiento que no son mutuamente excluyentes. Las filosofías o enfoques incluyen comunidades terapéuticas formales, programas de ayuda mutua de doce pasos, programas basados en la fe y programas vocacionales.
- Los programas hospitalarios (generalmente en una sala o edificio de un hospital psiquiátrico) pueden centrarse únicamente en pacientes con drogodependencia o pacientes con trastornos psiquiátricos comórbidos por el uso de drogas (o poli-drogas). Dichos programas pueden ser comunidades terapéuticas o programas de rehabilitación hospitalaria y pueden presentar intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Las personas detenidas con trastornos por uso de drogas pueden beneficiarse de los programas de tratamiento residencial a largo plazo que toman lugar en la prisión. Estos pueden organizarse como comunidades terapéuticas o programas de rehabilitación específicos para delincuentes con trastornos por el uso de sustancias, generalmente en una sección específica de una prisión. Consulte la Sección 5.3 para obtener información detallada sobre el tratamiento para las personas en contacto con el sistema de justicia penal.

Admisión

Los diferentes tipos de programas de tratamiento a largo plazo o residencial pueden tener diferentes criterios de admisión. Todos deben presentar la solicitud voluntaria del paciente o su consentimiento para la colocación en un programa residencial a largo plazo. Algunos servicios pueden requerir que el paciente visite la unidad y la aceptación del grupo comunitario. En otros servicios, la decisión puede depender del personal y el paciente.

Cada programa debe tener una política de admisión por escrito para garantizar que la admisión sea voluntaria, y el paciente debe confirmar esto con el consentimiento por escrito. Dicha política debe describir claramente los criterios de elegibilidad y exclusión. Además, los programas deben tener un procedimiento escrito de admisión/orientación que se aplique a todos los residentes entrantes. Durante la admisión, los nuevos residentes deben recibir información adecuada, así como documentación sobre el programa, incluidos sus objetivos, métodos de tratamiento y normas. Es importante informar a los pacientes sobre sus obligaciones y derechos, privacidad, no discriminación y confidencialidad. Es necesario informar a los pacientes sobre el papel del personal, la filosofía y las normas subyacentes sobre la comunicación con los visitantes y personas externas al programa. Es necesario discutir detalles administrativos, como el costo del programa y los métodos de pago. Las políticas y procedimientos de admisión deben ser bien conocidos por el personal. Por último, es necesario discutir y firmar un contrato de tratamiento que describa claramente todos los servicios, procedimientos, políticas y regulaciones de tratamiento, así como las expectativas del paciente sobre el programa.

Si un programa no acepta a un paciente o residente potencial, debe darle al paciente y a la agencia de referencia una explicación completa verbalmente y por escrito, sin violar la confidencialidad. Es importante hacer una remisión adecuada para cualquier persona que no sea aceptada en el programa. El personal que realiza evaluaciones, trabajando con una red de servicios preexistente, debe estar familiarizado con los servicios alternativos apropiados para remisiones.

Ciertas personas con necesidades especiales de tratamiento y atención pueden requerir instalaciones separadas para hospitalización a largo plazo. Donde se incluyen mujeres, niños y adolescentes, individuos con diagnósticos duales y personas con discapacidades del desarrollo. Si es posible, deberían tener acceso a programas especializados de tratamiento residencial a largo plazo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles sobre las formas de adaptar los programas a las poblaciones con necesidades especiales.

Evaluación

Algunos servicios pueden usar una entrevista telefónica inicial antes de la evaluación en persona. Los programas de tratamiento residencial a largo plazo deben llevar a cabo una evaluación psicosocial y médica integral de cada paciente entrante, para determinar sus necesidades individuales y la idoneidad para el programa. Puede ser necesario ubicar a los pacientes con condiciones importantes de salud mental y física en un entorno que brinde el nivel adecuado de atención médica y psiquiátrica. Esto requiere el consentimiento informado de los pacientes.

Una reunión inicial sirve para familiarizar al personal con el posible residente, y este último con el programa residencial. Este es el primer paso en el desarrollo de una alianza terapéutica. La reunión generalmente permite a los posibles residentes decidir si ingresar al programa, y este último decidir si admitir a los posibles residentes.

Tras el consentimiento del paciente, es necesario discutir las necesidades individuales y los medicamentos con los hospitales de referencia y los profesionales médicos de los pacientes. Las discusiones deben incluir un plan sobre cómo gestionar el alta, en caso de ser necesario.

Los planes de tratamiento deben desarrollarse en base a evaluaciones integrales, preferiblemente con instrumentos y procedimientos estandarizados, como el Índice de Gravedad de la Adicción o un Módulo Internacional de Diagnóstico y Abuso de Sustancias (consulte la sección 4.2 para obtener una lista de herramientas de evaluación).

Las siguientes áreas son importantes para la evaluación:

- tratamiento previo a corto y largo plazo y percepción del tratamiento anterior;
- salud general, incluyendo problemas de salud actuales y discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas;
- salud mental, incluyendo antecedentes de trauma y abuso (físico, emocional y sexual), violencia y riesgo de suicidio, funcionamiento psicológico e interpersonal actual;
- condiciones de vida actuales, incluyendo alojamiento y vivienda y un sistema de apoyo en el hogar;
- vida familiar, incluidas las relaciones con la familia de origen, las relaciones íntimas y los hijos dependientes;
- amistades, que incluyen redes de relaciones entre pares, influencias positivas o negativas y personas que apoyan la sobriedad a largo plazo;
- educación y trabajo, incluidos antecedentes escolares y laborales, nivel y necesidades de formación profesional, ingresos (legales y de otro tipo);
- problemas legales, incluida la participación en actividades delictivas asociadas con el uso de drogas; y
- actividades de ocio y pasatiempos.

El período a largo plazo y el entorno residencial crean una oportunidad para una evaluación continua más exhaustiva. También permite la evaluación después de un período inicial de abstinencia y, por lo tanto, evita que los efectos de la intoxicación por drogas o la interrupción influyan en el diagnóstico de trastornos. Además, puede garantizar que los pacientes entiendan completamente la naturaleza del tratamiento y puedan consentirlo por completo. Vivir con otros pares y el personal también puede permitir la evaluación continua de los rasgos y el funcionamiento de la personalidad que pueden ser muy útiles para individualizar el tratamiento.

Compromiso de tratamiento

Los niveles más altos de participación en el tratamiento pueden influir positivamente en los resultados del tratamiento. Las variables que fomentan la retención del tratamiento incluyen:

- el nivel de motivación para el tratamiento
- niveles de uso de drogas o alcohol antes del tratamiento
- historial de contacto con el sistema de justicia penal.
- la fuerza de una relación terapéutica
- percepción de la utilidad del servicio de tratamiento y eficacia del tratamiento; y
- empatía del personal.

Durante las primeras tres semanas y, en particular, los días iniciales de un tratamiento residencial a largo plazo, el riesgo de abandono y recaída es más alto. Por lo tanto, es importante que los residentes reciban la atención adecuada e individualizada, centrada en aumentar la motivación para permanecer dentro del tratamiento. Especialmente durante este período, muchos residentes pueden continuar experimentando angustia psicológica relacionada con síntomas prolongados de abstinencia (insomnio, ansiedad, irritabilidad y deseo de consumir drogas). Pueden sentirse ambivalentes sobre interrumpir el uso de drogas y les resulta difícil adaptarse a las reglas del programa.

Para abordar la motivación y la ambivalencia sobre el programa de tratamiento, el personal debe:

- proporcionar un ambiente amigable y acogedor;
- establecer una alianza terapéutica basada en la confianza, al principio del proceso;
- responder rápidamente a las solicitudes de tratamiento para maximizar la participación del paciente en el tratamiento;
- proporcionar información sobre la filosofía, las expectativas, el enfoque del tratamiento y la recuperación, la retención y los resultados de salud del programa, y las inquietudes que los residentes suelen encontrar al principio del tratamiento;
- se centran en las preocupaciones inmediatas del cliente, en lugar de las del programa;
- reforzar el apoyo en las primeras 72 horas de tratamiento a través de una observación más cercana, una mayor interacción general y el uso de un "sistema de amigos" (el emparejamiento de nuevos residentes con un residente establecido);
- desarrollar planes y objetivos de tratamiento realistas e individualizados que reflejen las necesidades del cliente y que sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a su progreso;
- crear conciencia de la heterogeneidad de los clientes, particularmente en los procesos de tratamiento grupal;
- ser atento y respetuoso en todos los aspectos del programa de tratamiento, ya que la confrontación a menudo resulta en ira y abandono temprano del tratamiento;
- dar retroalimentación objetiva sobre los problemas y procesos de cambio para fomentar la credibilidad y la confianza; y
- desarrollar estrategias de motivación que se centren en el paciente individual.

Intervenciones terapéuticas

Como mínimo, el tratamiento residencial a largo plazo debe proporcionar ambientes libres de drogas y alcohol, apoyo psicosocial individual, intervenciones para ayudar a adquirir habilidades vitales y una variedad de reuniones grupales regulares. Estos incluyen reuniones matutinas, grupos sin confrontación, grupos específicos de género, grupos de ayuda mutua y apoyo entre pares. Los programas residenciales en hospitales también deben proporcionar atención médica y psiquiátrica, terapia individual y grupal e intervenciones que involucren a miembros de la familia. Si bien algunos programas de tratamiento residencial a largo plazo solo brindan tratamiento psicosocial, otros pueden ofrecer apoyo farmacológico, incluido el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, en caso de estar indicado.

Los programas residenciales a largo plazo pueden incluir una amplia gama de modalidades terapéuticas, como intervenciones psicosociales individuales y grupales, capacitación en habilidades vitales, capacitación vocacional y educativa y actividades recreativas. Las intervenciones basadas en evidencia utilizadas habitualmente en el tratamiento ambulatorio, se pueden adaptar y aplicar también al tratamiento residencial a largo plazo. Los métodos de tratamiento psicosocial específicos aplicables incluyen: terapia cognitivo-conductual; manejo de contingencias y terapia de mejora motivacional; terapia conductual familiar o de pareja; entrenamiento en habilidades sociales; y otros métodos descritos en la sección sobre intervenciones de tratamiento (ver sección 4.2). Los programas estructurados de prevención de recaídas son esenciales para preparar a los residentes para reintegrarse en la comunidad. Las intervenciones terapéuticas, como la terapia artística y creativa, la terapia de movimiento, las meditaciones, la relajación y la actividad física (por ejemplo, ejercicio y deportes grupales) pueden ayudar a los pacientes a descubrir y desarrollar nuevas actividades recreativas y de ocio. Esto puede ayudar a la recuperación si se le da seguimiento cuando los pacientes regresen a la comunidad.

Como el empleo es esencial para la reintegración y la recuperación, los residentes están comúnmente preparados para trabajar a través de la educación, los servicios vocacionales y la capacitación laboral. Los servicios vocacionales incluyen asesoramiento laboral, entrenamiento para entrevistas de trabajo, redacción de currículums, así como servicios de solicitud de empleo y colocación. La capacitación laboral permite a los residentes aprender habilidades y desarrollar confianza. Las actividades laborales y educativas son intervenciones terapéuticas combinadas con otros métodos para preparar a los residentes a reingresar a la comunidad.

Al igual que en cualquier otro entorno de tratamiento, se deben evitar las confrontaciones verbales duras o degradantes. Del mismo modo, es importante evitar las técnicas punitivas o restrictivas (incluida la restricción física) y cualquier otra intervención que comprometa la seguridad o la dignidad individual.

Documentación del paciente

Los registros de pacientes escritos o electrónicos deben mantenerse de forma confidencial en un lugar seguro, solo accesible para el personal directamente involucrado en el tratamiento. La documentación adecuada debe incluir como mínimo:

- consentimiento firmado para el tratamiento y acuerdo sobre las reglas del programa
- política de confidencialidad y ética firmada
- evaluación del paciente
- manejo y planeación del tratamiento para cada paciente
- revisiones periódicas o actualizaciones detalladas de los planes de tratamiento, progreso y cualquier cambio en los objetivos originales
- registros de alta del paciente con un resumen completo de su tratamiento.

Duración del tratamiento

El tratamiento residencial a largo plazo debe durar al menos tres meses y probablemente mucho más tiempo, dependiendo de las necesidades del paciente. Un tratamiento de duración e intensidad suficientes aumenta las posibilidades de los residentes de consolidar e internalizar cualquier cambio de comportamiento y su preparación para vivir una vida libre de drogas en sus comunidades. La duración del tratamiento necesario para alcanzar este punto varía para cada residente.

Alta y seguimiento

Muchos pacientes necesitan apoyo farmacológico y psicosocial continuo una vez dados de alta del tratamiento residencial a largo plazo. El manejo efectivo de la remisión al cuidado posterior (o cuidado continuo) debe estar disponible para dar seguimiento a los pacientes después del alta. La Sección 4.2.6 proporciona más detalles sobre la gestión de la recuperación.

Dotación del personal

La dotación de personal de tratamiento a largo plazo o residencial en las instalaciones, depende del tipo de servicio y la categoría de los pacientes. Según la magnitud del programa de tratamiento, la prestación de una atención óptima generalmente requiere un equipo multidisciplinario de profesionales capacitados y voluntarios.

Las comunidades terapéuticas y otros servicios de tratamiento residencial a largo plazo requieren cierto grado de supervisión médica. Los médicos, incluidos los psiquiatras, si es posible, deben estar de guardia o disponibles durante un cierto número de horas cada semana. Las instalaciones de tratamiento residencial para personas con condiciones comórbidas severas, deben tener servicios de atención médica durante el día y de guardia durante la noche.

Consejeros, enfermeras y trabajadores sociales deben estar presentes en las instalaciones del programa en todo momento. Los antiguos residentes e individuos que se estén recuperando de trastornos por el uso de drogas y trabajan como personal, pueden ser modelos a seguir muy valiosos para los residentes. Preferiblemente, deberían haber trabajado fuera de un programa de tratamiento y tener capacitación profesional como consejeros o trabajadores grupales. Para los profesionales que comienzan a trabajar en un programa residencial a largo plazo, es recomendable pasar tiempo en el programa antes de ser contratados o inmediatamente después.

Consideraciones de seguridad

Todos los programas de tratamiento residencial deben proporcionar condiciones seguras para el personal y los residentes, para garantizar un entorno de vida y aprendizaje psicológica y físicamente seguro.

El entorno físico y la apariencia de las instalaciones del programa son muy importantes, ya que los residentes pueden permanecer en el programa durante varios meses. La instalación debe ser como un hogar en lugar de una prisión o un hospital. Es importante implementar y mantener una prohibición del alcohol y las drogas. Sin embargo, los residentes no deben dejar de tomar medicamentos psicoactivos recetados, como antidepresivos, metadona o buprenorfina, utilizados bajo supervisión médica para tratar trastornos psiquiátricos o drogodependencia, a menos que se indique médicamente. Deben establecerse procedimientos, incluso para el almacenamiento, dispensación y administración de medicamentos, para administrar los medicamentos recetados.

El comportamiento inaceptable, como el uso de drogas o alcohol, la violencia, el robo y las actividades sexuales entre los residentes, pueden resultar en su expulsión del programa. El examen de toxicología de la orina al que los residentes se someten regularmente al regresar al entorno de tratamiento después de una licencia temporal, cuando se sospecha el consumo de drogas, puede ayudar a mantener un ambiente libre de drogas. Deben existir procedimientos para denunciar y manejar incidentes riesgosos, como el abuso físico o sexual. Debe haber procedimientos claros para manejar las infracciones a las reglas y valores del programa de manera proporcional a las circunstancias específicas. El contacto con los visitantes debe ser restringido, monitoreado o supervisado, particularmente en las primeras etapas del tratamiento.

Si una persona es dada de alta o no ingresa al tratamiento, debe ser informada sobre cómo identificar y manejar una sobredosis, así como recibir información sobre otras opciones de tratamiento, apoyo y atención.

Criterios para la finalización del programa e indicadores de efectividad

La evaluación del éxito del tratamiento de un individuo y su preparación para el alta deben tener en cuenta varios factores, entre ellos:

- salud física y mental
- motivación para continuar el tratamiento y el mantenimiento de recuperación al alta;
- capacidad y motivación para participar en el trabajo o la educación y contribuir a la comunidad;
- habilidades mejoradas de autogestión y capacidad para controlar las emociones;
- comprensión de los factores y desencadenantes que pueden contribuir a una recaída de uso de drogas, así como la capacidad demostrada para reconocerlos y controlar los deseos de usar drogas;
- mejor conectividad social, funcionamiento y disposición para alejarse de las redes sociales que influyen al uso de drogas y enfocarse en redes sociales que valoran la abstinencia y la recuperación; y
- desarrollo de nuevas habilidades, pasatiempos e intereses que pueden continuar después del alta.

Algunos programas de tratamiento residencial a largo plazo ofrecen una fase de tratamiento de transición o de reingreso para preparar a los residentes para el alta. Durante esta fase, los residentes pueden pasar gradualmente una cantidad creciente de tiempo fuera de la comunidad (buscando educación o trabajo) mientras siguen participando en el programa como residentes. Este es un período de mayor contacto con la comunidad en general, mientras que los residentes aún se benefician de la seguridad, la estabilidad y el apoyo brindado por los servicios del programa. Les permite practicar habilidades recién adquiridas, mantener la abstinencia, desarrollar nuevas relaciones y redes de amistad de apoyo y, cuando sea apropiado, restablecer lazos con sus familiares inmediatos.

El funcionamiento general y la eficacia de un programa de tratamiento residencial a largo plazo se puede evaluar mediante una combinación de indicadores de proceso (que incluyen qué servicios se prestan o qué objetivos cumplen los pacientes durante la estancia de tratamiento) y medidas objetivas de los resultados a largo plazo de los pacientes después del alta.

Los indicadores pueden incluir la proporción de pacientes que:

- completen el tratamiento;
- participen en el tratamiento de seguimiento o la gestión de la recuperación después del alta, por ejemplo, la proporción de pacientes que participan en el tratamiento de seguimiento después del alta;
- completen el tratamiento y mantengan la abstinencia del uso de drogas en el seguimiento (por ejemplo, a intervalos de seis meses), evidenciado por autoinformes y otros marcadores de recuperación.

Requisitos clave para entornos de tratamiento a largo plazo o residencial

- El entorno de tratamiento residencial a largo plazo tiene un programa terapéutico planificado.
- Todos los pacientes se someten a una evaluación integral.

- Todos los pacientes tienen un plan de tratamiento individualizado, revisado regularmente, basado en su evaluación.
- Existe un horario diario estructurado y consistente de actividades grupales.
- El programa de tratamiento tiene una cadena clara de responsabilidad clínica.
- Existen privilegios claramente definidos con una justificación y un proceso para asignarlos.
- El servicio asume la responsabilidad de mejorar y mantener la salud física del paciente.
- Existen políticas, procedimientos y supervisión clínica adecuados para la terapia farmacológica y el manejo de los medicamentos recetados.
- El servicio está equipado para preparar a los residentes para una vida independiente en la comunidad general.
- Los hogares de cuidado registrados y otras instalaciones de tratamiento a largo plazo cumplen con los estándares mínimos nacionales para entornos residenciales.
- Existen criterios definidos para la expulsión de pacientes, entre otras cosas, por la violación de las reglas del servicio de tratamiento, la violencia y el uso continuo de medicamentos no recetados.
- Existe un estricto código de ética para el personal. Es aconsejable establecer una junta externa para proporcionar supervisión, asegurando así que los directores y el personal de entornos de tratamiento residencial a largo plazo cumplan con las buenas prácticas y la ética y se abstengan de abusar de su poder.
- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (como la intoxicación y el riesgo de suicidio).
- El alta se basa en una consideración del estado de recuperación del paciente.
- Se presta atención al tratamiento adicional y al apoyo (familiar, social u otro) que se requiera, según el diagnóstico, los objetivos y los recursos del paciente.
- Se exploran planes de atención que trazan rutas alternativas que podrían seguirse en caso de falla parcial o completa del plan original, o expulsión de los servicios de tratamiento.
- El servicio tiene políticas para condiciones de trabajo seguras y el manejo de situaciones de riesgo.
- La estructura y gestión de la organización o programa de tratamiento debe definirse, detallar los roles y competencias de los puestos individuales y garantizar que los métodos de contratación y capacitación del personal reflejen las normas legales válidas y las normas internas establecidas.
- Los registros de pacientes por escrito o electrónicos deben mantenerse de una manera que respete la confidencialidad del paciente.
- Los casos que involucran la violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado y las medidas apropiadas tomadas deben documentarse adecuadamente en los registros del personal.
- El tratamiento especializado para los trastornos por el uso de drogas solo es administrado por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes (como en los campos médico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo), y siempre con el consentimiento del paciente.

4.2 Modalidades e intervenciones del tratamiento

4.2.1 Cribado, intervenciones breves y remisión del tratamiento

Descripción

El cribado, la intervención breve y la remisión del tratamiento o cribado y las intervenciones breves son intervenciones basadas en la evidencia utilizada para identificar, reducir y prevenir los trastornos por el uso de drogas, especialmente en entornos de salud que no están especializados en el tratamiento de dichos trastornos (OMS, 2016). Todos los profesionales de la salud pueden beneficiarse de la capacitación SBIRT, en particular el personal que trabaja en poblaciones con una alta prevalencia de abuso de sustancias o con pacientes que padecen de trastornos por el uso de sustancias.

Cribado

El cribado es un breve proceso para identificar indicadores de la presencia de una condición específica. Los indicadores reflejan la necesidad de tratamiento de un individuo y determinan si se justifica una evaluación exhaustiva (SAMHSA, 2015). Las herramientas de detección utilizadas para estos fines se pueden agrupar en dos categorías:

- herramientas de autoinforme (entrevistas, cuestionarios de autoinforme)
- marcadores biológicos (niveles de alcohol en sangre, la presencia de drogas en la saliva, suero sanguíneo u orina).

Las herramientas *de autoinforme* tienen las ventajas de ser no invasivas y económicas. Una buena herramienta de detección de autoinforme debe ser breve, fácil de administrar e interpretar, abordar el alcohol y otras sustancias, así como ser clínicamente sensible y lo suficientemente específica como para identificar a las personas que necesitan una breve intervención o remisión del tratamiento.

Para mejorar la precisión de una herramienta de autoinforme, es importante asegurar la confidencialidad del paciente, entrevistarlos en un entorno que fomente la presentación de informes honestos y hacerle preguntas claras y objetivas.

Existe una gama de herramientas validadas para detectar trastornos por el uso de drogas. Las herramientas incluyen la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), una herramienta de detección basada en evidencia desarrollada y recomendada por la OMS (OMS, 2010a). ASSIST consta de ocho preguntas sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas (incluido el uso de drogas inyectables). Las preguntas identifican patrones de consumo peligroso, dañino o dependiente del paciente. Desarrollado específicamente para un entorno de atención primaria, se recomienda para entrevistas o autoperfeccionamiento.

Después del cribado, se pueden usar herramientas adicionales para obtener una evaluación más detallada de los pacientes, e incluyen el Índice de Severidad de la Adicción (ASI) (McLellan, Luborsky y Woody, 1980), que evalúa la severidad de trastornos por el uso de drogas y otras sustancias, y sus problemas asociados. (incluidos problemas psiquiátricos, de salud física y familiares). Cuando el paciente se encuentra en estado de abstinencia aguda, es posible considerar una entrevista estructurada para detectar trastornos psiquiátricos. Entre las herramientas, se incluyen la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016), Entrevista Clínica Estructurada para DSM-5 (SCID) (First et al, 2015) o la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta - Módulo de Abuso de Sustancias (CIDI-SAM) (Cottler, 2000). Son particularmente útiles para diagnosticar trastornos por el consumo de drogas, así como para identificar afecciones psiquiátricas concurrentes.

Si bien los biomarcadores pueden ser útiles dentro del marco SBIRT cuando un paciente no puede responder a una entrevista en persona (por ejemplo, mientras está inconsciente en cuidados intensivos), la información es

requerida para lograr un resultado de cribado. Sin embargo, es preferible utilizar una herramienta de cribado autoinforme para pacientes conscientes.

Intervención breve

Una intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (generalmente de 5 a 30 minutos) cuyo objetivo es ayudar a una persona a interrumpir o reducir el uso de sustancias psicoactivas o (con menos frecuencia) tratar otros problemas de la vida. Está diseñado principalmente para médicos generales y otros trabajadores de atención primaria de salud (OMS, 2001; OMS, 2010b). Siguiendo un enfoque centrado en el paciente y basado en las fortalezas, los pacientes se capacitan y motivan para asumir la responsabilidad y cambiar su comportamiento de uso de sustancias. Si es posible y necesario, se pueden extender intervenciones breves por una o dos sesiones para ayudar a los pacientes a desarrollar las habilidades y recursos necesarios para hacer un cambio, o un seguimiento para evaluar si se requiere de tratamiento adicional.

Una intervención breve eficaz requiere de varios pasos básicos. En primera instancia, el practicante aborda el tema del uso de drogas con respecto a la salud y el bienestar del paciente y cómo esto se relaciona con la situación en la que se encuentra. El debate se centra en el paciente, con estrategias como la escucha reflexiva que se utilizan para proporcionar retroalimentación. Se requiere que los pacientes hablen sobre el cambio y que establezcan metas realistas. La sesión termina con el practicante resumiendo y proporcionando comentarios positivos para capacitar a los pacientes y asumir la responsabilidad de cambiar su comportamiento.

Los componentes de las intervenciones breves eficaces se pueden resumir en el modelo FRAMES:

- **F**eedback (retroalimentación) se da retroalimentación al individuo acerca de riesgos o discapacidades
- **R**esponsibility (responsabilidad) la responsabilidad para hacer un cambio recae en el individuo
- **A**dvice (consejos) el practicante aconseja al paciente
- **M**enu of options (opciones de cambio) se ofrecen opciones de autoayuda alternativa o tratamiento
- **E**mpathy (empatía) se usa la empatía durante el asesoramiento
- **S**elf-efficacy (autoeficacia) se engendra la autoeficacia y el empoderamiento.

La OMS recomienda el siguiente enfoque de nueve pasos para las intervenciones breves tras el examen ASSIST (OMS, 2010b):

- preguntar a los pacientes si están interesados en ver sus puntuaciones de cuestionarios ASSIST
- utilizar el reporte de retroalimentación ASSIST para proporcionar comentarios personalizados a los pacientes sobre sus puntuaciones
- dar consejos sobre cómo reducir el riesgo asociado con el uso de sustancias
- permitir a los pacientes asumir la responsabilidad final de sus elecciones
- preguntar a los pacientes qué tan preocupados están por sus puntuaciones
- sopesar los aspectos positivos sobre el uso de sustancias contra los aspectos negativos al respecto
- resumir y analizar las declaraciones de los pacientes sobre su consumo, haciendo hincapié en los "aspectos negativos"

- preguntar a los pacientes sus preocupaciones acerca de los aspectos negativos
- proveer a los pacientes con materiales para llevar a casa y reforzar la breve intervención.

Remisión al tratamiento

Una vez que el cribado y la evaluación de una persona confirman que padece de un trastorno por el uso de drogas clínicamente significativo, un uso grave de poli-drogas o una condición de salud psiquiátrica o física concurrente, debe ser referido a la instalación más adecuada para el tratamiento, sin demoras. Es posible acelerar las remisiones al programar una cita en el centro de tratamiento en presencia del paciente, utilizando "navegadores de pacientes" que acompañan al paciente al centro de tratamiento, y hacen un seguimiento con el paciente sobre su inscripción en el programa de tratamiento. El método de remisión más eficiente implica iniciar y proporcionar tratamiento para trastornos por el uso de drogas en el entorno que lleva a cabo el SBIRT.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- A las personas que consumen cannabis y psicoestimulantes se les debe ofrecer una intervención breve, cuando se les detecte en entornos de atención médica no especializados. La intervención breve debe abarcar una sola sesión de 5-30 minutos de duración, incorporando retroalimentación y asesoramiento individualizados sobre la reducción o interrupción del consumo de psicoestimulantes, ofreciendo un seguimiento.
- Personas con problemas recurrentes relacionados con el consumo de cannabis o psicoestimulantes deben considerarse para su remisión a una evaluación especializada.

4.2.2 Intervenciones psicosociales basadas en evidencia

Descripción

Las intervenciones psicosociales deben utilizarse en programas de tratamiento ambulatorio para abordar factores motivacionales, conductuales, psicológicos y otros factores psicosociales relacionados con los trastornos por el uso de drogas. Estas intervenciones han demostrado ser eficaces para reducir el uso de drogas, promover la abstinencia y prevenir la recaída. Las intervenciones psicosociales también pueden servir para aumentar la adherencia al tratamiento y los medicamentos. Diferentes trastornos por el uso de drogas requieren otras intervenciones, las siguientes han demostrado ser eficaces: psicoeducación; terapia cognitivo-conductual; entrevistas motivacionales; el enfoque de refuerzo comunitario; terapia de mejora motivacional; terapia familiar; gestión de contingencias; terapia conductual dialéctica; terapia cognitiva basada en la atención plena; terapia de aceptación y compromiso; terapia cognitivo conductual centrada en el trauma; grupos de ayuda mutua (incluidos los grupos de 12 pasos); y apoyo a la vivienda y al empleo, entre otros (OMS, 2016).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la comprensión de que los patrones de comportamiento y los procesos cognitivos en torno al uso de drogas se aprenden y pueden ser modificados. Durante el tratamiento, los pacientes son introducidos a nuevas habilidades de afrontamiento y estrategias cognitivas para reemplazar los patrones de comportamiento y pensamiento maladaptativos. Las sesiones de terapia de TCC están estructuradas con metas específicas a lograr en cada sesión y se centran en los problemas inmediatos que enfrenta el paciente. La TCC se puede utilizar como un enfoque a corto plazo que es adaptable a una amplia gama de pacientes y entornos y es aplicable a sesiones de tratamiento individuales y grupales. La TCC puede funcionar bien con una serie de otros tratamientos psicosociales y farmacológicos.

Gestión de contingencias

El manejo de contingencias (CM) implica dar a los pacientes recompensas concretas para reforzar comportamientos positivos, como abstinencia, asistencia al tratamiento, cumplimiento de medicamentos u objetivos particulares del tratamiento de un paciente. La eficacia de la CM requiere de un resultado positivo acordado con una medida objetiva (normalmente pruebas toxicológicas de orina y un resultado negativo de detección de drogas) y retroalimentación inmediata. Los resultados de las pruebas farmacológicas proporcionan un indicador del progreso del tratamiento y pueden ser discutidos en sesiones de terapia para aumentar la comprensión de la condición del paciente. Un enfoque CM, que se puede combinar con la TCC, se utiliza a menudo como parte del tratamiento que se centra en reforzar nuevos comportamientos que interrumpen el uso de drogas.

Los pacientes tratados con CM, a diferencia de los que utilizan otros tratamientos, a menudo muestran mayores reducciones iniciales en su consumo de drogas. Sin embargo, es dudoso si estos efectos pueden durar sin usar el CM conjuntamente con otros acercamientos del tratamiento. El CM ha probado ser particularmente útil en tratar a pacientes con desórdenes del uso de anfetamina y cocaína, ayudando a reducir las posibilidades del abandono del tratamiento y retomar el uso de drogas. Otros estudios probaron que cuando el tratamiento CM otorgaba cupones para recompensar a los pacientes por logros significativos en su tratamiento, esto en realidad aumentaba el nivel de empleo entre ellos. Aunque muchos de los ensayos de investigación usan refuerzo monetario, es importante adaptar la CM a la cultura y la población, con el aporte de los pacientes.

El enfoque de refuerzo comunitario

El enfoque de refuerzo comunitario es un enfoque conductual para reducir el uso de drogas en el que las personas con trastornos por su consumo, buscan modificar la forma en que interactúan con su comunidad para obtener un refuerzo positivo de tales interacciones. Los practicantes del enfoque de refuerzo comunitario alientan a los clientes a desarrollar progresivamente una gama de actividades agradables no relacionadas con sustancias, como interacciones familiares positivas, actividades sociales saludables o empleo. Las estrategias de enfoque de refuerzo comunitario incluyen: el desarrollo de habilidades (tales como habilidades de comunicación, sociales, laborales, de resolución de problemas, rechazo de drogas y prevención de recaídas) de personas con trastornos por el uso de drogas; alentar a los clientes a priorizar todos los aspectos de su vida que son importantes para su felicidad, y trabajar con miembros de la familia y otros miembros de la comunidad del paciente para alentar sus interacciones a ser más positivas.

Entrevistas motivacionales y terapia de mejora motivacional

La entrevista motivacional es una intervención psicosocial para aumentar la motivación y cambiar un comportamiento. Son colaborativas, evocadoras y reconocen la autonomía del paciente. El clínico asume un papel consultivo, en lugar de autoritario, y busca comprender lo que el paciente valora. Esto genera empatía y fomenta una alianza terapéutica que podría motivar un cambio de comportamiento. El paciente puede darse cuenta de que su comportamiento de uso de drogas es inconsistente con los aspectos importantes de su vida. Las entrevistas motivacionales también son prometedoras como un enfoque para reducir los comportamientos de alto riesgo, como el sexo sin protección y el intercambio de agujas. Una o dos sesiones de entrevistas motivacionales son adecuadas en bajos niveles de consumo de drogas. Esto puede extenderse a seis o más sesiones (donde el enfoque se llama terapia de mejora motivacional) para tratar los trastornos más severos por el uso de drogas.

Enfoques de tratamiento orientado a la familia

Los enfoques formales de tratamiento orientado a la familia son una colección de métodos que reconocen la importancia de las relaciones y culturas familiares en el comportamiento. Los enfoques aprovechan y utilizan sistemas o relaciones familiares para influir positivamente en el comportamiento de los miembros de la familia con trastornos por el uso de drogas. El concepto de familia puede incluir muchas relaciones familiares: parejas casadas sin hijos, familias tradicionales nucleares o extendidas, parejas que conviven con o sin hijos, familias monoparentales y familias 'combinadas' con parejas con hijos de relaciones anteriores.

Los enfoques de tratamiento orientados a la familia han demostrado ser efectivos para mejorar el compromiso con el tratamiento, reducir el uso de drogas y aumentar la participación en el cuidado posterior, en comparación con el cuidado

centrado en el paciente individual. Los enfoques orientados a la familia son particularmente útiles para educar a los pacientes y sus familias sobre la naturaleza de los trastornos por el uso de drogas y el proceso de recuperación. Los enfoques orientados a la familia son efectivos para diferentes trastornos por el uso de drogas e incluyen la terapia conductual de parejas, la terapia familiar estratégica breve, la terapia familiar funcional, la terapia multisistémica y la terapia familiar multidimensional.

La terapia familiar multidimensional se muestra particularmente efectiva en el tratamiento de la dependencia del cannabis en la adolescencia. La terapia conductual para parejas se ha examinado más como parte del tratamiento para la dependencia del alcohol y de pacientes con trastornos por el uso de opioides y cocaína, y también puede aplicarse al tratamiento de otros trastornos por el uso de drogas.

Trabajar con la familia también puede ayudar cuando el paciente se niega a participar en el tratamiento utilizando enfoques como terapia familiar unilateral o refuerzo comunitario y capacitación familiar. La UNODC desarrolló materiales de capacitación en terapia familiar, que son de dominio público², para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias en adolescentes.

Siempre que sea posible y apropiado, las familias y cuidadores de pacientes con trastornos por el uso de drogas deben participar y apoyar los procesos de tratamiento, respetando la confidencialidad del paciente. Esto incluye: compartir información correcta sobre trastornos por el uso de drogas y su tratamiento (teniendo en cuenta cuestiones de confidencialidad); evaluar las necesidades de salud personal, social y mental; y facilitar el acceso a grupos de apoyo para familias y cuidadores (en caso de ser posible) y otros recursos sociales.

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua, como Narcóticos Anónimos, los programas de apoyo mutuo de 12 pasos y otras entidades de ayuda mutua y dirigidas por pares, pueden apoyar a las personas con trastornos por el uso de drogas. Dichos grupos proporcionan información, actividades estructuradas y apoyo entre pares en un entorno sin prejuicios. Es necesario proporcionar a los pacientes información sobre los grupos locales de ayuda mutua, así como sus datos de contacto. Los proveedores de servicios también pueden facilitar la participación de los pacientes remitiéndolos directamente o ayudándoles a mantener contacto duradero con representantes de iniciativas de apoyo de pares disponibles localmente.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales que incluyen el manejo de contingencias y la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia familiar para el tratamiento de la dependencia de psicoestimulantes.
- Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales basadas en terapia cognitiva conductual o terapia de mejora motivacional (MET) o terapia familiar para el manejo de la dependencia del cannabis.
- Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales que incluyen terapia cognitiva conductual (TCC), terapia de pareja, terapia psicodinámica, terapias conductuales, terapia de redes sociales, manejo de contingencias e intervenciones motivacionales, y terapia de facilitación de doce pasos para el tratamiento de la dependencia del alcohol.

² Disponible en: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Updated_Final_UNFT_to_share.pdf

4.2.3 Intervenciones farmacológicas basadas en evidencia

Descripción

Los medicamentos pueden ser muy útiles para manejar y/o tratar una variedad de trastornos debido al uso de drogas, como intoxicación, sobredosis, abstinencia, dependencia y trastornos psiquiátricos inducidos o relacionados con las drogas. Las intervenciones farmacológicas deben administrarse, cuando sea apropiado, junto con las intervenciones psicosociales.

Intervenciones farmacológicas para el manejo de la abstinencia de drogas.

La interrupción reconocida y no tratada, da como resultado el riesgo de expulsar a un paciente del tratamiento. El tratamiento de la abstinencia, también conocido como "desintoxicación", suele ser la principal preocupación si el paciente tiene un historial reciente de dependencia severa y a menudo prolongada de opioides, alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos o poli-drogas. Esto requiere protocolos de abstinencia basados en la evidencia, que generalmente emplean farmacoterapia combinada con descanso, nutrición y asesoramiento motivacional.

Abstinencia de opioides

El tratamiento farmacológico para la abstinencia de opioides implica un tratamiento a corto plazo con metadona y buprenorfina, o agonistas adrenérgicos alfa-2 (clonidina o lofexidina). Si ninguno de estos está disponible, otra opción sería usar dosis decrecientes de opioides débiles, así como medicamentos para tratar los síntomas específicos que aparecen. Sin embargo, las personas con dependencia de opioides generalmente responden mejor al tratamiento con agonistas opioides a largo plazo, porque por sí misma la desintoxicación los deja en mayor riesgo de sobredosis.

El objetivo principal del tratamiento de abstinencia es estabilizar la salud física y psicológica del paciente mientras se manejan los síntomas de interrupción o reducción del consumo de drogas. Es necesario controlar la abstinencia antes de comenzar el tratamiento posterior con antagonistas opioides. Sin embargo, los pacientes son particularmente vulnerables en este punto. La razón es que los períodos recientes de abstinencia son factores de riesgo importantes para una sobredosis mortal de opioides debido a la tolerancia reducida y al gran peligro de calcular incorrectamente la dosis de opioides. Cuando esté disponible, es seguro y efectivo tratar la desintoxicación de opioides usando dosis diarias supervisadas de metadona y buprenorfina en un período de una a dos semanas. De lo contrario, se pueden usar dosis bajas de clonidina o lofexidina, o medicamentos opioides más débiles gradualmente reducidos, junto con medicamentos específicos, para tratar los síntomas de abstinencia de opioides a medida que surgen. Los médicos solo deben recetar medicamentos sedantes por períodos cortos y monitorear de cerca la respuesta al tratamiento, ya que el uso a largo plazo de algunos medicamentos puede conllevar el riesgo de tolerancia y su uso indebido. La efectividad del tratamiento es mayor cuando la asistencia psicosocial está disponible durante el manejo de la abstinencia.

En caso de ser posible, se debe administrar naloxona a las personas con dependencia de opioides y a sus familiares, para que se lleven a casa en caso de una sobredosis de opioides, y se les debe capacitar para manejar las sobredosis de opioides.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial del uso de opioides, 2009)

- Los servicios de abstinencia de opioides deben estructurarse de manera que la abstinencia no sea un servicio independiente, sino que se integre con las opciones de tratamiento en curso.
- La abstinencia de opioides debe planificarse junto con el tratamiento continuo.
- Para el tratamiento de la abstinencia de opioides, se deben usar preferiblemente dosis descendentes de agonistas opioides (metadona o buprenorfina), aunque también se pueden usar agonistas adrenérgicos alfa-2.
- Los médicos no deben usar la combinación de antagonistas opioides con sedación intensa en el tratamiento de la abstinencia de opioides.
- Los médicos no deben usar la combinación de antagonistas opioides con sedación intensa en el tratamiento de la abstinencia de opioides.
- Los servicios psicosociales se deben ofrecer de forma rutinaria en combinación con el tratamiento farmacológico de la abstinencia de opioides.

Abstinencia sedante, hipnótico o ansiolítico

Se debe preguntar a los pacientes ingresados en el programa de tratamiento sobre el uso de poli-drogas, incluido el uso de alcohol y sedantes, y se debe monitorear la aparición de síntomas de abstinencia, o se los debe tratar de forma profiláctica si se consideran de alto riesgo con respecto a la posible abstinencia sedante, hipnótica o ansiolítica (uso intenso o prolongado, o un historial de episodios de abstinencia pasados).

La abstinencia sedante, hipnótica o ansiolítica puede tratarse eficazmente con benzodiazepinas de acción prolongada, comenzando con una dosis suficiente para aliviar los síntomas de abstinencia y disminuyendo lentamente durante un período de días o semanas. Es necesario monitorear a los pacientes para detectar la aparición de síntomas graves de abstinencia de alcohol o sedante-hipnótica, incluidas convulsiones, inestabilidad cardiovascular y delirio. Es importante asegurarse de que el tratamiento no solo prolongue el uso de sedantes-hipnóticos.

Abstinencia de estimulantes

La abstinencia de estimulantes está menos definida que los síndromes de abstinencia de sustancias que causan depresión del sistema nervioso central. Sin embargo, en la abstinencia de estimulantes, la depresión es prominente y se acompaña de malestar, inercia e inestabilidad anímica. El tratamiento farmacológico de la abstinencia de estimulantes, en caso de estar indicado, debe ser sintomático o centrarse en el manejo de los síntomas.

Abstinencia de cannabis

Un síndrome de abstinencia de cannabis está caracterizado por insomnio, dolores de cabeza, estado de ánimo deprimido e irritabilidad, puede ocurrir en usuarios intensos. El tratamiento farmacológico de la abstinencia de estimulantes, en caso de estar indicado, debe ser sintomático o centrarse en el manejo de los síntomas.

Otras sustancias

El manejo de la abstinencia de otras drogas psicoactivas, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas, debe basarse en evidencia científica (emergente) sobre las mejores prácticas.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- La abstinencia del cannabis, la cocaína o las anfetaminas se realiza mejor en un entorno de apoyo. No se recomienda ningún medicamento específico para el tratamiento de la abstinencia de estas drogas.
- El alivio de los síntomas (p. Ej., Agitación, trastornos del sueño) se puede lograr con medicamentos sintomáticos durante el período del síndrome de abstinencia. Con menos frecuencia, puede sobrevenir depresión o psicosis durante la abstinencia, en estos casos el individuo necesita ser monitoreado de cerca y buscar asesoramiento de especialistas relevantes, en caso de estar disponibles.
- La abstinencia de las benzodiazepinas se realiza mejor de manera planificada (electiva), usando una dosis escalonada gradualmente durante 8-12 semanas, con la conversión a benzodiazepinas de acción prolongada, en lugar de usar las de acción corta. El apoyo psicosocial es útil para las personas que se someten a un régimen de disminución gradual. El síndrome de abstinencia de benzodiazepinas, puede ser grave si no se controla; Si se desarrolla una abstinencia grave (o se produce de manera no planificada en el momento de la interrupción repentina de estos medicamentos), se debe obtener el asesoramiento de un especialista en relación con el inicio de un régimen de sedación con benzodiazepinas en dosis altas y la hospitalización.
- En individuos que se abstienen de las benzodiazepinas, la presencia de comorbilidades físicas (como convulsiones o dolor crónico) o comorbilidades psiquiátricas pueden ser una indicación adicional para la hospitalización.

Intervenciones farmacológicas para el manejo de la dependencia de opioides

Dado que la dependencia de los opioides generalmente tiene un curso crónico y recurrente, existe la necesidad de implementar un tratamiento de prevención de recaídas a largo plazo para las personas que interrumpen el uso no médico de opioides. El tratamiento de prevención de recaídas debe incluir una combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales. El tratamiento que se basa únicamente en enfoques psicosociales, logra resultados inferiores en comparación con el tratamiento que también incorpora la medicación adecuada.

Hay dos estrategias terapéuticas farmacológicas principales utilizadas para abordar la dependencia de opioides (OMS, 2009).

- El tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (OAMT) con opioides de acción prolongada (metadona o buprenorfina), que se combina con asistencia psicosocial, es la intervención farmacológica más efectiva para la dependencia de opioides.
- La desintoxicación, seguida del tratamiento de prevención de recaídas con antagonista de los opioides (naltrexona), es particularmente útil para pacientes motivados para abstenerse del uso de opioides.

Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides

El objetivo principal de OAMT es reducir o interrumpir el uso no médico de los opioides y los riesgos asociados y apoyar la abstinencia al prevenir los síntomas que la conllevan, así como minimizar el deseo de consumir drogas y minimizar los efectos de otros opioides, si se consumen.

Todos los pacientes que reciben OAMT deben tener acceso a intervenciones psicosociales y apoyo en la recuperación. Deben existir vínculos entre las diferentes modalidades de tratamiento para hacer posible dicho apoyo. El incumplimiento de un programa de tratamiento por sí solo generalmente no debe justificar el alta involuntaria. El alta involuntaria del tratamiento puede estar justificada para garantizar la seguridad del personal y otros pacientes. Sin embargo, antes de que un paciente sea dado de alta involuntariamente, se deben tomar medidas razonables para mejorar la situación, incluida la reevaluación del enfoque de tratamiento utilizado. Si el alta es inevitable, es importante hacer todo lo posible para remitir al paciente a otras instalaciones o ramas de atención y prevenir una sobredosis.

Tratamiento de mantenimiento con metadona

En comparación con el tratamiento sin medicamentos, los pacientes tratados con metadona muestran reducciones marcadas en el uso de heroína y otras drogas. Tienen tasas de mortalidad más bajas, menos complicaciones médicas, tasas más bajas de transmisión de VIH y hepatitis, menor participación en actividades delictivas y un mejor funcionamiento social y ocupacional.

Es importante seguir la regla general de "comenzar despacio, ir despacio", al iniciar el uso de metadona. Una vez inducido de manera segura, el objetivo del tratamiento es lograr una dosis óptima para el mantenimiento a largo plazo para evitar el deseo y uso de opioides ilícitos. Existe la necesidad de incrementar gradualmente la dosis inicial a la dosis ideal que elimine los deseos de consumir opioides, sin inducir sedación o euforia, de manera que se les permita a los pacientes funcionar de manera óptima en todas las áreas de su vida. El médico debe ajustar la dosis e incrementarla si el paciente está usando heroína y reducirla si está bajo sedación o está listo para interrumpir el tratamiento.

La efectividad de las dosis de mantenimiento con metadona depende de factores individuales, como la capacidad de metabolizar los medicamentos y las interferencias metabólicas de otros medicamentos (por ejemplo, para el tratamiento de infecciones por VIH o TB, trastornos psiquiátricos o cardiovasculares) que pueden cambiar el nivel sanguíneo de metadona. Para mantener niveles plasmáticos adecuados y evitar la abstinencia de opioides, es importante administrar metadona diariamente y monitorear a los pacientes regularmente para verificar si cumplen con su régimen de medicación. Al comienzo del tratamiento, la metadona se debe administrar bajo supervisión. Una vez que el paciente se estabiliza, se pueden introducir dosis para llevar a casa, teniendo en cuenta las leyes locales y una evaluación individual de riesgo-beneficio.

Una de las formas de reducir el desvío de metadona es diluir la dosis supervisada o la dosis de "llevar a casa" del medicamento hasta el punto en que sea menos probable que se inyecte.

Combinación de buprenorfina y buprenorfina/naloxona

El tratamiento de mantenimiento con buprenorfina y el tratamiento de mantenimiento con metadona tienen objetivos y principios similares. Sin embargo, si bien la premisa para la inducción con metadona es "comenzar despacio, ir despacio", la inducción de buprenorfina puede proceder con bastante rapidez a una dosis efectiva una vez que la primera dosis demuestre ser bien tolerada. Esto se debe a que en la inducción de buprenorfina el riesgo de toxicidad es relativamente bajo debido a la acción agonista parcial de la medicación.

En comparación con la metadona, la buprenorfina interactúa menos con otros medicamentos comúnmente administrados. Al igual que con la metadona, las dosis de buprenorfina deben administrarse bajo supervisión hasta que el paciente esté estable. Entonces es posible introducir dosis para llevar a casa, teniendo en cuenta las leyes locales y una evaluación individual de riesgo-beneficio.

Para prevenir el uso no médico de la buprenorfina, incluida la inyección o el desvío de tabletas de buprenorfina, el medicamento también existe en una combinación de buprenorfina y naloxona. Esta combinación la hace menos atractiva para uso no médico, y su uso puede desencadenar síntomas de abstinencia si se inyecta. Dado que la formulación sublingual puede tardar hasta 15 minutos en disolverse completamente en la boca, también se ha desarrollado una formulación de película que se solidifica en contacto con el agua y hace que la inyección sea mucho más difícil.

Tratamiento con antagonistas opioides con naltrexona

El tratamiento con el antagonista opioide de acción prolongada, la naltrexona, solo puede iniciarse después de la desintoxicación en individuos que se han abstenido del uso de opioides durante una semana o más (generalmente, aquellos que abandonan el tratamiento residencial). La naltrexona se usa para prevenir la recaída y bloquea los efectos de los opioides durante uno o dos días. A menos que los pacientes estén suficientemente motivados, las tasas de abandono del tratamiento pueden ser altas.

La naltrexona puede ser útil para pacientes que:

- carecen de acceso al tratamiento con agonistas
- están muy motivados para abstenerse de todos los opioides
- no pueden tomar el tratamiento agonista debido a los efectos adversos
- han tenido éxito en el tratamiento con agonistas, pero quieren interrumpir mientras estén protegidos contra la recaída.

La naltrexona está disponible como una tableta oral que se puede tomar diariamente o tres veces por semana para mantener los niveles en sangre de la medicación requerida para producir efectos terapéuticos. La naltrexona también está disponible en preparaciones de depósito de liberación prolongada (administradas como inyección o como implante), una dosis única de las cuales puede mantener los niveles terapéuticos del medicamento durante tres a seis semanas. Están en circulación varias formulaciones de implantes de naltrexona que informan bloqueo de opioides prolongado.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de la dependencia de opioides, 2009)

- El tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial no debe ser obligatorio.
- El tratamiento debe ser accesible para las poblaciones desfavorecidas.
- El tratamiento farmacológico de la dependencia de opioides debe ser ampliamente accesible; Esto podría incluir la administración del tratamiento en entornos de atención primaria. Los pacientes con comorbilidades pueden ser tratados en entornos de atención primaria de salud si hay acceso a consultas con especialistas cuando sea necesario.
- Al momento de comenzar un servicio de tratamiento, debe haber una perspectiva realista de que ese servicio sea financieramente viable.
- Las opciones esenciales de tratamiento farmacológico deben consistir en un tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides y servicios para el tratamiento de la abstinencia de opioides. Como mínimo, esto incluiría metadona o buprenorfina para el mantenimiento de agonistas opioides y el manejo ambulatorio de la abstinencia.
- Para lograr una cobertura y resultados de tratamiento óptimos, el tratamiento de la dependencia de opioides se debe proporcionar de forma gratuita o cubierto por un seguro de salud pública.
- El tratamiento farmacológico de la dependencia de opioides debe ser accesible para todos los necesitados, incluidos los que están en prisión y en otros entornos cerrados.
- Las opciones de tratamiento farmacológico deben consistir en metadona y buprenorfina para el mantenimiento del agonista opioide y la abstinencia de opioides, agonistas adrenérgicos alfa-2 para la abstinencia de opioides, naltrexona para la prevención de recaídas y naloxona para el tratamiento de una sobredosis.
- Las dosis de metadona y buprenorfina deben supervisarse directamente en la fase temprana del tratamiento.
- Para los pacientes dependientes de opioides que no comienzan el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, se debe considerar la farmacoterapia antagonista con naltrexona después de completar la abstinencia de opioides.
- Se pueden recomendar dosis para llevar a casa cuando la dosis y la situación social son estables, y cuando hay un bajo riesgo de desvío con fines ilegítimos.
- Se pueden proporcionar dosis para llevar a los pacientes cuando se considera que los beneficios de la frecuencia reducida de asistencia superan el riesgo de desvío, sujeto a una revisión periódica.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de la dependencia de opioides, 2009)

(continuación)

- Para maximizar la seguridad y eficacia de los programas de tratamiento de mantenimiento de agonistas, las políticas y regulaciones deben fomentar estructuras de dosificación flexibles, con dosis iniciales bajas y dosis de mantenimiento altas, sin imponer restricciones en los niveles de dosis y la duración del tratamiento.
- El apoyo psicosocial debe estar disponible para todos los pacientes dependientes de opioides, en asociación con tratamientos farmacológicos de dependencia de opioides.
- Se deben mantener registros médicos actualizados de todos los pacientes. Estos deben incluir, como mínimo, el historial, el examen clínico, las investigaciones, el diagnóstico, el estado de salud y social, los planes de tratamiento y sus revisiones, referencias, evidencia de consentimiento, medicamentos recetados y otras intervenciones recibidas. Se debe garantizar la confidencialidad de los registros de pacientes.
- El alta involuntaria del tratamiento está justificada para garantizar la seguridad del personal y otros pacientes, pero el incumplimiento de las reglas del programa por sí solo no debería ser una razón para el alta involuntaria. Sin embargo, antes de que un paciente sea dado de alta involuntariamente, se deben tomar medidas razonables para mejorar la situación, incluida la reevaluación del enfoque de tratamiento utilizado.
- Las autoridades sanitarias deben garantizar que los proveedores de tratamiento tengan la habilidad y las calificaciones suficientes para administrar las sustancias controladas de manera adecuada. Estos requisitos pueden incluir capacitación y certificación de posgrado, educación continua y licencias y la reserva de fondos para el monitoreo y la evaluación.
- Deben establecerse procesos documentados para garantizar la adquisición, el almacenamiento, la dispensación y la dosificación de manera segura y legal de medicamentos, en particular de metadona y buprenorfina.
- Debe haber un sistema para monitorear la seguridad del servicio de tratamiento, incluido el grado de desvío de medicamentos.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de trastornos debidos al uso de psicoestimulantes.

Los psicoestimulantes, como las anfetaminas y la cocaína, se encuentran entre las drogas psicoactivas más utilizadas y problemáticas en muchas partes del mundo. Hasta la fecha, ningún medicamento ha demostrado ser consistentemente eficaz en el tratamiento de trastornos por uso de psicoestimulantes. Los medicamentos en uso sirven principalmente para controlar los trastornos psiquiátricos concurrentes y los síntomas de abstinencia.

Los síntomas de un síndrome de abstinencia estimulante pueden tratarse con medicamentos sintomáticos, según sea necesario. Sin embargo, los médicos deben recetar medicamentos psicoactivos con precaución, solo por períodos cortos, y monitorear de cerca la respuesta al tratamiento, ya que el uso prolongado puede aumentar el riesgo de tolerancia y uso indebido de medicamentos.

Se pueden usar medicamentos antipsicóticos y sedantes para controlar los síntomas psicóticos causados por la intoxicación psicoestimulante aguda. Dado que muchos pacientes con trastornos por el uso de psicoestimulantes tienen un trastorno psiquiátrico grave concurrente (como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o la esquizofrenia), los medicamentos psicotrópicos apropiados juegan un papel importante en su tratamiento. Los pacientes con un trastorno por uso de psicoestimulantes a menudo son usuarios de poli-drogas y pueden tener trastornos (incluida la dependencia del alcohol o los opioides), causados por el uso de otras sustancias, que deben tratarse con enfoques farmacológicos y psicosociales.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales que incluyen el manejo de contingencias y la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia familiar para el tratamiento de la dependencia de psicoestimulantes.
- La dexanfetamina no debe ofrecerse para el tratamiento de trastornos por uso de estimulantes en entornos no especializados.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de trastornos debidos al uso de psicoestimulantes.

Hasta la fecha no existe un tratamiento farmacológico aprobado para los trastornos por consumo de cannabis y el tratamiento psicosocial sigue siendo el enfoque principal. En el caso de un síndrome de abstinencia de cannabis, se pueden usar medicamentos sintomáticos para controlar los síntomas de abstinencia, según sea necesario. Sin embargo, los médicos deben recetar medicamentos psicoactivos con precaución, solo por períodos cortos, y monitorear de cerca la respuesta al tratamiento, ya que el uso prolongado puede aumentar el riesgo de tolerancia y uso indebido de medicamentos.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- Se pueden ofrecer intervenciones psicosociales basadas en terapia cognitiva conductual, terapia de mejora motivacional (MET) o terapia familiar para el manejo de la dependencia del cannabis.

4.2.4 Identificación y manejo de sobredosis

Sobredosis de opioides

Los opioides son potentes depresores de la función respiratoria, y la sobredosis de opioides que resulta en depresión respiratoria y es una causa principal de muertes atribuibles al uso de opioides. Las personas con dependencia a los opioides son el grupo con mayor probabilidad de experimentar una sobredosis, particularmente si los opioides se administran por inyección o se usan en combinación con otras sustancias sedantes con potencial de depresión respiratoria (como alcohol, benzodiazepinas o barbitúricos). La tolerancia reducida después de un período de abstinencia aumenta significativamente el riesgo de sobredosis de opioides. Los períodos de alto riesgo incluyen las semanas iniciales siguientes de: alta de desintoxicación hospitalaria o residencial o después de la interrupción del tratamiento de drogadicción con naltrexona; y liberación del encarcelamiento.

La sobredosis de opioides se puede identificar mediante una combinación de tres síntomas: pupilas puntiformes; inconsciencia; y depresión respiratoria. La reanimación de soporte vital básico de emergencia y/o la administración oportuna de naloxona pueden evitar la muerte por una sobredosis de opioides. El antagonista de los opioides, la naloxona, es un tratamiento que salva vidas y que puede revertir completamente los efectos de la sobredosis de opioides en cuestión de minutos, y está incluido en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Con su larga historia de éxito clínico y sus efectos adversos extremadamente raros, la naloxona debería aparecer en todos los entornos descritos en este documento y en todos los centros de atención médica que puedan solicitarse para responder a una sobredosis de opioides. Si bien el acceso a la naloxona a menudo está restringido a los profesionales de la salud, las personas que probablemente sean testigos de una sobredosis

de opioides, como trabajadores de alcance comunitario, la policía, compañeros, amigos cercanos y familiares, deben tener acceso a la naloxona y recibir instrucciones sobre cómo administrarla de emergencia para manejar una sospecha de sobredosis de opioides (OMS, 2014a).

La naloxona puede inyectarse por vía intramuscular, subcutánea e intravenosa o administrarse por vía intranasal. Las formulaciones intranasales de naloxona están más concentradas que las inyectables, ya que la mucosa nasal tiene un límite en la cantidad de líquido que puede absorber a la vez, y las dosis utilizadas en la administración intranasal pueden necesitar ser más altas que las administradas por vía intramuscular.

Además de la administración de naloxona, el manejo de la sobredosis de opioides incluye el manejo de las vías respiratorias, las técnicas de reanimación (como ayudar a la ventilación y la respiración de rescate), llamar a una ambulancia y permanecer con la persona hasta su completa recuperación.

Sobredosis de psicoestimulantes

Una sobredosis de estimulantes se manifiesta por síntomas y signos de intoxicación aguda por estimulantes, con características conductuales y fisiológicas de la hiperactivación del sistema nervioso simpático causada por una mayor actividad del neurotransmisor de catecolaminas que puede poner en peligro la vida. Las características clínicas incluyen agitación, ansiedad severa, paranoia, juicio deteriorado y comportamiento inapropiado, grandiosidad, convulsiones y, a menudo, afecciones psicóticas repentinas asociadas con hipertermia, taquicardia severa, hipertensión, arritmias cardíacas o infarto de miocardio y rabdomiólisis. Las características generalmente se desarrollan después de la administración de altas dosis de cocaína, amfetaminas u otros estimulantes.

El tratamiento de la sobredosis de estimulantes se centra en el manejo de los síndromes y síntomas de una sobredosis mediante el uso de benzodiazepinas y (a veces medicamentos antipsicóticos) para sedar y controlar al paciente. Mientras tanto, mantiene y restaura sus funciones vitales, con especial atención a las funciones cardiovasculares y la hidratación.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices de la OMS sobre el manejo comunitario de la sobredosis de opioides, 2014)

- Las personas que puedan ser testigos de una sobredosis de opioides deben tener acceso a la naloxona y recibir instrucciones de su administración para que puedan usarla para el tratamiento de emergencia en caso de sospecha de sobredosis de opioides.
- La naloxona es efectiva cuando se administra por vía de administración intravenosa, intramuscular, subcutánea e intranasal. Las personas que usan naloxona deben seleccionar una ruta de administración basada en la formulación disponible, sus habilidades en administración, el entorno y el contexto local.
- En caso de sospecha de sobredosis de opioides, los socorristas deben centrarse en el manejo de las vías aéreas, ayudar a la ventilación y administrar naloxona.
- Después de una reanimación exitosa al haber administrado naloxona, el nivel de conciencia y respiración de la persona afectada debe observarse de cerca hasta que se haya conseguido la recuperación completa.

4.2.5 Tratamiento de afecciones psiquiátricas y de salud física concurrentes

Trastornos mentales comórbidos

Los trastornos psiquiátricos concurrentes, incluidos los trastornos relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad o el miedo, aquellos específicamente asociados con el estrés (como el trastorno de estrés postraumático), la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios pueden complicar la causa natural de los trastornos por el uso de drogas y comprometer la participación en el tratamiento. El uso de diferentes drogas psicoactivas y alcohol puede tener el efecto de agravar o exacerbar los síntomas y síndromes de los trastornos psiquiátricos. Estos incluyen depresión o síntomas maníacos, ansiedad y síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones. El efecto puede desaparecer o disminuir significativamente con la interrupción del consumo de drogas. Es importante examinar a todos los pacientes con trastornos por el uso de drogas en busca de trastornos mentales comórbidos. El cribado inicial se puede realizar en cualquier entorno de tratamiento, pero de manera más rigurosa en entornos ambulatorios y hospitalarios. La abstinencia del uso de sustancias no puede ser una condición para iniciar el tratamiento de los trastornos mentales comórbidos: todos los pacientes con trastornos por el uso de drogas deben tener acceso a la evaluación y el tratamiento de la salud mental, lo que requiere su consentimiento informado y el respeto de su confidencialidad.

Para evaluar con precisión los síntomas de otros trastornos mentales entre los pacientes con trastornos por el uso de drogas, es de vital importancia distinguir primero los trastornos psiquiátricos independientes de los trastornos inducidos por sustancias que se resuelven con abstinencia. El tratamiento hospitalario a corto plazo puede brindar la oportunidad de realizar una evaluación diagnóstica integral y establecer si los síntomas psiquiátricos se resuelven o disminuyen cuando se interrumpe el consumo de drogas. También es una oportunidad para iniciar un tratamiento médico o psicosocial para los trastornos concurrentes que persistirán más allá de la abstinencia del uso de sustancias.

Puede ser útil realizar entrevistas psiquiátricas estructuradas utilizando instrumentos de diagnóstico, como la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para el DSM 5, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta o la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM 5, y utilizar otras herramientas de diagnóstico para los trastornos mentales. Las entrevistas ayudarán a diagnosticar afecciones comórbidas, como depresión mayor, trastornos bipolares y trastornos de ansiedad. Se pueden encontrar pautas más detalladas sobre cómo manejar los trastornos mentales en la Guía de intervención mhGAP (OMS, 2016).

Evaluación y manejo de autolesiones y/o riesgo de suicidio

El suicidio es el acto de auto-provocarse la muerte deliberadamente, mientras que autolesión es un término más amplio que se refiere a envenenamiento o lesión autoinfligida intencionalmente, con o sin intención de muerte o resultado fatal. Es importante reconocer el riesgo de autolesión y/o suicidio en personas con trastornos por el uso de drogas. Durante la evaluación inicial, y periódicamente, según sea necesario, se debe pedir a cada persona con trastornos inducidos por el uso de drogas que revele los pensamientos o planes de autolesión que hayan tenido en el último mes, o los actos de autolesión que hayan realizado en el último año.

Al realizar una evaluación de riesgo de autolesión y/o suicidio, los siguientes factores son importantes:

- evaluación del riesgo inminente, en otras palabras, actos, pensamientos o planes de autolesión y/o suicidio actuales o recientes (dentro del mes anterior), así como agitación extrema, violencia, angustia o falta de comunicación;
- antecedentes de actos previos de autolesiones (así como antecedentes de lesiones o envenenamiento);

- presencia de cualquier condición física o mental comórbida;
- presencia de dolor crónico;
- gravedad de los síntomas emocionales; y
- disponibilidad de apoyo social.

Si el individuo previamente ha tenido pensamientos, planes o actos de autolesión, se deben implementar varias estrategias preventivas (OMS, 2016).

- Es importante aconsejar al individuo, su familia y otras personas relevantes que restrinjan el acceso a medios de autolesión (como pesticidas y otras sustancias tóxicas, fármacos o armas de fuego).
- Es necesario establecer un contacto regular (llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, cartas, tarjetas de contacto y contacto de intervención breve) con el proveedor de atención médica no especializado. El contacto debe ser frecuente inicialmente y luego volverse menos frecuente a medida que el individuo mejora. La condición del individuo determina la intensidad y la duración del contacto.
- Si los recursos humanos lo permiten, es recomendado un enfoque de tratamiento estructurado de resolución de problemas para las personas que han realizado actos de autolesión en el último año.
- El apoyo social (de los recursos comunitarios informales y/o formales disponibles) debe ser accesible para las personas que brindan información voluntaria sobre pensamientos de autolesión o que se identifica que han tenido planes de autolesiones en el último mes o actos de autolesiones en el último año.
- Las personas con riesgo de autolesión no deben ser hospitalizadas de manera rutinaria en servicios no psiquiátricos de un hospital general en un esfuerzo por prevenir actos de autolesión. Sin embargo, puede ser necesario admitirlos en un hospital general para controlar los efectos médicos de un acto de autolesión; En tales casos, es importante monitorear de cerca el comportamiento del individuo para evitar autolesiones posteriores mientras está en el hospital.
- En caso de que el trabajador sanitario esté preocupado por el riesgo inminente de autolesiones graves (por ejemplo, cuando el individuo es violento, extremadamente agitado o poco comunicativo), es crucial considerar la remisión de emergencia a un servicio de salud mental. En ausencia de dicho servicio, la familia, los amigos, las personas interesadas y otros recursos disponibles deben movilizarse para vigilar de cerca a la persona mientras persista el riesgo inminente.

En todos los casos anteriores, es vital evaluar y manejar adecuadamente las enfermedades mentales y médicas comórbidas.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada, 2012)

- Los proveedores de atención médica no especializados deben preguntar a las personas mayores de 10 años que sufren de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por el uso de drogas ilícitas, demencia, niños diagnosticados con trastornos mentales o personas que presentan dolor crónico, angustia emocional aguda asociada con conflictos interpersonales actuales, pérdida reciente u otro evento grave de la vida, sobre pensamientos o planes de autolesión en el último mes o actos de autolesión en el último año en la evaluación inicial y periódicamente según sea necesario.

Depresión

La depresión es el trastorno mental comórbido más común entre las personas con trastornos por el uso de sustancias (Torrens et al, 2015). Las personas con depresión experimentan una variedad de síntomas, que incluyen estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o la capacidad de disfrutar de actividades que antes eran placenteras, disminución de la energía o aumento de la fatiga durante al menos dos semanas.

La relación entre el uso de sustancias y la depresión es compleja: los trastornos por uso de sustancias contribuyen al desarrollo de la depresión y el uso de sustancias puede comprometer los resultados del tratamiento; la depresión, a su vez, puede aumentar el uso de sustancias y acelerar la progresión de los trastornos por su consumo. (OMS, 2004). Los síntomas depresivos pueden ocurrir durante la interrupción del consumo y desaparecer en la abstinencia, pero también pueden persistir mucho después de la interrupción del uso de sustancias. Por lo tanto, los pacientes deben someterse a una evaluación frecuente. En el caso de que los síntomas depresivos persistan y se diagnostique un episodio depresivo, es crucial tratar ambos trastornos simultáneamente usando el modelo de tratamiento integrado. Es importante destacar que el uso de sustancias o los trastornos por uso de sustancias no deben impedir el tratamiento de la depresión.

Una vez que el paciente se evalúa adecuadamente, hay una variedad de opciones farmacológicas y psicosociales. El paciente puede requerir tratamiento farmacológico con antidepresivos si los síntomas depresivos persisten e interfieren con el funcionamiento diario. La intervención psicosocial para la depresión incluye psicoeducación, manejo del estrés, terapia cognitiva conductual, activación conductual, entrenamiento de relajación, terapia grupal interpersonal y el fortalecimiento del apoyo social. En la Guía de intervenciones mhGAP (OMS, 2016) se pueden encontrar pautas más detalladas sobre el tratamiento de la depresión mayor en entornos de salud no especializados.

Ansiedad

Poco después de interrumpir el uso de drogas, muchos pacientes experimentan ansiedad o insomnio, que pueden tratarse con medicamentos sintomáticos. Sin embargo, los medicamentos sedantes-hipnóticos, como las benzodiazepinas, deben usarse con precaución como primera línea de tratamiento debido a su alto potencial de dependencia. Además, pueden aumentar el riesgo de sobredosis mortal si el paciente usa medicamentos que pueden causar depresión respiratoria (como los opioides). Se deben considerar medicamentos alternativos, como los antidepresivos, junto con el tratamiento psicosocial y conductual.

Trastornos psicóticos

Las personas con trastornos por el uso de drogas también pueden presentar esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. Los trastornos psicóticos se caracterizan por pensamientos y percepciones distorsionadas, así como por emociones y comportamientos perturbados. El discurso incoherente o irrelevante también puede estar presente. Puede haber síntomas, como alucinaciones, delirios, anormalidades de comportamiento severas (comportamiento desorganizado, agitación, excitación, inactividad o hiperactividad), así como trastornos del estado de ánimo y emocionales.

La psicosis puede desarrollarse durante la intoxicación o la abstinencia de ciertas sustancias psicoactivas. Sin embargo, también puede ocurrir en la abstinencia debido a trastornos mentales comórbidos independientes. Es importante distinguir entre los síntomas psicóticos asociados con el uso de sustancias (que se resuelven con abstinencia) y los trastornos psicóticos independientes. Los síntomas psicóticos agudos o persistentes pueden requerir consulta y/o remisión a profesionales de la salud mental para iniciar el tratamiento farmacológico y psicosocial. Esto puede incluir indicaciones para medicamentos antipsicóticos y/o estabilizadores del estado de ánimo, psicoeducación, intervenciones familiares, terapia cognitivo-conductual, habilidades vitales y capacitación en habilidades sociales y empleo con apoyo. Se pueden encontrar pautas más detalladas sobre el tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos psicóticos (incluido el trastorno bipolar) en la Guía de intervenciones mhGAP (OMS, 2016).

Uso de poli-drogas

Algunas personas con trastornos por el uso de drogas pueden usar múltiples sustancias psicoactivas, mezclando opioides, estimulantes, alcohol, cannabis y otras sustancias. Esto puede dificultar los procesos de diagnóstico y tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones causadas por interacciones farmacológicas. Por ejemplo, el consumo de sustancias con un efecto sedante aumenta el riesgo de sobredosis de opioides. La evaluación inicial debe incluir suficientes detalles sobre todas las sustancias utilizadas, la frecuencia y la intensidad de uso, así como la detección de otras comorbilidades médicas y psiquiátricas.

Trastornos por consumo de alcohol

Los trastornos por consumo de alcohol son frecuentemente comórbidos con los trastornos por el uso de drogas. El diagnóstico y la evaluación de la gravedad del trastorno por consumo de alcohol es importante porque apunta a las intervenciones de tratamiento requeridas. La abstinencia aguda del alcohol en personas con dependencia del alcohol puede requerir tratamiento médico, ya que puede provocar convulsiones, psicosis aguda (delirium tremens) y, en algunos casos, la muerte.

Durante la evaluación inicial, es importante examinar el historial de consumo de alcohol, la presencia de trastornos de consumo de alcohol comórbidos y la necesidad de controlar el consumo de alcohol. Los cuestionarios, como la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (OMS, 2010a) y la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (OMS, 2001) son útiles para evaluar a los pacientes como parte de la evaluación diagnóstica posterior. El Cuestionario de Gravedad de la Dependencia del Alcohol (Stockwell et al., 1979) y el Cuestionario de Problemas de Alcohol (Drummond, 1990) pueden ayudar a evaluar la gravedad de la dependencia del alcohol y otros problemas relacionados.

Si se vuelve necesario controlar la abstinencia de alcohol y tratar los trastornos por consumo de alcohol comórbidos, debe llevarse a cabo bajo la supervisión de personal capacitado de acuerdo con las pautas apropiadas.

Condiciones de salud física comórbidas

Es posible que se deba controlar cada afección médica aguda observada en el ingreso antes o durante cualquier tratamiento o atención adicional. Entre otras, las afecciones pueden incluir: fiebre, dolor agudo, hemorragia gastrointestinal u otro tipo de hemorragias, convulsiones, neumonía y afecciones cardiovasculares agudas.

Dependiendo de las condiciones locales, el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas, incluida la dependencia de opioides, deben combinarse si es necesario, con el tratamiento de la tuberculosis, el VIH, la hepatitis y otras afecciones de salud infecciosas o no transmisibles (OMS, 2012b). Un programa de tratamiento hospitalario o residencial a corto plazo puede no tener suficientes recursos médicos, experiencia o tiempo para iniciar dicho tratamiento, pero la consulta y la remisión a los servicios apropiados deben estar disponibles.

La hepatitis B es común en muchas poblaciones que usan drogas, particularmente (pero no exclusivamente) entre quienes se inyectan drogas. El tratamiento hospitalario a corto plazo puede ser una oportunidad para vacunar contra la hepatitis B. Dependiendo de la duración del tratamiento, las personas que no hayan recibido previamente un ciclo completo de vacunación contra la hepatitis B pueden beneficiarse de un programa de vacunación acelerada, que consiste en dos o tres dosis, sin necesariamente someterse previamente a pruebas serológicas (OMS, 2012a).

El dolor crónico es otro problema común que puede contribuir al uso de drogas ilícitas, en particular los opioides, y al riesgo de recaída y sobredosis. Es necesario remitir al paciente para una evaluación adicional de la fuente del dolor y elaborar estrategias específicas para el manejo del dolor.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices sobre el manejo de las condiciones de salud física en adultos con trastornos mentales graves. OMS, 2018)

- Para las personas con trastornos mentales graves y trastornos comórbidos por el uso de sustancias (drogas y/o alcohol), las intervenciones deben considerarse de acuerdo con las directrices mhGAP de la OMS.
- Las intervenciones no farmacológicas (p. Ej., Entrevistas motivacionales) pueden considerarse y adaptarse a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves y trastornos por uso de sustancias.
- Los médicos deben tener en cuenta el potencial de interacciones farmacológicas entre medicamentos utilizados para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales graves.

4.2.6 Gestión de la recuperación

Descripción

La gestión de la recuperación, también conocida como "atención posterior" orientada a la recuperación, "atención continua" o apoyo social, describe un proceso a largo plazo para aumentar la salud y el bienestar de los pacientes, así como apoyarlos en la recuperación de trastornos por el uso de drogas. El manejo de la recuperación es un enfoque en evolución para el tratamiento a largo plazo de los trastornos por el uso de drogas que va más allá de un solo episodio de tratamiento o un programa de cuidados posteriores a corto plazo. Debe ayudar a los pacientes a lo largo de su proceso de tratamiento en diferentes entornos y modalidades de tratamiento. Una vez que los pacientes se hayan estabilizado durante la abstinencia lograda a través de un tratamiento ambulatorio o residencial, debe seguir el tratamiento de recuperación. Se enfoca en reducir el riesgo de recaída al uso de sustancias al apoyar integralmente el funcionamiento social, el bienestar y la reintegración social en la comunidad y la sociedad. De acuerdo con la perspectiva del curso de la vida, la gestión de la recuperación ayuda a mejorar la salud y el bienestar, al tiempo que estabiliza y fortalece la recuperación. Además, ayuda a mejorar el funcionamiento social de los pacientes al permitirles desarrollar sus fortalezas y su capacidad de recuperación, al tiempo que se enfoca en la responsabilidad personal en el manejo de su trastorno por el uso de drogas.

Sin embargo, es posible una recuperación sostenible, y aproximadamente el 50% de los pacientes con trastornos por el uso de drogas lo logran (White, 2012).

Idealmente, después de un tratamiento ambulatorio residencial e intensivo a largo plazo, los pacientes deben transferirse a un nivel menos intensivo de atención o gestión de la recuperación a largo plazo. Esto contrasta con un escenario común de episodios breves repetidos de tratamiento, sin continuidad, y recaídas recurrentes, que se asocia con resultados pobres y mayores riesgos de sobredosis, entre otras cosas. El tratamiento y la atención continua orientados a la recuperación constituyen un enfoque para el manejo a largo plazo de pacientes dentro de la red de recursos y servicios de apoyo con base comunitaria. El manejo de recuperación dirigido profesionalmente, como el manejo de otros trastornos de salud crónicos, cambia el enfoque del tratamiento de uno que busca "admitir, tratar y dar de alta" a una asociación sostenida de manejo de salud entre los servicios y el paciente. En este modelo, el monitoreo posterior a la estabilización, educación de recuperación, entrenamiento de recuperación, vinculación activa a comunidades de recuperación (tales

como el apoyo entre pares de 12 pasos), el desarrollo de recursos y el acceso rápido al tratamiento, cuando sea necesario, toman el lugar del proceso de alta tradicional.

Los estudios longitudinales han demostrado repetidamente que el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas desempeña un papel importante en la reducción marcada del uso de sustancias, los problemas relacionados con las drogas y los costos para la sociedad. Sin embargo, la recaída posterior al alta y el reingreso eventual son muy comunes. De hecho, la mayoría de los pacientes ingresados en el tratamiento han recibido tratamiento antes. El riesgo de recaída parece disminuir, pero no hasta cuatro o cinco años de abstinencia exitosa (Dennis, Foss y Scott, 2007). Por lo tanto, todos los pacientes, independientemente de la etapa de recuperación, deben ser informados sobre cómo identificar y manejar la sobredosis y los riesgos asociados.

El enfoque en el manejo a largo plazo, en oposición al tratamiento de un solo episodio, está respaldado por la evidencia de que la drogodependencia se entiende y maneja mejor como un trastorno crónico y a menudo recurrente, similar a otras enfermedades multifactoriales como la hipertensión, el asma y la diabetes, que como una enfermedad o episodio agudo (DuPont, Compton y McLellan, 2015). Como tal, las personas con trastornos por el uso de drogas deben tener acceso de por vida a intervenciones médicas y psicosociales, con una intensidad que coincida con la gravedad de sus síntomas. Los enfoques de gestión de la recuperación deben incluir intervenciones farmacológicas, psicosociales y ambientales a largo plazo destinadas a reducir el uso de sustancias y el comportamiento delictivo al tiempo que ayudan a mejorar la salud física y mental, el bienestar y el funcionamiento social en general. Existe evidencia de que las intervenciones de gestión de la recuperación son efectivas (McCollister et al., 2013), y que la participación en el apoyo de pares de 12 pasos ayuda a los pacientes a abstenerse de las drogas ilícitas y el alcohol, lo que lleva a menos problemas (Donovan et al., 2013; Hai et al., 2019). Los profesionales de la salud pueden mejorar la participación en el apoyo de pares alentando la asistencia.

Para proporcionar una gestión de recuperación efectiva, es necesario involucrar a todo el sistema, integrando todas las modalidades de tratamiento y la participación de las partes interesadas fuera del sector de la salud. Múltiples partes interesadas en las comunidades juegan un papel y deben participar en el proceso de recuperación. Estos incluyen familias y cuidadores, amigos, vecinos, grupos de autoayuda mutuos, líderes espirituales y comunitarios, partes interesadas del sector educativo, el sistema de justicia penal, así como instalaciones deportivas y recreativas.

El estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos por el uso de drogas pueden dificultar el acceso y mitigar el éxito en el tratamiento y la rehabilitación. Se deben realizar todos los esfuerzos para crear conciencia, promover actitudes no estigmatizantes y abordar la discriminación estructural hacia las personas con trastornos por el uso de sustancias.

Población objetivo

Después del tratamiento inicial para los trastornos por el uso de drogas, la mayoría de los pacientes requieren algún grado de gestión de la recuperación a largo plazo, cuya intensidad refleja las necesidades individuales del paciente. Los pacientes con antecedentes de episodios de recaídas múltiples, trastornos de salud física y mental, apoyo familiar y comunitario deficiente, problemas financieros, legales y/o de vivienda, necesitan una gestión de recuperación especial. Los pacientes con una complejidad de trastorno grave, en particular aquellos con un inicio temprano de trastornos por el uso de drogas y un funcionamiento gravemente deteriorado, habilidades vitales deficientes y formas y medios limitados para lidiar con el estrés, necesitan programas de gestión de recuperación más intensivos. De manera crucial, los pacientes que son altamente vulnerables a la recaída deberían beneficiarse de los componentes apropiados y personalizados del manejo de la recuperación antes del alta del tratamiento ambulatorio intensivo o residencial a largo plazo.

Objetivos

El objetivo principal de la gestión de la recuperación es mantener los beneficios obtenidos en otras modalidades de tratamiento al proporcionar apoyo continuo individualizado a las necesidades del paciente. La atención orientada a la recuperación minimiza los riesgos asociados con el uso de drogas, mantiene la abstinencia o reduce los niveles de uso de drogas y controla el comportamiento de deseo de consumir drogas durante las etapas de tratamiento intensivo. Posteriormente, busca ayudar a desarrollar y consolidar los activos personales y sociales que el paciente requiere para hacer frente a las circunstancias externas y mantener un estilo de vida saludable. Esto incluye el viaje continuo hacia la recuperación personal y social como parte de vivir una vida libre de drogas, mejorar el autocuidado para el bienestar físico y psicológico y reclamar la dignidad personal, la autoestima, el crecimiento espiritual y la reintegración social.

La recuperación puede beneficiarse de continuar el tratamiento (incluidas las intervenciones de tratamiento farmacológico y psicosocial) y/o mantenerse comprometido con una comunidad de recuperación más amplia, como grupos de ayuda mutua o de apoyo entre pares (incluidos Narcóticos Anónimos y grupos de 12 pasos). La atención orientada a la recuperación apoya el desarrollo de habilidades para manejar el estrés diario relacionado con el mantenimiento de la vivienda, el desempleo o los problemas en el lugar de trabajo, el aislamiento social o las relaciones interpersonales insatisfactorias. En particular, los pacientes necesitan apoyo antes y durante las crisis y conflictos para ayudar a controlar las reacciones disfuncionales y emocionalmente intensas. A través de todo esto, el tratamiento orientado a la recuperación y las intervenciones de gestión de la recuperación aumentan el enfoque en la reducción de los estímulos estresantes que pueden desencadenar la recurrencia del deseo compulsivo de drogas. En general, la atención orientada a la recuperación ayuda a los pacientes a mejorar y estabilizar la calidad de vida y las oportunidades de reintegración social en la comunidad.

Modelos y componentes

La gestión continua de atención y recuperación es una oportunidad para que los pacientes mantengan contacto con el sistema de atención médica, los servicios sociales y las instalaciones de tratamiento. Comúnmente, un consejero u otro profesional (trabajador social o enfermera) coordina la gestión de casos, se reúne con el paciente con frecuencia, brinda apoyo positivo, fomenta la participación en la comunidad y ayuda a manejar las situaciones estresantes que surgen. Un consejero ayuda al paciente a conectarse con otros profesionales que pueden apoyar la reintegración social del paciente. En respuesta a necesidades específicas, un consejero remite a los pacientes en particular a trabajadores sociales y psicólogos, profesionales médicos, profesionales de la salud sexual y reproductiva, y oficiales de apoyo legal.

Muchos pacientes con trastornos por el uso de drogas necesitan tratamiento y apoyo farmacológico y psicosocial continuo. Esto incluye la remisión adecuada, el postratamiento en cualquier forma y el cuidado posterior. Es necesario establecer vínculos entre las diferentes ramas de atención para garantizar que el tratamiento y el apoyo funcionen correctamente. Como ejemplo, los pacientes con trastornos complejos por el uso de drogas que carecen de apoyo social necesitan tratamiento hospitalario a corto plazo, seguido de una remisión a un tratamiento residencial a largo plazo. Para pacientes con trastornos por el uso de drogas menos graves y con mejor apoyo social, está indicado el tratamiento ambulatorio. Los pacientes deben tener apoyo para navegar por el sistema de atención social a fin de acceder a capacitación vocacional, vivienda estable y otros servicios, según sea necesario.

Principios de gestión de la recuperación

El enfoque de gestión de la recuperación se caracteriza por una serie de factores.

Centrarse en aumentar las fortalezas en lugar de reducir los déficits: Los enfoques orientados a la recuperación buscan identificar, apoyar y desarrollar habilidades, talentos, recursos e intereses en lugar de enfatizar las necesidades, los déficits y las patologías.

Programas flexibles en lugar de fijos: Los programas de gestión de la recuperación deben responder a los cambios que experimenta el paciente a lo largo del tiempo, ofreciendo opciones y proporcionando una gama flexible de apoyo y servicios para satisfacer las necesidades cambiantes del individuo.

Consideración para la autonomía del paciente: La gestión de la recuperación es un enfoque autodirigido que alienta y apoya al paciente a tomar decisiones informadas sobre su vida y tratamiento. La importancia de incorporar las elecciones del paciente se ha enfatizado en otras áreas de la medicina, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, y ha demostrado ser efectiva para aumentar la responsabilidad del individuo en su recuperación.

Participación comunitaria: Contrariamente a la superación de los trastornos por el uso de drogas en forma aislada, el manejo de la recuperación implica involucrar a familiares, amigos y la comunidad a fortalecer los aspectos sociales de la recuperación. Se alienta a otras personas a desempeñar un papel en la recuperación del paciente utilizando recursos de la comunidad, como organizaciones profesionales, ONGs, ayuda mutua o apoyo de pares, organizaciones religiosas y escuelas y otras instituciones educativas.

Actividades de gestión de la recuperación

La gestión de la recuperación combina una variedad de actividades que promueven y fortalecen los recursos internos y externos (o "recovery capital") para ayudar a los pacientes a manejar voluntaria y activamente los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia, y mejorar la salud, el bienestar y la integración social. Es posible que algunas de estas actividades ya existan en el hogar, el vecindario y la comunidad de un paciente, mientras que otras deben desarrollarse.

Los siguientes factores y actividades aumentan la reintegración social y mejoran las posibilidades de remisión y recuperación estables:

- fortalecer la capacidad de recuperación, la autoeficacia y la autoconfianza del individuo para manejar los desafíos y tensiones diarias mientras se mantiene el compromiso con la recuperación y se evita la recaída al uso de sustancias;
- formar una red social de apoyo (como pareja, cuidadores, familiares y amigos) que pueda controlar la estabilidad de la recuperación, la abstinencia de drogas y el cumplimiento del tratamiento;
- educar a los pacientes sobre los diferentes factores que contribuyen a su uso de drogas y equiparlos con las estrategias para crear y mantener un entorno social de apoyo que promueva la salud y la recuperación;
- educar a los pacientes sobre los sistemas de salud y asistencia social y navegarlos a través de los servicios sociales y de salud;
- proporcionar acceso a tratamiento farmacológico a largo plazo en caso de estar indicado;
- educar a los pacientes y brindarles acceso a estrategias y herramientas para prevenir y controlar la sobredosis de drogas;
- educar a los pacientes sobre las formas de identificar y controlar la sobredosis de drogas, incluido el uso de naloxona para la sobredosis de opioides;
- comprometer a individuos y redes sociales de amigos y compañeros de trabajo que pueden brindar apoyo para mantener la abstinencia y alcanzar objetivos de recuperación;
- mantener un trabajo significativo y apreciado;

- reducir la carga de estigma y discriminación por motivos de salud, edad, género, sexualidad, clase, raza, identidad cultural, etc.
- protección contra la violencia y los abusos;
- participación social e integración en actividades educativas y vocacionales, incluyendo voluntariado o participación comunitaria;
- participación activa en grupos de autoayuda, ayuda mutua, espiritual u otros grupos de apoyo;
- participación social, cultural, política, humanitaria o espiritual que proporciona una manera de lograr un propósito más fuerte en la vida, la orientación sexual;
- alojamiento estable; y
- resolución de problemas legales y financieros.

Criterios para la finalización del programa e indicadores de efectividad

Dada su perspectiva de "curso de vida", la gestión de recuperación es abierta y puede continuar durante toda la vida. Abarca el enfoque de manejo de enfermedades crónicas cuyo objetivo es ayudar a las personas a manejar eficazmente sus propios problemas de salud y, por lo tanto, mejorar su salud y bienestar.

Al evaluar el éxito de las actividades y programas de gestión de la recuperación, es importante tener en cuenta su capacidad para: reducir el riesgo de recaída y sobredosis; reducir el uso de sustancias psicoactivas y daños asociados, así como mejorar la salud física y psicológica, el bienestar, el funcionamiento social y la reintegración. El Índice de Severidad de la Adicción y los instrumentos estructurados similares que evalúan el funcionamiento general en el contexto de los trastornos por uso de sustancias pueden utilizarse para evaluar el progreso en múltiples aspectos de la salud y el funcionamiento. Al evaluar la efectividad de la gestión de la recuperación, es necesario concentrarse en evaluar el progreso en el "recovery capital", los recursos internos y externos que pueden ayudar a iniciar y mantener la recuperación.

Requisitos clave para la gestión de la recuperación

Los planes de tratamiento individuales son clave para garantizar que cada paciente se beneficie del tratamiento orientado a la recuperación. El desarrollo de los planes debe basarse en evaluaciones realizadas con la ayuda de un equipo de profesionales y con la participación del paciente. Los planes de tratamiento deben ser específicos para el individuo y coherentes con el manejo de otras enfermedades crónicas y condiciones de salud. A diferencia de los programas de cuidados intensivos, los planes de tratamiento en la atención orientada a la recuperación amplían su enfoque principalmente de la atención médica a la atención social, involucrando a profesionales de otros campos. Idealmente, los profesionales deberían funcionar como un equipo multidisciplinario (compuesto por trabajadores sociales, psicólogos, consejeros pares y, potencialmente, ancianos, líderes espirituales y otros líderes de la comunidad), y también incluyendo amigos y familiares de apoyo.

Una vez que se completa un programa de tratamiento residencial, hospitalario o residencial basado en la comunidad, la planificación posterior a la atención debe consolidarse en planes individuales de gestión de la recuperación. Esto debe incluir estrategias personales para: prevenir la recaída al uso de drogas o poli-drogas (con un alto riesgo de sobredosis); mantener la vivienda; asegurar o mantener un empleo; establecer o mantener redes sociales positivas; y reintegrarse a la comunidad. Los planes también deben incluir un acceso rápido al tratamiento si el paciente recae.

Idealmente, el manejo de la recuperación involucra reuniones regulares de monitoreo o seguimiento (chequeos) o llamadas telefónicas, realizadas por un consejero de tratamiento de drogas, psicólogo, otro profesional o un médico o enfermera de atención primaria. Los chequeos pueden ayudar a mantener la recuperación y prevenir recaídas. Durante el chequeo, se le puede pedir al paciente que proporcione una actualización sobre su desempeño laboral, condiciones de vida y mecanismos para enfrentar el estrés o mantener relaciones saludables. Los chequeos de recuperación pueden incluir pruebas voluntarias de toxicología farmacológica, y se ofrece a los pacientes la opción de ser evaluados en la comunidad. El objetivo de la prueba es dar a los pacientes el incentivo para mantenerse 'libres de drogas', detectar recaídas y, si es necesario, permitirles beneficiarse de una reintervención oportuna. Hay evidencia emergente de que los chequeos de recuperación son métodos efectivos para manejar la recuperación a lo largo del tiempo, y que son estrategias rentables y, que potencialmente, ahorran costos para promover la abstinencia y reducir el uso de sustancias entre las personas con trastornos crónicos por su consumo (White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott y Laudet, 2014; Garner et al., 2014)

Traducción no oficial

CAPÍTULO 5

Poblaciones con necesidades especiales de tratamiento y atención

Las Normas, reconocen que una variedad de grupos de población tiene necesidades especiales de tratamiento y atención y pueden requerir consideración e intervenciones personalizadas para tratar los trastornos por el uso de drogas.

Este capítulo no es una lista exhaustiva de poblaciones o grupos con necesidades especiales de tratamiento y atención. Una variedad de grupos de población puede requerir disposiciones especiales para el tratamiento y la atención. Los grupos incluyen a aquellos que se ven envueltos en: patrones particulares de uso de drogas (incluido el uso de polidrogas); necesidades de salud (personas con condiciones de salud comórbidas, como las que viven con VIH, trastornos mentales y discapacidades); edad (como niños, adolescentes y personas mayores); asistencia social y necesidades de apoyo (como personas sin hogar, marginadas socialmente, en situación de pobreza, analfabetas y con educación limitada) y lugar de residencia (personas que viven en zonas remotas y rurales, migrantes). Además, las mujeres y mujeres embarazadas, las minorías sexuales, las trabajadoras sexuales, las minorías religiosas y étnicas, las poblaciones indígenas y las personas involucradas con el sistema de justicia penal requieren intervenciones personalizadas y disposiciones especiales para el tratamiento. Los principios estándar de tratamiento y atención descritos en el Capítulo 2 se aplican a todas las personas con trastornos por el uso de sustancias. Para la mayoría de los grupos de población mencionado anteriormente, una combinación de estimas y discriminación suele comprender barreras para el tratamiento. Una buena gestión clínica debe garantizar a todas las personas el mismo acceso al tratamiento y la atención. Es necesario hacer un esfuerzo concertado para eliminar las barreras estructurales al tratamiento, prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizantes.

El Capítulo 5 describe las consideraciones del sistema de tratamiento y las evaluaciones de necesidades que facilitan la administración del tratamiento a poblaciones y grupos con necesidades especiales de tratamiento y atención. Los sistemas locales de tratamiento deben diseñarse, planificarse y financiarse para proporcionar un tratamiento y atención apropiados, accesibles y asequibles de acuerdo con los principios descritos en este documento.

5.1 Mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas

5.1.1 Descripción

Las mujeres con trastornos por el uso de drogas que están embarazadas representan una población única con una necesidad especial de tratamiento, principalmente por dos razones. En primera instancia, el uso de la droga puede afectar la madre y el feto, mientras que el tratamiento puede también afectar adversamente a ambos miembros de la díada. Proporcionar tratamiento para los trastornos

por el uso de drogas en mujeres embarazadas puede implicar desafíos médicos y éticos. En segundo lugar, como todos los padres, muchas mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas y sus parejas pueden beneficiarse de la capacitación y el apoyo en la crianza de los hijos en torno al cuidado y desarrollo infantil. Además, una vez que llega el bebé, puede necesitar servicios médicos y de otro tipo, dada la probabilidad de exposición prenatal a drogas. Además, la oportunidad de proporcionar tratamiento para los trastornos por el uso de drogas (y otras sustancias) a las mujeres embarazadas tiene un gran potencial para hacer cambios positivos en la vida de la madre y el feto si ambos reciben los servicios. Como tal, a menudo dos 'díadas' participan en el tratamiento de mujeres embarazadas con trastornos por el uso de sustancias: la díada madre-feto y la díada madre-hijo. La dinámica familiar y el apoyo juegan un papel importante en el embarazo y los resultados del tratamiento. Por esta razón, el tratamiento de mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas debe contar con un componente significativo de intervenciones familiares.

Las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas enfrentan problemas similares a muchos otros adultos con trastornos por uso de drogas. Varios de los problemas, como la falta de educación formal o el probable involucramiento en el sistema de justicia legal, son comunes en hombres, mujeres y mujeres embarazadas. Sin embargo, el estigma, los sentimientos de vergüenza y la falta de relaciones positivas y de apoyo pueden afectar a las mujeres de manera más adversa y son las razones clave por las que las mujeres a menudo se abstienen de buscar e ingresar al tratamiento o participar en él. Además, existen pocos servicios de tratamiento sensibles al género para los trastornos por el uso de drogas, lo que limita aún más el acceso al tratamiento incluso para las mujeres que están determinadas a participar en los servicios de tratamiento y apoyo. Las mujeres con trastornos por el uso de drogas son más propensas que los hombres a: haber experimentado abuso o negligencia infantil; haber estado expuestas repetidamente a la violencia interpersonal; ser económicamente dependientes de otros para sobrevivir; y carecer de acceso a oportunidades educativas o vocacionales formales. Con el embarazo, estos problemas pueden intensificarse aún más, lo que dificulta el acceso y la participación en el tratamiento y compromete los resultados del tratamiento. Muchas mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas pueden sentirse en conflicto, avergonzadas y culpadas por lo que a menudo ven como su incapacidad para controlar su consumo de sustancias.

Las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas tienen el mismo derecho al tratamiento que las mujeres que no están embarazadas, o que lo están, pero no padecen de trastornos por el uso de drogas, y no deben ser excluidas del tratamiento debido al embarazo. Tratar a las mujeres con trastornos por el uso de drogas no es más complicado que tratar a otros pacientes. Las mujeres con trastornos por el uso de drogas no deberían verse obligadas a abortar y esterilizarse. Además, los programas de tratamiento deben tener procedimientos y salvaguardas para prevenir la detención y el tratamiento forzado de mujeres embarazadas. Finalmente, las mujeres tienen mejores resultados a largo plazo cuando reciben un tratamiento que se enfoca en los problemas más comúnmente detectados en las mujeres con trastornos por el uso de drogas, en comparación con los tratamientos que carecen de un enfoque tan centrado en las mujeres.

5.1.2 Modelos y componentes

Cribado e ingesta

En general, todas las mujeres en edad fértil que ingresan a los servicios de tratamiento deben someterse a una prueba de embarazo. Esto puede implicar el registro de un historial médico y análisis de orina. Los servicios que brindan tratamiento a mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas y a sus hijos, generalmente tienen un procedimiento de cribado y admisión que ayuda a determinar la idoneidad para la admisión al programa. Como mínimo, la evaluación debe tomar en cuenta tres factores: afecciones médicas agudas que requieren atención médica urgente; riesgo de abstinencia y necesidad de gestionarla y/o desintoxicación de abstinencia; y un riesgo de daño a sí mismo u otros. Uno o más de estos tres factores pueden indicar la necesidad de remitir o transferir a una mujer embarazada a una unidad médica o psiquiátrica más especializada para controlar los riesgos, al menos

temporalmente, antes de ser admitida en el programa de tratamiento especializado para trastornos por el uso de drogas. Como primer paso para establecer una relación paciente-proveedor y una oportunidad para establecer una buena relación, es importante tener en cuenta las necesidades de la mujer embarazada y cómo se ajustan a los servicios que ofrece el programa.

Es importante contar con una política escrita sobre los procedimientos de cribado y admisión para mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas (y afecciones concomitantes), y debe incluir los siguientes elementos:

- descripción de los procedimientos de selección y medidas de admisión y/o entrevistas; en la medida de lo posible, todas las medidas de ingesta, instrumentos y herramientas de evaluación utilizados en relación con las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas deben validarse;
- la capacitación requerida por el personal para llevar a cabo la admisión y el cribado; y
- políticas de elegibilidad para la admisión al programa y procedimientos para la no admisión, incluida información sobre servicios alternativos para mujeres embarazadas.

Toda la información clínica debe mantenerse en un lugar seguro y archivar en los registros del paciente.

Evaluación

Al ingresar a un programa, una mujer embarazada con trastornos por el uso de drogas debe someterse a una evaluación clínica cuyo objetivo es examinar los aspectos relevantes de las circunstancias de su vida en detalle para tres propósitos: diagnóstico preciso; colocación apropiada del tratamiento; y el desarrollo de planes y objetivos de tratamiento adecuados. El objetivo principal de una evaluación es examinar las circunstancias actuales de la vida y recopilar información sobre la salud física y psicológica, el uso de sustancias, el apoyo familiar y la situación social. Esto es crucial para desarrollar un plan de tratamiento que se adapte a las fortalezas y necesidades de la mujer embarazada. La información específica del embarazo, como la fecha de parto, embarazos pasados y los planes de parto también son importantes. Idealmente, una evaluación debe utilizar múltiples fuentes de información para obtener un historial médico completo de la mujer y el contexto psicosocial en el que vive. Existe la necesidad de una evaluación inicial que se convierta en un proceso continuo, con planes para llevar a cabo evaluaciones y revisiones periódicas durante el tratamiento. Dados los cambios en el funcionamiento físico, psicológico y social que enfrenta, es fundamental evaluar y revisar el estado de salud de una mujer durante todo el tratamiento, adaptando los planes de tratamiento para reflejar las necesidades cambiantes y a medida que se recupera. La frecuencia de tales evaluaciones dependerá del curso clínico del tratamiento y de los contratiempos encontrados a medida que el tratamiento progresa. Los estándares de evaluación son similares a los aplicables a la detección y la ingesta, como se describió anteriormente.

Planeación del tratamiento

El personal del programa debe desarrollar un plan de tratamiento individual para la mujer embarazada, basado en la evaluación, teniendo en cuenta sus deseos e involucrándola plenamente en la planificación y el establecimiento de objetivos. Los planes de tratamiento deben revisarse regularmente, especialmente dados los rápidos cambios que ocurren durante el embarazo y después del parto. Una mujer embarazada con trastornos por el uso de drogas no debe verse como un receptor pasivo de información, sino como un participante activo del proceso de planificación del tratamiento. La mujer debe participar activamente en las decisiones de tratamiento que afectan no solo a ella sino también al feto. Los planes de tratamiento deben incluir la colaboración con obstetras y ginecólogos. También puede ser necesario monitorear de cerca el desarrollo fetal.

Enfoques de tratamiento

Los enfoques de tratamiento para mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas dependen en gran medida del nivel y los patrones de uso de drogas psicoactivas (y otras sustancias). En ciertas circunstancias, puede ser apropiado que un proveedor de atención primaria u obstetra realice una breve intervención centrada en la educación y la evaluación de riesgos. Sin embargo, dados los riesgos potenciales para el feto, es necesario limitar tales intervenciones a casos seleccionados. Los programas de tratamiento para mujeres embarazadas que usan sustancias psicoactivas deben utilizar enfoques basados en evidencia.

Las mujeres embarazadas pueden recibir tratamiento para trastornos por el uso de drogas en entornos ambulatorios, hospitalizados o residenciales. El tratamiento puede incluir intervenciones psicosociales y farmacoterapia, según el tipo de sustancias ingeridas y la gravedad o complejidad de los problemas.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices para la identificación y el manejo del uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias en el embarazo, 2014)

- Los proveedores de atención médica deben preguntar a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de alcohol y otras sustancias (pasadas y presentes) lo antes posible durante el embarazo y en cada visita prenatal.
- Los proveedores de atención médica deben ofrecer una breve intervención a todas las mujeres embarazadas que consuman alcohol o drogas.
- Los proveedores de atención médica que atiendan mujeres embarazadas o posparto con trastornos por uso de sustancias o alcohol, deben ofrecer una evaluación integral y atención individualizada.
- Los proveedores de atención médica deben, lo antes posible, aconsejar a las mujeres embarazadas que dependen del alcohol o las drogas que dejen de consumir alcohol o drogas y ofrecer o referirse a servicios de desintoxicación bajo supervisión médica cuando sea necesario y aplicable.

Consideraciones especiales para el tratamiento farmacológico durante el embarazo

Las consideraciones farmacológicas son especialmente importantes para las mujeres con trastornos por el uso de opioides si la medicación es una parte esencial del tratamiento. A una mujer con trastornos por el uso de opioides no se le debe negar el tratamiento con medicamentos agonistas opioides debido a su embarazo. La elección de los medicamentos opioides debe hacerse de forma individual, teniendo en cuenta las características del paciente. Las recetas de metadona o buprenorfina son opciones de tratamiento efectivas en una relación favorable de riesgo-beneficio (pero sus efectos pueden variar de un paciente a otro). La evidencia de la investigación muestra que la exposición a la buprenorfina *en el útero* causa con menos gravedad el síndrome de abstinencia neonatal (NWS), que la metadona. Sin embargo, el síndrome de abstinencia neonatal es una condición fácilmente identificable y tratable. Es solo un aspecto de la decisión completa de relación riesgo-beneficio que una mujer embarazada y su médico deben considerar al tomar decisiones sobre fármacos.

Tanto la metadona como la buprenorfina reducen eficazmente el uso de opioides y permiten a los pacientes beneficiarse del tratamiento psicosocial. La dosis de medicación debe reevaluarse periódicamente durante el embarazo para ajustarse, generalmente incrementándose. El objetivo es mantener los niveles plasmáticos de medicamentos terapéuticos y, por lo tanto, minimizar el riesgo de abstinencia y deseo de consumir opioides, y reducir o interrumpir el uso de drogas no médicas.

Si una mujer queda embarazada mientras usa metadona o buprenorfina, el tratamiento debe continuar con el mismo medicamento, especialmente cuando la respuesta es positiva. No se recomienda la interrupción médica del agonista opioide durante el embarazo. La interrupción se asocia con altas tasas de abandono del tratamiento y recaída, junto con el riesgo asociado para la mujer y el feto. Además, la interrupción del opioide aumenta el riesgo de aborto espontáneo.

No existe suficiente evidencia para apoyar el tratamiento farmacológico durante el embarazo para manejar la dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, cocaína o inhalatorios. Sin embargo, el tratamiento farmacológico puede usarse, según corresponda, para tratar afecciones de salud comórbidas. Los medicamentos psicofarmacológicos pueden ser útiles en el tratamiento de los síntomas de trastornos psiquiátricos para controlar la abstinencia en mujeres embarazadas con dependencia de estimulantes. Sin embargo, los medicamentos no se requieren de manera rutinaria.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices para la identificación y el manejo del uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias en el embarazo, 2014)

- Se debe alentar a las mujeres embarazadas que dependen de los opioides a utilizar el tratamiento de mantenimiento con opioides siempre que sea posible, en lugar de intentar la desintoxicación de opioides.
- Las mujeres embarazadas con dependencia a las benzodiazepinas deben someterse a una reducción gradual de la dosis, utilizando benzodiazepinas de acción prolongada.
- En el tratamiento de la abstinencia para mujeres embarazadas con dependencia de estimulantes, los medicamentos psicofarmacológicos pueden ser útiles para ayudar con los síntomas de trastornos psiquiátricos, pero no se requieren de manera rutinaria.
- La farmacoterapia no se recomienda para el tratamiento de la dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, cocaína o inhalatorios en pacientes embarazadas.
- Se debe recomendar a las mujeres embarazadas con dependencia de opioides que continúen o comiencen la terapia de mantenimiento con opiáceos con metadona o buprenorfina.

Tratamiento integral

Un enfoque integral de tratamiento centrado en la mujer consiste en tratar a la persona en su totalidad y a la díada madre-hijo. Esto puede incluir intervenciones y servicios múltiples y diversos, como prácticas de tratamiento grupales e individuales informadas por trauma; cuidado de niños y educación para los padres; atención médica general; obstetricia y ginecología; intervenciones y servicios para trastornos psiquiátricos comórbidos; intervenciones tempranas; apoyo social, incluyendo rehabilitación vocacional, vivienda y transporte; y asistencia jurídica. Brindar estos servicios es necesario, pero no suficiente para formar un tratamiento centrado en las mujeres. Los programas de tratamiento centrados en mujeres embarazadas que usan drogas deben ser sensibles y tratar con factores biológicos y culturales, sociales y ambientales específicos relacionados con el uso y el tratamiento de drogas en las mujeres. Esto optimizará el resultado del tratamiento.

Hay otras consideraciones que deben tenerse en cuenta durante el tratamiento de mujeres con trastornos por el uso de drogas:

- Las relaciones interpersonales significativas y los antecedentes familiares juegan un papel integral en el inicio y la continuación del uso de drogas.
- El estigma y la disponibilidad limitada de servicios de tratamiento sensibles al género disuaden a las mujeres de ingresar al tratamiento.
- Las mujeres a menudo ingresan al tratamiento para trastornos por el uso de drogas por una amplia gama de fuentes de referencia.
- Los roles de cuidadora, las expectativas de género y las dificultades socioeconómicas hacen que las mujeres sean más susceptibles a enfrentar barreras para buscar ayuda, al inicio y durante el tratamiento. Estas barreras pueden retrasar la entrada al tratamiento hasta que el trastorno alcance una etapa más grave, con patologías médicas y psiquiátricas adicionales.

- Es más probable que las mujeres tomen conductas de búsqueda de ayuda y asistan al tratamiento después de ser ingresadas.
- Las mujeres embarazadas pueden requerir un tratamiento farmacológico y dosis de medicamentos ajustados.
- Las mujeres pueden requerir servicios de tratamiento en un entorno seguro de un solo sexo para obtener el máximo beneficio.
- Las mujeres pueden necesitar capacitación y apoyo en temas tales como salud sexual, anticoncepción, crianza de los hijos y cuidado de niños.
- Las mujeres y los niños son más vulnerables al riesgo de violencia doméstica y abuso sexual, y se beneficiarían de los vínculos con las agencias sociales que los protegen.
- Los servicios de tratamiento deben poder alojar a los niños para permitir que las madres reciban tratamiento.

Protocolo del parto

Los programas que incluyen el parto de una mujer embarazada con trastornos por el uso de drogas deben tener un protocolo de parto por escrito que especifique posibles problemas con el parto y el manejo de la paciente. Como mínimo, deben abordarse cuestiones como dónde se llevará a cabo el parto, a quién se notificará, qué disposiciones necesitan ella y su bebé y cómo los obtendrá. También se deben establecer procedimientos adecuados para el manejo del dolor. Muchas mujeres con trastornos por el uso de opioides son más sensibles al dolor que las mujeres sin dichos trastornos. Si el dolor no tratado hace imposible que la madre cuide a su recién nacido, esto puede desencadenar una recaída en el uso de drogas y otros resultados adversos para la madre y el bebé.

Protocolo de tratamiento postnatal/posparto

Todos los programas que brindan servicios a mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas deben tener un protocolo de tratamiento posparto/posnatal. Las mujeres no deben recibir el alta del tratamiento solamente debido a su embarazo o estado de posparto. También se deben describir los métodos para apoyar a la díada madre-hijo, incluidas al menos las habilidades básicas de crianza.

Lactancia materna

Aunque se debe hacer todo lo posible para alentar la lactancia materna en madres con trastornos por el uso de drogas, la decisión sobre la lactancia materna debe evaluarse caso por caso. La lactancia materna puede estar contraindicada en el caso de madres positivas de VIH y para madres con otras afecciones médicas que toman ciertos medicamentos psicotrópicos. Pueden surgir otras contraindicaciones o precauciones con respecto a la lactancia materna en el caso del uso materno de inhalantes, metanfetaminas, estimulantes, tranquilizantes y alcohol. Es aconsejable que los médicos lleguen a acuerdos claros y preferiblemente escritos con las madres sobre sus prácticas de lactancia materna.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices para la identificación y el manejo del uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias en el embarazo, 2014)

- Se debe alentar a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar a menos que los riesgos superen claramente los beneficios.
- Se debe aconsejar y apoyar a las mujeres usuarias de alcohol o drogas que están amamantando para que dejen de consumir dichas sustancias; sin embargo, el uso de sustancias no es necesariamente una contraindicación para la lactancia materna.
- El contacto de piel a piel es importante independientemente de la elección de alimentación y debe alentarse activamente a la madre con trastornos por abuso de sustancias, a responder a las necesidades de su bebé.
- Se debe alentar a las madres que están estables en el tratamiento de mantenimiento con opiáceos con metadona o buprenorfina a amamantar a menos que los riesgos superen claramente los beneficios.

5.1.3 Manejo de recién nacidos expuestos pasivamente a opioides en el útero

Descripción

El número de neonatos nacidos después de una exposición intrauterina sostenida a opioides y otras sustancias psicoactivas es difícil de determinar. Pero en todos los casos, los resultados de salud de los recién nacidos mejoran si sus madres reciben un tratamiento médico, psicosocial y farmacológico. La falta de estos servicios pone al bebé en riesgo de prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, sepsis neonatal, muerte fetal, asfixia perinatal, falta del apego madre-bebé, privación, negligencia, falta de crecimiento y síndrome de muerte súbita del lactante. Una de las principales afecciones que pueden existir en 50 a 80% de los recién nacidos expuestos a opioides en el útero es el síndrome de abstinencia neonatal. El síndrome de abstinencia natal (NWS) se define por inducir alteraciones transitorias en: el sistema nervioso central (tipificado por irritabilidad, llanto agudo, temblores, hipertonía, hiperreflexia y trastornos del sueño); sistema gastrointestinal (por ejemplo, regurgitación, heces blandas, aumento del reflejo de succión, succión y deglución disrítica y mala ingesta con pérdida de peso); y el sistema respiratorio (por ejemplo, congestión nasal y taquipnea), y el sistema nervioso autónomo (como estornudos y bostezos), que se manifiesta en los días y semanas posteriores al nacimiento en bebés expuestos a opioides u otros sedantes *en el útero*. Los bebés recién nacidos desarrollan NWS a partir del uso materno no médico de opioides comprados en la calle o de fármacos recetados por el médico de la madre para tratar condiciones clínicas. Esto puede incluir metadona o buprenorfina utilizada para tratar los trastornos por el uso de opioides.

Tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal

El tratamiento del NWS debe incluir intervenciones no farmacológicas seguidas de tratamiento con medicamentos (cuando sea necesario) después de una evaluación exhaustiva. Las medidas de apoyo incluyen: alojamiento conjunto, lactancia, ofrecer un chupete (succión no nutritiva), envolver cómodamente con las manos disponibles para succionar sin sobrevestirse y contacto piel con piel con la madre. Se debe aspirar la nasofaringe del recién nacido, y la alimentación debe incluir ofrecimientos frecuentes (cada dos horas) de pequeñas cantidades (si la alimentación deficiente persiste) sin sobrealimentación. La posición debe ser del lado derecho para reducir la aspiración en caso de vómitos o regurgitación (ambos son síntomas prominentes del NWS).

El inicio del tratamiento farmacológico del NWS no debe retrasarse. Los medicamentos más utilizados para el NWS debido a la exposición a opioides son la morfina oral o la metadona, según el

peso y puntuaciones del peso para la estatura. El fenobarbital generalmente se administra en casos de abstinencia neonatal de otras sustancias (como barbitúricos, etanol e hipnóticos sedantes). El objetivo de la medicación es aliviar los síntomas de abstinencia y calmar al bebé para normalizar las funciones habituales de comer, dormir y eliminar. La dosis del medicamento debe aumentarse rápidamente cuando sea necesario, preferiblemente en respuesta a evaluaciones frecuentes de la gravedad del NWS, utilizando instrumentos validados, y reducirse de manera similar a medida que disminuyan los síntomas del NWS.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices para la identificación y el manejo del uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias en el embarazo, 2014)

- Los centros de atención médica que brindan atención obstétrica deben tener un protocolo para identificar, evaluar, monitorear e intervenir, utilizando métodos no farmacológicos y farmacológicos, a los recién nacidos expuestos prenatalmente a los opioides.
- Se debe usar un opioide como tratamiento inicial para un bebé con síndrome de abstinencia neonatal si es necesario.
- Si un bebé tiene signos de síndrome de abstinencia neonatal debido a la abstinencia de sedantes o alcohol, o se desconoce la sustancia a la que estuvo expuesto, entonces el fenobarbital puede ser una opción de tratamiento inicial preferible.

5.1.4 Capacitación y documentación del personal

Capacitación del personal

Cualquier miembro del personal que tenga contacto directo con pacientes (p. EJ secretarías, gerentes de oficina) debe conocer y ser sensible a los problemas que enfrentan las mujeres embarazadas. El personal debe estar capacitado sobre qué hacer cuando una mujer entra en trabajo de parto: a quién contactar, cómo reaccionar y dónde acudir para recibir ayuda médica. Muchas mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas pueden sentirse en conflicto, avergonzadas y culpadas por lo que a menudo ven como su incapacidad para controlar su comportamiento de consumo de sustancias. El personal debe ser consciente de estos sentimientos y preocupaciones y estar preparado para responder de manera apropiada y solidaria. Avergonzar y estigmatizar a las mujeres por el uso de drogas durante el embarazo no es un método de tratamiento efectivo para proteger al feto de la exposición a las drogas o mejorar la salud de la madre. Por el contrario, podría conducir a tasas más altas de abandono del tratamiento.

Todo el personal de salud que atiende a los infantes debe estar capacitado para identificar los signos y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal, así como las afecciones neonatales que pueden presentarse de manera similar al NWS (por ejemplo, septicemia, encefalitis, meningitis, irritación post-anóxica del sistema nervioso central, hipoglucemia, hipocalcemia y hemorragia cerebral).

Documentación

Independientemente del tipo de entorno o la intensidad de la atención brindada, la documentación adecuada del tratamiento de las mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas debe incluir toda la documentación regular o los registros de los pacientes. Estos incluyen contrato de tratamiento, evaluación, tratamiento individualizado y plan de manejo. Son igualmente esenciales las revisiones y los cambios en el tratamiento, la gestión de los objetivos del tratamiento y un resumen de finalización del tratamiento. Los servicios que brindan atención a mujeres embarazadas con trastornos por el uso de drogas deben mantener registros de todos los servicios médicos, psiquiátricos y de tratamiento para garantizar la implementación de toda la atención recomendada y una estrecha coordinación entre varios proveedores de atención. Cualquier evaluación para el síndrome de abstinencia neonatal debe registrarse junto con las intervenciones farmacológicas y sin medicamentos, proporcionadas para minimizar el NWS.

5.2 Niños y adolescentes con trastornos por el uso de sustancias

5.2.1 Descripción

El uso de sustancias psicoactivas generalmente comienza en la adolescencia (10-19 años) e incluso en la infancia. Cuanto antes comience el uso de sustancias, mayores serán los riesgos de una progresión más rápida hacia el uso intensivo y los trastornos por uso de sustancias.

La mayoría de los niños y adolescentes no usan drogas psicoactivas. Los niños que usan drogas generalmente están expuestos a más factores de riesgo y tienen menos factores de protección. Pueden ser víctimas de negligencia y abuso físico, sexual y emocional. Pueden haber sido explotados en la guerra, el terrorismo y el tráfico de drogas, y pueden ser objeto de muchas formas de violencia. Esos niños pueden sufrir privaciones, pobreza, falta de vivienda, hambruna, discriminación de género y desplazamiento frecuente. Como resultado, pueden desarrollar diversas condiciones de salud mental y física. Si los niños se usan para cultivar, fabricar y distribuir drogas, pueden mantenerse analfabetos y victimizados en cada punto de la industria del narcotráfico. Los niños cuyas familias cultivan plantas productoras de drogas y fabrican drogas pueden estar expuestos a residuos tóxicos y humo de segunda y tercera mano. Los niños que viven en países en conflicto se vuelven vulnerables a riesgos de múltiples maneras. Los niños soldados a menudo tienen fácil acceso a las drogas para mantenerlos despiertos, luchar y realizar otras acciones terroríficas, así como para hacer frente a los traumas.

Los niños y adolescentes que usan drogas psicoactivas pueden no identificar el uso de sustancias como un problema para ellos mismos o para otros en sus vidas, y pueden ser ajenos al daño significativo que el uso de drogas causa al cerebro y al desarrollo psicosocial. Además, el uso de drogas en la infancia y la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de trastornos por el uso de sustancias y otras afecciones de salud mental. Como resultado, estos niños pueden ser más propensos a necesitar servicios de tratamiento de salud mental y drogodependencia.

La niñez y la adolescencia son períodos importantes de desarrollo cuando los cerebros son especialmente vulnerables al uso de drogas y los trastornos por el uso de drogas. Dados los efectos neurotóxicos de las drogas o el alcohol en el cerebro en desarrollo, el uso de sustancias debe identificarse y abordarse lo antes posible. Los niños y adolescentes también pueden beneficiarse de las intervenciones para el uso de sustancias, incluso si no dependen de ninguna sustancia específica. La interrupción de la exposición a la sustancia sin demora puede ayudar a minimizar los riesgos de daños físicos y/o psicológicos posteriores. Las visitas médicas de rutina, a la escuela u otras visitas relacionadas con la salud, brindan oportunidades para preguntar a los niños y adolescentes sobre el uso de sustancias. Los adolescentes responderán honestamente mientras no enfrenten repercusiones por ser honestos. La terapia familiar es una intervención basada en la evidencia para adolescentes con trastornos por el uso de sustancias, así como para adolescentes con antecedentes de delincuencia.

Los adolescentes no son niños mayores o adultos más jóvenes. Caracterizado por la maduración fisiológica de todos los sistemas del cuerpo y otras transformaciones que cambian la vida, incluida la dependencia de la infancia de los padres y cuidadores a la independencia de los adultos, este período de la vida requiere servicios de salud y educación a medida, protección de la salud y promoción de la salud diseñados para reflejar el desarrollo del adolescente y para satisfacer sus necesidades.

Los adolescentes enfrentan barreras específicas para acceder a la atención médica y la información. A menudo encuentran inaceptables los servicios de salud pública debido a la percepción de falta de respeto, privacidad y confidencialidad, miedo al estigma, la discriminación y los proveedores de servicios de salud que imponen valores morales. Además, los servicios de salud a menudo requieren el apoyo o permiso de los padres y parejas, incluidos

para temas delicados como la salud sexual y reproductiva. Los adolescentes pueden carecer de apoyo de los padres. Pueden estar bajo el control de sus padres o parejas debido a las normas socioculturales y de género – hecho que a menudo se ve reforzado por las leyes y reglamentos sobre consentimiento. Todo esto puede impedirles que busquen atención.

Al igual que con otros grupos de edad, las barreras que incluyen la baja alfabetización en salud, la pobreza y la marginación también afectan negativamente el acceso de los adolescentes, pero probablemente con un mayor impacto.

5.2.2 Modelos y componentes

Los niños y adolescentes que usan drogas pueden residir con sus familias, pero también pueden vivir en las calles, – después de quedar huérfanos o ser rechazados por su familia, o en instituciones del sistema correccional. Las circunstancias y los entornos de tratamiento para estos dos últimos grupos de niños y adolescentes pueden diferir sustancialmente del tratamiento ambulatorio o residencial tradicional, y pueden involucrar más centros de extensión y de acogida que los que se encuentran típicamente en el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias entre los adultos. Los adolescentes pueden ser llevados al tratamiento por padres que están preocupados por el uso reciente de sustancias.

La investigación sobre el tratamiento para niños y adolescentes sigue siendo limitada y, los hallazgos de la investigación sobre tratamientos brindados a adultos en el pasado a menudo guiaron el tratamiento para niños con trastornos por consumo de sustancias. Si bien hay pruebas alentadoras de que el tratamiento psicosocial apropiado para la edad es efectivo en la adolescencia, hay pruebas muy limitadas sobre el tratamiento para niños más pequeños. Para tratar a los niños con trastornos por el uso de sustancias, es necesario diseñar tratamientos psicosociales que se ajusten a su nivel de desarrollo cognitivo y experiencias de vida. Esto puede implicar problemas imprevistos, como que los niños respondan de manera diferente a los medicamentos en comparación con los adolescentes y los adultos.

Hay otros problemas a considerar cuando se brinda tratamiento a niños y adolescentes con trastornos por uso de sustancias.

- La situación legal de los niños y adolescentes con respecto a su competencia y capacidad para consentir el tratamiento varía de un país a otro. Es necesario tener esto en cuenta y buscar el consentimiento o la participación de los padres, según sea necesario.
- Los niños y adolescentes que usan drogas tienen necesidades únicas de tratamiento y atención que reflejan su funcionamiento cerebral y cognitivo en desarrollo, así como habilidades limitadas de afrontamiento, dada la etapa de su desarrollo psicosocial.
- Los adolescentes tienen altos niveles de riesgo y búsqueda de nuevas experiencias vitales, y responden en gran medida a la presión de sus pares.
- Los adolescentes con problemas de consumo de drogas tienen una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos y disfunciones familiares, que deberían ser el foco del tratamiento.
- Al ser más concretos en su pensamiento, menos desarrollados en sus habilidades lingüísticas y quizás menos introspectivos que los adultos, los niños y adolescentes también pueden ser menos propensos a valorar la discusión de sus problemas.
- Es necesario adaptar las intervenciones de tratamiento conductual, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas limitadas de niños y adolescentes.

- Los niños y adolescentes pueden tener diferentes motivaciones que los adultos para participar en el tratamiento y compartir sus objetivos de tratamiento comunes con un proveedor de tratamiento.

El tratamiento de los trastornos por el uso de drogas debe adaptarse a las necesidades únicas del adolescente y abordar las necesidades de generales la persona, no solo el uso de drogas. Es importante identificar la violencia, el abuso infantil y el riesgo de suicidio y daño, lo antes posible en el tratamiento, y tomar medidas para salvaguardar y proteger al niño o adolescente. El monitoreo del uso de sustancias es clave para el tratamiento de los adolescentes, donde el objetivo es proporcionar el apoyo necesario y la estructura adicional mientras se desarrollan sus cerebros. En el tratamiento, los adolescentes necesitan más y diferente apoyo que los adultos. El inicio del involucramiento sexual y las tasas más altas de abuso sexual entre adolescentes con drogodependencia, las pruebas voluntarias de enfermedades de transmisión sexual como el VIH, así como las hepatitis B y C, son una parte importante del tratamiento de drogas para adolescentes. El tratamiento también debe incluir estrategias tales como: capacitación en habilidades sociales, capacitación vocacional, intervenciones basadas en la familia e intervenciones de salud sexual, incluida la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Los tratamientos deben intentar integrar otras áreas de participación social de los adolescentes, como las familias, la escuela, los deportes y los pasatiempos, y reconocer la importancia de las relaciones positivas entre pares. El tratamiento para adolescentes debe promover la participación positiva de los padres, cuando corresponda, y garantizar el acceso a las agencias de bienestar infantil.

Los servicios de tratamiento de trastornos por el uso de sustancias y de salud mental deben adaptarse a las características únicas de los niños y adolescentes y ser flexibles para identificar y abordar sus necesidades. Esto debe hacerse dentro de un marco que proteja a los niños y adolescentes del daño mientras satisfacen sus necesidades de salud individuales.

Servicios de atención comunitaria

El objetivo de los programas de atención comunitaria es identificar a los niños y adolescentes que puedan necesitar servicios sociales y de salud. Los programas brindan tales servicios en la medida de lo posible, dadas las limitaciones bajo las cuales un niño podría estar viviendo (por ejemplo, en la calle o encarcelado). Como tal, el personal de extensión debe enfocarse en los niños y adolescentes que se sabe que están en riesgo, y luego servir como conducto para los servicios necesarios. Dichos servicios deben tratar de abordar cualquiera de una variedad de problemas, incluidos los de naturaleza mental, conductual y social. En ciertos casos, el personal puede llevar a cabo pruebas de cribado para recopilar información suficiente para determinar la necesidad de remisión y tratamiento, y desempeñar un papel activo en la organización de la remisión o el tratamiento. Los servicios de atención comunitaria también pueden necesitar evaluar la dinámica y las vulnerabilidades interfamiliares en las que puedan encontrarse. Iniciar el tratamiento para los trastornos por el uso de drogas tiene prioridad sobre la causa y el alcance del problema.

Cribado y evaluación

Los programas tradicionales ambulatorios y de hospitalización que brindan tratamiento a niños y adolescentes, generalmente tienen procedimientos de detección y admisión que determinan la idoneidad del niño o adolescente para ingresar al programa. Es necesario, como mínimo, detectar tres factores de riesgo como parte del proceso de admisión: la gravedad del trastorno por uso de sustancias; riesgo de autolesión y daño a otros; y otros problemas de seguridad, como la vulnerabilidad al abuso (emocional, sexual y/o físico). Una combinación de factores de riesgo, así como la complicación de otros trastornos concurrentes, puede sugerir la necesidad de admitir al niño o adolescente en un entorno de tratamiento hospitalario más adecuado, si el tratamiento ambulatorio no puede garantizar el apoyo y la seguridad adecuados. Una examinación

evalúa las circunstancias actuales de la vida del niño o adolescente y recopila información sobre sus antecedentes físicos, psicológicos, familiares y sociales para determinar las necesidades específicas de tratamiento. Esto ayuda a desarrollar un plan de tratamiento que coincida con las fortalezas y necesidades del niño o adolescente. Los estándares utilizados en el cribado y evaluación de niños y adolescentes no deberían ser diferentes de los utilizados para otras poblaciones de pacientes.

Planeación del tratamiento

Los niños y adolescentes con trastornos por el uso de sustancias deben considerarse parte integral de un equipo de tratamiento que se concentre en el bienestar físico y psicológico. Es importante verlos, no solo como pacientes que están pasivamente informados sobre su estado de salud, sino más precisamente, como participantes activos en la toma de decisiones sobre el tratamiento, junto con el cuidador. Además, al principio del proceso de planificación, la gestión de casos puede ayudar con los vínculos con los servicios comunitarios relevantes y, en el caso del tratamiento hospitalario, es necesario decidir sobre la transición de regreso a la comunidad. La planificación del tratamiento también requiere colaboración con el sistema escolar y debe tener en cuenta la necesidad de una educación formal continua.

Enfoques de tratamiento

Los enfoques de tratamiento para niños y adolescentes con trastornos por uso de sustancias dependen en gran medida de la(s) sustancia(s) utilizada(s). Al igual que con otras poblaciones de pacientes, el tratamiento debe incluir intervenciones psicosociales en combinación con medicamentos cuando sea apropiado. Sin embargo, existe poca investigación sobre la eficacia de las farmacoterapias para el tratamiento de adolescentes, y aún menos sobre los trastornos infantiles por el uso de sustancias. Como tal, ninguno de los medicamentos está aprobado para su uso en este grupo de población. Existe cierto apoyo para el uso de agonistas opioides, como la metadona y la buprenorfina, para tratar a los adolescentes cuando pueden dar su consentimiento legal para dicho tratamiento. Debe usarse en adolescentes con dependencia severa de opioides que corren un alto riesgo de continuar el uso de drogas. Los padres también deben dar su consentimiento para cualquier tratamiento de menores, como lo exige la legislación nacional. Los adolescentes con una corta duración del trastorno por uso de opioides, que cuentan con un importante apoyo familiar y social, pueden responder al tratamiento de la abstinencia de opioides con o sin una prescripción posterior de naltrexona como estrategia de prevención de recaídas. La farmacoterapia apropiada también debe usarse para tratar los trastornos psiquiátricos concurrentes como parte de un plan de tratamiento integrado que también involucra tratamientos psicosociales.

Los enfoques psicosociales para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas deben ser individualizados y tomar en cuenta sus vulnerabilidades y fortalezas, así como el historial de desarrollo desde el nacimiento hasta el presente. Los ejemplos de enfoques de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias en niños y adolescentes incluyen el enfoque de habilidades vitales, intervenciones familiares y psicoeducación. Los adolescentes se beneficiarán de la capacitación en autocontrol, habilidades sociales y toma de decisiones. Cuando esté disponible y probado localmente, el uso de tecnologías digitales basadas en evidencia también puede introducirse en los programas de tratamiento.

Cuestiones específicas de género en el tratamiento de adolescentes

El reconocimiento de las diferencias de género debe formar parte integral del tratamiento en niños y adolescentes. Los niños generalmente prefieren grupos de género mixto, mientras que las niñas prefieren grupos solo de niñas, que reflejan diferencias tanto en la historia de socialización como en el uso de sustancias entre niñas y niños. Dadas las tasas mucho más altas de abuso físico, abuso sexual y el intercambio de sexo por drogas en

niñas que niños, al menos una parte del programa de tratamiento debe ser específico de género e incluir componentes relacionados con la salud sexual y reproductiva. Para las niñas, el tratamiento puede centrarse en vulnerabilidades específicas que afectan a las niñas, como la depresión y un historial de abuso físico y sexual, mientras que para los niños el tratamiento puede centrarse más en problemas de control de impulsos, interrupciones en la escuela y la comunidad y un historial de aprendizaje y problemas de conducta. Sin embargo, será necesario abordar muchos de estos problemas en todos los niños y adolescentes.

En resumen, invertir en servicios de tratamiento de drogas diseñados específicamente para adolescentes también impulsará el crecimiento económico al ayudar a aumentar la productividad, reducir el gasto en salud y perturbar la transmisión intergeneracional de la mala salud, la pobreza y la discriminación.

5.3 Trastornos por el uso de drogas en personas involucradas con el sistema de justicia penal

5.3.1 Descripción

El tamaño de la población carcelaria en todo el mundo está creciendo, lo que supone una enorme carga financiera para los gobiernos y un gran costo para la cohesión social de las sociedades. Se estima que más de 10.3 millones de personas, incluidos los condenados y encarcelados, fueron detenidos en instituciones penales de todo el mundo en octubre de 2015. Aunque las mujeres solo constituyen el 6,8% de los prisioneros del mundo, la población carcelaria femenina ha aumentado en un 50% desde el año 2000, mientras que la cifra equivalente para la población carcelaria masculina es del 18% (Walmsley, 2015).

A nivel mundial, se estima que uno de cada tres prisioneros ha usado una sustancia ilícita en algún momento mientras estuvo encarcelado (una prevalencia media de por vida del 32.6%, según datos de 32 estudios), un 20.0% informó el consumo en el último año (una mediana del año pasado prevalencia de 45 estudios) y 16.0% informó el consumo actual (una mediana de prevalencia en el último mes de 17 estudios). Según las estimaciones, las personas con trastornos por el uso de drogas representan una alta proporción de la población carcelaria en muchos países (UNODC, 2017. UNODC, 2019).

Numerosos estudios han demostrado que el uso de drogas, incluido el uso de drogas inyectables, es altamente prevalente en las cárceles, y compartir agujas y jeringas es algo común. Las prácticas de inyección inseguras en la prisión, donde las tasas de VIH son altas, colocan a las personas que se inyectan drogas en un mayor riesgo de infección por VIH mediante el uso de agujas y jeringas contaminadas (UNODC, 2017).

A nivel mundial, se estima que 2.8% (2.05 - 3.65%) de los prisioneros tienen tuberculosis activa, con las tasas más altas en Europa Oriental y Asia Central (4.9%) y África Oriental y Meridional (5.3%). Se ha demostrado que las personas que usan drogas en prisión tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis (UNODC, 2017).

Es importante detectar el uso de drogas y los trastornos por uso de drogas en las personas involucradas con el sistema de justicia penal. Es una oportunidad para alentar a una persona que obtuvo un resultado positivo a recibir el apoyo adecuado y, si es necesario, intervenciones de tratamiento con remisión a servicios de tratamiento para trastornos por el uso de drogas. Esto puede requerir una respuesta coordinada que involucre a la justicia penal, así como a los sistemas de salud y asistencia social. El tratamiento de trastornos por el uso de drogas basado en la evidencia ha demostrado ser efectivo para reducir el uso de sustancias y promover la recuperación al tiempo que rompe el círculo vicioso del uso de drogas y la delincuencia, y reduce la reincidencia y el encarcelamiento entre las personas con trastornos por el uso de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal (Justice Policy Institute, 2008; Gumpert et al., 2010; Sun et al., 2015; Zhang et al., 2017).

El tratamiento para las personas con trastornos por el uso de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal pueden, dependiendo del delito, tener lugar como una alternativa a la condena o castigo o en paralelo a la sentencia o el encarcelamiento (en entornos carcelarios, por ejemplo).

Las convenciones internacionales de fiscalización de drogas (ONU, 1961, 1971, 1988) prevén la facilitación del tratamiento como una alternativa parcial o completa a la condena o castigo (o en paralelo a la condena o castigo), principalmente para ser considerado en casos apropiados de naturaleza menor, cometidos por una persona con trastornos por el uso de drogas. El tratamiento como alternativa a la condena o castigo se puede implementar a lo largo de la continuidad de la justicia penal, a lo largo de las etapas previas al juicio, durante el juicio y después de la sentencia.

5.3.2 Modelos y componentes

El tratamiento y la atención basados en la evidencia deben estar disponibles para todas las personas con trastornos por el uso de drogas, independientemente de su estado legal. A las personas con trastornos por el uso de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal se les puede ofrecer servicios de tratamiento de drogas como alternativa a la condena o el castigo o en paralelo, por ejemplo, dentro de las cárceles, dependiendo de la gravedad del delito cometido y la sentencia que pueden haber recibido o no. Para ofrecer una respuesta efectiva a cualquier persona con trastornos por el uso de drogas, que esté involucrada con el sistema de justicia penal, es necesario tomar en cuenta la gravedad de sus trastornos y las condiciones de salud comórbidas. De acuerdo con las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio) (ONU, 1990), la prisión siempre debe ser una medida de último recurso. Además, deben tenerse en cuenta las circunstancias especiales de las mujeres en contacto con el sistema de justicia penal, de conformidad con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y las Medidas no Privativas de Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) (ONU, 2011)

Cuando las personas con trastornos por el uso de drogas cometen delitos penales que se consideran leves (relacionados o no con las drogas), el tratamiento se puede ofrecer como una alternativa a la condena o el castigo, de conformidad con las convenciones y normas internacionales. Ofrecer un tratamiento basado en evidencia para los trastornos por el uso de drogas a las personas involucradas con el sistema de justicia penal es una respuesta efectiva de salud y seguridad pública (Belenko, Hiller y Hamilton, 2013; UNODC y OMS, 2019).

Las personas con trastornos por el uso de drogas, que no pueden beneficiarse del tratamiento como una alternativa a la condena o el castigo porque están cumpliendo una pena de prisión, necesitan recibir tratamiento y atención, administrados en la prisión u otros entornos.

Cribado y evaluación en el contexto de justicia penal.

La interacción con el sistema de justicia penal podría ser una oportunidad para alentar a las personas con trastornos por el uso de drogas a participar voluntariamente en los servicios de tratamiento. Por lo tanto, es críticamente importante detectar el uso de drogas y los trastornos por el uso de drogas entre quienes están en contacto con el sistema de justicia penal, preferiblemente como parte de un examen de salud más amplio.

Todos los puntos de contacto dentro del sistema de justicia penal deben ofrecer oportunidades para llevar a cabo pruebas de cribado y evaluación de los trastornos de salud, incluidos los trastornos por el uso de drogas. Es necesario establecer, en el punto más temprano de su contacto con el sistema de justicia penal, si los delincuentes con trastornos por el uso de drogas son elegibles para alternativas a la condena o castigo, e implementar las alternativas correspondientes. Las autoridades de justicia y salud deben tener la capacidad conjunta de evaluar el tratamiento para determinar si puede servir como una alternativa a la condena o el castigo. Además, deben establecer qué opciones de tratamiento están disponibles y son más adecuadas para la persona en consideración, teniendo en cuenta tanto el delito cometido como las necesidades de atención médica.

Los puntos y las oportunidades de intervención para vincular a los usuarios de drogas con los servicios, incluyen: contactos con agentes de la ley; detención inicial y/o audiencias judiciales iniciales; cárceles y tribunales; reingreso al sistema de justicia penal; y programas correccionales comunitarios, como libertad condicional, para delincuentes. Todos los actores en cada punto de intervención tienen la oportunidad de identificar signos de posibles trastornos por el uso de drogas y otras sustancias psicoactivas y por el uso de sustancias, y para garantizar la detección rápida de la salud de los trastornos por el uso de sustancias. Después de una evaluación positiva, los profesionales de la salud capacitados deben realizar una evaluación integral. Esto permitirá planificar e implementar intervenciones de salud consecutivas. Estos son especialmente necesarios en el manejo de los síndromes de abstinencia para evitar sufrimientos innecesarios y, en algunos casos, complicaciones peligrosas y potencialmente mortales entre las personas detenidas con dependencia de sustancias. La detección de trastornos por el uso de drogas y otras sustancias debe formar parte integral de la evaluación de salud estándar siempre que el sistema de justicia penal detenga a las personas.

La evaluación es un proceso continuo al que pueden someterse diferentes personas en diferentes entornos, en diversas etapas de contacto con el sistema de justicia penal. Por ejemplo, se podría tomar una evaluación inicial a nivel preventivo, para ser seguida por otra más tarde, en prisión. Hay varias razones por las cuales se puede requerir una reevaluación, como cambios en la necesidad percibida de un individuo de tratamiento, motivación o estado de salud. Existe una necesidad particular de considerar el riesgo de suicidio en todas las etapas de la evaluación.

Solo personal capacitado debe realizar evaluaciones para los trastornos por el uso de drogas. Los siguientes son los temas clave que se abordarán en la evaluación:

- ¿Existe algún riesgo inmediato para la vida, incluyendo resultados de una sobredosis?
- ¿Necesita la persona algún tratamiento inmediato por abstinencia de drogas o psicosis?
- ¿El patrón de consumo de drogas se ajusta al patrón de uso nocivo o dependencia?
- ¿La persona está interesada en recibir tratamiento para los trastornos por el uso de drogas?
- ¿Qué tipo de tratamientos ha recibido en el pasado?
- ¿Qué rangos de intervenciones de tratamiento pueden ser efectivos?
- ¿Qué tipos de intervenciones de tratamiento están disponibles?
- ¿Están disponibles estas intervenciones para las personas que reciben tratamiento como alternativa a la condena o castigo en el sistema penitenciario?
- De estas intervenciones de tratamiento, ¿cuál estaría la persona interesada en seguir?
- ¿Hay problemas médicos comórbidos (incluyendo afecciones psiquiátricas) que deban tenerse en cuenta?
- ¿Cuál es la situación legal en caso de que el tratamiento sea aceptado o rechazado?

Basado en una evaluación integral del individuo y sus necesidades con respecto al tratamiento y otros dominios importantes de la vida (salud, social, legal), es importante desarrollar un enfoque de tratamiento adaptado a esas necesidades. Es vital evitar enfoques que se centren exclusivamente en el castigo o que carezcan de estructura. Para ser eficaces, las intervenciones de tratamiento para personas con trastornos por el uso de drogas con un

historial de delincuencia, debe abordar las necesidades complejas y el riesgo de problemas, incluido el riesgo de reincidencia.

Tratamiento de los trastornos por uso de drogas en el contexto de la justicia penal

La premisa básica de la prestación de servicios de salud dentro del sistema de justicia penal es que dichos servicios deben observar los mismos principios que en cualquier otra parte de la atención médica y la práctica médica, y cumplir con el tipo y alcance descritos a lo largo de *las Normas*. Las decisiones tomadas por los funcionarios de justicia penal no deberían privar a una persona del derecho a la atención médica y los servicios que necesita.

Como regla general, los servicios de salud en el sistema de justicia penal deben ser iguales en estándar a los servicios de salud en la comunidad (el principio de equidad). Debe haber vínculos entre el sistema de justicia penal y los servicios basados en la comunidad para garantizar servicios ininterrumpidos, continuidad y calidad de atención sostenida.

Cuando un delincuente que tiene muchas probabilidades de tener un trastorno por el uso de drogas entra en contacto con el sistema de justicia penal (por ejemplo, ser arrestado por la policía por un delito relacionado con las drogas) debe someterse a una evaluación, seguido de una evaluación e intervenciones breves realizadas por un profesional de la salud capacitado. La evaluación puede determinar si el delincuente cumple con los criterios de diagnóstico para un trastorno por el uso de drogas que incluye la dependencia de drogas o un patrón dañino de uso de drogas. En caso de uso de drogas sin características de diagnóstico de trastornos por uso de drogas o en caso de patrón dañino de uso de drogas, es posible proporcionar una breve intervención de tratamiento (ver sección 4.2.1) mientras se evalúan necesidades adicionales, riesgos y factores de protección. Esto también es para evitar reincidencia y/o recaídas. Si la evaluación diagnóstica identifica la drogodependencia, necesita un tratamiento basado en la evidencia para la drogodependencia. Esto debería ofrecerse como una alternativa a la condena o castigo, o en paralelo a la sentencia y el encarcelamiento, dependiendo de la situación legal. Si la evaluación identifica otros problemas sociales o de salud mental/somática, el delincuente debe ser remitido a servicios que puedan proporcionar tratamiento y atención adecuados. Alternativamente, estos servicios pueden integrarse en el manejo de los trastornos por el uso de drogas.

Tratamiento para la drogodependencia en el contexto de la justicia penal.

Cuando un delincuente con drogodependencia entra en contacto con el sistema de justicia penal, es poco probable que haya recibido un tratamiento adecuado para su trastorno por uso de drogas. La interacción con el sistema de justicia penal puede ser una oportunidad para ofrecer al delincuente el tratamiento que necesita para su drogodependencia.

Suponiendo que el individuo consienta en el tratamiento, la evaluación diagnóstica por parte de un médico debe conducir al desarrollo de un plan de tratamiento. En este punto, es necesario establecer si el individuo es elegible y está listo para participar en las opciones de tratamiento disponibles, incluido el tratamiento como alternativa a la condena o castigo, cuando corresponda. La evaluación diagnóstica también debe cubrir otros problemas médicos, de salud mental o sociales, así como los factores que podrían modificar el riesgo de reincidencia y/o recaída. Esto es crucial para el desarrollo de un plan de tratamiento que responda a las necesidades de un individuo. Si la persona está dispuesta a participar en el tratamiento, es necesario discutir la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento adecuados. Si la decisión es proceder con el tratamiento, los actores relevantes del sistema de justicia penal deben decidir si se debe ofrecer como una alternativa parcial o completa a la condena o castigo. También necesitan

decidir si el tratamiento debe ser administrado durante el encarcelamiento – por ejemplo, en prisión – y especificar las condiciones que constituyeron la base de su decisión. Las condiciones del sistema de justicia pueden variar, desde la asistencia inicial a las sesiones de tratamiento y el cumplimiento continuo del tratamiento hasta resultados específicos del tratamiento intermedio, como la interrupción o la reducción del uso de drogas. Si un enfoque de tratamiento no logra el resultado deseado, puede ser necesario considerar enfoques de tratamiento alternativos más adecuados a las necesidades de salud y atención social del delincuente con trastornos por el uso de drogas.

Los servicios para personas con trastornos por el uso de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal deben centrarse no solo en las necesidades de atención médica, sino también en cogniciones, comportamientos, actitudes y los factores contextuales de las personas que estén asociadas con la reincidencia y la recaída. Los programas e intervenciones de tratamiento deben tener en cuenta estas necesidades específicas de los delincuentes con trastornos por el uso de drogas y abordarlas de manera integral. Esto no sólo ayudará a lograr los resultados sanitarios esperados, sino que también evitará la reincidencia y la recaída.

5.3.3 El tratamiento como alternativa a la condena o el castigo

Para ofrecer respuestas eficaces de salud y seguridad pública, al tiempo que se aborda el desafío de las crecientes poblaciones carcelarias en todo el mundo, es necesario considerar alternativas a la condena o el castigo para las personas con trastornos por el uso de drogas.

Para las personas con trastornos por el uso de drogas que cometen delitos relacionados con la posesión de sustancias controladas internacionalmente para consumo personal y otros delitos menores, los convenios internacionales de control de drogas han previsto medidas, como tratamiento, educación, cuidados posteriores, rehabilitación o reintegración social, incluidas alternativas completas a la condena o castigo (ONU, 1961, 1971, 1988). Además, los Estados tienen una serie de estándares y normas sobre la aplicación de medidas no privativas de la libertad, a las que deberían recurrir (ONU, 1990, 2011).

Existe una amplia gama de medidas alternativas aplicables a lo largo del proceso de justicia penal desde el juicio previo, durante el juicio y la condena, con algunas diferencias en los sistemas de derecho común y continental (UNODC y OMS, 2019). Las personas con trastornos por el uso de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal enfrentan múltiples problemas. Como tal, los programas de tratamiento deben tener la capacidad, a través de sus redes, de abordar adecuadamente las necesidades adicionales de los pacientes, como vivienda, empleo, problemas legales, financieros y familiares.

Los programas de tratamiento en el contexto de la justicia penal a menudo comienzan proporcionando intervenciones de tratamiento bastante estructuradas, que incluyen un estricto monitoreo de toxicología y el sistema de incentivos y, en menor grado, sanciones, para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Con el tiempo, a medida que los pacientes progresan, los programas reducen la intensidad de los servicios y la supervisión.

La Tabla 2 enumera algunos puntos clave de intervención y tipos de programas de desvío que diferentes países han implementado a lo largo de la continuidad de la atención de la justicia penal (UNODC y OMS, 2019). El individuo siempre debe tener la opción de aceptar o rechazar la opción de tratamiento y las condiciones asociadas con ella. Las garantías legales habituales, incluido el derecho de apelación, siempre deben ir acompañadas del tratamiento bajo supervisión judicial.

Tabla 2. La Tabla 2 enumera algunos puntos clave de intervención y tipos de programas de desvío que diferentes países han implementado a lo largo de la continuidad de la atención de la justicia penal (UNODC y OMS, 2019).

| RESPUESTA ADMINISTRATIVA | RESPUESTA DE LA JUSTICIA PENAL | | |
|---|--|---|--|
| <p>PRISIÓN PREVENTIVA</p> <p>Policía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta administrativa con información/referencia al tratamiento. | <p>JUICIO PREVIO</p> <p>Policía, fiscal, defensor, juez de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precaución con un desvío a la educación y/o tratamiento. • Suspensión condicional del proceso • Fianza condicional (alternativa a la prisión preventiva) | <p>JUICIO/SENTENCIA</p> <p>Juez, oficiales de libertad condicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplazamiento de la sentencia con un elemento de tratamiento. • Retraso de la ejecución de la sentencia con un elemento de tratamiento. • Libertad condicional/supervisión judicial • Tribunales/estrados (por ejemplo, el tribunal de tratamiento de drogas) | <p>POST-SENTENCIA</p> <p>Director de reclusorio, junta de libertad condicional, ministro de justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liberación temprana/libertad condicional/perdón con un elemento de tratamiento |

5.3.4 El tratamiento en entornos penitenciarios

La prisión debería ser una medida de último recurso. Cuando las personas con trastornos por el uso de drogas reciben una sentencia de prisión, que es una medida de último recurso en el sistema de justicia penal, pero no son elegibles para el tratamiento como alternativa a la condena o el castigo, se les debe ofrecer tratamiento por trastornos por el uso de drogas dentro del sistema penitenciario.

En general, las intervenciones de tratamiento en un entorno penitenciario deberían ser equivalentes a las disponibles para la población en general (como se describe en capítulos anteriores). Dichas intervenciones deben tener en cuenta la situación única de las personas con trastornos por el uso de drogas que enfrentan sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Las intervenciones de tratamiento siempre deben ser voluntarias y basadas en el consentimiento informado del paciente. Toda persona que tenga acceso a los servicios, incluidas las personas bajo la supervisión del sistema de justicia penal, debe tener derecho a rechazar el tratamiento, incluso si esto conlleva otras medidas privativas o no privativas de libertad.

Brindar el mejor tratamiento posible a las personas en entornos carcelarios presenta una serie de problemas complejos, que incluyen preguntas logísticas, como quién debe brindar el tratamiento, dónde y cuándo.

Una de las cuestiones más complejas se relaciona con la dotación de personal adecuada de los programas de tratamiento. En algunas cárceles, el personal está capacitado para brindar servicios de tratamiento, mientras que, en otras cárceles, se contrata a proveedores de tratamiento externos para que presten servicios. Estas decisiones de personal deben apuntar a lograr los mejores resultados al menor costo posible. Sin embargo, en general, los resultados para los pacientes dependen de la calidad de los servicios prestados y no de la afiliación del proveedor.

Idealmente, aquellos que participan en el tratamiento deben estar apartados, según corresponda, de otros individuos encarcelados para mantener un ambiente terapéutico. Si las personas en recuperación regresan al

entorno general de la prisión, corren un alto riesgo de usar drogas y sufrir recaídas, lo que puede socavar los logros alcanzados durante el tratamiento. Cuando los entornos de tratamiento separados o independientes no son posibles o no están disponibles, es importante tratar de minimizar la exposición a factores de riesgo externos (por ejemplo, estableciendo horarios separados de comidas y recreación). Las decisiones de tratamiento también deben tomarse en cuenta la cantidad de tiempo restante en la sentencia de un delincuente. Las agencias deben considerar cuánto tiempo permanecerá encarcelado un individuo y exigirle que complete el tratamiento asignado antes de su liberación o garantizar la continuación del tratamiento a partir de entonces.

Ciertas consideraciones especiales se aplican a la administración de intervenciones de tratamiento para trastornos por consumo de drogas en las cárceles.

- Manejo de abstinencia asistido por fármacos, en caso de estar indicado: Si una correccional carece de gestión interna de retiros, es imperativo que se remita a la persona a servicios médicos externos. Obligar a las personas a pasar por una interrupción sin atención médica no solo es poco ético; puede poner en peligro la salud y la seguridad de la persona.
- El tratamiento ambulatorio o el tratamiento en el consultorio de las cárceles puede incluir períodos de tratamiento intensivo seguidos de períodos de tratamiento menos intensivo. Este método de "descenso" en la intensidad del tratamiento es particularmente adecuado para las personas que reciben servicios de tratamiento intensivo en prisión y que, al regresar a la comunidad, todavía necesitan servicios de tratamiento, aunque menos intensos. Una disminución gradual en la intensidad del tratamiento debe depender de si el individuo está cumpliendo sus objetivos de tratamiento.
- El tratamiento residencial se puede proporcionar en unidades dedicadas dentro de una prisión. Dichos programas son particularmente valiosos cuando se dirigen a poblaciones específicas de alto riesgo, como delincuentes juveniles, mujeres y personas con trastornos psiquiátricos. Estar en un entorno residencial dedicado, minimiza la exposición a otros, especialmente en la población carcelaria general, que podrían victimizar a la persona que recibe tratamiento. Este espacio dedicado también ayuda a abordar los problemas pertinentes al subgrupo (como abordar el trauma entre las mujeres que han sobrevivido eventos riesgosos).
- Una comunidad terapéutica es un modelo de tratamiento residencial que se puede adaptar a una población carcelaria. Los programas comunitarios terapéuticos en la prisión deben ubicarse en una unidad separada de la prisión con una estructura y servicios similares a programas comparables fuera del entorno de la prisión.
- La prevención de sobredosis de opioides es una intervención clave, especialmente en la liberación de la prisión. Para las personas con trastornos por el uso de opioides, iniciar o continuar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides en prisión ha demostrado ser efectivo para prevenir la sobredosis de opioides al momento de la liberación.
- Para reducir el riesgo de sobredosis de opioides después del alta de la prisión, las personas con antecedentes de uso de opioides, así como sus familiares y amigos, deben estar equipados con naloxona para llevar a casa, junto con instrucciones y/o capacitación sobre cómo usarla en caso de sobredosis de opioides.

Referencias

Belenko, S, Hiller, M and Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*. Springer US, 15(11), p. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-z.

CND (2016) Resolution 59/4 Development and dissemination of international standards for the treatment of drug use disorders. Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Conrod, PJ and Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), pp. 371–394. doi: 10.1111/jcpp.12516.

Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) pp. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.

Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).

Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5(12), pp. 987–1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.

Dennis, ML, Foss, MA and Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*. 31(6), pp. 585–612. doi: 10.1177/0193841X07307771.

Dennis, ML, Scott, CK and Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*. 16(4), p. 442. doi: 10.1007/s11920-014-0442-3.

Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social work in public health*. NIH Public Access, 28(3–4), pp. 313–32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663.

Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*. X5, pp. 357–366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x

DuPont, RL, Compton, WM and McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier, 58, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.

Ernst, D, Miller, WR and Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.

- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version'.
- Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*. NIH Public Access, 2(2), p. 1010. PMID: PMC4285388.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Elsevier, 392(10159), pp. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
- Gumpert, CH et al. (2010). The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study. *International Journal of Forensic Mental Health*. Taylor & Francis Group, 9(2), pp. 82–92. doi: 10.1080/14999013.2010.499557.
- Hai, AH et al. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*. 202, pp. 134–148. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045.
- Justice Policy Institute (2008). Substance Abuse Treatment and Public Safety: Policy Brief. Available at: http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf (Accessed: 1 October 2019).
- Koob, GF and Volkow, ND (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), pp. 760–773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Livingston, JD et al. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), pp. 39–50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x.
- Lopez-Quintero, C et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 115(1–2), pp. 120–130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.
- McCollister, KE et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. *Addiction*. 108(12), pp. 2166–2174. doi: 10.1111/add.12335.
- McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 168(1), pp. 26–33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006.
- Miller, PM, Peter M (2013). Interventions for addiction. Vol. 3: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier Science. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6> (Accessed: 21 February 2020).
- NIDA (2012). Principios of drug addiction treatment- A research-based guide. Available at: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Rapp, RC et al. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of substance abuse treatment*. NIH Public Access, 30(3), pp. 227–35. doi:10.1016/j.jsat.2006.01.002.

Rhodes, T (1996). *Outreach work with drug users : Principios and practice*. Strasbourg: Council of Europe Pub.

SAMHSA (2015). *Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System*. Rockville, (HHS Publication No. (SMA)-15-4930. Rockville, MD). Available at: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4930.pdf> (Accessed: 21 February 2020).

Shehaan, DV et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.

Sheehan, DV (2016). *The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI)*.

Silveri, MM et al. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Pergamon, 70, pp. 244–259. doi: 10.1016/J.NEUBIOREV.2016.06.042.

Stockwell, TR et al. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 74, pp. 79–87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x.

Sun, H-M et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 5(1), p. e005997. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005997.

Torrens M, Mestre-Pintó, J-I and Domingo-Salvany, A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe', *European Monitoring Centre for Drug Addiction*. doi: 10.2810/532790.

UN (1961). *Single Convention on Narcotic Drugs of 1961*. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1971). *Convention on Psychotropic Substances of 1971*. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1988). *United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988*. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> (Accessed: 13 August 2019).

UN (1990). *United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (The Tokyo Rules)*. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf> (Accessed: 1 October 2019).

UN (2011). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/Crime_Resolutions/2010-2019/2010/General_Assembly/A-RES-65-229.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UN (2016). Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS): “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem”. Available at: <https://undocs.org/A/RES/S-30/1> (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System: Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP) Toolkit. Available at: https://www.unodc.org/documents/publications/gap_toolkit_module1_idis.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2008b). Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document Sustained Recovery Management Good Practice. Available at: www.unodc.org/treatnet (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2012). TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Available at: https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2014). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtg_guidance_EN.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6). UNODC

(2016). World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

UNODC (2017). World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

UNODC (2018). World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). UNODC

(2019b). World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).

UNODC and WHO (2008). Principles of Drug Dependence Treatment: discussion paper. Available at: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (Accessed: 30 September 2019).

UNODC and WHO (2018). International Standards on Drug Use Prevention (Second Updated Edition). Available at: https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf (Accessed: 12 August 2019).

UNODC and WHO (2019). Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_EN_0919.pdf (Accessed: 1 October 2019).

Wagner, F and Anthony, JC (2002). From First Drug Use to Drug Dependence Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 26(4), pp. 479–488. doi: 10.1016/S0893-133X(01)00367-0.

Walmsley, R (2015). World Prison Population List eleventh edition. Available at: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf (Accessed: 21 February 2020).<http://www/>

White, LW (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Available at: https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf (Accessed: 1 October 2019).

White, WL (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 33(3), pp. 229–241. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015.

WHO (2001). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>.

WHO (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948>.

WHO (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by Humeniuk, R [et al]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>.

WHO (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf?sequence=1 (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357>.

WHO (2012b). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44068>.

WHO (2014a). Community management of opioid overdose. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>.

WHO (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>.

WHO (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

WHO (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO (2019a). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Available at: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en> (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019b). The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023, was approved by the Seventy- first World Health Assembly in resolution WHA71.1 on 25 May 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf> (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019c). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHOMSD-19.1-eng.pdf?ua=1> (Accessed: 30 September 2019).

Zhang, H-H et al. (2017). Evaluation of a community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. *Oncotarget. Impact Journals, LLC*, 8(33), pp. 54046–54053. doi: 10.18632/oncotarget.18681.

Traducción no oficial

World Health Organization
Alcohol, Drug and Addictive Behaviour (ADAB)
Department of Mental Health and Substance Use (MHSU)
20 Avenue Appia
CH-1203 Geneva 27
Switzerland
alcohol@who.int | subst

United Nations Office on Drugs and Crime
Prevention, Treatment and Rehabilitation Section
Drug Prevention and Health Branch
Vienna International Centre
P.O. Box 500
A-1100 Vienna
Austria
<http://www.unodc.org>

