

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA EN LA
REINCIDENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
REINSERCIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL
QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN
INTEGRAL (CARI) – BARRANQUILLA 2001**

**YAJAIRA MARLETH ARAGON RODRIGUEZ
DABEIBA ISABEL BARRAZA VILLAFANE
MILEYDYS ESTHER CUELLO MUÑOZ**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

PSI
4030832

S



SISTEMATIZADO
HEMEROTECA



Barranquilla, Noviembre 26 del 2001

Doctora
YOMAIRA ALTAHONA
Coordinadora del Dpto. Investigación
Ciudad

Es muy grato presentar la investigación " Efectos del Programa de Farmacodependencia en la reincidencia al consumo de sustancia psicoactivas y la reinserción social en pacientes con Diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención Integral" con los requerimientos metodológicos que le dan un carácter científico an el ámbito de la investigación.

Deseo resaltar el compromiso y responsabilidad que el equipo de trabajo presentó durante la ejecución de la investigación. Los resultados obtenidos generan nuevas investigaciones, a la vez que han sistematizado un proceso de evaluación requerido en los programas de corte social.

Muy satisfactoriamente hago entrega de este valioso aporte institucional , profesional e investigativo.


IRENE POLO MARTINEZ
Directora de Investigación

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA EN LA
REINCIDENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
REINSERCIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL
QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN
INTEGRAL (CARI) – BARRANQUILLA 2001**

**YAJAIRA MARLETH ARAGON RODRIGUEZ
DABEIBA ISABEL BARRAZA VILLAFANE
MILEYDYS ESTHER CUELLO MUÑOZ**

Directora
IRENE POLO MARTINEZ
Psicóloga

Asesor metodológico y estadístico
ANTONIO MARTINE SUAREZ
Master en Psicología – Recursos Humanos

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO - 4030832

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado


Jurado


Jurado

Barranquilla, Noviembre de 2001

DEDICATORIAS

A ti padre espiritual, porque me enseñaste el camino y la luz para vencer todas las adversidades que aparecieron en mi vida, y así poder culminar con éxitos mis estudios.

A los seres más queridos e indispensables en mi vida, especialmente a ti papá, quien confiastes en mi y me apoyastes para obtener el éxito en mi carrera profesional.

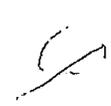
A mi madre Mercedes, y tías Nerys y Nellys, quien en todo momento supieron darme sus atinados consejos y guiarme por los senderos hacia el éxito.

A la persona que más adoro Ronald P. de quien obtuvo el apoyo incondicional y con su buena fe supo orientarme hacia camino de la vida profesional.

A mis hermanos, especialmente a Enieser de quien espero alcance sus triunfos siguiendo mis pasos.

A mis compañeras, quienes lucharon conmigo en este arduo proceso.

Yajaira Aragón R.



Ahora que me encuentro en el último escalón para alcanzar el éxito quiero reconocer a todas las personas que han estado conmigo durante este largo proceso y que me brindaron su apoyo además de su corazón, permitiéndome salir adelante y no darme por vencida.

Se lo dedico a Dios principalmente, por que con su infinita misericordia y amor a mi me permitió llegar hasta donde estoy en estos momentos, por darme la fortaleza necesaria para seguir luchando y vencer todos los obstáculos que aparecieron en mi camino.

A mis padres que siempre tuvieron confianza en mi y sembraron su semilla de amor en mi corazón, ahora solo espero poderles recompensar y este es un buen inicio.

A mis hermanos, que estuvieron conmigo cuando estaba a punto de renunciar, ahora agradezco que no me lo hayan permitido.

A mis compañeras, que vivenciaron conmigo el sufrimiento de este proceso y con quienes muchas veces sentí la desesperanza, pero que al final logramos salir adelante y vencer.

Dabeiba Barraza V

Quisiera dedicarle este triunfo a Dios principalmente porque fue él quien me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante y vencer los obstáculos que aparecieron en mi camino

A mis padres a quien hoy felizmente entrego los racimos que un día soñaron al sembrar en los surcos de alma, las semillas de sus grandes esfuerzos.

A mis hermanos y demás familiares quienes estuvieron conmigo cuando más los necesité.

A Gregorio quien me brindó su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios profesionales.

A mis compañeras quienes siempre estuvieron conmigo en los momentos más difíciles.

Mileidys Cuello M.

Agradecimientos

Agradecemos a ti padre espiritual por que nos distes una luz de esperanza en el camino para seguir adelante y vencer todas las adversidades que se nos presentan.

A nuestra asesora la Dra. Irene Polo quien con sus regaños y dirección nos hizo poner los pies sobre la tierra firme, le agradecemos también todas las oraciones elevadas a nuestro favor. Al igual que su apoyo incondicional en este proceso.

Al Dr. Antonio Martínez (Asesor Metodológico) por su orientación.

A la Dra. Elizabeth Salcedo quien estuvo con nosotras en momentos difíciles y siempre nos brindo una mano amiga.

Y a todas aquellas personas que siempre confiaron en nosotras y no nos permitieron darnos por vencidas.

Al Centro de Atención y Rehabilitación Integral C.A.R.I. por el apoyo que nos brindo a nivel logístico y facilito nuestra labor.

Yajaira, Dabeiba, Mileidys

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	
1. TEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. OBJETIVOS	10
5. MARCO TEÓRICO	12
6. VARIABLES	84
6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	84
6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	85
6.3 CONTROL DE VARIABLE	86
6.3.1 VARIABLES CONTROLADAS	86
6.3.2 VARIABLES NO CONTROLADAS	87
7. HIPÓTESIS	88
8. METODO	89
8.1 DISEÑO	89
8.2 POBLACION Y MUESTRA	89
8.3 TECNICAS E INSTRUMENTO	90
9. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	143
9.1 PERFIL DEL CONSUMIDOR	144
9.1.1 VARIABLE SOCIO DEMOGRÁFICA	145
9.1.2 ESTADO MEDICO GENERAL	151
9.2 REINSERCIÓN SOCIAL	157

9.2.1 SITUACIÓN LABORAL Y FINANCIERA	157
9.2.2 SITUACIÓN LEGAL	166
9.2.3 SITUACIÓN FAMILIA Y RELACIONES SOCIALES	170
9.3 REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE DROGA	178
9.3.1 USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	179
9.3.2 ESTADO PSICOLÓGICO	190
9.4 MODELO ESTADÍSTICO Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	196
10. CONCLUSIONES	208
11. RECOMENDACIONES	210
BIBLIOGRAFÍA	212
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Diagnóstico Dual Asociado	144
Tabla 2. Cantidad de veces que los pacientes en estudio han sido hospitalizados en sus vidas por problemas médicos	151

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Edad de la población en estudio	146
Cuadro 2. Nivel de escolaridad de la población en estudio	147
Cuadro 3. Estado civil de la población en estudio	149
Cuadro 4. Hospitalizaciones en los últimos 12 meses, presencia de enfermedades crónicas y presencia de medicamentos en la población en estudio.	153
Cuadro 5. Cantidad de días que los pacientes han estado enfermos en los últimos 30 días	154
Cuadro 6. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Estado Médico General de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento.	156
Cuadro 7. Ocupación usual o última ejercida por los integrantes de la población en estudio	158
Cuadro 8. Patrones usuales de ocupación durante los últimos treinta días	160
Cuadro 9. Origen del dinero recibido por integrantes de la población en estudio	161
Cuadro 10. Preocupación de los pacientes por los problemas laborales	163
Cuadro 11. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Laboral y Financiera de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)	165

Cuadro 12. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Laboral y Financiera de la prueba ASI (postprueba)	166
Cuadro 13. Autoevaluación de los pacientes con respecto a preocupación y asesoría en problemas legales	167
Cuadro 14. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Legal de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)	169
Cuadro 15. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Legal de la prueba ASI .	170
Cuadro 16. Actividades realizadas en 1 tiempo libre por parte de los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla	171
Cuadro 17. Personas con las cuales los pacientes en estudio hayan experimentado problemas serios	172
Cuadro 18. Autoevaluación con respecto molestias o problemas en la esfera social y la presencia de orientación profesional.	174
Cuadro 19. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Familiar y Relaciones Sociales de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba).	177
Cuadro 20. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Familiar y Relaciones Sociales de la prueba ASI.	178
Cuadro 21. Tiempo de duración de la última abstinencia voluntaria al consumo de drogas	182
Cuadro 22. Presencia de delirium tremens y sobredosis	183

Cuadro 23. Hospitalizaciones presentadas por delirium tremens o sobredosis	184
Cuadro 24. Autoevaluación del paciente con respecto al uso de drogas y la asistencia profesional	186
Cuadro 25. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Uso de Alcohol u otras drogas de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)	188
Cuadro 26. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Uso de Alcohol u otras Drogas de la prueba ASI.	189
Cuadro 27. Cantidad de tratamientos por problemas psicológicos o emocionales	191
Cuadro 28. Sintomatología presentada por los pacientes por efectos del consumo del alcohol u otras drogas	192
Cuadro 29. Autoevaluación del paciente con respecto a la presencia de problemas o molestias y a la asesoría profesional por problemas psicológicos	193
Cuadro 30. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Estado Psicológico de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (posprueba)	195
Cuadro 31. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Estado Psicológico de la prueba ASI.	196

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. organigrama del CARI	215
Anexo B. Programa de Farmacodependencia CARI	216
Anexo C. Prueba ASI	234

INTRODUCCIÓN

El Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), es una institución de origen gubernamental que ofrece espacios convivenciales, residenciales o ambulatorios con elementos terapéuticos y educativos, atendidos por personal especializado, profesionales, tecnólogos, auxiliares, operadores terapéuticos calificados en este campo.

En este centro se desarrollan programas específicos de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación, formación, capacitación y docencia en el campo de consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos mentales asociados, trastornos de esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos afectivos, ofreciendo a los usuarios las máximas oportunidades posibles para su desarrollo físico, mental, espiritual, emocional, socio-cultural basada en la integridad, la autoayuda y humanidad de todos sus miembros en la cual el respeto por la dignidad de las personas son una oportunidad.

Una parte de esta población es atendida por presentar problemas con el consumo de sustancias psicoactivas. El nombre de sustancias psicoactivas se propone para reemplazar términos confusos como “drogas”, “fármacos”, “estupefacientes”, entre otros. Se refiere a todas aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema

nervioso central y que tienen la capacidad de modificar su funcionamiento, aumentando o disminuyendo el nivel del mismo, y alterando el campo de conciencia.¹

El consumo de sustancias psicoactivas comúnmente llamada farmacodependencia se entiende como la presentación de síntomas psiquiátricos provocados por el uso de sustancias psicoactivas, incluyendo los efectos adversos de medicación y la exposición a tóxicos.

Los trastornos por consumo de sustancias (es decir dependencia y abuso) se caracterizan por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, adicción fisiológica, pérdida del control sobre el comportamiento de consumo y/o consecuencias adversas.²

En el CARI son tratados pacientes con problemas de farmacodependencia los cuales en algunas ocasiones muestran otros trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y que al momento de realizar la valoración se denomina diagnóstico dual.

El diagnóstico dual se define como la co – ocurrencia, coexistencia, comorbilidad o

¹ Rumbos. El libro de las drogas, manual para la familia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda, 2000. p. 268

² POLO, Irene. Programa de rehabilitación y atención integral del CARI. Barranquilla, 1997. p. 26.

aparición simultánea de un trastorno adictivo con uno psiquiátrico. Éste en un principio trata de un diagnóstico "transversal" sin considerar el porqué, cuándo o cómo se relacionan entre sí.³

El diagnóstico dual es algo homogéneo puesto que existen varias dimensiones que determinan esa diversidad: el tipo de sustancia, la naturaleza, la gravedad del trastorno por consumo y presencia de problemas psicosociales relacionados, por lo tanto cada paciente presentaría una combinación particular de estos problemas. La naturaleza de la relación existente entre los trastornos que conforman el diagnóstico dual es muy compleja y la información de los marcos explicativos es muy escasa.

El programa de farmacodependencia del CARI, presenta como una de sus metas la reinserción social del individuo y la abstinencia del consumo de SPA, lo cual es objeto de comprobación en el desarrollo del presente estudio titulado Efectos del programa de farmacodependencia en la reincidencia del consumo de sustancias psicoactivas y reinserción social en pacientes con diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

El paradigma de la presente investigación es de tipo cuantitativo ya que permite

³ Revista Trimestral de la Asociación Proyecto Hombre # 24. 1994, p. 26

obtener resultados específicos de la misma en forma objetiva y controlada, buscando los hechos o causas del fenómeno con poca atención por los estados subjetivos, asumiendo una realidad estable.⁴

El diseño es preexperimental con preprueba - post prueba con un solo grupo, teniendo en cuenta que los momentos de aplicación del instrumento se hizo antes del estímulo y como mínimo un año después de éste haber acontecido. Los instrumentos aplicados fueron Índice de Severidad de Adicción (ASI), Indicativo para detectar el nivel de alcoholismo (CAGE) y la Escala Autoevaluativa de Depresión de Zung que permitió establecer los grados de depresión clínica.

La población objeto de estudio está constituida por trece (13) pacientes quienes cumplieron los requisitos de haber estado mínimo un año en el programa, ser evaluados con diagnóstico dual, alfabetos, entre otros.

Es importante la realización de esta investigación puesto que permite ver una realidad poco resuelta, en la que no se puede realizar una intervención seria y rigurosa si se tiene en cuenta el hecho al aceptar que la dependencia de S. P. A. se relaciona con aspectos como la problemática sociolaboral, legal, psicológica, familiar, médico y sería innegable un aspecto psiquiátrico.

⁴ POLO, Irene., Op. cit. p. 7.

1. TEMA

Efectos del programa de farmacodependencia en la reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas y reinserción social, en pacientes con diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI – Barranquilla - 2001

2. JUSTIFICACIÓN

En el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) de la ciudad de Barranquilla se viene desarrollando desde 1991 el programa de farmacodependencia el cual entre sus metas fija la reinserción social del paciente y la abstinencia en las sustancias psicoactivas.⁵

El presente estudio plantea como objetivo general determinar los efectos de este programa sobre la reincidencia y reinserción social en los pacientes con diagnóstico dual que asisten al CARI de Barranquilla.

Para esta institución es necesario el conocimiento que aporta este estudio puesto que permite mirar las falencias del programa, determinar las fortalezas y debilidades del mismo, realizar cambios que mejoren la calidad de la atención, de igual forma verificar si el manejo y la intervención del grupo interdisciplinario es el adecuado; de tal forma que este programa cumpla con su objetivo de contribuir a la disminución de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas que producen dependencia mediante actividades de promoción, prevención, atención

⁵ Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. ASOCOPSIS, Vol 2, 1996, p. 45

integral (rehabilitación y reinserción social de farmacodependientes del departamento del Atlántico).

Al realizarse la presente investigación en el marco de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar se pretende que ésta mediante su presencia al apoyar la siguiente investigación facilite el desempeño del grupo profesional en el CARI, puesto que proporciona unas bases sólidas sobre las cuales se levantarán diferentes métodos de intervención en los pacientes y de esta manera lograr satisfactoriamente el desenvolvimiento de estos a nivel familiar, personal, psicológico, educativo, legal y social.

El CARI como Centro de Atención Regional atiende pacientes de la costa norte colombiana por lo cual un mejoramiento en la calidad del servicio beneficiaría a todos sus usuarios brindando así una mejor orientación y atención tendientes a buscar integralmente el fomento en la promoción de su salud a nivel biopsicosocial.

Teniendo en cuenta que este grupo interdisciplinario está integrado por psicólogos, trabajador social, psiquiatra, médico, enfermeras, nutricionista y terapia ocupacional, las conclusiones del estudio servirían en cada una de las anteriores áreas del conocimiento sobre la forma más eficiente de planificar y ejecutar programas de atención integral.

A la psicología además de lo anterior le contribuiría como ciencia encargada del estudio del comportamiento humano a comprender mejor las características de los pacientes con diagnóstico dual en el contexto de la costa atlántica colombiana; sector de Colombia en el cual el CARI es pionero en este tipo de tratamiento.

Teniendo en cuenta que los integrantes de la unidad investigativa se forman en el campo de la psicología, es para ellos una oportunidad de complementar conocimientos, confrontar teorías y conceptos sobre el diagnóstico dual; acercándose mucho más a una problemática real y con tendencia creciente, propia del contexto donde reside, y conociendo mucho más a sus futuros pacientes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué efectos tiene el programa de farmacodependencia en la reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas y reinserción social en pacientes con diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) de la ciudad de Barranquilla?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos del Programa de Farmacodependencia en la reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas y reinserción social en pacientes con diagnóstico dual que asisten al Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las condiciones sociales del paciente a través de la valoración de la severidad ejecutada por el experto basada en las respuestas emitidas a los ítems de la sección Uso de Alcohol u otras Drogas y Estado Psicológico de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento, al inicio del Programa (preprueba) y mínimo un año después (posprueba).

- Establecer las condiciones de reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas del paciente, a través de la valoración de la severidad ejecutada por el experto basada en las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Laboral y

Financiera, Familia y Relaciones Sociales y Situación Legal de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento, al inicio del Programa (preprueba) y mínimo un año después (postprueba).

- Establecer las diferencias significativas existentes entre la valoración de la severidad de las condiciones sociales del paciente, preprueba y postprueba, con la valoración condiciones de reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas en la preprueba y la postprueba.

5. MARCO TEÓRICO

El CARI como institución prestadora en Servicios de Salud o como Unidad Integrada a los hospitales psiquiátricos o a los servicios de salud mental en hospitales generales pertenecientes a la unidad pública o privada, debe prestar los servicios del nivel correspondiente dentro de los principios básicos de calidad y eficiencia que rigen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual debe acreditar ante las autoridades competentes el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales.

Esta institución tiene el objetivo de atender todo lo relacionado con el abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas o los problemas asociados a éstas a través de acción de promoción de la salud mental, de prevención, investigación, docencia, formación, capacitación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios, (ver organigrama Anexo A), dependiendo de su nivel de complejidad y de los objetivos que se proponga explícitamente cada institución. Dentro de ésta existen diferentes programas de atención, entre los cuales están:

- Programa de información y orientación del usuario y a la comunidad, el cual tiene como objetivo el de atender las demandas de información sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y recursos asistenciales, orienta a las personas, comunidades y demás entidades sobre los diferentes programas, modalidades de tratamiento que ofrece el Centro de Atención y Rehabilitación Integral a las conductas adictivas.

- Programa de promoción y prevención: tendiente a buscar integralmente el fomento y la promoción de la salud física, psíquica y socio – cultural de los individuos así como en fortalecimiento de los factores protectores para diseñar, ejecutar o colaborar en actividades, procedimientos, intervenciones y cualquier otro tipo de acciones que permitan actuar sobre los factores de riesgo o especiales condiciones que concurren en los individuos, la comunidad o el medio ambiente que determinan la aparición del consumo de S. P. A., así mismo debe propender por disminuir o evitar el consumo, el abuso o la dependencia a las sustancias psicoactivas.

- Programa de evaluación y diagnóstico: consiste en un conjunto de intervenciones y procedimientos que se aplican en el usuario, comprende toda una serie de valoraciones físicas, psíquicas y sociales incluida la aplicación de pruebas, exámenes de laboratorio, encuestas y en general cualquier tipo de

procedimientos o pruebas que permitan obtener las condiciones reales del individuo en cualquiera de los planos evaluados, su estado de abuso o dependencia y las problemáticas concomitantes, con el fin de decir el tipo de intervención y tratamientos más adecuados a aplicar en él.

- Programa de tratamiento: tiene como fin último la abstinencia total de droga o como mínimo disminuir los riesgos asociados al consumo por parte del usuario. Éste consta de varias fases y modalidades de intervención, las cuales se ofrecerán a cada usuario dependiendo de la gravedad de su problemática y la comunidad existente. Se desarrollarán en modalidades de internamiento total, internamiento parcial o ambulatorio, dependiendo del nivel de complejidad del respectivo CARI – S. P. A. y del diagnóstico previo realizado al usuario.

- a) Fase de Desintoxicación: éste busca mediante intervención del personal médico y de apoyo, eliminar del organismo del usuario la sustancia psicoactiva, evitar la aparición del síndrome de abstinencia o tratarlo si éste aparece, restituir las condiciones físicas que ponen en riesgo su vida, así como las condiciones psíquicas que ponen en peligro su integridad, la de su familia y la de la comunidad; no es necesario en todos los casos, pero es de primordial importancia en los casos de abuso y dependencia de depresores del sistema nervioso central.

- Servicio de desintoxicación: está ubicado en los CARI – S. P. A. de mediano y alto nivel de complejidad y contará con unidad de atención para el manejo de las urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas o con la suspensión del consumo de la misma. Facilita la desintoxicación inmediata o el manejo de los síntomas de abstinencia agudos o severos y la psicosis tóxica. †
 - Área de hospitalización específica para desarrollar el procedimiento de tratamiento de los cuadros de abstinencia y recaídas agudas de los usuarios.
 - Cuarto de aislamiento para el manejo de los usuarios con psicosis exotóxicas, con monitoreo permanente y las medidas de seguridad necesarias para garantizar su integridad.
 - Servicio de ayuda diagnóstica prestado de manera directa o contratados.
- b) Fase de Deshabitación: busca fortalecer y mantener la voluntad de abstinencia, de tal forma que el usuario pueda recuperar su autoestima, fortalecer su personalidad, restablecer o manejar sus condiciones de salud física y psíquica, mejorar sus relaciones familiares y sociales, disfrutar satisfactoriamente de su tiempo libre de tal forma que mejore su calidad de vida, adoptando estilos de vida saludables.

- **Servicio de Deshabitación:** este servicio estará en los CARI – S. P. A. de bajo, mediano y alto nivel de complejidad y en las comunidades terapéuticas; para llevarse a cabo en programas de internamiento total, parcial (hospital día o terapia ambulatoria).

- **Internamiento total o programa convivencial:** programa de atención al usuario en internamiento total, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana, por el tiempo que dure el tratamiento en el que se le ofrece al usuario todo lo concerniente al servicio, hostelería, confort y amenidades adicional a la modalidad terapéutica que desarrolla el equipo interdisciplinario.

- **Internamiento parcial:** es el programa de atención en los que el usuario asiste al Centro de Atención y Rehabilitación Integral por períodos de tiempo determinado por la modalidad terapéutica y recibe los servicios de hostelería proporcional al tiempo de su permanencia diaria en la institución, podrá ser hospital día.

- **Terapia ambulatoria:** es el programa de atención en que el usuario asiste al Centro de Atención y Rehabilitación Integral a sesiones de terapia individual o grupal previamente establecidas en la modalidad terapéutica que se le ofrece.

- c) Fase de Rehabilitación y Reinserción Social: busca que la mejoría obtenida en la salud psíquica; física y sociocultural del usuario permanezca y se incremente, que pueda desarrollar actividades productivas, que asuma el rol familiar correspondiente, y que abandone si hubiere tenido toda actividad delictiva relacionada con los conductos adictivos o problemas asociados al consumo, logrando en definitiva obtener y mantenerse en el llamado estado de abstinencia.
- Programa de disminución de riesgo: previsto para aquellas personas que siendo mayores de dieciocho (18) años, han fracasado en por lo menos dos (2) oportunidades en programas libres de drogas, ya sea por sus circunstancias personales, familiares o sociales, que presentan patologías de gravedad extrema. Este programa contará con una serie de alternativas terapéuticas que busquen disminuir los riesgos del consumo. Por sus requisitos técnicos y científicos, este programa sólo podrá ser ofrecido por los CARI - S. P. A. de alto nivel de complejidad. Una vez efectuada la evaluación del caso se decidirá qué clase de intervención se realizará con la persona y si es susceptible de entrar en un sub -- programa de mantenimiento con sustitutivo o disminución gradual de la sustancia consumida, o de su patrón de consumo que conlleve riesgo para su salud biopsicosocial.

Por tal motivo se vio la necesidad de crear el programa de farmacodependencia el cual se inició en 1991 como respuesta a una necesidad incipiente. En vista de la alta incidencia de farmacodependencia y alcoholismo en la población atendida por el hospital psiquiátrico San Rafael, en ese entonces (1993), surgió la necesidad de reestructurarlo como una unidad especializada en este problema en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) bajo un enfoque biopsicosocial espiritual basado en sus modificaciones en la realidad regional.

El programa de farmacodependencia tiene como finalidad contribuir a la disminución de la incidencia y prevalencia del consumo de S. P. A. que produce dependencia mediante actividades de promoción, prevención, atención integral (rehabilitación y reinserción social en el departamento del Atlántico).⁶

Es importante mencionar que el programa de farmacodependencia para alcanzar su objetivo tiene en cuenta a la familia como sistema principal de apoyo teniendo presente que ésta es el ente primordial de desarrollo del individuo, de igual manera la comunidad terapéutica participa en esta labor mediante un plan estructurado que apunta hacia la reeducación del individuo en la búsqueda de diferentes actividades que le sean útiles tanto a él como persona y de igual forma útil para la sociedad, alcanzando así la reinserción social, que de esta forma pueda llevar una vida

⁶ POLO, Irene. Op.cit., p. 14.

productiva en la cual él asuma su rol familiar correspondiente. Sin embargo se debe tener en cuenta, que si la ayuda terapéutica no es la adecuada, asociada a la poca colaboración del individuo en su recuperación esto puede traer como resultado la reincidencia al consumo de S. P. A.

El CARI buscando que el individuo no vuelva a reincidir en el consumo de S. P. A., ha realizado una serie de cambios que le permiten obtener los resultados esperados; anteriormente las personas ingresaban a partir de los dieciocho (18) años, hoy en día esto ha cambiado, puesto que los pacientes se aceptan a partir de los catorce (14) años, si se tiene en cuenta que el consumo se presenta en personas muy jóvenes.

En cuanto a la modalidad de atención inicialmente era hospitalización por tres (3) meses, paso a la modalidad ambulatoria en 1995, no dando buenos resultados, luego se propuso reducir la hospitalización en un (1) mes y de ahí pasar a hospital día que tiene una duración de (8:00 a.m. a 7:00 p.m.) por tres (3) meses. Posteriormente hospital medio día (8:00 a.m. a 12:00 m.) por tres (3) meses y finalmente a seguimiento por cinco (5) meses.

El recurso humano inicialmente estaba compuesto por una (1) psiquiatra (coordinadora), un (1) psicólogo, una (1) trabajadora social y un (1) médico. Actualmente está conformada por una (1) psicóloga (coordinadora) y dos (2)

psicólogos para el programa de adolescentes, un (1) toxicólogo y un (1) médico general, una (1) trabajadora social y un (1) terapeuta de familia, una (1) enfermera, una (1) nutricionista. Se cuenta con apoyo para interconsulta con terapeuta ocupacional, neuropsicóloga, orientadora espiritual, profesora de educación física.

Dentro de este programa de farmacodependencia se tiene también en cuenta el perfil de las personas atendidas que sean consumidores mixtos. En el orden de preferencia marihuana, patraciado, base, alcohol y nicotina, la edad de inicio del consumo: catorce (14) y veinte (20) años de edad, promedio de escolaridad bajo, pues la mayoría proviene de población urbana y el sexo más afectado es el masculino que provienen de familias disfuncionales.

Al comienzo del tratamiento presentan un perfil con rasgos esquizoparanoides y psicopatías, baja tolerancia a la frustración y miedo a enfrentar la vida sin drogas. Con problemas afectivos y baja autoestima. En la medida que avanza el proceso de recuperación la característica que predomina es la del trastorno de tipo afectivo.

Cabe agregar que como todo programa que busque mejorar la calidad de vida del individuo, en este caso particular del individuo farmacodependiente, cuenta con fortalezas y debilidades entre las cuales se tienen:

- a) Único programa gubernamental para rehabilitación de personas de bajos recursos.
- b) Apoyo logístico y financiero del CARI.
- c) Equipo humano capacitado y con experiencia que aborda el problema desde el punto de vista bio – psico – social y espiritual.
- d) Equipo terapéutico de gran calidad humana, con carisma, honestidad y conciencia de grupo con un compromiso personal y profesional.
- e) Equipo científico, realiza proyectos de investigación para fortalecer el programa y contribuir al desarrollo científico para abordar problemas de la adicción.
- f) Cuenta con personas rehabilitadas a través del programa que presentan su apoyo a la comunidad terapéutica y motivan a los nuevos y a los que están en proceso.⁷

Con respecto a las debilidades se encuentran:

- a) El programa no posee independencia económica para su gestión.
- b) El recurso humano es poco para la diversidad de funciones.

Así mismo el programa cuenta también con un reglamento interno para los pacientes, el cual ha sido desarrollado con el fin de ofrecer un medio ambiente estructurado, terapéutico y seguro. Este reglamento es aceptado y firmado por el

⁷ Ibid. p. 18.

paciente y su familia al momento del ingreso, permitiéndole al usuario del programa adquirir disciplina y buenos hábitos.

“El reglamento interno para pacientes está conformado de la siguiente manera:

1. Prohibiciones.
 - Drogas
 - Relaciones íntimas
 - Agresiones
2. Horarios.
 - Entrada
 - Salida
 - Visitas
3. Presentación personal.
4. Cuidado de equipos de la instalación.
5. Participación de las actividades terapéuticas.

De igual forma cuenta con un reglamento de faltas y ayudas, entre estos están:

1. Faltas leves.
2. Faltas graves.
3. Faltas muy graves.”⁸

⁸ Ibid. p. 37.

“Es importante recordar que el programa presenta una serie de criterios de admisión y exclusión para los pacientes. Los primeros son:

- El ingreso es voluntario.
- Presencia familiar.
- Sin deterioro mental.
- Mayor de dieciséis (16) años.

Los criterios de exclusión constan de:

- Retardo mental.
- Psicosis con criterios marcados.
- Psicopatía.
- Situación legal no resuelta.
- Ausencia familiar.⁹

En cuanto a los recursos materiales, el programa de farmacodependencia dispone de Biblioteca de Alcohólicos Anónimos (A. A.) y Narcóticos Anónimos (N. A.), T. V,

⁹ Ibid. p. 40.

VHS, betamas, vídeos, además de la documentación impresa.

Éste no solamente cuenta con los recursos anteriormente mencionados, tiene a su disposición recursos institucionales como los talleres de terapia ocupacional, cancha múltiple, camas de hospitalización y laboratorios clínicos.”

Al hablar del programa de farmacodependencia es importante recordar lo que significa farmacodependencia nombre común que recibe el consumo de sustancias psicoactivas. Según el DSM - IU éste se refiere a la presentación de síntomas psiquiátricos provocado por el uso de S. P. A. incluyendo los efectos adversos de mediciones y la exposición a tóxicos. Los trastornos por consumo de sustancias (es decir abuso y dependencia) se caracterizan por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con adicción fisiológica, pérdida del control sobre el comportamiento del consumo y/o consecuencias adversas.¹⁰

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define farmacodependencia como un conjunto de fenómenos cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico.

¹⁰ DSM - IU. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Maslon S. A. p. 92.

Estos criterios incluyen:

- a) Evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la droga o drogas mientras se hacen intentos por reducir o moderar su uso.
- b) El deseo de cesar el consumo.
- c) La presencia de conductas de administración muy estereotipadas.
- d) La evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia.
- e) El predominio de conductas tendientes a la búsqueda de droga por encima de otras necesidades prioritarias.
- f) Gran facilidad para la instauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.¹¹

Una vez expuestos los criterios que delimitan la farmacodependencia es importante recordar como estas S. P. A. funcionan en el sistema nervioso central, teniendo en cuenta que éste último es el encargado de las funciones mentales superiores, es decir, la conciencia, la memoria, el lenguaje y el pensamiento; por esto es de cierta forma el responsable de la vida en sociedad. Para que su funcionamiento sea el adecuado es necesaria la presencia de las neuronas y de las interconexiones que éstas establecen entre sí por medio de la sinapsis. Las neuronas poseen las mismas características de las otras células del cuerpo, pero hay algo que las diferencia llamado axón en la que se encuentran las dendritas que a su vez se mantienen en

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de rehabilitación integral en farmacodependencia y alcoholismo del centro de atención y rehabilitación integral CARI, Barranquilla. 1997. p. 26.

contacto con los axones y dendritas de otras neuronas. Para que la información enviada pueda ser leída e interpretada por el cuerpo es necesario la presencia de los neurotransmisores cuya sustancia química está ubicada en las terminaciones de los axones y las dendritas. Estas sustancias que son liberadas por medio de la sinapsis son las que hacen posible la transmisión del mensaje. Todas las sustancias psicoactivas actúan sobre los neurotransmisores modificando y alterando su funcionamiento natural, y por ende el de quienes la consumen.¹²

Ahora que se conoce como influyen las S. P. A. sobre el sistema nervioso central debe tenerse en cuenta la diferenciación de éstas, por lo cual se catalogan en cuatro

(4) formas de presentación:

- a) Depresores del sistema nervioso central.
- b) Estimulantes del sistema nervioso central.
- c) Sustancias mixtas.
- d) Alucinógenos.

Depresores del sistema nervioso central: este tipo de sustancias psicoactivas actúan disminuyendo la actividad del sistema nervioso central, por esta razón se observa en las personas que la consumen una disminución del estado de conciencia, una disminución de la capacidad de respuesta a la estimulación sensorial, una

¹² VILLAR CONCHA, Eduardo. El libro de las drogas manual para la familia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda, 2000, p. 45.

disminución en la espontaneidad, bajo funcionamiento cognitivo y una reducción de la actividad física. Su nombre no indica que produzcan un estado emocional o de tristeza. Todos los depresores del sistema nervioso central producen dependencia física, psicológica y tolerancia. Consumidos en altas dosis pueden producir somnolencia, letargo, amnesia y hasta la muerte. Dentro de estas sustancias se incluyen: alcohol, opio (y derivados morfina – heroína), barbitúricos y sedantes o tranquilizantes, los inhalables (pegante, gasolina, solvente) y anestésicos.¹³

“Alcohol: desde hace miles de años la humanidad ha utilizado la fermentación o destilación de diferentes sustancias para obtener un tipo de alcohol, el etanol, con fines embriagantes, asociado en ocasiones a ritos o ceremonias especiales. El etanol es el único de los alcoholes que puede ingerirse en forma moderada sin riesgo de envenenamiento o con efectos irreversibles como la ceguera producida por el metanol o alcohol de cocina.

Los daños provocados por el consumo excesivo de alcohol representan una de las preocupaciones más importantes de la salud pública en gran cantidad de países. El alcoholismo puede definirse como “cualquier uso de bebidas alcohólicas que causa daño al individuo, a la sociedad o a ambos” (Marconi 1979). En esta definición se incluyen además la ingestión excesiva de alcohol, los efectos de ésta: ausencia

¹³ Ibid. p. 46.

laboral, accidentes, crímenes, aún en personas que pueden considerarse bebedores ocasionales o moderados y las repercusiones a nivel económico tanto familiar como social.

Dentro de las diferentes categorías sobre los tipos de bebedores, una de las más sencillas los clasifica como bebedores normales y anormales. Los normales son abstemios y moderados.

El bebedor abstemio es aquel que nunca o muy ocasionalmente ingiere una pequeña cantidad de alcohol.

El moderado o social, ingiere en reuniones sociales en forma moderada y en ocasiones se emborracha o embriaga (no más de una vez al mes); el bebedor anormal se divide en dos (2) categorías: el excesivo y el alcohólico. El excesivo con dependencia cultural y/o psicopatológica, tiene más de doce (12) episodios de embriaguez al año o consume más de cuatro (4) tragos en forma frecuente (más de cuatro (4) veces a la semana); hay muchas formas de esta clase de alcohólico que además depende de las normas culturales que además estimulan una u otra forma de beber.

En resumen puede considerarse alcohólica una persona que bebe con una frecuencia semanal una cantidad mayor de la socialmente aceptada en esa cultura, y llega a emborracharse más de doce (12) veces al año; y el bebedor anormal alcohólico, que presenta dependencia física, tiene incapacidad para detenerse al iniciar la ingestión de alcohol y presenta síndrome de privación al dejar de beber. Otra forma es aquel que toma en forma impulsiva, que no puede detenerse una vez inicia el consumo y toma por varios días en forma continua y después deja de tomar por varias semanas diciendo que no es alcohólico porque es capaz de dejar de tomar.

Al estudiar la historia de una persona alcohólica se encuentra que estos cuatro (4) tipos configuran una secuencia evolutiva. Habitualmente el paso desde la abstinencia a la ingestión moderada se produce en la pubertad y adolescencia con la presión del grupo de amigos en ocasiones con un reto o la necesidad de ser aceptado por los compañeros una demostración de “ser grande” o “independiente”.

“Para la O.M.S. una persona es alcohólica cuando se embriaga una vez por semana o más; esta definición no es muy útil, pues hay alcohólicos que nunca se embriagan pero beben todos los días, y otros que lo hacen dos (2) veces al mes hasta perder la conciencia. Quizá lo más adecuado es considerar la necesidad que experimenta el individuo de tomar alcohol y el carácter compulsivo de la ingestión junto con la frecuencia y las consecuencias de su comportamiento”. (Pérez 1999).

El etanol que como se mencionó anteriormente es la sustancia activa más importante de las bebidas embriagantes, es la segunda S. P. A. de uso libre en la mayoría de países después de la cafeína. El alcohol es rápidamente absorbido por el tracto gastrointestinal, su mayor parte por el intestino superior.

Como se mencionó antes el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, es decir, lentifica el proceso de toda la transmisión y funcionamiento de éste; el efecto aparece en forma proporcional al consumo; la situación engañosa es que en un comienzo y con dosis bajas, es estimulante y transitorio de la respiración y del estado de ánimo de la persona, que comienza a sentirse bien, es capaz de hacer cosas que desea pero ante las que se limita o que no se atreve en situación cotidiana.

Pero en concentraciones sanguíneas altas y a medida que aumenta el consumo, los efectos del alcohol son claramente depresores del sistema nervioso central y respiratorio: poco a poco se hacen más lentas las respuestas a diversos estímulos y reacciones, los reflejos se hacen lentos hasta llegar a desaparecer e incluso provocando la muerte.

A nivel circulatorio produce una vasodilatación con la consecuente baja de tensión arterial y de la temperatura. El uso del alcohol por mucho tiempo y en altas dosis está asociado con problemas del músculo cardíaco.

Los efectos del alcohol son muy variables de una persona a otra y dependen de la interacción de factores genéticos, endocrinológicos, neurológicos, farmacológicos, socioculturales y situacionales.

Las manifestaciones clínicas aparecen en un orden secuencial. En la primera fase se observa alteración en los centros que regulan la conducta, el juicio y la autocrítica, produciendo excitación y euforias que inducen a imprudencias, indiferencia, control, retraso en las respuestas a estímulos sensoriales, alteraciones visuales, lo cual acentúa considerablemente el riesgo de accidentes de tránsito.

En la segunda fase hay alteración de la conducta y se presentan trastornos en la afectividad, que se manifiestan en irritabilidad y excitabilidad (exaltación del erotismo). Según la personalidad subyacente del sujeto se vuelve malhumorado, gruñón, irritable, excitable, pendenciero o soñoliento. La autocrítica está abolida y la agresividad es manifiesta. Es la fase de los delitos contra otras personas, incluidos los atentados contra las costumbres sexuales. En la tercera fase se hacen notorios los síntomas narcóticos y se incrementa el riesgo de caídas y los trastornos en el equilibrio. En la cuarta fase el individuo entra en coma, que es un estado de pérdida de la conciencia, reflejos y reacción ante estímulos externos, si la intoxicación es muy alta puede llevar a problemas irreversibles, incluyendo la muerte.

Ante esta situación es necesario realizar un tratamiento adecuado y prevención al consumo de alcohol: es importante desarrollar acciones en diferentes niveles, pero el inicial y más importante está a nivel familiar y escolar, donde los adultos deben tomar acciones para evitar el consumo a temprana edad, enseñar a los hijos y miembros de la familia a usar y comportarse en forma moderada y adecuada frente al consumo y lograr una coherencia entre lo que se dice y lo que se hace. Es importante identificar algunos de los indicadores que muestran que una persona está comenzando a tener problemas con el alcohol. “ El primero es la tendencia a tomar alcohol cuando se experimenta tensión o nerviosismo”. “La aparición de lagunas de memoria, durante las cuales la persona actúa de una manera aparentemente normal; la tendencia a beber a escondidas y a tener “provisiones” de alcohol antes que cualquier otra cosa, la tendencia a beber muy rápido, la imposibilidad de detenerse una vez que se ha comenzado a beber; el eludir el tema del alcohol en las conversaciones, la negativa a ingerir alimentos mientras se bebe, consumo frecuente bajo pretexto de exigencias sociales, forma de divertirse o necesidades del trabajo.

En casos más graves, donde hay la imposibilidad de parar de tomar o cuando hay síndrome de abstinencia, es necesario acudir a un centro hospitalario donde personal médico y psicológico se haga cargo del tratamiento.

Puesto que el consumo de alcohol es aceptado en la mayoría de las sociedades y estimulado en ocasiones rituales y ceremoniales se ha llegado a la conclusión de la necesidad de educar a los individuos a manejar en forma racional y adecuada el consumo, sabiendo los efectos, limitaciones, peligros y consecuencias. Así que cada uno aprende cuándo, cómo, dónde, en qué circunstancias y dentro de qué límites puede o debe negarse al consumo.”¹⁴

Barbitúricos, sedantes y ansiolíticos: por mucho tiempo el hombre ha buscado la manera de aliviar el sufrimiento, la tensión o la ansiedad que le producen muchas de las situaciones de la vida cotidiana. El alcohol ha sido a través de los siglos la S.P.A. usada por excelencia como medio de reducción de este tipo de molestas sensaciones.

Pero a mediados del siglo XIX, empezaron a aparecer en el mercado una serie de medicamentos o “drogas” en el sentido estricto del término, como una alternativa más confiable frente al uso del alcohol y el opio, también muy extendido por esa época. En 1912 fue introducido el fenobarbital como una droga sedante, y desde entonces se comercializaron diferentes drogas derivadas de la misma sustancia, el ácido barbitúrico, que formaría la gran familia de los barbitúricos. Los barbitúricos dominaron el mercado hasta que en 1960 aparecieron las benzodiazepinas como tranquilizantes más seguros para el consumo humano.

¹⁴ Ibid. p. 46.

“**Barbitúricos:** durante más de cincuenta (50) años fueron la droga en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, y al mismo tiempo fueron asociados con miles de suicidios, muertes por ingestión accidental, alta dependencia y abuso. Como consecuencia su uso declino rápidamente la hacerse evidente la débil frontera entre lo terapéutico y lo tóxico; su amplio potencial para inducir tolerancia, dependencia y abuso. Todos los barbitúricos tienen efectos muy parecidos a los de las benzodiazepinas, tales como somnolencia y baja reactividad a los estímulos del medio; en dosis elevadas se presentan síntomas muy similares a los de la intoxicación con alcohol: euforia inicial, pérdida del equilibrio, incapacidad de coordinar las ideas y articular el lenguaje. Con dosis mayores hay pérdida de la conciencia y posteriormente la muerte, provocada por paro respiratorio. A pesar de estas desventajas aún son usados en el tratamiento de la epilepsia, como anticonvulsionantes, como anestésico intravenoso y como sedante en psiquiatría. Algunos nombres comunes son Seconal y Nembutal, entre otros.

Existen tres (3) tipos de abusos de barbitúricos:

1. **Intoxicación crónica:** en éste la persona consigue la droga por prescripción de más de un profesional de la salud. Inicialmente, buscan los barbitúricos para reducir el insomnio y la ansiedad, y después pueden convertirse en adictos.

2. **Intoxicación episódica:** en este caso los individuos toman barbitúricos oralmente para lograr una “subida” o un estado de bienestar.
3. **Inyección intravenosa:** en este caso la droga es inyectada, a menudo combinada con otras drogas como la heroína. El uso intravenoso produce una “oleada” placentera, calentamiento, sensación de somnolencia.

Los barbitúricos son sustancias peligrosas; no deben ser tomadas ni abandonadas sin un adecuado control médico, pues cuando su uso se suspende bruscamente pueden producirse convulsiones, jamás deben mezclarse con alcohol, pues éste hace que se potencien los efectos de la droga y puede producirse la muerte por paro respiratorio.”¹⁵

Benzodiazepinas: el componente activo de las benzodiazepinas fue descubierto en los años 30's, pero sólo hasta los 50's fue comercializado. Esta nueva droga fue considerada como una droga segura que podía ser utilizada como tranquilizante, gracias a sus propiedades sedativas. La primera de estas drogas fue comercializada con el nombre de Librium y en los años siguientes se probaron y comercializaron muchas más. Al igual que los barbitúricos, todas las benzodiazepinas tienen efectos muy similares, y se diferencian en su potencia y velocidad de acción.

¹⁵ Ibid. p. 60.

Entre las benzodiazepinas se encuentran aquellas que tienen propiedades ansiolíticas tales como: Ativán, Xanax y el Rohipnol y con propiedades sedativas – hipnóticas Mogadon, Dalmane, Restoril; la única benzodiazepina utilizada como anticonvulsionante es el Rivotril, aún cuando ocasionalmente se usa el Valium.

Tanto los barbitúricos como las benzodiazepinas son medicamentos que fueron creados con el fin de mejorar la calidad de vida de aquellas personas que por múltiples circunstancias que rodean su vida no logran manejar adecuadamente su preocupación, ansiedad o agitación; desafortunadamente se empezó a abusar de ellos y en la actualidad se han convertido en una de las más peligrosas y adictivas de las drogas.¹⁶

El usuario corriente, la persona que se toma entre uno (1) y tres (3) comprimidos diarios para el insomnio o nerviosismo es casi siempre emocionalmente inestable y frágil, irritable y con tendencias depresivas que lo llevan fácilmente a considerar el suicidio como una solución a los problemas de la vida corriente.

A corto plazo los sedantes y ansiolíticos disminuyen la ansiedad y la agitación, así como las respuestas emocionales y el dolor. El nivel de atención baja, se produce relajación muscular y se facilita el dormir. Con dosis elevadas hay baja de la presión

¹⁶ Ibid. , p. 62.

sanguínea y se presentan vértigos y desmayos, en este momento se ha cruzado la barrera que separa el uso del abuso, pues dada la capacidad de estos medicamentos para producir dependencia, no es raro que una persona que los ha tomado durante un período limitado, empiece a sentir que sin ellos "no puede vivir", se convierten en la única estrategia disponible para resolver los problemas y se olvida que es una solución artificial, así como el sueño que inducen.

Como se mencionó anteriormente, los barbitúricos y ansiolíticos producen dependencia psicológica y física. La primera se manifiesta en la compulsión del uso de la droga en busca de sus efectos placenteros. La segunda se hace evidente cuando se los deja de tomar abruptamente produciéndose agitación, gran ansiedad, insomnio, convulsiones, fenómenos delirantes e incluso la muerte. Contrariamente a lo que ocurre con otras sustancias, el consumidor crónico tiende a "doparse" hasta la intoxicación total, se muestran obstinados, agresivos y confusos, y presentan un deterioro emocional y social semejante al de los alcohólicos crónicos, pero con altibajos de humor que no aparecen en éstos últimos. El síndrome de abstinencia es peor que en el caso de la heroína, aún cuando el sujeto en las primeras horas parece recuperarse; luego aparece temblor en las manos y el rostro, la temperatura y el pulso aumentan, al tiempo que la presión arterial disminuye.

Pasada esta fase surge un período psicótico, con alucinaciones, ideas extrañas, afecto incongruente y delirios persecutorios. Esto puede durar varias semanas, al cabo de las cuales, las personas usualmente se recuperan. Para muchos expertos, los ansiolíticos y los barbitúricos son las sustancias adictivas más comunes, y hasta hace pocos años su venta era libre.

Entre los jóvenes consumidores es relativamente frecuente alternar el uso de estimulantes y depresores, con la idea de que esto “neutraliza” los efectos desagradables; naturalmente, esto es falso y lo único que se consigue es someter al organismo a grandes tensiones que pueden tener consecuencias fatales.

Narcóticos: (opio, morfina y heroína). La palabra “narcótico” designa específicamente al opio y sus derivados, conocidos por sus poderes analgésicos y por su capacidad de inducir al sueño, razón por la cual llegaron a ser considerados un grandioso regalo de los dioses para aliviar el sufrimiento humano.¹⁷

El opio se extrae de una planta de la familia de las amapolas, cuyo nombre científico es *Papaver Somniferum*. Las principales sustancias activas contenidas en el opio, es decir sus alcaloides, son la morfina y la codeína, la primera es un analgésico, la

¹⁷ Ibid. p. 65.

segunda es un inhibidor de la tos, razón por la cual las dos (2) son utilizadas en el campo médico.

Existen sustancias tanto naturales como artificiales que poseen una estructura química semejante a la del opio. Entre las naturales se encuentran unas sustancias producidas por el cerebro, en la glándula pituitaria, que tienen como función atenuar el dolor y de cierta forma el sufrimiento. Las más comunes dentro de esta categoría se llaman endorfinas. Estos opioides naturales tienen receptores nerviosos específicos en el cerebro y la médula espinal, razón por la cual los derivados artificiales del opio actúan fácilmente en los centros cerebrales del placer, el dolor, la emoción y la percepción, produciendo los mismos efectos pero con mayor intensidad que los producidos por opioides naturales en caso de ser necesario para el organismo.¹⁸

La morfina fue aislada por primera vez por un químico alemán en 1803, quien le dio ese nombre como referencia al dios griego del sueño Morfeo. Su uso se extendió y difundió a tal punto, que los derivados del opio fueron utilizados para el tratamiento de enfermedades como la tos, diarrea, fiebre, epilepsia, melancolía, diabetes, úlceras de la piel, entre otras.

¹⁸ Ibid. p. 65.

A partir de la morfina se elabora fácilmente la heroína que al contrario de las anteriores no tiene ningún efecto o uso médico. La heroína fue descubierta en 1898 y comercializada por la compañía alemana Bayer. En las primeras pruebas se hizo evidente el efecto analgésico de la sustancia, a pesar de causar náusea y vómito, su venta era libre y se comparaba en su superioridad con la aspirina. Hoy se sabe que es una sustancia altamente adictiva y que a pesar de producir efectos relajantes y placenteros, su consumo acarrea una gran cantidad de consecuencias negativas.

A parte de los efectos sobre el dolor y sobre la tos, los opioides disminuyen la actividad del sistema nervioso central haciendo más lentos los ritmos respiratorio y cardiaco. Más que eliminar o bloquear el dolor los opioides cambian la reacción emocional frente a él, ya con el hambre, el miedo y la ansiedad. Los opioides de los que más se ha abusado hasta el momento son la morfina, la codeína y la heroína que suelen administrarse por vía oral (gotas, comprimidos) o por vía intravenosa. La heroína puede además fumarse. Pero cualquiera que sea la vía de administración en los consumidores de opioides hay una alta incidencia de trastornos pulmonares, especialmente de neumonía; esto se debe a que estas sustancias producen depresión respiratoria y una disminución de la resistencia a las infecciones.

En cuanto al comportamiento en general del heroinómano suele cambiar de tal forma que la droga se convierte en el núcleo de la vida; por ello toda la vida

cotidiana se transforma y es usual observar problemas de desnutrición y de severo abandono del cuidado personal. Los consumidores de heroína están expuestos a muchos riesgos que pueden hacer del consumo una “ruleta rusa”. La sobredosis puede producir la muerte. Pero este efecto puede ocurrir por el hecho de mezclar la heroína con otros depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, ansiolíticos, píldoras para dormir) o porque la heroína callejera está mezclada con productos venenosos o paradójicamente, porque un usuario se administra una sobredosis sin saberlo.

Por otra parte el hecho de inyectarse se encuentra asociado con SIDA y otras enfermedades como hepatitis B, inflamación de las venas y trastornos cardiacos.

El tratamiento para estos casos es costoso, difícil y con un elevado índice de fracaso. En Colombia no se dispone de los recursos ni de la red de atención que existe en Europa o en los E. U. de manera que la prevención constituye el mejor instrumento de trabajo en la actualidad. Sí no se toman oportunamente las medidas indispensables, en pocos años existirá un número considerable de personas con problemas de consumo de heroína a los cuales no se le podrá ofrecer ningún tipo de tratamiento.

Los inhalables: la inhalación es el método de administración de la mayoría de las S.P.A. preferido por los consumidores, pues debido a la alta capilaridad de la superficie pulmonar, la sustancia se absorbe más fácilmente y los efectos se experimentan en un período de tiempo menor. En algunos casos, el efecto de la inhalación se puede comparar en intensidad con la inyección intravenosa. En el caso de los inhalables este es, virtualmente el único método de administración, por lo tanto la concentración de la sustancia en la sangre alcanza sus máximos niveles en pocos minutos.

Los inhalables son una variedad de los solventes orgánicos y otros químicos volátiles a temperatura ambiente que, cuando son inhalados producen euforia, delirios, intoxicación y alteraciones en el funcionamiento mental. Dentro de estas sustancias se incluyen los anestésicos, solventes industriales o de hogar, pinturas, pegantes, desmanchadores, corrector líquido, marcadores, lacas, entre otros. El gas más frecuentemente contenido en productos de amplio uso, como los pegantes, es el tolueno cuyas propiedades tóxicas son universalmente reconocidas. Los efectos que producen en el sistema nervioso central son similares a los de muchos otros depresores, pero el más característico se asemeja a un estado de embriaguez que es descrito como una sensación de "flotamiento". Aparentemente el consumo de inhalables contribuye a disminuir las sensaciones de hambre y de frío, al igual que otros depresores, el estado de intoxicación suele estar asociado a la aparición de

alucinaciones, algunas de ellas terroríficas. Pero lo más importante son los efectos adversos sobre el organismo cuando son consumidos crónicamente, pues pueden producir arritmias cardiacas fatales, muerte por asfixia, y sobre todo graves daños neurológicos de carácter irreversible: daño del nervio óptico, imposibilidad de caminar en forma estable, pérdida de la audición y pérdida progresiva de las principales funciones intelectuales.

Los expertos están de acuerdo en que ninguna otra droga en particular o clase de drogas, produce daños neurológicos tan graves como los inhalables. El mayor problema con estas sustancias es que los productos que las contienen son de libre comercio y hay grandes dificultades para limitar o controlar su comercialización, quienes los consumen son especialmente personas de bajos recursos económicos y más que nada, menores de edad. El consumo de inhalables ha aumentado considerablemente en los últimos diez (10) años en todo el mundo, pero es muy notable en la mayor parte de América Latina y en particular en Colombia. Los consumidores pertenecen usualmente a uno (1) de los tres (3) grupos: hombres jóvenes entre los catorce (14) y veinte (20) años; adultos dependientes y policonsumidores. Mientras el uso de inhalables en los jóvenes es superado por el de marihuana, alcohol y cigarrillos. El índice de mortalidad asociado con el abuso de inhalables es anormalmente alto en comparación con las demás S.P.A. ¹⁹

¹⁹ Ibid. p. 68.

Estimulantes del sistema nervioso central: los estimulantes son sustancias que actúan a través de varios mecanismos para incrementar la acción de algunos neurotransmisores. Por esta razón, son sustancias que aumentan, o dan la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física.²⁰ Esto se manifiesta por medio de elevación del estado de ánimo, reducción de la fatiga, disminución del apetito, euforia, incremento del estado de alerta y mejor desempeño.

A veces la emplean deportistas para soportar mejor el esfuerzo, estudiantes, para permanecer despiertos o personas que usan alcohol o píldoras para dormir, para contrarrestar estos efectos. Pero la mayoría de quienes la emplean no tienen un propósito diferente de obtener algún grado de placer, de escape o de respuesta a una presión social. Los principales S.P.A. estimulantes son: la cocaína y sus derivados, las anfetaminas y la cafeína. Al igual que los depresores los estimulantes producen dependencia física, dependencia psicológica. La ansiedad, el insomnio y la irritabilidad son efectos colaterales frecuentes.

Cocaína: la cocaína es un alcaloide extraído de un arbusto suramericano llamado coca; las hojas de coca han sido empleadas desde hace más de cuatro mil (4000) años por los grupos indígenas con fines rituales o como complemento alimenticio, lo que se conoce como "mambeo". Las hojas de coca son introducidas en la boca, entre

²⁰ Ibid. p. 70.

el carrillo y la encía, mezcladas con cal viva o con conchas de mar trituradas, lo cual permite la lenta liberación del alcaloide. La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central, cuya acción se presenta en forma rápida e igualmente desaparece en poco tiempo, dependiendo en parte de la pureza de la droga y en parte de la vía de administración.²¹

La producción de la cocaína es sumamente simple. Los “químicos” de la cocaína muchas veces no han terminado siquiera la escuela primaria. Se trata de un procedimiento en el que se requieren otras sustancias, algunas de ellas como el éter de comercio totalmente libre. El proceso es como sigue: se extrae la pasta de coca, dejando durante varias horas las hojas de coca en un baño solvente (usualmente gasolina o kerosene); luego se agrega ácido sulfúrico y se extraen los solventes obteniéndose la base de cocaína; el ácido se neutraliza con éter, y al producto se le agrega ácido clorhídrico, con lo que se obtiene clorhidrato de cocaína, que es la forma más común de cocaína ilegal, usada para inhalar o “esnifar” o para inyectarse.

De tres (3) a cinco (5) minutos después de haber inhalado cocaína, la persona suele experimentar cierta disminución de inhibiciones, cambios en los niveles de atención, sensación de competencia y habilidad, aceleración de los procesos de pensamiento,

²¹ Ibid. p. 70.

disminución de la fatiga, el hambre y la sed y dilatación pupilar acompañada de aumento del ritmo cardíaco de la respiración y de la temperatura.

Incluso con un solo ensayo pueden aparecer sensaciones de ansiedad y dificultades para dormir. El usuario corriente experimenta durante un lapso de media hora un poco de euforia, locuacidad y sensación de bienestar y lucidez.

La cocaína casi siempre se usa alternada con alcohol o con tranquilizantes: en el primer caso, la cocaína "suspende" simplemente en apariencia algunos de los efectos desagradables del alcohol, en el segundo, los usuarios de cocaína padecen muy frecuentemente de insomnio, que intentan contrarrestar con píldoras tranquilizantes e hipnóticas.

Los efectos secundarios del consumo de cocaína son múltiples y muy desagradables; van desde las congestiones severas y sangrado de la mucosa nasal, hasta estados patológicos severos llamados "psicosis cocaínicas", caracterizadas por ideas persecutorias, alucinaciones visuales, auditivas y reacciones agresivas; pero antes de llegar a esta situación los usuarios crónicos muestran crisis de ansiedad, tendencia a emplear dosis cada vez mayores y más frecuentes de cocaína, insomnio, depresión, desazón, irritabilidad, desinterés por su trabajo, su familia y sus relaciones, ruptura

de las conductas éticas habituales e inicio de comportamientos delictivos para resolver problemas tales como deudas u obligaciones.

A parte de los efectos señalados antes, es importante subrayar que contradictoriamente a lo que se dijo durante mucho tiempo la cocaína es altamente adictiva y produce tolerancia; esto implica una enorme cantidad de riesgos personales y sociales que abarcan desde la posibilidad de tener graves dificultades psicológicas hasta contribuir al aumento de la delincuencia y de los problemas económicos de la nación.

Basuco: es un producto estimulante derivado de la pasta base de la cocaína, cuya apariencia es la de un polvo blanco – grisáceo o café, de sabor amargo y olor astringente; el cual se obtiene del procesamiento químico de las hojas de coca, ya sea como residuo o subproducto.²² Un cigarrillo ordinario de basuco contiene de 10 a 80% de pasta básica de coca y proporciones diversas de ácido sulfúrico, gasolina, éter, metanol, kerosene y bases alcalinas.

A diferencia de la cocaína pura, que no se descompone con el calor, el basuco se fuma, pues el calor libera el alcaloide; la absorción de esta forma es mucho más rápida y los efectos de menor duración.

²² Ibid. p. 73.

El basuco ha tenido en el país una enorme difusión entre todas las clases sociales desde 1980. Sin embargo recientemente han aparecido otros productos en forma de píldoras llamadas "rock" o "crack", que se fuman en pipetas, y que básicamente producen los mismos efectos del basuco aún cuando su composición química sea un poco diferente. Entre los efectos de basuco podemos encontrar los siguientes: inicialmente se experimenta excitación, alteraciones súbitas del estado de ánimo, hipervigilancia, hiperactividad, falta de apetito e hipersexualidad. A los pocos minutos estas sensaciones se convierten en ansiedad, sudoración, ardor en los ojos, palpitaciones, rigidez muscular, temblor en las extremidades y dolor de cabeza. Esos síntomas se eliminan fumando más y cuando el consumo se realiza en forma continua y crónica se presentan cambios en la percepción de los objetos, de las situaciones y del tiempo.

Los efectos secundarios del consumo de basuco son aproximadamente los mismos de la cocaína, pero más severos.

A nivel físico, desnutrición, inmunodeficiencias, insomnio, temblores, aumento de la presión sanguínea y rigidez muscular; en la fase más grave se presentan convulsiones, falta de coordinación y alto riesgo de paro respiratorio y de paro cardíaco.

A nivel psicológico se produce indiferencia sexual, alucinaciones de diversos tipos, ideas persecutorias, crisis de agresividad y pérdida de la memoria.

De todas las sustancias psicoactivas disponibles en el mercado nacional y conocidas popularmente como “drogas”, la más peligrosa es sin lugar a dudas el basuco. Su empleo afecta todas las esferas sociales y dimensiones de la vida personal, familiar y emocional; Produce graves trastornos orgánicos que conllevan a un elevado riesgo de muerte; altera el funcionamiento psíquico y predispone a la violencia y criminalidad; destruye los vínculos familiares y sociales y produce una pérdida general de interés por todo lo que no tenga que ver con él mismo; aumenta la corrupción y la adopción de patrones de comportamiento que afectan a la nación, como considerar la venta y distribución de esta sustancia y una forma legítima de subsistencia.

La persona que se vuelve dependiente del basuco cambia sustancialmente de comportamiento: sus estados de ánimo varían bruscamente sin causa justa, presenta dificultades económicas que lo llevan a endeudarse o a cometer delitos económicos, se desinteresa progresivamente por todo lo que lo rodea, miente constantemente, niega tener problemas.

Físicamente su deterioro es evidente: pérdida de peso, problemas en la piel, poca resistencia a las enfermedades, tos crónica, crisis de asma, complicaciones intestinales, problemas hepáticos.

Anfetaminas: las anfetaminas son productos sintéticos creados en 1887, que poseen una estructura química similar a la de la adrenalina (neurotransmisor presente en los estados de vigilia y alerta). Las anfetaminas se pueden ingerir en forma de píldoras o tabletas, y también inyectar o inhalar.²³

Contrariamente a lo que ocurre con la cocaína y sus derivados las anfetaminas se han empleado desde 1930 con fines médicos muy variados: para el tratamiento de la narcolepsia, para la esquizofrenia y la depresión; para la migraña y la dismenorrea. Actualmente se usan en el tratamiento de la hiperactividad, la narcolepsia y la disfunción cerebral mínima.

Los principales efectos de las anfetaminas son muy similares a los de la cocaína, aún cuando se demoran más tiempo en aparecer. La sensibilidad general aumenta, disminuye la fatiga y el hambre, y aparece una sensación generalmente descrita como bienestar, aún cuando en algunas personas desencadenan ansiedad.

²³ Ibid. p. 79.

A nivel físico se produce un aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio, dilatación pupilar, sequedad en la boca, aumento de la presión sanguínea y temblor en las manos.

Con respecto a los efectos secundarios las anfetaminas pueden producir numerosos trastornos, especialmente cuando su uso es crónico. En el cambio físico puede presentarse fácilmente desnutrición ocasionada por el efecto inhibitorio al hambre que producen las anfetaminas, así como problemas en la piel producidos por deficiencias vitamínicas, también se presentan trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, anorexia e hipertensión.

Cuando se emplean en forma intravenosa, se añaden todas las complicaciones que pueden surgir del uso de jeringas infectadas. En el campo psicológico se dan cambios de humor, tendencia a la irritabilidad, insomnio y depresión. Es muy frecuente observar lo que se ha denominado "psicosis anfetamínica", trastorno clínicamente indistinguible de una crisis psicótica de carácter paranoide, en el cual se presentan alucinaciones auditivas y visuales, así como el fenómeno llamado "parasitosis", que consiste en sentir animales que caminan sobre la piel, y que en ocasiones la persona también ve, lo cual le provoca, naturalmente, estados de pánico. Estos mismos trastornos se observan en las intoxicaciones con cocaína y con basuco.

Las anfetaminas se han convertido actualmente en un problema puesto que se han empleado abusivamente a nivel médico, ignorando que producen tolerancia; porque su bajo costo, acompañado de la pretensión de que son inofensivas, ha inducido a muchas personas a usarlas como excitantes, como reanimadores o fortificantes, o por el simple placer de alternar estados de ánimo.

Cafeína: la cafeína es el estimulante más popular que existe. Se encuentra en el café, en el té, en la coca y el cacao, así como en la aspirina y algunos jarabes para la tos. Al igual que cualquier sustancia, el abuso de cafeína es perjudicial para el organismo. Evidentemente nadie muere por tomar café, y sería absurdo pensar que la persona que necesita una taza de café por la mañana para sentirse en forma es “drogadicta”.

Pero los excesos pueden producir nerviosismo, temblor en las manos e insomnio, particularmente si la persona está muy tensa.

La cafeína eleva la temperatura, acelera el metabolismo, aumenta la producción de orina, produce niveles más altos de azúcar en la sangre y disminuye el apetito.²⁴

²⁴ Ibid. p. 81.

Alucinógenos: los alucinógenos, también llamados “enteógenos”, “psicodélicos”, “psicomiméticos” o “sustancias psicoheurísticas”, actúan sobre el cerebro produciendo una alteración de la conciencia. Es decir, la persona que los consume experimenta cambios en la percepción del tiempo, del espacio, de sí mismo y los demás.²⁵

Como su nombre lo indica, se trata de sustancias capaces de generar alucinaciones en el campo visual, auditivo y táctil. Entonces la persona ve, oye y siente cosas que en realidad no existen o no están sucediendo. Las alucinaciones visuales son las más comunes, pero es usual que se experimenten también sensaciones auditivas o táctiles.

Aunque estas sustancias no producen adicción, no significa que sean inofensivas, de hecho están asociadas a efectos muchas veces impredecibles que pueden dejar secuelas a largo plazo.

El consumo de alucinógenos, al igual que el de muchas otras sustancias psicoactivas, tiene su origen cientos de años atrás al interior de culturas tradicionales que las utilizan con fines rituales y curativos. Se cree que las alucinaciones inducidas por el consumo de las mismas son un mecanismo para entrar en contacto con dioses y seres

²⁵ Ibid. p. 82.

sobrenaturales. Por otra parte los alucinógenos han sido utilizados por algunas tribus indígenas y por grupos populares con fines medicinales pues muchos de ellos parecen tener propiedades curativas. En todo caso el uso tradicional de estas sustancias ha estado siempre ritualizado y enmarcado de un sistema de creencias muy sólido que hace parte de la estructura social.

“Los viajes”, como se denominan popularmente las experiencias derivadas de los alucinógenos, pueden variar drásticamente dependiendo de la persona y del contexto, lo que convierte a estas sustancias en drogas bastante impredecibles. Si bien se espera que la experiencia sea agradable, es posible que se presente un “mal viaje”, asociado a angustia, ansiedad y comportamientos autodestructivos.

Otras variables que pueden determinar la respuesta frente a los alucinógenos son las actitudes o expectativas de la persona, las experiencias previas con alucinógenos u otras S.P.A., el lugar y las personas que acompañan su consumo, la personalidad del individuo y su estado de ánimo.

En términos generales, puede hablarse de alucinógenos naturales y alucinógenos sintéticos. Los primeros son aquellos que provienen de alguna planta y han sido utilizados desde tiempos ancestrales por diferentes grupos indígenas, mientras que los sintéticos son sustancias se obtienen químicamente en los laboratorios y que en

algunos casos se originaron como medicamentos cuyas propiedades alucinógenas fueron descubiertas más adelante.

Entre los alucinógenos naturales se encuentra la mescalina, sustancia que se encuentra en el cactus del peyote y el de San Pedro. Se caracteriza por causar pseudoalucinaciones, por generar un sentimiento muy particular en el que se oyen las imágenes o se ven los sonidos y por la presencia de alteraciones en la percepción del tiempo, del espacio y de la imagen corporal.

Otro es la psilocibina, esta sustancia se encuentra en algunos hongos. Aunque puede obtenerse de forma sintética el proceso es difícil y costoso, por lo cual se consume casi siempre de forma natural. Los hongos pueden ingerirse crudos o cocidos y, a causa de su fuerte sabor, muchas veces se acompañan con leche condensada o con bebidas dulces. Adicionalmente, la psilocibina sintética puede ser consumida de forma oral en tabletas o cápsulas. También puede ser aspirada, fumada o inyectada.

Amanita Muscaria, este hongo reconoce fácilmente por su gran tamaño y por su color rojo o naranja con algunas manchas blancas. Se consume oralmente y sus efectos aparecen aproximadamente media hora después de ingerida la sustancia. Es importante mencionar que los hongos amanitas pueden variar en apariencia y que las

personas pueden confundirse consumiendo algunas variedades que son altamente tóxicas.

La **atropina**, escopolamina y alcaloides relacionados. Las plantas que contienen estos químicos se encuentran muy difundidas, pertenecen a la familia de las “solanáceas”, que por lo general son árboles pequeños con flores de gran tamaño en forma de campana, casi siempre de color blanco, amarillo o de color blanco con bordes rojos. Algunos de los efectos que aparecen tras su consumo son desorientación, confusión, pérdida de la memoria, pensamientos paranoides, agitación, desordenes del lenguaje, descoordinación, dilatación de las pupilas e incluso convulsiones.

El **yajé** es una sustancia alucinógena conocida también como ayahuasca, caapi o Santo Daime. Se obtiene con base en un bejuco selvático que se hierve o tritura por lo general en compañía de algún aditivo vegetal, que es el responsable de la mayor parte de las alucinaciones. La bebida tiene un fuerte olor a hierba y una consistencia espesa, por lo general de color café.

Alucinógenos sintéticos: LSD, este es el más poderoso de los alucinógenos conocidos hasta el momento. Dosis insignificantes pueden producir cambios

significativos en la percepción, en el estado de ánimo y en los procesos de pensamiento.

El LSD puro es una sustancia cristalina que carece de olor y que es soluble en agua. Sin embargo, por ser una sustancia tan potente se diluye, por lo general en otros componentes. La dosis usual se encuentra en forma de pastillas, cápsulas, tabletas o papeletas. Usualmente se consume de forma oral, pero puede ser también inhalado o inyectado.

Aunque el riesgo de muerte por sobredosis no es muy elevado, se han encontrado casos de suicidios inducidos por el LSD. Las intensas alucinaciones pueden hacer que las personas que lo han consumido desarrollen comportamientos autodestructivos o riesgosos como saltar desde lugares altos o automutilarse.

STP y DOM, estas sustancias se producen químicamente. Carecen de olor y sabor y se obtienen en forma de cristales o polvo cristalino. La abreviatura STP se refiere a las palabras serenidad, tranquilidad y paz. En dosis reducidas produce efectos estimulantes y euforia, mientras que en dosis más elevadas se presentan efectos similares al LSD, incluyendo alucinaciones visuales y trastornos perceptuales. Pueden presentarse reacciones displacenteras tales como fuertes náuseas y episodios

de vomito, dificultades respiratorias, fatiga, tensión muscular e hipersensibilidad a los estímulos luminosos.

TMA, en su forma pura es un polvo amarillo que puede ser consumido en forma oral o intravenosa. Los efectos generales son similares a los producidos por la mescalina. Sin embargo, existe la probabilidad de desarrollar comportamientos antisociales y destructivos, un hecho que es inenos probable con la mayoría de las otras sustancias alucinógenas.

La ketamina es una sustancia legal, pero utilizada como tranquilizante para animales únicamente. Se vende bajo los nombres de Ketacet, Ketajet y Ketalar. Su uso veterinario no genera efectos colaterales o secundarios, mientras que su consumo en humanos tiene consecuencias alucinógenas. Adicionalmente, puede causar convulsiones si se toma en dosis elevadas y se asocia con fuertes episodios de vomito al ser mezclada con alcohol. Igualmente puede desencadenar comportamientos suicidas y agresivos en personas deprimidas o con tendencias violentas.

La ketamina es un polvo blanco que puede ser consumido oralmente en forma de cápsulas o de forma intravenosa, al ser disuelta en agua. Sin embargo es inhalada en su presentación original.

PCP, la penciclidina (PCP) es un anestésico utilizado originalmente en la medicina humana, pero limitado más adelante a su uso veterinario por producir efectos altamente desagradables. Sin embargo, algunos efectos hacen que esta sustancia sea muy deseada como S.P.A., como son las alucinaciones, los efectos tranquilizantes y en, algunos casos, sentimientos muy marcados de euforia. Adicionalmente puede producir cambios perceptuales intensos, similares a los causados por el LSD. Aunque los alucinógenos no producen dependencia o tolerancia hay casos en los que la persona debe buscar tratamiento. Dado que los episodios alucinógenos pueden derivar en estados de locura o de ansiedad extrema, es recomendable buscar ayuda profesional para asegurarse que estos efectos desaparecerán. En algunos casos es recomendable prescribir medicamentos antipsicóticos o sedantes, especialmente cuando aparecen comportamientos autodestructivos o suicidas.

Sustancias mixtas: se conoce con el nombre de sustancias mixtas a aquellos S.P.A. que producen efectos de dos (2) o más de las otras categorías. A pesar de que existe una proliferación considerable de sustancias sintéticas que poseen estas características, dentro de las sustancias mixtas se encuentran la marihuana que es la más consumida de las sustancias ilegales y el éxtasis. **La marihuana** es la más conocida de todas las sustancias psicoactivas. Proviene de un arbusto muy común en América, África y la India, aún cuando actualmente se cultiva prácticamente en todo el mundo. Tal arbusto cuyo nombre científico es *cannabis sativa*, es el mismo con el

cual se produce el “hashish” en el oriente, que no es otra cosa que la resina de la planta.

A diferencia de muchas otras sustancias corrientes en el medio como el alcohol, la cocaína, el basuco, las anfetaminas, la preparación de la marihuana no requiere ningún procedimiento especializado: simplemente las hojas secas de la planta se fuman en forma de cigarrillo o en pequeñas pipas. El componente químico básico de la marihuana es llamado 9 – delta – tetrahidrocanabinol por los expertos y THC en forma abreviada, pero además de éste en una hoja de marihuana hay más de cuatrocientos (400) componentes químicos diferentes los cuales sesenta y uno (61) son cannabinoides, es decir, que sólo se encuentran en la marihuana. Al igual que los opioides los cannabinoides actúan sobre receptores específicos en el cerebro; esto los hace diferentes de otras drogas como el alcohol o la cocaína, cuya acción interrumpe los procesos cerebrales. Los cannabinoides son altamente solubles en grasas, y por esta razón después de introducidos en el cuerpo se distribuyen hacia todas las áreas, concentrándose principalmente en los pulmones, riñones y el hígado, muy poco permanece en el cerebro, pues sus efectos sobre la memoria y las habilidades cognoscitivas han sido claramente demostrados.

El THC es el responsable del efecto característico que en el medio se llama “traba”; los usuarios de marihuana presentan como efecto inmediato un estado de bienestar,

de euforia leve, de relajación y de aumento de la sensibilidad sobre todo a nivel auditivo. La percepción del tiempo se modifica; los segundos y minutos se alargan notablemente. A nivel de memoria, el sujeto no “graba” algunas de las cosas que hace o dice durante el período que está bajo los efectos de la sustancia, hay pérdida de la capacidad asociativa. Hay un ligero aumento del ritmo cardiaco; una disminución de los tiempos de reacción a estímulos auditivos y visuales, retardo de las respuestas motoras e irritación de los ojos, también se produce resecaamiento de la boca y aumento del apetito. Es importante tener en cuenta que la eliminación del THC es muy lenta (cerca de tres (3) semanas), lo cual hace que quienes fuman con frecuencia empiecen a acumularlo, y como el THC tiende a fijarse en tejidos grasos, serán órganos como el cerebro e hígado, los pulmones y el aparato genital interno, los más afectados.

Por último, está claramente demostrado que el uso de marihuana entre los adolescentes sí aumenta considerablemente la posibilidad de que empiecen a utilizar otras sustancias perjudiciales para el organismo. En la mayoría de los casos la marihuana no se consume sola, sino acompañada de alcohol.

Otro aspecto importante relacionado con el consumo de marihuana es que no hay unanimidad con respecto a si su consumo produce dependencia, pero la práctica clínica muestra que en ciertos casos, luego de períodos de consumo frecuente se

presentan reacciones de ansiedad y de irritación que se calman con un poco de la sustancia. En tales circunstancias las personas pueden ponerse violentas; por consiguiente, probablemente sí se produce dependencia, aún cuando los síntomas son distintos de los que producen otras sustancias como los narcóticos.

Al dejar de fumar marihuana definitivamente, se produce una recuperación progresiva de la memoria, de la capacidad de concentrarse y del estado de ánimo normal. Pero algunas personas con predisposición a los trastornos psicológicos la marihuana puede desencadenar situaciones críticas que dejan secuelas permanentes.

El éxtasis, sustancia que se clasifica dentro de las “síntesis” o “drogas de diseño”. Este nombre de drogas de diseño se le ha dado a psicofármacos que resultan de la manipulación de estructuras químicas, que son producidos clandestinamente.²⁶ El éxtasis en abreviatura MOMA (Metilendioximetanfetamina) es una sustancia sintética que tiene propiedades estimulantes similares a las de la mescalina; esta combinación es la causa de sus característicos efectos.

Farmacológicamente pertenece a las feniletilaminas, inicialmente el consumo de esta sustancia estuvo asociado al campo clínico, ya que se consideraba un facilitador de la psicoterapia, permitiéndole al sujeto profundizar en sus aspectos más conflictivos,

²⁶ Ibid. p. 96.

a través de la memorización; y a principios de los 80' comienza a difundirse su consumo con fines recreativos.

En su forma pura el éxtasis se presenta como un polvo blanco de sabor amargo, pero en la calle se encuentra en forma de píldoras de diversos colores o cápsulas transparentes, en la que la sustancia se encuentra mezclada con otras de soporte o psicoactivas como anfetaminas o cafeína.

El éxtasis es de absorción rápida tanto por vía oral como inyectada. Los efectos empiezan a sentirse aproximadamente media hora después de ingerirse y se manifiesta inicialmente en forma de lo que los usuarios denominan una "subida" caracterizada por una sobreestimulación que puede llegar a producir ansiedad, sensación de vértigo, náuseas y algunas veces vómitos. Esta fase pasa rápidamente y se alcanza fase de meseta, que suele durar entre cuatro (4) y seis (6) horas, durante la cual se experimentan al mismo tiempo los efectos principales y los secundarios adversos.

A pesar de no producir dependencia física hay una toxicidad neurológica demostrada en animales de laboratorio; su consumo produce una cierta agitación y ansiedad, rigidez muscular e hipertermia (aumento de la temperatura interna). Este

último fenómeno es probablemente la causa de la deshidratación, las convulsiones y hemorragias craneanas.

Actualmente el consumo de éxtasis se ha asociado con varias patologías físicas y psiquiátricas, entre las que se encuentran los trastornos cardiovasculares, algunos trastornos digestivos y trastornos musculares, entre otros. Las patologías psiquiátricas más comúnmente asociadas son trastornos de ansiedad, depresiones y trastornos psicóticos.

Para finalizar es importante recordar que la farmacodependencia como se menciono anteriormente cuenta con una serie de características entre las que se encuentran:

1. Es mortal.
2. Progresiva.
3. Familiar.
4. Crónica.

Profundizando un poco en el aspecto familiar, pues las anteriores fueron expuestas con claridad en capítulos anteriores se tiene que la familia juega un papel importante, ya que el adicto presenta antecedentes familiares como:

- Padre adicto.
- Tío adicto.
- Abuelo adicto.

De igual forma la adicción es una enfermedad intrafamiliar donde se reflejan claramente en los miembros de ese grupo:

- Problemas físicos.
- Problemas sociales.
- Problemas espirituales.

Además, cabe agregar que la coadición es un facilitador para llegar al consumo de S.P.A.

No obstante, el problema de la farmacodependencia está relacionado sólo con el consumo de sustancias psicoactivas, de igual forma se asocian a esta patología que se encuentran en estado latente en el individuo y que se conoce como diagnóstico dual, el cual se entiende como la co – ocurrencia, coexistencia, comorbilidad y simultaneidad de un trastorno adictivo y un trastorno psiquiátrico.²⁷ Éste en un principio trata de un diagnóstico “transversal”, aparecen juntos en el momento de ser evaluados sin considerar el porqué, cuándo o cómo se relacionan entre sí.

Este concepto no está incluido en los sistemas de clasificación diagnóstica como el D.S.M. o la CIE, lo que explica en parte los intentos de establecer definiciones operativas que presenten diferencias entre los distintos autores.

²⁷ Revista trimestral de la asociación proyecto hombre, No 24, 1997. p. 10.

El diagnóstico dual no es algo homogéneo, de hecho hay varias dimensiones que determinan esta diversidad: el tipo de sustancia y la naturaleza y gravedad del trastorno por consumo (abuso o dependencia), presencia y naturaleza de otro trastorno, presencia, naturaleza y gravedad de los problemas médicos directamente relacionados con el consumo de droga, discapacidad y problemas psicosociales relacionados.

Cada paciente presentaría una combinación particular de estos problemas, la naturaleza de la relación existente entre los trastornos que conforman el diagnóstico dual es muy compleja y carecemos de un marco teórico explicativo.

Meyer en (1986) propone seis (6) formas posibles de relación entre psicopatología y la adicción a sustancias. Entre las cuales se encuentran:

- Algunos trastornos del eje I y II pueden ser considerados como factores de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas.
- El trastorno psiquiátrico puede agravar al pronóstico general de una adicción.
- La dependencia de sustancias puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que puede remitir con la abstinencia.
- La dependencia puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que persista más allá de la abstinencia.

- La abstinencia puede aparecer como una forma de automedicación de un trastorno psiquiátrico previo.
- Los dos trastornos podrían presentarse simultáneamente sin relación entre ambos.

EL DIAGNÓSTICO DUAL: UNA REALIDAD

En los últimos años se viene presentando un interés en los estudios de la relación existente entre la drogadependencia y los trastornos mentales. La comorbilidad es una realidad poco resuelta, no se puede realizar una intervención seria y rigurosa si sacamos este hecho al aceptar que la dependencia de sustancias se relaciona con aspectos como la problemática socio – laboral, legal, psicológica, familiar y médico, sería innegable un aspecto psiquiátrico.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan numerosos problemas a los centros a los que acuden, su diagnóstico es difícil en términos generales el pronóstico no es bueno y la intervención es compleja. El tratamiento es mucho más costoso que en pacientes que sólo presentan el trastorno psiquiátrico sin abuso de drogas.

Es necesario abordar ambos trastornos, comúnmente se acepta que el tratamiento de trastornos psiquiátricos asociado, mejora la evolución del trastorno adictivo. Por otro

lado, si no se trata la dependencia, ésta va a agravar sensiblemente el pronóstico del cuadro psiquiátrico.

Dimensión del problema: la patología dual es muy frecuente la delimitación precisa de la prevalencia de este trastorno está llena de dificultades metodológicas. Algo que llama mucho la atención son las diferencias existentes entre los casos observados para cada diagnóstico, según se estudien en un servicio de drogadependencia o en un centro de salud mental.

Según Raskin y Mille se encuentra un 5% de depresión comórbida y adicción en centro de drogadependencia frente a un 30% en los dispositivos de salud mental. Esto puede presentarse por diferentes razones:

- Por el perfil selectivo del usuario de cada servicio. Este es realizado a través de la puntuación del problema principal que hacen los propios pacientes y sus familiares.

A los servicios de salud mental suelen acudir con más frecuencia pacientes con diagnóstico doble por dependencia de sustancias y esquizofrenia, depresión mayor o manía, mientras que en los centros de drogadependencia acuden más pacientes con

trastornos adictivos y dismitía (una depresión menor), ansiedad o trastornos de personalidad antisocial.

- Diagnóstico referencial de cada servicio. Los dispositivos de salud mental serían encaminados a orientar el diagnóstico hacia los trastornos psiquiátricos mayores diagnosticado muchas veces in fraganti en algunos casos, los trastornos por consumo de sustancias, esto de debería a que los clínicos considerarían que el abuso o dependencia son seguidos de diagnóstico principal.
- Aspectos temporales del procedimiento diagnóstico. Se encuentran diferencias en cuanto al sentido de la recogida de datos, así como en los períodos temporales de abstinencia necesarios para conceder validez a los síntomas observados.

Instrumentos de evaluación utilizados. La fiabilidad del diagnóstico clínico realizado a través de una entrevista no estandarizada viene determinado por la particular orientación de cada profesional y el caso que concierne por su concepción de las relaciones existentes entre los trastornos psiquiátricos y adictivos.

Verheul, Van Den Brinky y Hartgers realizaron una meta análisis sobre el estudio de prevalencia de los trastornos de personalidad entre drogadependencia según criterios DSM II.

Al promediar las tasas se observa que cuando se efectúa el diagnóstico a través de entrevista abierta se ha detectado que el 10% de adicto con personalidad antisocial, el 21% cuando se utiliza entrevista semiestructurada. El 34% con cuestionarios autoadministrados y el 40% a través de entrevistas estructuradas, estos factores explican las diferencias entre las prevalencias observadas en los centros de drogadependencia y salud mental.

ABUSO DE SUSTANCIAS Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

En décadas anteriores se observó algo interesante en individuos que presentaban un doble diagnóstico y del cual se cree que fue resultado de dos factores importantes.

1. El conocimiento de la alta tasa de prevalencia de esta forma de comorbilidad.
2. Los pocos resultados que habían aportado las aproximaciones en tratamientos en ambos campos en los pacientes doblemente diagnósticos.

Algunos autores mostraron que el grado de severidad de sintomatología psiquiátrica fue el predictor más fuerte en los resultados de tratamiento para pacientes adictos, lo que dio como resultado una respuesta muy pobre al tratamiento usual para adictos, guiando de esta manera el desarrollo de nuevos tratamientos para pacientes doblemente diagnosticados.²⁸

²⁸ BETANCUR, Liliana. Abuso de sustancia y enfermedad psiquiátrica. Bogotá: Norma, 1997, p. 1

La identificación y manejo de estos pacientes requiere de atención de las características del abuso de la sustancia específica y cómo esas características son manifestadas en el contexto de enfermedad psiquiátrica.

El desenvolvimiento cognitivo, las relaciones interpersonales, la percepción de sí mismo y de otros y la organización de la personalidad es profundamente influenciada por el uso de drogas psicoactivas, además de los patrones antisociales de comportamiento, la autoagresión y el desenvolvimiento social.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia en enfermedad mental con abuso de sustancias dependientes es de 53.1% o 4.5 veces la tasa de los no abusadores.

MITO DE LOS PACIENTES CON DOBLE DIAGNÓSTICO

Al evaluar un paciente que muestra doble diagnóstico es importante reconocer las múltiples relaciones entre el abuso de sustancias y la psicopatología, como también la heterogeneidad de la población de pacientes llamados doblemente diagnosticados. La relación existente entre los trastornos que conforman el diagnóstico dual es muy compleja y se carece de un marco teórico explicativo

Se ha escrito previamente acerca del mito del paciente con doble típico diagnóstico, es el concepto que el paciente con doble diagnóstico, recibe doble tratamiento.²⁹

Una manera de conceptualizar a los pacientes con doble diagnóstico, es dividirlos en cuatro (4) subgrupos mayores, basado en la severidad de cada trastorno respectivo, de esta manera se clasifica si el paciente padece de un abuso de sustancias mayor o menor, al igual si la patología psiquiátrica es mayor o menor.

RELACIÓN ENTRE ABUSO DE SUSTANCIAS Y PSICOPATOLOGÍA

Al iniciar la evaluación de un paciente con doble diagnóstico, muchos clínicos inician su trabajo enfocándose la “patología primaria”, frecuentemente definida como la patología que le ocurrió primero. Sin embargo esta distinción de primaria – secundaria puede ser útil en algunos momentos, por ejemplo al realizar una aproximación conductual, pero no para el manejo en la práctica clínica.

Un individuo que padezca dos (2) patologías necesitará tratamiento para ambos siempre y cuando la segunda patología este directamente relacionada con la primera.

Meyer 1968, desarrollo un esquema donde describe la relación entre abuso de

²⁹ Ibid. p. 2

sustancias y psicopatología, teniendo en cuenta la distinción de primaria y secundaria. Este esquema describe la manera de relatar el abuso de sustancias y psicopatología.

1. La psicopatología sirve probablemente como un factor de riesgo para el abuso de sustancias (por ejemplo, pacientes con trastorno de estrés postraumático, algunas veces utiliza sustancias para aliviar lo doloroso de los síntomas).
2. Las psicopatologías psiquiátricas y la coexistencia con abuso de sustancias, probablemente afectan su evolución de manera recíproca incluyendo síntomas, rapidez de inicio y respuesta al tratamiento. Algunos autores mostraron que en pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias presentaban mayores porcentajes de readmisión que aquellos pacientes con la patología sin abuso de sustancia.³⁰

De igual forma se encontró que entre los individuos con enfermedad mental y abuso de sustancias los costos estaban 60% de ser más altos que los individuos con el mismo diagnóstico psiquiátrico y con abuso de sustancias.³¹

3. Los síntomas psiquiátricos se desarrollan en el curso de la intoxicación crónica.
El abuso de S.P.A. o alcohol puede conllevar a que el paciente presente una

³⁰ GUPTA, HENDRICKS, KENDEL. 1996.

³¹ DICKEY and AZENI. 1996.

amplia gama de síntomas psiquiátricos incluyendo psicosis, depresión, ansiedad, euforia y estados disociativos; muchos de estos síntomas pueden desaparecer horas después de suspender el uso de la sustancia.

4. El uso prolongado de la droga puede precipitar patologías psiquiátricas que no remiten rápidamente. Algunas patologías entre las cuales están los trastornos orgánicos causados por el alcohol, son conocidas como secuelas de uso crónico de éste.
5. El abuso de sustancias y los síntomas psiquiátricos probablemente estén estrechamente relacionados. Algunos individuos con varios abusos de sustancias, exacerbaban su cuadro psiquiátrico. De esta manera individuos que por ejemplo tienen trastornos de alimentación abusan de drogas que les ayuden a perder peso, ciertos individuos con hipomanía usan cocaína u otros estimulantes para mejorar el estado de ánimo a la euforia. De esta manera, mientras algunos pacientes con patología psiquiátrica probablemente utilizan drogas para automedicarse sus síntomas, otros la consumen intencionalmente para exacerbarlos.
6. Algunos pacientes probablemente padezcan patología psiquiátrica y una patología de adicción que no se relacionen.

La coexistencia de las dos (2) patologías no siempre indican que tengan alguna relación. Por ejemplo, un número de personas tiene trastorno depresivo mayor y dependencia de alcohol, pero esto no significa que ingieran el alcohol porque estén deprimidos o no.

VULNERABILIDAD A ABUSO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

LA HIPOTESIS DE AUTOMEDICACIÓN

Weiss (1992) hipotetizó mecanismos diferentes, por los cuales al tener una patología psiquiátrica se predispone a desarrollar un abuso de sustancias.

Primero, ciertas drogas le dan un reforzamiento a pacientes con enfermedad mental, es decir sienten un alivio de sus síntomas.

Esta hipótesis se basa en aspectos como: que son utilizados para aliviar el dolor psicológico, pero no para inducir euforia, el paciente escoge la droga, que farmacológicamente le alivia síntomas que son intolerables.

Al valorar un paciente que se automedica debe preguntársele aspectos como:

- a) Razones por las cuales inicia la droga y el porqué de la escogencia de la misma.
- b) Cuáles son los efectos que experimenta luego que toma la droga, es decir manejar concepto de mejoría – no mejoría.

Khantzian (1997), cuenta que la automedicación no se refleja solamente en patologías del eje I, sino también en el sufrimiento del paciente.

Otras causas de vulnerabilidad es la incapacidad de los individuos de valorar las consecuencias negativas que la sustancia cause en su comportamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL EN PACIENTES CON ABUSO DE SUSTANCIAS

Debido a que muchas sustancias de abuso pueden causar una amplia variedad de alteraciones psiquiátricas el diagnosticar patología psiquiátrica independiente en pacientes con conocido abuso de sustancias es complejo.

En la evaluación el clínico debe distinguir si los pacientes presentan síntomas y signos que son manifestaciones de patología psiquiátrica o de un coexistente abuso de sustancias; por ejemplo al valorar un paciente con un largo historial de dependencia al alcohol y síntomas depresivos es difícil discernir si la depresión es

resultado de su adicción o es una respuesta a las numerosas pérdidas que frecuentemente ocurren en la vida de los farmacodependientes.

Cuando se trata de distinguir síntomas psiquiátricos relacionados con el consumo de sustancias de los de patologías psiquiátricas independientes, algunos clínicos han desarrollado reglas que definen la duración de un período de abstinencia que es necesario para realizar un diagnóstico psiquiátrico. Si existe entonces una coexistencia con consumo de drogas, los clínicos deberían esperar hasta:

- a) Que los síntomas del paciente se resuelvan.
- b) Los síntomas esperados del cese del consumo de la droga cambien y no dejen de observar el cuadro clínico.

DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUSTANCIAS ENTRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Drake, Alterman, Rosemberg (1993), dicen que deben tenerse en cuenta los siguientes factores como preguntar directamente acerca de la presencia del uso de la sustancia, puesto que los clínicos debido a la gravedad de los síntomas psicóticos descuidan la valoración del abuso de sustancias. Para esto se recomienda realizar una valoración estructurada, un tamizaje toxicológico en orina y obtención de datos

de información, con respecto al tamizaje en orina, debe tenerse en cuenta que solo evalúa el uso reciente de la sustancia.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DOBLE DIAGNÓSTICO

Es importante que el clínico, no se deje obstaculizar por los múltiples problemas que trae el paciente, para que realice el diagnóstico acertado para un efectivo tratamiento. El objetivo es suministrar las bases para el manejo de estos pacientes.

MODELOS DE TRATAMIENTO

Para los pacientes con un doble diagnóstico, se han realizado tres (3) modelos mayores de atención.

- a) Tratamiento secuencial. Consiste en tratar la patología más grave primero y luego tratar la otra patología, esto puede ser realizado por el mismo grupo terapéutico o por otro. Es generalmente apropiado para las manifestaciones más severas de enfermedades.

La ventaja de este modelo es el incremento de atención a la patología más grave. La desventaja es que los pacientes son frecuentemente transferidos con mucha facilidad

de un programa a otro, por lo tanto la relación de las dos (2) patologías no es valorado adecuadamente.

b) Tratamiento paralelo. Consiste en el tratamiento simultáneo de las dos (2) patologías en dos (2) diferentes lugares, por ejemplo, un centro de salud mental, puesto que algunos clínicos tienen gran conocimiento en un área y en otra no.

Esto lleva a una de las dificultades inherentes al tratamiento en paralelo, el hecho que el abuso de sustancias y los programas frecuentemente tienen diferentes filosofías en el tratamiento. Una ventaja de este modelo es que el paciente recibe tratamiento de quienes tienen conocimiento en su propia área.

Estos pacientes con un diagnóstico dual tienen diferentes experiencias basadas en los tratamientos recibidos y les llegan mensajes contradictorios de los integrantes de los diferentes programas acerca de la naturaleza de su uso de sustancias o de sus síntomas psicológicos.

c) Modelo integral. Hellerstein, Kofoec, Kania (1986), encontraron que este modelo da buenos resultados, el grupo de este programa debe tener conocimiento acerca del abuso de sustancias, enfermedad mental y su potencial relación. Este modelo provee una atención de manera balanceada.

PSICOTERAPIA PARA PACIENTES CON DOBLE DIAGNÓSTICO

Al hablar de psicoterapia se deben tomar como puntos de referencia dos (2) modelos de tratamiento, uno basado en lo cognitivo – conductual y otro en lo psicodinámico. Debe anotarse algo de suma importancia y es que el tratamiento de los doce (12) pasos es considerado aconsejable más que el de la psicoterapia puesto que no es designado para tratar patologías psiquiátricas que no sea abuso de sustancias.

Para pacientes con altos niveles de severidad psiquiátrica encontraron resultados equivalentes para el tratamiento cognitivo – conductual y psicodinámicos,³² mientras otros autores encontraron mejores resultados para la primera que para la segunda en un estudio de pacientes ambulatorios que consumen cocaína.³³

TIPOS DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

1. Terapia de prevención de recaída. Desarrollada por Marlatt y Gordon (1985) y luego por Carroll (1991), incorpora elementos de la terapia cognitiva como entrenar a los pacientes a identificar aspectos sociales gatillo, comportamiento y cambios en su estilo de vida.

³² WOODY. 1984.

³³ CARROLL, ROUNSAVILLE. 1991.

De igual forma explorar con el paciente la ambivalencia, identificar con el paciente las decisiones que lo llevan a tomar la droga habiendo modificaciones en su estilo de vida.

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Desarrollada por Miller y Rollnick (1991), es una combinación derivada de varios modelos teóricos incluyendo sistemas, centro del cliente, comportamiento cognitivo y psicología social, esta técnica está guiada sobre cinco (5) puntos: expresión de empatía, trabajar en las resistencias del paciente, desarrollo de discrepancias, evitación de argumentos y respaldando autoeficacia haciendo énfasis en responsabilidad personal.

Las técnicas de tratamiento incluyen escucha reflexiva afirmación, preguntas abiertas – cerradas, resumir y elegir aspectos motivacionales del paciente.

“LOS ESTADOS DE MODELO DE CAMBIO”

Este modelo identifica los cinco (5) pasos secuenciales del paciente para una actitud positiva para recuperarse del abuso de sustancias.³⁴

³⁴ PROCHASKA, DICLEMENTE y NORCROSS. 1992.

- a) **Precontemplación:** el paciente continua el uso de sustancias, negando que es un problema.
- b) **Contemplación:** el paciente usa la droga pero admite que su uso es un problema.
- c) **Preparación:** el paciente usa la droga pero está motivado a desarrollar un plan cerca para no usarla más.
- d) **Acción:** paciente dispuesto al tratamiento, y continua a dejar la droga.
- e) **Mantenimiento:** el paciente se ha abstenido de la sustancia por seis (6) meses o más, y es capaz de continuar la abstinencia por mucho tiempo más. Este modelo ha sido utilizado para pacientes con doble diagnóstico.³⁵

TERAPIA EXPRESIVA DE SOPORTE

Esta terapia está derivada del psicoanálisis por Mark y Luborsky, “soporte” se refiere a crear una fuerte alianza con el paciente para que él realice el componente expresivo y la interpretación de la palabra por el terapeuta.

Las guías para el tratamiento es el “tema central de relaciones conflictivas”. La clave del tratamiento es el “punto conflicto relacional como tema”, se hacen preguntas como: ¿cuál es el deseo central de la vida del paciente?, ¿Qué espera el paciente de los otros?, entre otros.

³⁵ OSHER y KOFOEC. 1989.

FARMACOTERAPIA PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DOBLE

Las últimas investigaciones realizadas con referencia al uso de fármacos en pacientes con diagnóstico dual ha sido controversial por el uso de sustancias en pacientes adictos.

El área de la dificultad más grave es utilizar drogas que sean potencialmente de abuso por parte de la población. Esto en especial con el uso de benzodiazepinas en pacientes con trastornos de ansiedad y el uso de psicoestimulantes para pacientes con déficit de atención.

En estos últimos años el abuso de sustancias y el campo de salud mental, se ha continuado en la evaluación y tratamiento de pacientes doblemente diagnosticados, dada la alta prevalencia de la comorbilidad y el entendimiento de la necesidad de adaptar tratamientos para esta población, desarrollando rigurosos estudios, en los cuales se evalúa el tratamiento psicosocial, farmacoterapia y combinación de esas modalidades para desarrollar métodos de tratamiento para esta difícil población.

6. VARIABLES

6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

El programa de farmacodependencia del CARI, que es la variable independiente en estudio (X), se define como el conjunto de procedimientos y técnicas dirigidas a generar cambios y actitudes frente a la farmacodependencia y que le confieren una serie de características que le permitan satisfacer las necesidades del usuario.

La reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas, que es una de las variables dependientes, se entiende en este estudio como la presencia en el individuo de problema psicológicos o emocionales como depresión, ansiedad, agresividad, pensamientos suicidas, y problemas para concentrarse o memorizar, que conllevan al paciente al reinicio en el uso de sustancias psicoactivas.

La otra variable dependiente es la reinserción social, la cual se entiende como: la búsqueda o ejecución de actividades de trabajo o superación útiles para la sociedad y para el mismo sujeto, en un marco de respeto a las normas establecidas por la sociedad.

6.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE
Reinserción social	Aspecto laboral y financiero	<input type="checkbox"/> Trabajo estable <input type="checkbox"/> Responde por responsabilidades económicas	0 = nada 1 = un poco 2 = moderadamente
	Aspecto familiar y relaciones sociales	<input type="checkbox"/> Tolera a los demás <input type="checkbox"/> Se comporta tolerable para los demás	
	Situación legal	<input type="checkbox"/> Respeta la Ley	
Reincidencia al consumo de sustancias psicoactivas	Uso de alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/> Consume alcohol u otra droga	3 = bastante 4 = extremadamente
	Estado psicológico	Tendencia a la soledad	
		Angustia o tensión grave	
		Actitudes suicidas problemas de concentración.	
Programa de farmacodependencia	Individual	<input type="checkbox"/> Visto por su terapeuta por lo menos una vez a la semana	0 = nada 1 = poco 2 = moderada 3 = bastante 4 = extremada
	Familiar	<input type="checkbox"/> El paciente y su familia so vistos por el terapeuta una vez al mes	
	Grupal	<input type="checkbox"/> Sesiones de confrontación grupo de apoyo N.A y A.A una vez a la semana	
	Red familiar	<input type="checkbox"/> Reunión de familias con el mismo problema cada 15 días	
		Depresión	

6.3 CONTROL DE VARIABLES

6.3.1 Variables controladas. A continuación se presentan las diferentes variables que en los sujetos, en los instrumentos, en el ambiente y en los investigadores, fueron objeto de control.

EN LOS SUJETOS		
QUÉ	CÓMO	PORQUÉ
Edad	Seleccionando individuos mayores de 16 años	porque es requisito indispensable del programa
Sexo	Seleccionando para la elaboración del programa pacientes de sexo masculino	Porque la población que se encuentra más afectada con este tipo de trastorno es la masculina
Exclusión de pacientes con diagnóstico psicopático.	Aplicando pruebas o por medio de la detección de entrevistas.	Se requiere otro tipo de programa puesto que éste no se ajusta a los criterios aplicados.
Presencia de la familia	Seleccionando pacientes que posean por lo menos un familiar que los represente.	Es requisito de la institución que el paciente tenga un representante a nivel familiar.
Nivel mínimo de escolaridad.	Seleccionando pacientes que por lo menos sepan leer y escribir.	Se requirió este grado mínimo al momento de la aplicación de pruebas.
Grado de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.	Mediante un diagnóstico clínico	Este es un criterio establecido por la institución (CARI) en la hospitalización de pacientes con doble diagnóstico.
Tiempo de permanencia en el programa	Seleccionando sujetos que tengan el tiempo de permanencia en el programa de uno (1) a tres (3) años.	Para poder medir objetivamente los efectos del programa se requiere de un tiempo mínimo de un (1) año, y los sujetos que tiene más de tres (3) años de haber permanecido en éste no se pueden ubicar.

EN LOS INSTRUMENTOS		
QUÉ	CÓMO	PORQUÉ
Validez y confiabilidad	Mediante la verificación de los datos de las pruebas aplicadas	Permite garantizar que los resultados sean objetivos y confiables.

6.3.2 Variables no controladas. A continuación se presentan las diferentes variables que no fueron objeto de control.

QUÉ	PORQUÉ
Aparición del trastorno mental	Porque cuando los pacientes ingresaron a la institución con el trastorno ya dado.
Tipo de sustancia	Porque la población atendida es poliadictiva.
Nivel socio – económico	Porque este trastorno dual afecta a cualquier persona no importa su estrato.
Raza	Porque esta problemática afecta al individuo no teniendo en cuenta su color de piel.
Cultura	Porque este trastorno dúo no tiene en cuenta la procedencia cultural del individuo.

7. HIPOTESIS

Hipótesis nula H_0 :

El Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla no produce ningún tipo de efectos sobre la reinserción social y la reincidencia en el uso de las drogas en los pacientes que se someten a éste, por lo tanto los pacientes requieren la continuación de tratamiento.

Hipótesis de trabajo H_1 :

El Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla produce la reinserción social y la no-reincidencia en el uso de las drogas en los pacientes que se someten a éste, por lo tanto los pacientes no requieren la continuación de tratamiento.

8. METODO

8.1 DISEÑO

El presente estudio tiene un diseño de tipo preexperimental de preprueba – postprueba con un sólo grupo, en el cual al grupo se le aplica una prueba, en este caso el ASI, previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento (Programa de Farmacodependencia) y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento³⁶.

Este diseño se puede diagramar así:

G O₁ X O₂

8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El Programa de Farmacodependencia del Centro Atención y Rehabilitación Integral CARI de la ciudad de Barranquilla, tiene unos requisitos específicos con respecto a

³⁶ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y BARTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 2 ed. Bogotá: Mac Graw Hill, p. 136.

las personas que pueden ser admitidos a este programa, y se encontró que solamente trece personas cumplían con tales condiciones, razón por la cual se decidió trabajar con toda la población, dado su tamaño.

8.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado en el presente estudio es la entrevista estructurada denominada Índice de la Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index (ASI). Fue creado por T. McLELLAN, L. LUBORSKY, C. P. O'BBIEN, y G. E. WOODY en 1980 y publicado por Nida en 1985 validado para este medio por el Hospital Mental de Antioquía en 1986.

El índice de severidad de adicción (ASI) versión Hospital Mental de Antioquía, es una entrevista estructurada con un fin tanto clínico como investigativo. El instrumento es administrado aproximadamente en 45 minutos por un entrevistador fácilmente entrenado (1). El test es apropiado para pacientes adictos al alcohol y a otras sustancias, adultos mayores de 16 años de edad, hombres y mujeres, se utilizan en el examen de pre-admisión, en el momento de ingreso al tratamiento y como seguimiento, en el cual permite una evaluación del tratamiento.

El ASI evalúa la severidad de problemas en seis áreas frecuentemente afectadas en los sujetos que abusan sustancias que producen dependencia. estas áreas son:

1. Estado médico general.
2. Situación laboral financiera
3. Uso de alcohol u otras sustancias
4. Situación legal
5. Familia y relaciones sociales
6. Estado psicológico y psiquiátrico

En cada una de estas áreas, se hace al sujeto preguntas objetivas que miden el numero, grado y duración de los síntomas problemas en el transcurso de la vida del paciente y en los últimos 30 días. El paciente también suministra información subjetiva de la severidad de dichos problemas recientes (en los últimos 30 días) y la importancia, para el paciente, de recibir asesoría profesional en cada área de problema. se ha llevado a cabo un análisis extenso sobre el ASI en el cual se demostró que es un instrumento a la vez confiable y válido para el uso general³⁷

Resultan dos clases de medidas de los datos recolectados en cada área de problema.

³⁷ McLellan, Luborsky, Índice de la severidad de la adicción, Nida 1985

Primero, El entrevistador asimila los datos objetivo y subjetivo para crear una valoración global de 10 puntos (0-7), De severidad en cada área de problema. Estas valoraciones ofrecen al Clínico estimaciones generales confiable y validas de estado real de los problemas que padecen los adictos al alcohol y a otras sustancias (3,4). Se han utilizado estas valoraciones como criterio de Tamizaje en evaluaciones clínicas y como indicadores del resultado del tratamiento (5-8).

La segunda clase de medida disponible en cada área de problemas del ASI es un "puntaje compuesto". Este puntaje, derivado matemáticamente, fue desarrollado de grupo de ítems interrelacionados dentro de cada área del ASI y son similares a puntaje de factor. Los ítems en cada puntaje compuestos están estandarizados y sumados para producir una estimación matemáticamente del estado del paciente en cada área de problema.

Los puntajes compuesto están bien relacionados con las bases en el ASI de ingreso y seguimiento para producir criterios de evaluación mas objetivos del cambio en el paciente y de la eficacia del tratamiento.

Esta disponible una amplia Bibliografía medica / epidemiológica sobre la valides, Confiabilidad y la aplicación del ASI En numerosos grupos clínicos de adictos. Resultados de estudio simultáneos de confiabilidad indican que los entrevistadores

entrenado pueden estimar la severidad de los problemas del paciente con una concordancia promedio de 0.89.

Estudios de la aplicación y reaplicación del TEST demuestran que la información obtenida del ASI es consistente. Aun cuando es aplicado por distintos entrevistadores. Comparaciones de las valoraciones de severidad del ASI y los "puntajes compuestos" con una batería de TEST previamente validados indican evidencia fuerte de una validez discriminativa. Los resultados de confiabilidad y validez fueron consistentes a través de los subgrupos de pacientes divididos por edad, raza, sexo, problema principal o clase de programa de tratamiento.

Después de 8 años de experiencia clínica e investigativa con el instrumento, los autores sienten que el ASI ofrece ventajas en la evaluación de temas importantes tal como la predicción del éxito individual y grupal de algún tratamiento, la comparación de distintas formas de tratamiento y el "apareamiento" de los pacientes con la modalidad terapéutica más indicada.

En Colombia se vienen aplicando el ASI en diferentes instituciones de tratamiento para alcoholismo y farmacodependencia desde 1985.

En el departamento de Antioquia, las instituciones que utilizan este instrumento son: El Hospital Mental específicamente en su servicio de farmacodependencia y alcoholismo; el hospital Universitario San Vicente de Paul en su departamento de Toxicología y en la clínica Cenit; a demás en la Facultad Nacional de Salud Publica, se han incluido en la especialización en Epidemiología y en el curso sobre Epidemiología aplicada a la farmacodependencia, con fines docentes.

Se ha utilizado también en el hospital Federico Lleras Acosta de Ibague en su unidad de salud mental y en la clínica FUNDAR de Bogotá.

Como aspecto común en todas estas instituciones mencionadas el ASÍ se utiliza con fines clínicos e investigativos. Para esto, se aplica durante las dos (2) primeras semanas que transcurren después del ingreso del paciente al programa, el perfil de severidad obtenido, es tomado por cada profesional como el elemento importante que guía la intervención en cada área – problema.

Para efectos de seguimiento y evaluación, se está aplicando la segunda prueba en períodos que varían entre tres (3), seis (6) y nueve (9) meses y hasta uno (1) o dos (2) años.

ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ADICCIÓN (ASI)

Versión Hospital Mental de Antioquía

SEGUNDA EDICIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES DE APLICACIÓN

INTRODUCCIÓN

El índice de severidad de adicción es una entrevista relativamente breve, diseñada para proporcionar información importante acerca de los aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Es para el primer paso en el desarrollo del perfil de un paciente para uso subsecuente por el personal de investigación y clínico. Es particularmente importante que el paciente perciba la entrevista como un primer paso clínico en un intento de ayudarlo.

El entrevistador debe presentarse y explicarle brevemente que le hará preguntas con relación al plan para su tratamiento y añadir que estas preguntas se le hacen a todos aquellos que solicitan tratamiento, que la entrevista será completamente confidencial, y que la información no saldrá de la institución. Nota: esto debe ser enfatizado a través de toda la entrevista.

El entrevistador debe luego describir el diseño de la entrevista, enfatizando sus siete (7) áreas esenciales. Estas son: estado médico general, situación laboral/financiera, uso de drogas/alcohol, situación legal, familia/relaciones sociales y estado

psicológico. Es necesario que el entrevistador enfatice en la importancia de la contribución del paciente. Por ejemplo el entrevistador debería afirmar:

“Hemos notado que mientras todos nuestros pacientes tienen problemas de alcohol y otras drogas, muchos también tienen problemas significativos en otras áreas, tales como la médica, de empleo, familiar, entre otros, en cada una de estas áreas le preguntaré cuánto ha sido perturbado usted por problemas y qué tan importante es para usted el tratamiento de estos problemas. Esta es una oportunidad para que describa sus problemas más importantes, aquellos en los cuales usted siente que necesita ayuda”.

El paso final de la introducción es la explicación de la escala de valoración para pacientes (ver la sección II para instrucciones específicas). Esta escala de cinco (5) puntos será utilizada por el paciente para responder preguntas subjetivas en cada área de problema y se le presentará a él para referencia en este punto, en el transcurso de la entrevista. El entrevistador debe describir el uso de la escala y presentar un ejemplo para asegurarse de la comprensión del paciente.

A medida que el enfoque de la entrevista cambie de un área a la siguiente, es importante que el entrevistador presente cada una de ellas. Por ejemplo:

“Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de su estado médico”.

De este modo, el paciente estará preparado para concentrarse en cada una de las áreas independientemente. Con relación a esto, es importante que el paciente no confunda los problemas de un área particular con las dificultades experimentadas en otra área, tales como la intoxicación por el alcohol u otras drogas con los problemas psicológicos.

Sí se va a hacer una entrevista de seguimiento, ésta también debe aclararse en la introducción. Por ejemplo:

“Con permiso de su parte nos gustaría ponernos en contacto con usted dentro de nueve (9) meses para hacerle algunas preguntas similares. Esperamos así, evaluar nuestro programa, para ver si le estamos proporcionando el mejor tratamiento posible”.

Se espera que presentando la entrevista de una manera clara y descriptiva, clarificando cualquier incertidumbre y desarrollando un diálogo continuo con el paciente, la entrevista de admisión producirá información útil y válida.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

La escala de valoración es especialmente importante porque da la oportunidad al paciente de:

1. Desarrollar la habilidad de comunicar la medida en la cual ha experimentado problemas en cada una de las áreas seleccionadas.
2. Expresar la importancia del tratamiento para estos problemas.
3. Evaluar subjetivamente su condición.

Para estandarizar estas evaluaciones se ha empleado una escala de cinco (5) puntos (0 – 4):

0 – nada

1 – un poco

2 – moderadamente

3 – bastante

4 – extremadamente

Para algunos pacientes es adecuado simplemente describir la escala y sus valores en la introducción a la entrevista y ocasionalmente después de esto. Para otros pacientes puede ser necesario ayudarles a dar una respuesta apropiada de una manera circunspecta. La preocupación prevalente del entrevistador en estos

numerales debe ser obtener la opinión del paciente. Lograr que él utilice su propio lenguaje para expresar su opinión, es más apropiado que ponerlo en una posición en la cual él deba escoger una palabra de la escala.

Pueden presentarse algunos problemas en relación con estas valoraciones. Por ejemplo, la valoración del paciente de la medida de sus problemas familiares no debe basarse en su percepción de cualquier otro problema. El entrevistador debe intentar clarificar cada valoración como un problema separado y circunscribir el periodo de tiempo a lo establecido en el respectivo numeral, es decir, treinta (30) días, un (1) año o ambos, previos a la entrevista, de este modo, la valoración debe hacerse con base en sus problemas actuales o presentes y no en sus problemas potenciales. Si un paciente no ha informado problemas durante el periodo previo establecido en el numeral, entonces la medida en que ha sido perturbado por sus problemas debe ser 0 y el entrevistador debe, como un chequeo de la información previa, hacer una pregunta clarificadora, tal como: “puedo asumir entonces en este punto, que usted, no siente la necesidad de ningún tratamiento médico”. Sí el paciente no es capaz de comprender la naturaleza del procedimiento de valoración, entonces coloque una “X” en estos numerales.

ESTIMACIONES DEL TIEMPO

Varias preguntas requieren que el paciente evalúe la cantidad de tiempo durante el cual experimento un problema particular en el período especificado (treinta (30) días, un (1) año o ambos). Los últimos treinta (30) días, esos numerales pueden ser difíciles para el paciente y puede que sea necesario sugerir mecanismos para calcular el tiempo; por ejemplo: períodos fraccionales (la mitad del tiempo, entre otros). Finalmente, es importante que el entrevistador no imponga respuestas al paciente, se trata más bien de ayudarlo al paciente a seleccionar una evaluación apropiada sin forzar sugerencias particulares.

CLARIFICACIÓN

Durante la aplicación del ASI hay amplia oportunidad para la clarificación de preguntas y respuestas, para garantizar la calidad de la información, asegúrese de que el propósito de cada pregunta sea claro para el paciente, no es necesario hacer cada pregunta como está planteada, el entrevistador puede utilizar el parafraseo y los sinónimos apropiados para cada paciente en particular y registrar cualquier información adicional, en las secciones de “comentarios”.

Nota: cuando se establezca firmemente que el paciente no puede comprender una pregunta particular, esa respuesta no debe ser registrada, coloque una “X” en la primera casilla de ese numeral en estos casos, en caso de que el paciente parezca

tener problemas para comprender muchas preguntas podría ser conveniente suspender la entrevista.

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD POR EL ENTREVISTADOR

Las valoraciones de la severidad derivadas de evaluación del entrevistador en cada una de las áreas de problema, son importantes tanto para las metas de investigación como para las clínicas. Todas las valoraciones se basan en las respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas dentro de cada área, aunque es reconocido que las opiniones del entrevistador afectan las valoraciones de severidad, a menudo son importantes. Ellas introducen una fuente no sistemática de variación, disminuyendo la utilidad total de la escala, con el fin de reducir esta variación, el entrevistador debe desarrollar un método sistemático para evaluar la severidad de cada problema. El uso común de este método estandarizado incrementará la confiabilidad de las evaluaciones de severidad.

Hemos establecido un método de dos (2) pasos para evaluar la severidad: 1) en el primer paso el evaluador considera solamente los datos objetivos del área problema, poniendo atención particular en aquellos numerales críticos (ver apéndice I) que nuestra experiencia nos ha mostrado son los más relevantes para una evaluación válida de la severidad. Utilizando estos datos objetivos el entrevistador hace una valoración preliminar de la severidad del problema del paciente (definido como la

necesidad de tratamiento) basándose solamente en estos datos objetivos; 2) en el segundo paso los informes subjetivos del paciente considerados y el entrevistador puede modificar la evaluación preliminar de acuerdo con esto. Sin embargo, si una unidad de información es particularmente importante en la valoración de severidad, pero no está recogida sistemáticamente, debe ser registrada en la sección de “comentarios”. Si el paciente siente que un problema en particular es especialmente severo y que el tratamiento es “extremadamente importante” para él, entonces el entrevistador puede incrementar su valoración final de severidad. Similarmente, en situaciones en las que el paciente reduzca de manera convincente la severidad aparente de un área de problema, el entrevistador puede reducir su valoración final.

Para los propósitos de esta entrevista, la severidad se definirá como la necesidad de tratamiento adicional y se basará en los informes de la cantidad, la duración y la intensidad de los síntomas dentro de un área de problema. La siguiente es una descripción de las valoraciones:

- 0 – 1 Sí realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado
- 2 – 3 Sí el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario
- 4 – 5 Sí el problema es moderado, algún tratamiento es necesario
- 6 – 7 Sí el problema es considerable, el tratamiento es necesario
- 8 – 9 Sí el problema es extremo, el tratamiento es absolutamente necesario

Es importante anotar que estos puntajes no pretenden ser evaluaciones del beneficio potencial que obtendrá el paciente con el tratamiento, sino más bien la medida en que alguna forma de intervención efectiva se hace necesaria sin tener en cuenta si el tratamiento está disponible o aún si existe. Por ejemplo, un paciente con cáncer terminal exigiría un puntaje de severidad médico de nueve (9) indicando que el tratamiento es absolutamente necesario para la condición que amenaza su vida. Un puntaje de severidad alto se registra en este caso aunque no hay ningún tratamiento efectivo actualmente disponible. A los pacientes que presenten pocos síntomas de problemas o niveles sintomáticos controlados se les debe asignar un puntaje bajo de severidad. A medida que la cantidad y duración y/o la intensidad de síntomas se incrementan, también debe hacerlo la valoración de severidad. Valoraciones de severidad muy altas indican niveles peligrosamente altos (para el paciente u otro) de síntomas de problemas y consecuentemente una necesidad de tratamiento correspondientemente alta.

PROCEDIMIENTOS DE LA DERIVACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD

Paso 1. Seleccione un rango de puntajes (2 o 3 puntos) que describa mejor la necesidad de tratamiento para el paciente en el momento actual, basándose solamente en los datos objetivos, así:

1. Desarrolle una imagen de la condición del paciente basándose en los numerales objetivos.
2. Refine esa imagen a la luz de los numerales críticos (apéndice I).
3. Formule un rango aproximado de valoración.

Paso 2. Seleccione un punto dentro del rango obtenido en el paso anterior, utilizando solamente los datos subjetivos en cada área así:

1. Sí el paciente siente que el problema es considerable y que el tratamiento es importante, seleccione el punto más alto dentro del rango.
2. Sí el paciente considera que el problema es menos serio y que la necesidad de tratamiento es menos importante, seleccione el puntaje medio o inferior.

Mientras es reconocido que los criterios para establecer el grado de severidad para cualquier problema varían de situación a situación, hemos hallado que los procedimientos de derivación anteriores producen puntajes estandarizados.

Excepciones: en los casos en los que el paciente obviamente necesite tratamiento y él no informe tal necesidad, el puntaje debe reflejar la necesidad de tratamiento, la naturaleza obvia de esta necesidad debe enfatizarse. Evite las inferencias. Clarifique a través de sondeos cuando sea necesario.

Sí el paciente no ha informado problemas recientes o actuales, pero informa la necesidad de tratamiento, clarifique la base de su valoración, pero debe incluirse una nota que explique esta valoración.

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD

El juicio del entrevistador es importante para decidir la veracidad de las afirmaciones del paciente y su capacidad para comprender la naturaleza e intención de la entrevista. Sí el comportamiento del paciente sugiere claramente que él no está respondiendo de manera veraz (por ejemplo, con negaciones constantes y rápidas) o sí hay discrepancias en los datos producidos por informes contradictorios, que el paciente no puede justificar, entonces el entrevistador debe indicar una falta de confianza en la información. Las valoraciones de veracidad pretenden retratar el juicio del entrevistador sobre la validez de la información. Por ejemplo:

Está la información anterior significativamente distorsionada por:

¿Falsedad por parte del paciente? 0 – no 1 – sí

¿Incapacidad del paciente para comprender? 0 – no 1 – sí

Cuando se codifique una respuesta “sí”, el entrevistador debe registrar una explicación breve en la sección de “comentarios”.

EVALUACIÓN A TRAVÉS DEL SEGUIMIENTO

Uno de los usos principales del ASI en la admisión del paciente, es estimar el patrón y la severidad de las necesidades de tratamiento de los pacientes individualmente. La mejoría o el ajuste después del tratamiento puede medirse de la misma manera utilizando el ASI en el momento del seguimiento. La comparación del ASI de admisión con el ASI de seguimiento puede proporcionar la información requerida para desarrollar una evaluación de la efectividad del tratamiento en términos de cambio neto.

Se requieren unos pocos cambios en el formato del ASI de ingreso, para hacerlo funcionar como una entrevista de seguimiento. En el seguimiento solamente deben formularse las preguntas que tienen numerales con un círculo. Todas las demás preguntas deben omitirse, sin embargo, aún algunos de los numerales con círculos, como están planteados, son inapropiados y requieren revisión. Todos los numerales que necesitan revisión están señalados por un asterisco. Es necesario cambiar algunas palabras de estas preguntas para obtener información que sea pertinente al período de seguimiento. Esto debe hacerse cambiando el marco de tiempo de esos numerales, como por ejemplo: “desde nuestra primera entrevista” o “desde que usted empezó el tratamiento” o “desde su fecha de admisión”, entre otros. Por razones de conveniencia y precisión, se recomienda que el entrevistador defina claramente el marco de tiempo como el período desde que el paciente fue entrevistado

previamente. Tenga presente que las preguntas sobre la necesidad de tratamiento se refieren a la necesidad de tratamiento adicional, no a la necesidad de tratamiento continuado.

Importante: al utilizarse el método anteriormente descrito, hay amplia evidencia de que las valoraciones de severidad obtenidas pueden ser evaluaciones confiables y validas del estado de un paciente en cada área de problema. Sin embargo, no recomendamos que las valoraciones de severidad sean utilizadas para medir el resultado del tratamiento. Es importante recordar que estas valoraciones son en definitiva subjetivas y se ha demostrado que son útiles solo en condiciones en las cuales todos los datos están disponibles y la entrevista sea personal. No siempre este es el caso en una evaluación de seguimiento.

Hemos creado “puntaje compuestos” en cada una de las áreas, conformados por numerales objetivos que han sido contruidos matemáticamente para proporcionar evaluaciones más confiables del estado del paciente en el momento del seguimiento. Hemos usado las evaluaciones de severidad clínicamente y como predictores del resultado y los puntajes compuestos como la medida del resultado (para una descripción de estas medidas y su uso general, consulte, los puntajes compuestos del índice de severidad de adicción de Machagan y otros).

SITUACIONES DIFÍCILES O INAPROPIADAS

Encarcelación previa o tratamiento hospitalizado. Varias preguntas dentro del ASI requieren juicio en relación a los treinta (30) días previos o al año previo. En situaciones en las cuales el paciente ha estado encarcelado o tratado en un lugar interno por aquellos períodos se hace difícil desarrollar un perfil representativo de él. Sin embargo, ha sido nuestra política restringir el período de evaluación a los treinta (30) días previos, sin tener en cuenta el estado actual del paciente. Este procedimiento representa al paciente de manera precisa en el momento del tratamiento o del seguimiento, aunque reconocemos que puede no ser totalmente representativa de su patrón general de comportamiento.

Falsedad por parte del paciente. Hemos encontrado que algunos pacientes contestan con la intención de presentar una imagen particular al entrevistador esto tiene como resultado, generalmente respuestas inconscientes o inapropiadas que se hacen aparentes durante el transcurso de la entrevista. A medida que estas respuestas se hacen evidentes, el entrevistador debe intentar reasegurarle al paciente lo confidencial de los datos, explicarle nuevamente el propósito de la entrevista, sondear en busca de respuestas más representativas y clarificar las respuestas previas de validez cuestionable. Si la confiabilidad de las respuestas no mejora, el entrevistador simplemente debe descartar todos los datos que parezcan dudosos

colocando una "X" donde sea apropiado y registrando esto en el formato. En caso extremo debe suspenderse la entrevista.

Falta de comprensión. El entrevistador puede encontrar pacientes que sean simplemente incapaces de entender los conceptos básicos de la entrevista o concentrarse en las preguntas específicas. Cuando esto se haga evidente, la entrevista debe ser suspendida.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

En la página uno (1) se han proporcionado sub - guías generales sobre los procedimientos utilizados para llenar el formato. También se incluye una descripción breve de las valoraciones de severidad y un sumario de la escala de valoración del paciente.

Nota: es importante diferenciar los numerales que no son aplicables al paciente (que deben codificarse como "N") de los numerales que el paciente no pueda comprender o que no responda (que deben ser codificados como "X"). Por favor no deje ningún numeral sin codificar.

Nota: asegúrese de responder todos los numerales con círculos en las entrevistas de seguimiento del ASI, utilizando los procedimientos bosquejados en la introducción (

ver evaluación a través del seguimiento). En la parte final de la primera página, se deben registrar los datos de identificación del paciente, como son: nombre completo, dirección, barrio en que reside, ciudad o municipio y número de teléfono.

Nota: asegúrese de colocar los dos apellidos del paciente para evitar confusiones que puedan presentarse en el seguimiento. En caso de que el paciente no pueda informar sobre el teléfono y la dirección, favor especificar la razón. Ejemplo: dirección: sin nomenclatura. Teléfono: no tiene.

INFORMACIÓN GENERAL

En el primer renglón el entrevistador debe colocar el respectivo código de la sustancia o sustancias que representan el mayor problema para el paciente, según la asignación de códigos que se hace en la página número ocho (8) del instrumento. Esta respuesta debe coincidir con la dada por el paciente al numeral catorce (14) de la página ocho (8). Ejemplo: si el paciente informa que su mayor problema es la basuca, entonces en dicho renglón debe aparecer el código doce (12).

La serie de numerales que aparecen a continuación, es decir, número de identificación, número de historia clínica, fecha de vinculación y de entrevista, tiempo de aplicación, clase y código de contacto; fue diseñada para proporcionar información administrativa requerida para los registros del proyecto bajo el cual fue

desarrollado el ASI. Los hospitales, las clínicas y otras instituciones pueden necesitar datos adicionales diferentes como soporte de sus registros administrativos.

Debe hacerse adiciones o cambios de estos numerales según sea necesario.

Se encuentran también preguntas que son generalmente de naturaleza demográfica y requieren poca claridad como son: sexo, edad y tiempo de residencia en el municipio. En esta última, anote 00 cuando sea menos de un (1) año.

Código del entrevistador. Este corresponde a un número de cuatro (4) cifras. Las dos (2) primeras casillas deben coincidir con el código de la institución y las dos (2) últimas corresponden al número asignado a cada entrevistador. (Esta asignación debe hacerla cada institución).

Especial. Esta categoría se utiliza en caso de que un paciente sea eliminado y por lo tanto no se le aplique totalmente el instrumento. Para los pacientes que no son eliminados, debe colocarse en esta casilla la letra "N".

Área geográfica. Est permite tener una distribución zonal, según el lugar de residencia, de la población que consulte. En el caso de Antioquía, este código se asigna de acuerdo a la distribución establecida por el servicio seccional de salud. (Ver apéndice IV).

Institución. A cada institución se le ha asignado un código, de la siguiente manera:

CÓDIGO	INSTITUCIÓN
01	Servicio de Farmacodependencia del Homo.
02	Servicio de Alcoholismo del Homo.
03	Clínica Cenit.
04	Departamento de Toxicología del HUSVP
05	Servicio Seccional de Salud de Antioquía
10	Unidad de Salud Mental del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué
11	Fundar de Bogotá
30	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica

Nota: se sugiere a todas aquellas instituciones que se vinculen al proceso de investigación con el ASI, que soliciten su respectivo código al Hospital Mental de Antioquía, con el fin de continuar la secuencia ya establecida.

En el numeral cuatro (4), un ambiente controlado se refiere a una situación vivencial en la cual el sujeto estaba restringido en su libertad de movimiento y acceso. Esto generalmente significa un estado residencial en un lugar de tratamiento o en un lugar institucional penal. Si el sujeto estuvo en dos tipos de ambientes controlados, coloque el número correspondiente al ambiente en el cual paso la

mayoría del tiempo. Cuando se presente más de un lugar, el tiempo pasado en un ambiente controlado se define como el tiempo total que estuvo en los diferentes lugares. Si la respuesta al numeral cuatro (4) es "1", coloque "N" para el numeral cinco (5).

Resultados de las pruebas. Se proporciona espacio para registrar un conjunto de datos de pruebas psicológicas y clínico – investigativas. Estas pueden ser cambiadas, para registrar las pruebas utilizadas en su institución.

Perfil de severidad. Se provee el gráfico como un perfil de severidad del paciente. Al terminar la entrevista, el entrevistador debe señalar los puntajes apropiados en la cuadrícula, es decir, los asignados en la valoración de la severidad por el entrevistador, en cada una de las áreas consideradas.

ESTADO MÉDICO GENERAL

NUMERAL

INSTRUCCIONES

1. Hospitalizaciones. Coloque el número de hospitalizaciones mayores de doce (12) horas que el paciente ha tenido en su vida por problemas médicos. También se incluyen las hospitalizaciones por sobredosis y delirium tremens, pero excluya la desintoxicación u otras formas de tratamiento por alcohol, otras drogas o

problemas psiquiátricos. (Desintoxicación implica diez (10) o más días de tratamiento específico, ya sea en abstinencia completa de la droga de elección o disminución gradual o con sustituyente de ésta, pero bajo la supervisión médica u hospitalizado).

2. Hospitalizaciones recientes. Coloque "sí", si el paciente estuvo hospitalizado en los últimos doce (12) meses y excluya en esta pregunta las mismas condiciones del numeral uno (1).
3. Problemas médico – crónicos. Coloque "sí", si el paciente tiene un problema médico – crónico que continúe impidiéndole disponer totalmente de sus habilidades. Una condición crónica es una condición médica o física seria o potencialmente seria que requiere un cuidado continuo por parte del paciente (es decir, medicamentos, restricciones dietéticas, inhabilidades para tomar parte o realizar actividades normales). Algunos ejemplos de condiciones crónicas son: la hipertensión, la diabetes, la epilepsia y las limitaciones físicas. Si un paciente informa como problema crónico su necesidad de usar lentes o que sufre alergias menores, él no está comprendiendo la pregunta. Si hay una respuesta positiva debe anotar la causa en la sección de "comentarios". Para mayor claridad en caso de duda, pregunte por motivos de consulta médica en el último año y diagnósticos médicos que estén por aclarar.
4. Medicamentos prescritos. Si el paciente está tomando medicamentos, estos deben haber sido prescritos por un médico. Los medicamentos prescritos

solamente por períodos cortos de tiempo o por condiciones temporales específicas, es decir, resfriados, desintoxicaciones, no deben tenerse en cuenta. Solamente la necesidad continua de tomar medicamentos se debe contar (como medicamentos para la presión alta, la diabetes, la epilepsia, entre otros). Se incluyen sí han sido formulados, aunque el paciente por alguna razón no los toma o suspende el tratamiento. No se incluyen medicamentos para desordenes psiquiátricos, pues estos serán registrados posteriormente.

5. Días que ha experimentado problemas. Pregúntele al paciente cuántos días de los últimos treinta (30) ha experimentado problemas físico – médicos. No incluya los problemas causados únicamente por el alcohol u otras drogas. No se incluyen por lo tanto síntomas tales como “guayabo”, vómitos, insomnio, entre otros, que el paciente no sentiría sí estuviera abstemio. Sin embargo sí el paciente ha desarrollado problemas médicos continuos por su adicción, tales como: úlcera, cirrosis, flebitis, pancreatitis, entre otros, que no sería eliminado por la simple abstinencia, se incluyan aquí. Incluya también enfermedades menores, tales como resfriado común, cefalea, entre otros, aunque estas tendrían una valoración de severidad baja.
6. Valoración por el paciente. Asegúrese de que el paciente restrinja su respuesta a los problemas contados en el numeral cinco (5). Para el numeral siete (7) enfatice que usted quiere decir su interés en tratamiento médico adicional, para los

problemas especificados en el numeral cinco (5). Es decir, los problemas de salud recientes, o los crónicos no resueltos completamente.

7. Clasificación de severidad. En muchos casos los pacientes sufren condiciones que pueden ser sólo controladas, porque por el momento, no pueden ser curadas (diabetes, hipertensión, epilepsia, entre otros). Sí el paciente parece estar poniéndole atención adecuada a su condición (tomando los medicamentos, siguiendo las dietas prescritas, entre otros) y está bajo control, parece lógico suponer que su enfermedad no tiene necesidad de tratamiento adicional, además del que está recibiendo actualmente. Este paciente puede recibir una valoración de problema leve y el tratamiento adicional probablemente es innecesario. Recuerde: si la condición es seria y problemática debe tener una valoración como severa, aún si no hay un tratamiento efectivo actualmente para esa condición. Sin embargo, aún si la condición es seria (por ejemplo en el caso de la diabetes) no debe clasificarse severa, si el cuidado médico que el paciente recibe actualmente, ha llevado al paciente a una condición controlada y no problemática.

SITUACIÓN LABORAL/SITUACIÓN FINANCIERA

NUMERAL

INSTRUCCIONES

1. Nivel educativo. Seleccione la categoría que corresponda según el grado de instrucción que haya aprobado el paciente. Ejemplo: si el paciente dice que

termino quinto de primaria, pero no lo aprobó, debe colocarse la alternativa "primaria incompleta" (código # 1).

2. Años reprobados. Coloque el número total de años que el paciente no aprobó. Para el caso de pacientes en estudios técnicos o universitarios, considere como un año reprobado cada semestre que debió repetir.
3. Aprendizaje o educación técnica recibida. Coloque el número de meses de aprendizaje que el paciente haya completado. Trate de determinar si este es un programa de entrenamiento valido, tal como un programa legítimo o un aprendizaje a través de un entrenamiento práctico reconocido. Debe analizarse antes de registrar cualquier entrenamiento durante el servicio militar. Tenga en cuenta el entrenamiento solamente si tiene uso potencial en la vida civil y está diseñado para darle al paciente una habilidad u oficio que tengan mercado. Es decir, el cocinar, la operación de equipo pesado, la reparación de equipos, se tendrán en cuenta. El entrenamiento de infantería, el entrenamiento con cables, demolición, no se tendrán en cuenta.
4. Profesión. Sólo se considera una profesión, cualquier habilidad empleable o transferible que fue adquirida después de una educación o entrenamiento especializado en una institución debidamente aprobada (se incluyen títulos obtenidos en universidades, politécnicos, INEM, SENA, entre otros). Se debe especificar en el sitio indicado, cuál es la profesión.

5. Período de empleo. El entrevistador debe enfatizar que está interesado en el único empleo de tiempo completo que el sujeto ha tenido por el período más largo de tiempo. El servicio militar se contará como empleo sólo cuando excede al tiempo requerido de servicio.
6. Ocupación. Codifique la categoría de profesiones y empleo según el apéndice II. Además de los ejemplos: vendedor de carros, vendedor de comestibles, mecánico automotriz, entre otros. Sí el paciente ha estado trabajando recientemente en una ocupación diferente, se codifica su ocupación usual. Sí el paciente no tiene ocupación usual, se codifica su trabajo más reciente. Sí el paciente no ha trabajado nunca, se codifica con la letra "N".
7. Contribución al sustento. Averiguar sí el paciente está o no recibiendo un apoyo regular de un amigo o miembro de la familia, no de una institución. La contribución del cónyuge al sustento de la casa está incluida.
8. Empleo. El entrevistador debe determinar cuál de las posibilidades es la más representativa y no solamente la más reciente. Trabajo de tiempo completo: se entiende por trabajo de tiempo completo aquel que es regular y con más de treinta y cinco (35) horas por semana (se incluyen trabajos "bajo cuerda"). El empleo de medio tiempo: es un trabajo en el cual el paciente tiene un horario regular, continuado, pero menos de treinta y cinco (35) horas por semana. El empleo temporal: se refiere a los trabajos en los cuales el paciente trabaja

irregularmente, por ejemplo, trabajos por días o esporádicos. Cuando se emplean iguales horas para ocupaciones diferentes se anota la usual.

9. Días pagados. Se anota el número de días en los que el paciente fue pagado por trabajar. Trabajos realizados durante períodos de encarcelamiento u hospitalización no se cuentan. Se incluyen trabajos “bajo cuerda”, días de vacaciones y días de incapacidad pagados.

Recursos. Sí el paciente está renuente a contestar esta sección, se le recuerda que la información es confidencial.

10. Empleo. Esto es salario neto. También se incluyen ganancias por trabajo “bajo cuerda”.

11. Cesantías. Es obvia la explicación.

12. Mendicidad. Dinero recibido sin que medie ningún tipo de servicio (por caridad, por regalo).

13. Pensión, beneficencia o seguridad social. Esto incluye pensiones por incapacidad o jubilación.

14. Pareja, familia o amigos. Se codifica dinero prestado o recibido de la pareja, la familia o los amigos. Para el caso del paciente que vive con el cónyuge se anota un cálculo de sueldo mensual del esposo (a), sí aquel contribuye al sustento del paciente o de la casa. Se incluye también cualquier otra clase de ingreso, como préstamos, herencias y devoluciones de impuestos o cualquier otro ingreso adicional.

15. **Ilegal.** Esto incluye cualquier dinero obtenido ilegalmente por narcotráfico, robos, venta de cosas robadas, juego ilícito, entre otros.
16. **Rentas.** Dineros recibidos por: intereses de capitales prestados, alquiler de inmuebles o por pertenecer a una sociedad en la que no se labora.
17. **Personas a cargo.** Se enfatiza que estas personas deben depender económicamente del paciente y no tratarse simplemente de personas a las cuales el paciente haya dado dinero. No se incluye el paciente. Se incluyen dependientes que son normalmente apoyados por el paciente, aunque por circunstancias anormales no han recibido apoyo recientemente. También las personas que reciben pensión por divorcio y dependen del paciente.
18. **Problemas de empleo/estudios, últimos treinta (30) días.** Se incluyen la incapacidad de encontrar trabajo y/o estudio (sólo sí lo ha buscado) y problemas en su empleo y/o estudio actual (sí el empleo/estudio está en peligro). No se incluyen problemas relacionados con el abuso de sustancias, como el síndrome de abstinencia o el “guayabo”, que le han impedido al paciente buscar trabajo o vincularse a un establecimiento educativo. Nota: el entrevistador debe tener claro que en este numeral no se incluyen los sentimientos acerca de los proyectos del paciente en el aspecto laboral y/o académico, sí este no ha intentado buscar trabajo y/o estudio.
- 19 – 20. **Valoración por el paciente.** Estas valoraciones están restringidas a los problemas identificados por el numeral dieciocho (18). Importante: en el intervalo

diecinueve (19), los intervalos de “los últimos treinta (30) días” y “último año”, están diseñados para ser considerados de manera separada.

En el numeral veinte (20), se debe enfatizar que la orientación profesional es para buscar trabajo y/o estudio o capacitarse para desempeñar un trabajo, no para ofrecérselo.

USO DE DROGAS

NUMERAL

INSTRUCCIONES

1 – 12. Abuso de sustancias químicas. Pregúntele al paciente el número de días, de los últimos treinta (30), en los que él utilizó alcohol u otra droga. Asegúrese de ejemplificar al paciente este uso, enumerando nombres vulgares o de marca con los que se conocen en el medio. Recuerde que la población entrevistada puede estar consumiendo más de una droga y entre ellas el alcohol. Los medicamentos prescritos se codifican en la categoría genérica apropiada. Los antagonistas, tales como el antabuse y la naltrexona no se registran en la sección de historia de consumo de sustancias, sino que deben anotarse en la sección de “comentarios”. Para más seguridad, consulte el apéndice III: un listado de agentes químico comunes enumerados según el nombre callejero y su categoría en el ASI.

02. “Alcohol hasta la intoxicación”, no significa necesariamente el emborracharse. Registre el número de días que el paciente informe sentir “los efectos” del alcohol,

por ejemplo: “un zumbido”, “sentirse animado”, “intoxicado”, “borracho”, entre otros. Sí el paciente muestra evidencia de haber bebido alcohol, obtenga de él un cálculo de cuánto está bebiendo (el paciente puede estar negando los efectos o manifestando tolerancia). En tales casos y como regla general, el equivalente a tres (3) o más tragos por cada sentada o en un período de menos de dos (2) horas puede considerarse “alcohol hasta la intoxicación” para el numeral dos (2).

Con el “transcurso de la vida”, estamos tratando de determinar períodos extensos de uso regular. Como uso regular se define, un período de consumo no menor de un (1) mes. La frecuencia de uso “regular”, se entiende como el consumo de drogas por tres (3) o más veces a la semana. Si hay uso importante de una sustancia química en particular, pero menos de tres (3) veces a la semana, en un período de un (1) mes o más, por favor registre esto en la sección de “comentarios”, pero no lo incluya en los numerales 1 – 12.

13. Sustancias múltiples. En relación a los últimos treinta (30) días, pregúntele al paciente cuántos días tomó más de un (1) tipo de agente químico, incluyendo el alcohol (para más seguridad revise el apéndice III). En relación con el “uso permanente” pregúntele al paciente cuánto tiempo tomó regularmente (generalmente tres (3) o más veces a la semana más de una (1) sustancia por día, incluyendo el alcohol).

14. Problema mayor. El entrevistador debe determinar la droga de mayor abuso, basándose en los años de uso, el numero de tratamientos, el numero de delirium tremens/sobredosis, entre otros. Registre un "16" si el paciente usa regularmente más de una droga excepto alcohol y un "15" si el paciente abusa del alcohol y una (1) o más drogas. Si la información no proporciona indicación clara en su problema de droga, entonces pregúntele al paciente cuál piensa que sea la sustancia de mayor problema.

Coloque uno de los siguientes códigos:

- 01 alcohol
- 03 heroína
- 04 otros opiáceos y/o analgésicos
- 05 barbitúricos
- 06 otros sed – hip – tranq.
- 07 cocaína
- 08 anfetaminas
- 09 cannabis
- 10 alucinógenos
- 11 inhalantes
- 12 basuca
- 15 alcohol/droga

16 polidroga

Nota: para las entrevistas de seguimiento registre la sustancia de mayor abuso y problema para el paciente. Si en el seguimiento el paciente sostiene que no tiene problema de alcohol u otra droga, pero informa experimentar problemas de roiga o alcohol en el numeral veintitrés (23), entonces clarifique el numeral catorce (14), preguntándole si él considera que eta sustancia es su mayor problema de abuso actual.

15. Abstinencia. (De por lo menos un (1) mes). Preguntele al paciente cuánto tiempo fue capaz de permanecer abstinentes de su droga de mayor abuso (numeral catorce (14)). Enfatice que éste hay sido su último intento de abstinencia, no necesariamente su período más largo. Los períodos de hospitalización y de encarcelamiento no se tienen en cuenta. Los períodos de abstinencia durante los cuales estuvo tomando metadona, antabuse o naltrexona, como paciente ambulatorio, se incluyen como una medida de la capacidad del paciente para responder al tratamiento ambulatorio. Si el código del numeral catorce (14) fue “00 – ningún problema” coloque “N”. Si el código del numeral catorce (14) fue “15 – alcohol y droga” entonces la abstinencia se referirá tanto al alcohol, como a la otra droga o drogas y si el código del numeral catorce (14) fue “16 - polidroga” entonces la abstinencia se referirá a todas las drogas de que

se ha abusado. Coloque "99" sí el número de veces igual a noventa y nueve o más. Coloque "00" sí el paciente no ha estado abstinenté por los menos un (1) mes (treinta (30) días).

16. Determinación. Coloque "00" sí el período de abstinencia es actual. Coloque "N" sí el paciente nunca ha sido abstinenté.
17. Sobredosis y delirium tremens. En caso de duda acerca de una "sobredosis" informada, pregunte que le hicieron al paciente para reanimarlo. Simplemente el haberle dejado "dormir", no constituye indicio de una sobredosis. Sí el paciente describe cualquier incidente en el cual la intervención de alguien fue necesaria para recuperarse, cuente éste como una sobredosis. La naturaleza de la sobredosis diferirá con el tipo de droga utilizada, mientras los opiáceos y los barbitúricos producen efectos análogos, la sobredosis de anfetaminas, frecuentemente tiene como resultado psicosis tóxicas. Incluya intentos de suicidio sí estos se presentaron por sobredosis de droga. En relación a los delirium tremens enfatice que usted pregunta por temores serios, nauseas, alucinaciones, y/o confusión, entre otros, por sobredosis o después que el paciente haya dejado de beber, generalmente dos (2) o tres (3) días luego de la última bebida.
18. Incluya los casos en que claramente el médico le haya informado al paciente que su hospitalización se debió a la sobredosis o al delirium tremens.

19. Tratamientos. Enfaticé cualquier tipo de tratamiento por alcohol u otra droga, incluyendo desintoxicación, casas de reposo, tratamientos hospitalizados, consejería ambulatoria y A. A. o D.A., si se dieron tres (3) sesiones o más dentro de un período de un (1) mes. Haga preguntas separadamente para el alcohol y las otras drogas. En el caso de problemas duales trate de obtener el número de tratamientos en cada categoría.
20. Tratamiento de desintoxicación. Registre el número de tratamientos en el numeral "19" que fueron solamente de desintoxicación y no incluyeron ningún control o seguimiento. El propósito de la pregunta es determinar la medida en la cual el paciente ha buscado una rehabilitación extensa vs una estabilización mínima.
21. Gasto. Principalmente mide el costo del consumo, no de la cantidad de uso. Por esta razón, coloque solamente el dinero que el gasto, no el valor callejero de lo que él utiliza. (Por ejemplo: el proveedor que consume pero no compra, el tendero que bebe mucho pero no compra, entre otros). Coloque una "X" solamente si el paciente no puede obtener una determinación razonable.
22. Tratamiento. El tratamiento se refiere a cualquier tipo de terapia ambulatoria por abuso de sustancias, incluyendo mantenimiento con metadona, reuniones de A. A., tratamiento con antabuse, entre otros. El tratamiento requiere contacto personal (o por lo menos telefónico) con el programa. Esto no incluye la

consejería psicológica u otra terapia para problemas que no sean por el abuso de drogas.

23. Días que ha experimentado problemas. Asegúrese de enfatizar que usted está interesado en el número de días durante los cuales el paciente tuvo problemas directamente relacionados con el uso de alcohol u otra droga. Incluya solamente deseos de tomar la droga, síntomas de abstinencia, efectos perturbadores de intoxicación, por droga o alcohol, o el querer detenerse y la inhabilidad para hacerlo. No incluya la dificultad del paciente para hallar o conseguir drogas o alcohol.

24 – 25. Valoración del paciente. Para el numeral veinticuatro (24) anote qué tan preocupado o molesto ha estado el paciente durante el último año y haga énfasis en los últimos treinta (30) días. Para el numeral veinticinco (25) está especificando el tratamiento por el abuso de sustancias; no una terapia general. Enfatice que usted se refiere a sus problemas de abuso de sustancias actuales, no ha una valoración de la necesidad de tratamiento por sus problemas abuso en su peor momento. Determine la necesidad del paciente de recibir tratamiento y no su deseo de continuar con el tratamiento presente.

SITUACIÓN LEGAL

NUMERAL INSTRUCCIONES

1. Fuente de admisión. Coloque “1” si cualquier miembro del sistema de justicia general es el responsable de la admisión actual del paciente a la institución o si el

paciente sufrirá consecuencias legales indeseables, como resultado de rechazar o terminar el tratamiento.

2. Libertad condicional o bajo palabra. Puede ser útil anotar la duración y el cumplimiento de la pena bajo estado de libertad condicional de manera separada.

Nota: para las actividades 03 – 16, por favor codificar los resultados ilegales del paciente: (A) en el último año y (B) durante la vida, el número de veces que ha sido detenido y acusado de estos cargos.

- 3 – 16. Cargos. Este es un registro del número y el tipo de cargos. Arrestos y acusaciones (no necesariamente condenas) acumuladas por el paciente durante su vida y en el último año. Esos incluyen solamente los cargos formales, no las veces que el paciente fue recogido o interrogado. Incluya en el numeral dieciséis (16) “otros”, cargos serios como “amenazas terroristas”, desacato a la autoridad, entre otros. No incluya arrestos menores que se hayan presentado durante el servicio militar y que no tengan una contraparte en la vida civil (por ejemplo, la insubordinación) pero regístrelos en la sección de “comentarios”. No incluya los crímenes juveniles (antes de los dieciocho (18) años) a menos que el tribunal de menores haya juzgado al paciente, como es el caso en las ofensas particularmente serias. Nota: el uso del ASI con poblaciones diferentes puede exigir la consideración de la historia legal juvenil.

17. Condenas. No incluya las ofensas de mala conducta (18 – 20). Note que las condenas incluyen multas, libertad vigilada, sentencias suspendidas, así como

sentencias que hayan requerido encarcelación. Las condenas incluyen confesiones de culpa. Las violaciones de libertad condicional se cuentan automáticamente como condenas.

18. Cargos. En esta categoría pueden incluirse otros hechos que generalmente se relacionan con una perturbación pública, sin la ejecución de un crimen.
Particular.
19. El manejar estando intoxicado o "manejar borracho".
20. Las violaciones al manejar son violaciones en movimiento (exceso de velocidad, manejo imprudente, escapar de la escena de un accidente, entre otros). Esto no incluye el mal estado del vehículo, ni falta de revisado.
21. Encarcelaciones. Coloque el número total de meses pasados en la cárcel (ya sea que el cargo haya resultado en una condena o no), en prisión o en un centro de detención durante la vida del paciente desde la edad de dieciocho (18) años, a menos que el paciente haya sido detenido como adulto cuando aún era menor. Sí el número igual a cien (100) o más coloque "99". Cuento como un (1) mes cualquier período de encarcelación de dos (2) a cuatro (4) semanas.
22. Duración de la encarcelación. Coloque el número total de meses de la última encarcelación. Coloque "N" si el paciente nunca ha sido encarcelado.
23. Cargo. Use el número del numeral asignado en la primera parte de la sección legal (03 – 16 y 18 – 20) para indicar el cargo por el cual fue encarcelado el paciente. Sí el paciente fue encarcelado por varios cargos, coloque el más serio

o aquel por el cual haya recibido la sentencia más severa. Coloque "N" si el paciente nunca ha sido encarcelado.

24. No incluya demandas civiles a menos que haya una ofensa criminal implicada (desacato a la autoridad).
25. Cargo. El mismo que el numeral veintitrés (23). Coloque "N" si el paciente no está esperando cargos, juicio o sentencia. No incluya demandas civiles a menos que haya una ofensa criminal implicada (desacato a la autoridad).
26. Detención. Incluya el ser detenido, es decir, arrestado pero liberado el mismo día.
27. Actividades ilegales recientes. Coloque el número de días durante los cuales el paciente ha estado involucrado en actividades delictivas con ánimo de lucro. No cuente simplemente la posesión de drogas. Sin embargo, incluya el mercadeo de las mismas, la prostitución, el escalamiento, la venta de bienes robados, entre otros.
- 28 - 29. Valoraciones del paciente. No incluya ningún problema civil. Para el numeral veintinueve (29) el paciente está valorando su necesidad de recibir consejo por sus problemas legales.

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

NUMERAL	INSTRUCCIONES
---------	---------------

1. Estado civil: Coloque el código para el estado civil legal actual.

2. Duración. Coloque el número de años y meses durante los cuales el paciente ha permanecido en su estado civil actual. Para los pacientes que nunca han estado casados, coloque su edad menos dieciocho (18) años. Si éstos son solteros y menores de dieciocho (18) años, coloque "N" en cada una de las casillas.
3. Satisfecho. Una respuesta de "satisfecho" debe indicar que al paciente generalmente le gusta la situación, no que él está simplemente resignado a ella.
4. Ubicación usual. Considere la vida del paciente en los últimos tres (3) años. Pídale describir la cantidad de tiempo que se la ha pasado viviendo en prisiones, hospitales u otras instituciones. Si esa cantidad de tiempo es la más significativa, coloque un "09". Si el paciente vivió en varias situaciones, escoja la más representativa. Codifique "01" (familia extensa), si el paciente ha vivido la mayor parte de este tiempo con personas de diferentes grupos familiares, pero que están unidos por lazos de consanguinidad. Los pacientes que viven simultáneamente con cónyuge, hijos, padres y hermanos se incluyen en esta categoría.
5. Satisfecho. Una respuesta de "satisfecho" debe indicar que al paciente generalmente le gusta su situación, no que él está simplemente resignado a ella.
6. Duración. Coloque el número de años y meses que el paciente ha vivido en su ubicación usual (numeral cuatro (4)). Para los pacientes que viven con sus padres coloque el número de años desde la edad de dieciocho (18) si este tiempo es

continuo. Si el paciente es menor de dieciocho (18) años y siempre ha vivido con sus padres, coloque "N" en cada casilla.

7. **Compañía tiempo libre.** Esta respuesta generalmente es fácil de interpretar. La familia inmediata y extensa así como aquellos que pertenecen a ella por matrimonios, han de incluirse a la "familia": esto para todos los numerales que se refieren a la familia. Los "amigos" pueden considerarse como cualquier persona asociada al paciente, diferentes a los miembros de la familia, y los problemas relacionados con ellos deben considerarse "sociales". No basta con que el paciente diga que pasa la mayor parte de su tiempo libre con amigos, es importante que quede muy claro si éstos son o no consumidores de alcohol y/u otras drogas. Algunos pacientes puede que consideren a una novia con quien ellos han tenido una relación duradera como un "miembro familiar". En tales casos ella puede considerarse como un miembro de la familia. **Importante:** si usted ha codificado aquí a esta persona como un "miembro familiar", también considérela como tal en las preguntas que de ahí en adelante se refieran a la familia y como "pareja sexual/esposo (a)" en la pregunta quince (15).
8. **Actividades tiempo libre.** Deje claro al paciente que usted desea saber a qué actividades se dedica usualmente en el tiempo libre. Si realiza varias, coloque aquella en que invierte más tiempo. La categoría trece (13) (sólo consume alcohol y/u otras sustancias) debe usarse exclusivamente en los casos que los pacientes insistan en que no realizan otra actividad distinta a ésta.

9. Satisfecho. Una respuesta de "satisfecho" debe indicar que al paciente generalmente le gusta su situación, no que él está simplemente resignado a ella.
10. Amigos íntimos. Enfatice que usted quiere decir íntimos. No incluya miembros familiares o a una novia que ha sido considerada como de la familia. El término "íntimo" no se refiere a personas con las que el paciente mantiene relaciones sexuales, sino que incluye aquellas en las cuales el paciente ha depositado extrema confianza.
11. Conflictos/discusiones. Los conflictos requieren un contacto personal (o por lo menos telefónico). Enfatice que usted se refiere a conflictos serios (es decir, discusiones importantes, abuso verbal, entre otros), no simplemente a diferencias rutinarias de opinión. Estos conflictos deben ser de magnitud tal que pongan en peligro la relación del paciente con la persona implicada generando en ambos, resentimiento, indiferencia, hostilidad y/o rivalidad.
- 12 – 20. Relaciones. Estos numerales se refieren a problemas serios, de duración e intensidad suficientes para poner en peligro la relación. Estos problemas incluyen comunicación extremadamente escasa, carencia total de confianza o comprensión, enemistad, discusiones crónicas. Si el paciente no ha estado en contacto con la persona en los últimos treinta (30) días debe registrarse como "N" a menos que este aún preocupado por un problema relativamente reciente, en cuyo caso se debe registrar un "1". La "N" también debe colocarse en las categorías que no sean aplicables, por ejemplo: en caso de que un paciente no tenga hermanos debe

colocarse una "N" en cada columna del numeral trece (13). El numeral quince (15) no pertenece solamente a la cónyuge, sino que incluye también cualquier relación regular importante. En el numeral veinte (20) pueden incluirse compañeros de estudio u otros con los que mantiene una relación frecuente o comparte actividades en su tiempo libre.

Importante: comprenda que los intervalos de "últimos treinta (30) días" o "en el transcurso de la vida" están diseñados para ser considerados de manera separada.

Los últimos treinta (30) días proporcionaran información sobre problemas recientes, mientras que en el transcurso de la vida indicará problemas o una historia de problemas anteriores a los últimos treinta (30) días.

Se recomienda que el entrevistador haga la pregunta de "en el transcurso de la vida" antes que la de "último mes". Por ejemplo, "¿alguna vez ha tenido un período significativo durante el cual usted haya experimentado problemas serios con _____ en el pasado?" Sin tener en cuenta la respuesta anterior el entrevistador deberá entonces preguntar acerca de los últimos treinta (30) días. Por ejemplo, "¿y que tal recientemente? ¿Ha tenido algún problema serio con _____ en los últimos treinta (30) días?"

21 – 22. Valoraciones del paciente. Estas se refieren a cualquier insatisfacción, conflicto o problema informado en la sección familiar/social. Incluya la necesidad

del paciente de buscar tratamiento para tales problemas como la soledad, la incapacidad para socializarse o la insatisfacción con los amigos. Incluya sólo aquellos problemas familiares que se presentan como consecuencia directa del consumo de drogas. Para el numeral veintidós (22), asegúrese que el paciente esté consciente que él está valorando, no si su familia estaría de acuerdo en participar, sino cuánto él necesita consejería para sus problemas familiares en alguna forma.

ESTADO PSICOLÓGICO

NUMERAL INSTRUCCIONES

1. Tratamiento. Este numeral incluye cualquier tipo de tratamiento para sus problemas psiquiátricos exclusivamente. No incluya consejería por abuso de sustancias, problemas de trabajo o familia. La unidad de medida es un episodio de tratamiento, no el número de visitas o días de tratamiento.
- 2 – 8. Síntomas psiquiátricos. Estos numerales están relacionados con síntomas psiquiátricos serios en el transcurso de la vida y recientemente. Los numerales concernientes a depresión, ansiedad y concentración (numerales dos (2), tres (3) y cinco (5)) se refieren a períodos significativos de perturbación, no simplemente a un día de depresión, ansiedad u olvido. Los otros síntomas (cuatro (4), seis (6), siete (7) y ocho (8)) son tan importantes que aún su aparición por un período breve de tiempo exige que ellos sean registrados. Con excepción de los numerales seis (6), siete (7) y ocho (8), asegúrese de que el paciente comprenda que estos períodos se refieren

solamente a los momentos en que él no estaba bajo los efectos directos del alcohol, otra droga o en abstinencia. Eso quiere decir que el comportamiento o el ánimo distorsionado no se deben al estado de intoxicación por droga o alcohol o a los efectos de la abstinencia.

Importante: comprenda que los intervalos de los “últimos treinta (30) días” y “en el transcurso de la vida” están diseñados para ser considerados de manera separada. Para cada uno de los numerales dos (2), tres (3), cuatro (4), cinco (5), seis (6), siete (7) y ocho (8), los últimos treinta días proporcionan información sobre problemas psicológicos recientes mientras que en el transcurso de la vida indicará problemas o una historia de problemas psicológicos anteriores a los últimos treinta (30) días.

Se recomienda que el entrevistador haga la pregunta de “en el transcurso de la vida” antes que la de “último mes”. Por ejemplo, “¿alguna vez ha tenido un período significativo durante el cual usted haya experimentado pensamientos serios de suicidio en el pasado?” Sin tener en cuenta la respuesta anterior el entrevistador deberá entonces preguntar acerca de los últimos treinta (30) días. Por ejemplo, “¿y que tal recientemente? ¿Ha tenido algún pensamiento serio de suicidio en los últimos treinta (30) días?”.

2. Depresión grave. Al preguntarle al paciente si ha tenido períodos en los que haya experimentado depresión grave. Se debe enfatizar la presencia del mayor

número de síntomas de este trastorno, tales como: tristeza generalizada que no puede liberarse de ella y que no tenga una causa obvia (muerte de un ser querido, pérdida de trabajo, entre otros), desesperanza, baja autoestima, pesimismo, apatía e indiferencia por sus actividades y diversiones habituales, insomnio, pérdida o disminución de la libido, ideas de muerte o de suicidio, entre otros, para que la sintomatología expresada constituya una depresión clínica franca, de haber estado presente por un mínimo de dos (2) semanas.

3. Ansiedad o angustia grave. Al preguntar al paciente si ha tenido períodos en los que haya experimentado angustia o tensión grave, se debe enfatizar en la presencia del mayor número de síntomas de este trastorno, tales como tensión muscular, dificultad para relajarse y dormir, trastornos del ritmo cardíaco (taquicardia), trastornos gastrointestinales y urinarios, temblores, cefaleas, irritabilidad, sudoración, entre otros.
4. Alucinaciones. (ver, oír o sentir cosas que realmente no existen) restringido el concepto a los momentos en que el paciente estaba libre de droga y no estaba sufriendo de abstinencia.
5. Problemas cognoscitivos. Sugeridos por problemas serios para concentrarse, comprender, memorizar y recordar.
6. Dificultad en concentrarse. (o pérdida de control) furia o violencia no desencadenadas por droga o por abstinencia.

7. Pensamientos suicidas. Deben restringirse a los momentos en que el paciente haya considerado seriamente un plan para quitarse la vida.
8. Intentos de suicidio. Incluya gestos suicidas o gestos discretos. Importante: pregúntele al paciente sí él ha considerado recientemente el suicidio. Sí el paciente responde "si " a esta pregunta y/o da la impresión clara de estar deprimido hasta el punto en que el suicidio puede convertirse en una posibilidad, informe esta respuesta o la existencia de esta posibilidad al personal clínico encargado del tratamiento al concluir el test.
9. Los medicamentos deben haber sido prescritos por un médico para un problema psicológico o emocional.
10. Días que ha experimentado problemas. Restrinja la pregunta a los problemas enumerados por el paciente en los numerales dos (2) a ocho (8).
- 11 – 12. Valoración del paciente. Refiriéndose al numeral diez (10), haga que el paciente evalúe la medida de esos problemas en los últimos treinta (30) días. Asegúrese de que el paciente comprenda que usted no quiere decir necesariamente el internamiento en un pabellón psiquiátrico o el uso de medicamentos psicoactivos.
- 13 – 18. Síntomas actuales. El entrevistador debe utilizar su juicio basándose en el comportamiento y las respuestas del paciente durante la entrevista, para determinar la presencia de síntomas manifiestos en estas categorías.

Nota: es de vital importancia explorar y valorar el riesgo suicida del paciente, pues el sujeto adicto padece de un riesgo significativamente aumentado de suicidio. Para

lograrlo hay que preguntarlo directamente si hay antecedentes personales de otros intentos y en cuáles situaciones (bajo los efectos del alcohol o cualquier otra sustancia, entre otros).

ASI – APÉNDICE I

NUMERALES OBJETIVOS CRÍTICOS POR ÁREA

ÁREA	NUMERAL	DESCRIPCIÓN
Estado médico general	1	Hospitalizaciones en el transcurso de la vida
	3	Problemas crónicos
Situación laboral/financiera	1 y 3	Estudios y aprendizaje
	5	Empleo de tiempo completo más perdurable
	6	Ocupación usual
	8	Patrón de empleo reciente
Uso de drogas/alcohol	1 – 12	Historia de abuso
	15 – 16	Abstinencia
	17 – 18	Sobredosis y D. T.
	19	Tratamiento por alcohol/droga
Situación legal	3 – 16 (A y B)	Actividad criminal
	26 – 27	Actividad criminal actual

Familia/relaciones sociales	2 – 3	Estabilidad/satisfacción marital
	5 – 6	Estabilidad/satisfacción con quien está viviendo
	9	Satisfacción con tiempo libre
	11 A – B	Conflictos serios
	12 – 20	Problemas con familiares en el transcurso de la vida
Estado psicológico	1	Tratamientos en el transcurso de la vida
	2 – 9	Síntomas actuales y en el transcurso de la vida

ASI – APÉNDICE II

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES (CIUO)
 OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO – EDICIÓN REVISADA, 1968
 GINEBRA – SUIZA

1. Profesionales técnicos. Químicos, físicos, arquitectos, ingenieros, dibujantes profesionales, técnicos de alto nivel (electrónico, civil, metalúrgicos, de minas), pilotos, biólogos, astrónomos, médicos, odontólogos, veterinarios, matemáticos, estadistas, economistas, contadores, abogados, profesores licenciados, miembros del clero, escritores, críticos de arte, periodistas, escultores, pintores,

- decoradores, diseñadores, músicos, artistas, empresarios, productores de espectáculos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, bibliotecólogos, psicólogos, enfermeras.
2. Directores y funcionarios públicos. Miembros de cuerpos legislativos y personal de la administración pública, directores y personal directivo de instituciones, militares.
 3. Personal administrativo. Jefes de empleados de oficinas, empleados de contabilidad, cajeros, operadores para el empleo automático de datos, jefe de servicios de transporte, telefonistas, telegrafistas, mecanógrafas, empleados de servicios de archivo y biblioteca, empleados de aprovisionamiento y de cálculo de producción.
 4. Comerciantes y vendedores. Comerciantes propietarios, jefe de ventas y compradores, agentes viajeros, representantes de fábricas, agentes de seguros, subastadores, vendedores a domicilio.
 5. Trabajadores de los servicios. Jefe de personal de servidumbre, cocineros, camareros, personal de limpieza, lavaderos, planchadores, peluqueros, personal de servicios de protección y seguridad (policías, bomberos), trabajadores de funerarias.
 6. Trabajadores agrícolas y forestales. Obreros agrícolas, conductores de maquinaria agrícola, pescadores, cazadores, taladores de árboles.

7. Obreros no agrícolas. Mineros, operadores de hornos, metalúrgicos, aserradores, obreros de aparatos de laboratorio, hilanderos, bobinadores, blanqueadores, tejedores, obreros en la producción de cigarrillos, sastres, modistas, panaderos, tapiceros, zapateros, ebanistas, herreros, pulidores de metales, electricistas, operadores de estaciones emisoras de radio y televisión, pulidores de vidrio, obreros en la fabricación de productos de caucho y plástico, papel y cartón, tipógrafos, pintor de brocha, obreros manufactureros, cesteros, soldadores, albañiles, conductores de grúas, conductores de diferentes medios de transporte.
8. Trabajadores que no pueden ser clasificados en estos.
 - A. Personas que buscan su primer empleo.
 - B. DesocupadosPersonas que declaran ambiguamente su ocupación.

9. PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Para una mejor comprensión de los datos contenido en el presente capítulo, se hace necesario hacer las siguientes aclaraciones:

1. Al hablar de ASI, se hace mención a la prueba Índice de Severidad de Adicción – versión Hospital Mental de Antioquia, instituto que hizo la traducción, adaptación, y estandarización de la prueba, cuyos autores son los investigadores A. T. McLELLAN, L. LUBORSKY, C. P. O'BBIEN, y G. E. WOODY.
2. Al mencionar últimos treinta días se refiere a al periodo comprendido a un mes antes de la aplicación de la prueba, lo cual se llevo a cabo los primeros días del mes de agosto de 2001.
3. Cuando se expresa CARI, se hace referencia al Centro de Atención y Rehabilitación Integral, de la ciudad de Barranquilla – Colombia.

Los datos recolectados a través del instrumento denominado Índice de la Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index) ASI, se presentan a continuación, dirigidos a las áreas: Perfil de consumidor, Índice de recaída y reinserción social.

9.1 PERFIL DEL CONSUMIDOR

En este aspecto es importante mencionar que la edad de inicio para el consumo es cada vez más temprana, partiendo del hecho, que aproximadamente esta edad se encuentra entre los 12 y 16 años (preadolescencia), etapa en la cual los jóvenes buscan independencia de sus padres, aceptación de sus iguales, satisfacer curiosidades de diferente índole, entre las cuales sobresalen las referentes al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, razón por la cual los pacientes pertenecen todos son hombres.

Tabla 1. Diagnóstico Dual Asociado

Trastorno	Frecuencia	%
T. Afectivo Tipo Afectivo Maníaco	2	15.4%
Psicosis Tóxica	1	7.7%
T. Obsesivo	1	7.7%
T. Ansioso Depresivo	1	7.7%
T. Depresivo	4	30.8%
T. Esquizo Afectivo	3	23.1%
T. Esquizo Típico	1	7.7%
Total	13	100%

Los datos contenidos en el cuadro anterior muestran el diagnóstico dual asociado de los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI de Barranquilla, en el cual sobresale la presencia del trastorno depresivo en un 30.8% de la población, seguido en un menor porcentaje del trastorno esquizo-afectivo con un 23.1%. Destacándose también la presencia en un 15.4% de los pacientes el trastorno afectivo tipo maniaco, acompañado en porcentajes mínimos (un 7.7% representa a un paciente) por otros trastornos como psicosis tóxica, trastorno obsesivo, trastorno ansioso depresivo, y esquizo-típico.

9.1.1 Variables sociodemográficas. Dentro del grupo de variables sociodemográficas se encuentran las referentes a edad, sexo, escolaridad, estado civil y sustancia cuyo consumo ha provocado mayores problemas en el consumidor.

En el siguiente cuadro se muestran los datos referentes a la población en estudio, observando que en la población objeto de estudio prevalece la edad comprendida entre los 16 a 20 años de edad, representando el 30.8% del total de casos evaluados e indicando que entre ellos se encuentran personas menores de edad y que aún son adolescentes. Como segundo intervalo de edad con mayor representación se encuentra el grupo de sujetos entre los 31 a 35 años de edad con un 23.1%, seguido de los pacientes entre los 41 a 45 años de edad con un 15.4%.

Cuadro 1. Edad de la población en estudio

Edad	Frecuencia	%
16 – 20 años	4	30.8%
21 – 25 años	1	7.7%
31 – 35 años	3	23.1%
36 – 40 años	1	7.7%
41 – 45 años	2	15.4%
46 – 50 años	1	7.7%
51 – 55 años	1	7.7%
Total	13	100%

De la población en estudio sobresale por su edad avanzada en sujeto con una edad entre los 51 a 55 años y que representa el 7.7% del total de casos. Los anteriores datos muestran cómo la problemática de la farmacodependencia se extiende a diferentes niveles del desarrollo humano y que las personas afectadas por este flagelo solicitan la ayuda profesional en distintas etapas de su vida.

Algunos pacientes adictos a las drogas se acercan al CARI a una edad avanzada y dependiendo de los años de duración de la dependencia, ésta ha podido causar estragos a nivel psíquico y somático del individuo, haciendo aún más difícil su tratamiento.

En estudios realizados por Rumbos 2001, se encontró que la edad de inicio de consumo se encuentra en la preadolescencia, información que guarda gran similitud

con la obtenida en nuestra investigación donde el paciente prueba la sustancia X primera vez entre las 14 – 16 años.

Cuadro 2. Nivel de escolaridad de la población en estudio

Nivel educativo	Frecuencia	%
Primaria completa	1	7.7%
Secundaria incompleta	3	23.1%
Secundaria completa	2	15.4%
Univ./tecn. incompleta	4	30.7%
Univ./tecn. completa	3	23.1%
Total	13	100%

Los datos contenidos en el cuadro superior muestran que los pacientes en estudio se caracterizan por ser alfabetos y predomina en este grupo la formación universitaria o técnica incompleta, con una representación del 30.7%. Un segundo porcentaje sobresaliente lo representan los sujetos con formación universitaria o técnica completa constituido por el 23.1% del total, y con el mismo porcentaje las personas que poseen un grado de escolaridad de estudios secundarios incompletos. Estos tres porcentajes en conjunto conforman el 76.9% de los casos, indicando una formación académica avanzada y estructurada, combinada con altos deseos de superación a través del estudio, pero que por diversas circunstancias, entre ellas el abuso de la drogas, en algunos casos tales objetivos de autorealización no se alcanzaron.

Sobresale, según la información del cuadro anterior, la presencia de una persona, que representa el 7.7%, con culminación de los estudios primarios, que de toda la población en estudio es la persona con el más bajo nivel de escolaridad, pero con la formación suficiente de ser aceptado en el Programa de Farmacodependencia del CARI. Este requisito hace referencia que los individuos que quieren ser miembros del Programa de Farmacodependencia deben ser alfabetos, condición fundamentada en el hecho que en diferentes circunstancias los pacientes deben tratar con material escrito, como es el caso de las pruebas psicológicas, y no existen las condiciones como para leerles la información del caso.

La población en estudio se caracteriza por poseer en su interior a dos personas que no tienen ninguna profesión (15.4%), y a dos personas que son estudiantes de secundaria (15.4%). Una persona recibió durante el programa formación en el campo de la Informática Básica e Inglés (7.7%), dos personas en sistemas (15.4%), , dos personas en Análisis y Programación de computadores (15.4%), y una persona en el campo de herramientas, soldadura, y taller microempresarial. De los sujetos con formación universitaria se destaca la presencia de un Contador, un Arquitecto, y un Administrador de Empresas.

En cuanto al nivel de escolaridad el estudio realizado por Polo y Alonso arrojó que el 16% de la población tiene primaria incompleta, un 22% primaria completa, un

23% secundaria incompleta, un 27% secundaria completa, un 11% universitaria incompleta y solo un 2% universitaria completa, en correlación con el presente estudio es importante destacar que un alto índice de consumo. Se encontró en la secundaria incompleta y en los estudios universitarios incompletos. Otro porcentaje que debe resaltar es que el consumo se incrementa significativamente en los estudios universitaria completa, agregando que la población atendida en el Programa de Fármaco dependencia ha culminado sus estudios dentro de éste.

Cuadro 3. Estado civil de la población en estudio

Estado Civil	Frec.	%
Casado	3	23.1%
Casado en seg. nupcias	1	7.7%
Soltero	5	38.5%
Unión Libre	4	30.8%
Total	13	100%

Para realizar el análisis en el área familiar se tuvo en cuenta el estado civil de la muestra, en la cual se encontró que el 38.5% son solteros, el 30.8% unión libre, un 23.1% casados y solo el 7.7% en segundas nupcias.

Las personas casadas mantienen este estado desde hace 30 años (1 persona), 24 años (1 pers.) y 16 años (1 pers.). existe una persona casada en segundas nupcias con 22

años en esta relación. En unión libre, hay individuos con un año, tres, cuatro y diez años.

En lo referente a la evaluación por parte de los pacientes con respecto a la sustancia psicoactiva considerada como la causante de mayores problemas en sus vidas, prevalecen las drogas, al ser considerado así por un 61.5% de los sujetos en mención; mientras que un 23.1% de la población expresó que tal efecto lo produce el consumo tanto de drogas como de alcohol y el 15.4% restante, evaluó al alcohol como la sustancia que mayores consecuencias de carácter negativo le produce. Esta situación muestra que el consumo del alcohol en muchas ocasiones es el inicio para la consecución y experimentación de otro tipo de sustancia psicoactiva y que en este caso fueron pocos los individuos que a través del abuso del alcohol desarrollaron la respectiva dependencia y por ello fue evaluada como la causante de mayores conflictos en sus vidas.

Referente al estado civil se encontró en el estudio Polo - Alonso que el 59% de la población atendida son solteras, un 22% en unión libre y un 19% separadas información que guarda cierta relación con el presente estudio puesto que la información obtenida en este muestra que los porcentajes que tienen mayor índice en el consumo son los pacientes un unión libre y solteras.

9.1.2 Estado Médico General. Los datos que se mencionan a continuación hacen una descripción de lo que se considere el estado medico general del paciente y en éste se refleja su estado de salud y sus implicaciones en la vida del paciente.

Tabla 2. Cantidad de veces que los pacientes en estudio han sido hospitalizados en sus vidas por problemas médicos

Respuestas	Frecuencia	%
Nunca	4	30.8%
Una vez	3	23.1%
Dos veces	4	30.8%
Tres veces	1	7.7%
Seis veces	1	7.7%
Total	13	100%

En cuanto al estado médico general de la población encuestada se encontró que el 30.8% de ésta no ha estado hospitalizada por algún problema médico que pueda interferir en sus actividades cotidianas.

El 69.2% de los individuos se destaca por manifestar que han estado hospitalizados en algunas ocasiones, de tal forma, que un 7.7% ha sido hospitalizado en seis ocasiones, y en un mismo porcentaje, en tres ocasiones. Sobresaliendo en este grupo,

un 30.8% de este, que ha sido hospitalizado en dos ocasiones y un 23.1% en una sola ocasión.

Esta información pone de manifiesto la posible presencia de algunas dolencias de carácter somático asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, como la sobredosis y el delirium tremens.

El hecho de una persona ser hospitalizado en varias ocasiones, dos o más, muestra en éste la presencia de algún desorden en su organismo que requiere de la supervisión de personal especializado, como resultado en ocasiones de la despreocupación del farmacodependiente por su salud.

Los problemas somáticos se presentan en primera instancia como síntomas o dolores leves los cuales si son tratados a tiempo no requieren de hospitalización, pero el mismo proceso de intoxicación que sufre el organismo del dependiente lo conlleva a un estado de despreocupación por su propia persona, siendo el objetivo primordial el satisfacer la necesidad de consumo de la sustancia psicoactiva de la cual es dependiente.

Por lo anteriormente descrito se presenta a continuación la información referente a la cantidad de veces que los sujetos fueron hospitalizados por problemas de salud, las

dolencias de tipo crónico, como además, la presencia de tratamiento médico. Esta información permite tener una imagen más exacta a cerca de la historia clínica del paciente en lo referente a su salud y su respectiva evolución.

Cuadro 4. Hospitalizaciones en los últimos 12 meses, presencia de enfermedades crónicas y presencia de medicamentos en la población en estudio.

Preguntas	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
¿Estuvo usted hospitalizado durante los últimos 12 meses debido a un problema físico?	2	15.4%	11	84.6%	13	100%
¿Tiene usted algún problema médico-crónico que interfiere en su vida?	4	30.8%	9	69.2%	13	100%
¿Esta tomando usted regularmente medicación formulada para algún problema físico?	7	53.8%	6	46.2%	13	100%

En los últimos doce meses un 15.4% de la población ha sido hospitalizado por un problema médico, el otro 84.6% de los encuestados no ha tenido problemas médicos que ameriten la hospitalización. Esta situación muestra que en términos generales los pacientes en su mayoría tienen un estado de salud aceptable, gracias al cuidado del equipo médico del Programa de Farmacodependencia del CARI y al trabajo

psicológico, mediante el cual los sujetos modifican su conducta con respecto a la preocupación de su estado de salud y durante el último año han hecho mención a sus dolencias y tratadas a tiempo.

En cuanto a estos problemas de tipo crónico un 30.8% considera que esta interfiriendo significativamente en sus actividades cotidianas, el 69.2% no piensa que estos problemas sean tan significativos, de este 100% el 53.8% está tomando medicamentos formulados para controlar su problema médico, y el 46.2% no consume ningún medicamento pues no consideran tener un problema significativo que interfiera en su vida cotidiana.

Cuadro 5. Cantidad de días que los pacientes han estado enfermos en los últimos 30 días

Respuestas	Frecuencia	%
No	10	76.9%
4 días	1	7.7%
7 días	1	7.7%
8 días	1	7.7%
Total	13	100%

Los datos del cuadro superior muestra que en su gran mayoría los pacientes en estudio, no han estado enfermo en los últimos treinta días, según el concepto del 76.9% de ellos, lo cual demuestra un buen estado de salud, gracias la presencia constante del equipo médico del Programa de Fármacodependencia del CARI que supervisaron periódicamente la salud de los pacientes.

Se hace necesario destacar al 23.1% de esta población, quienes manifestaron haber estado enfermos durante el último mes a la aplicación de la prueba, y representados por el mismo porcentaje del 7.7%, expresaron haber padecido de alguna enfermedad durante 4, 7 y 8 días.

El Índice de la Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index) ASI posee en su estructura después de cada uno de sus apartes una valoración que hace el entrevistador a las respuestas y comportamiento del paciente, lo cual se denomina valoración de severidad.

Cuadro 6. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Estado Médico General de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento.

Respuestas	Puntos asignados	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	0	10	76.9%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	1	3	23.1%
Total	1	13	100%

De acuerdo a la valoración dada por el entrevistador, en la cual se tuvo en cuenta la actitud del paciente al momento de responder la entrevista y su aspecto general, se puede anotar que la población en estudio no requiere en estos momentos de atención médica y que a pesar de la presencia en sus vidas de delirium tremens, sobredosis y otras dolencias físicas que ocasionaron diferentes hospitalizaciones, al momento de la aplicación de la prueba gozaban de buen estado de salud, pero existe un pequeño porcentaje de ella, que podría requerir de atención profesional

De acuerdo con la estructura de la prueba, la valoración de severidad por parte del entrevistador, juega un papel muy importante al momento de tomar decisiones y conclusiones referentes a los pacientes, porque en él se resume el comportamiento del paciente (ansiedad, fatiga, duda, etc), su presencia (ropa en buen estado, limpia, etc), y representa la valoración más importante a tener en cuenta en la prueba ASI.

El índice de severidad es complementado con la valoración de la veracidad del paciente, para de esta forma los valores tengan una interpretación más objetiva y fiable. La veracidad indica que no se denotó falsedad por parte del paciente como tampoco incapacidad de este para comprender la formulación de los diferentes ítems que conforman la prueba ASI.

9.2 REINSERCIÓN SOCIAL.

La variable dependiente (Y_1) reinscripción social posee las dimensiones situación laboral y financiera, situación legal, y situación familiar y relaciones sociales, las cuales se describen a continuación. Es de anotar que la mayor parte de la información de la preprueba y postprueba realizada con la prueba ASI corresponde a la historia del paciente, siendo esta común en ambos casos, por lo que se procede a realizar una síntesis de la diferencia existente.

9.2.1 Situación laboral y financiera. A continuación se presenta la información concerniente a la situación laboral y financiera de los sujetos en estudio.

Cuadro 7. Ocupación usual o última ejercida por los integrantes de la población en estudio

Ocupación usual (o última)	Frecuencia	%
Mensajería, comidas rápidas	1	7.7%
Comerciante	3	23.1%
Ventas	1	7.7%
Supervisor de cartera	1	7.7%
Seguridad	1	7.7%
Gerente Financiero	1	7.7%
Albañil	1	7.7%
Estudiante	1	7.7%
Taxista	1	7.7%
Maestro de obra	1	7.7%
Arquitecto	1	7.7%
Total	13	100%

La información del cuadro superior muestra las diferentes actividades a las cuales se dedicaban las personas al momento de la prueba, existiendo una mayor preferencia a actividades comerciales, representado por un 23.1% de la población en estudio. Las otras actividades usuales desempeñadas por estas personas son mensajería, ventas, supervisión de cartera, seguridad, gerente financiero, albañil, estudiante, taxista, maestro de obra y arquitecto.

La realización de las anteriores actividades muestran una nueva concepción de la vida y el valor del trabajo como medio de supervivencia, estado al cual ha conllevado a los pacientes el Programa de Farmacodependencia del CARI.

En este orden de ideas, es de anotar que un 84.6% de los pacientes en estudio contribuye de alguna manera en el sustento de alguien, el resto de las personas no tienen personas a cargo, pero velan por su propio bienestar.

La realización de diferentes actividades por parte la población objeto de estudio muestra que los individuos ejecutan acciones que van beneficio de la sociedad y de ellos mismos, cumpliendo con unos de los requisitos del concepto de reinserción social que se plantea en el presente estudio. En forma similar, los individuos tratan de ser útiles a otras personas, que de u otra forma dependen de ellos, y procuran al máximo de cumplir con ese deber; Mostrando un cambio de actitud con respecto al cumplimiento de las responsabilidades adquiridas.

Cuadro 8. Patrones usuales de ocupación durante los últimos treinta días

Patrones usuales de ocupación durante los últimos 30 días	Frecuencia	%
Tiempo completo (48 hs/semana)	6	46.1%
Empleo temporal (hs. Irre./días)	4	30.8%
Ambiente institucional controlado	1	7.7%
Estudiante	2	15.4%
Total	13	100%

La información contenida en el cuadro superior muestra los patrones usuales de ocupación en los últimos treinta días, mostrando que un 46.1% de la población labora en jornada de tiempo completo, y un 30.8% ejerce funciones en empleos temporales. Un 7.7% del total de los casos realiza labores en un ambiente institucional controlado y el 15.4% restante desempeña funciones propias de un estudiante.

La anterior información muestra que los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI ha estimulado a los pacientes en su proceso de reinserción social, de tal forma que los sujetos están realizando actividades en beneficio de la sociedad y de si mismos, como es la actividad del trabajo y del estudio.

Cuadro 9. Origen del dinero recibido por integrantes de la población en estudio

¿Cuánto dinero recibió usted de las siguientes fuentes en los últimos 30 días?	Frecuencia	%
Empleo / salario neto	8	61.5%
Empleo / salario neto más pensión, beneficencia, seguro social	1	7.7%
Pareja, familia o amigos (dinero para gastos personales)	4	30.8%
Total	13	100%

Los datos contenidos en el cuadro superior muestran que en los últimos treinta días los sujetos en estudio recibieron dinero de distintas fuentes, de tal forma que de los trece que conforman la población, seis de ellos recibieron de \$50.000 a \$300.000 por concepto de salario neto y por el mismo concepto una persona recibió de \$300.000 a \$500.000, y otra, de \$500.000 a \$800.000. Esta información indica que las labores ejercidas por estos sujetos son rentables para ellos, pudiendo velar por su bienestar y de otras personas a su cargo.

Por concepto de salario neto más pensión, beneficencia y seguro social, un integrante de la población recibió de 50.000 a 300.000 pesos, mientras tres sujetos en forma de ayuda de sus familiares y amigos, recibieron de \$50.000 a \$300.000, y una persona por el mismo concepto, recibió de \$300.000 a \$500.000.

Por otra parte se encontró que el grado de responsabilidad económica que tienen los encuestados con las personas a su cargo, siendo que el 30.8% de los pacientes no posee ninguna persona a su cargo, otro 30.8% posee dos personas bajo su responsabilidad, un 7.7% tiene tres personas, un 7.7% cuatro personas, otro 7.7% cinco personas, un 7.7% seis personas, y el 7.7% restante tiene 7 personas a su cargo.

Esta información revela la difícil situación que durante años debieron afrontar las personas que son dependientes económicos de los pacientes en estudio, ya que estos por efecto del proceso de dependencia vivían en un mundo irreal sin responsabilidades y por ello no se preocupaban por el bienestar propio ni el de las personas a su cargo. Gracias al proceso de reinserción social estas personas dedican su tiempo a reconstruir sus vidas procurando un mejor futuro para sus familiares, por ello realizan actividades, cuyas habilidades algunas veces fueron desarrolladas en el Programa de Farmacodependencia del CARI, intentando con el una rehabilitación integral en donde no solamente se trabaja por el proceso de desintoxicación sino haciendo énfasis en devolverle a la sociedad a unos hombres íntegros y con un alto nivel responsabilidad.

En cuanto a problemas o conflictos a nivel laboral que hayan tenido se observó, que el 69.2% no ha tenido problemas en esta área, un 7.7% manifestó haber tenido tal

situación un día, otro 7.7% durante tres días ,y el 7.7% expresó haber tenido 3 días de conflicto laboral.

Cuadro 10. Preocupación de los pacientes por los problemas laborales

¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por los problemas laborales, económicos o académicos que ha tenido (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	4	30.8%
Un poco	1	7.7%
Moderadamente	2	15.4%
Bastante	4	30.8%
Extremadamente	2	15.4%
Total	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora recibir consejo profesional para estos problemas laborales, económicos o académicos?	Frec.	%
Nada	1	7.7%
Un poco	1	7.7%
Moderadamente	1	7.7%
Bastante	6	46.2%
Extremadamente	4	30.8%
Total	13	100%

Con respecto al grado de preocupación o molestia causada por problemas laborales, económicos o académicos, el 30.8% manifestó no preocuparse para nada por estos problemas, solo el 7.7% manifestó estar un poco preocupado, el 15.4% de manera moderada, el 30.8% posee bastante preocupación por estos problemas y el 15.4%

manifiesta estar extremadamente preocupado por problemas económicos. Los valores anteriores reflejan un cambio de conducta en los pacientes, siendo así que una parte de ellos, quizás no alcanza a sufragar con su salario las necesidades de su núcleo familiar, lo cual genera en ellos un estado de preocupación y malestar.

Los datos contenidos en el cuadro anterior muestran que en cuanto al hecho de recibir consejo profesional en lo referente a los problemas laborales, económicos o académicos, el 46.2% de los casos, considera que es bastante importante recibir orientación al respecto, un 30.8% considera que necesita tal orientación extremadamente, un 7.7% lo requiere moderadamente, otro 7.7% un poco y un 7.7% considera que no es importante recibir consejo profesional.

Es de anotar que al momento de realizar la valoración de la severidad de los pacientes al inicio del tratamiento, en un 100% fueron catalogados en un estado de requerimiento de tratamiento profesional extremo, recibiendo cada uno de ellos una asignación de 4 puntos (puntuación máxima). Se caracterizaron por no realizar ningún tipo de actividad en el campo laboral o académico y estar bajo el sostenimiento de familiares y amigos.

Cuadro 11. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Laboral y Financiera de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)

Valoración	Puntos asignados	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	0	8	61.5%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	1	5	38.5%
Total	1	13	100%

En cuanto a la valoración de la severidad se observó que en términos generales, la muestra no amerita tratamiento para este tipo de problemas. La información anterior muestra que en conjunto el 100% de los pacientes tiene un comportamiento acorde con las exigencias y circunstancias propias de sus sitios de trabajo, demostrando un buen cumplimiento de sus funciones, respeto con sus jefes y compañeros de trabajo. Con este comportamiento el individuo da a entender que en el aspecto laboral se encuentra apto para ejercer un papel benéfico para la sociedad, constituyéndose en un ente productivo para con su entorno y para si.

Cuadro 12. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Laboral y Financiera de la prueba ASI (postprueba)

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Falsedad por parte del paciente	0	0%	13	100%	13	100%
Incápacidad del paciente para comprender	0	0%	13	100%	13	100%

Al realizar la valoración de la veracidad del paciente, con base en su comportamiento, en lo referente al aspecto laboral y financiero, se detectó que estos sujetos durante la ejecución de la prueba, dieron muestras de ser completamente sinceros y de entender a plenitud en contenido de las diferentes ítems que componen esta dimensión del test ASI.

9.2.2 Situación legal. En cuanto a la situación legal el 100% de la población encuestada manifiesta que su tratamiento no fue sugerido por el sistema judicial. De igual forma, se encontró que en el último año, ninguno de los pacientes ha cometido actos ilícitos para beneficio personal; mientras que en el transcurso de la vida de consumo, el 53.8% de la población cometieron algunos delitos tales como: hurto, atraco, acusaciones por droga, falsificación de documentos, posesión ilícita de

arnas, pero no fueron condenados por dichos actos. El 46.2% restante no cometió delitos.

Por desorden o intoxicación pública y/o vagancia 1 persona (7.7%) fue acusada 3 veces. Por violaciones graves de tránsito una persona (7.7%) fue acusada en una ocasión. Referente al último mes, el 100% de la población manifiesta no tener ningún tipo de problema legal.

Cuadro 13. Autoevaluación de los pacientes con respecto a preocupación y asesoría en problemas legales

¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por los problemas legales (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	13	100%
Total	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora el ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas legales?	Frec.	%
Nada	8	61.5%
Un poco	1	7.7%
Bastante	2	15.4%
Extremadamente	2	15.4%
Total	13	100%

Teniendo como referencia que en los treinta días anteriores a la fecha de aplicación del ASI, los pacientes no han tenido problemas legales, por ello manifiestan que no sienten preocupación o molestias por esa naturaleza, tal cual como lo indica la

información del cuadro anterior. En forma similar algunos consideran, que la asesoría sobre problemas legales, es bastante importante, 15.4%, y extremadamente importante, 15.4%.

La información arriba descrita es en su mayoría la misma para la preprueba y posprueba, dado que en ella se revela la historia del paciente, se diferencian en el hecho que en el momento de la aplicación de la preprueba, algunos pacientes habían sido encarcelados en los treinta días anteriores a la aplicación del ASI, los motivos variaban desde hurto, atraco, acusaciones por droga, falsificación de documentos, hasta posesión ilícita de armas, alguno de ellos esperaba ese momento juicio y/o sentencia.

En los treinta días anteriores a la aplicación de la preprueba, muchos habían cometido diversos actos ilícitos para la consecución de droga y satisfacer la dependencia a través del consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Con base en la anterior información se hizo la valoración de la severidad en la preprueba, siendo todos valorados con necesidad extrema de tratamiento profesional, por lo que, entre otros factores, fueron admitidos al Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla. En esa valoración cada uno de ellos recibió una puntuación de cuatro (4) puntos.

Cuadro 14. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Legal de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)

Valoración	Puntos asignados	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	0	11	84.6%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	1	2	15.4%
Total		13	100%

Los datos del cuadro anterior indican que el 84.6% de los pacientes evaluados a través de la prueba ASI, no requieren de asesoría en la parte legal y que para el 15.4% restante tal procedimiento probablemente tampoco es necesario. Esta información muestra que el Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla ha alcanzado sus objetivos en referente al juicio de los pacientes en diferentes ocasiones, provocando en ellos una valoración acorde a las circunstancias y evitando con esa actitud problemas de orden legal.

Cuadro 15. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Legal de la prueba ASI .

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Falsedad por parte del paciente	0	0%	13	100%	13	100%
Incapacidad del paciente para comprender	0	0%	13	100%	13	100%

Según los datos anteriores el experto que aplicó la prueba ASI no notó en el comportamiento del paciente ni en las respuestas emitidas la intención de querer dar una información no acorde con la realidad. Esta información sirve de apoyo, a lo anteriormente expresado, en lo referente al cumplimiento de los objetivos del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, puesto que sus pacientes no presentan problemas de naturaleza legal que ameriten una asesoría continua.

9.2.3 Situación Familiar y Relaciones Sociales. Los cuadros que se presentan a continuación dan una información con respecto al aspecto familiar y relaciones sociales de los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla.

En cuanto a la situación de vivencia familiar de los últimos 3 años, se encontró que el 35.5% de la muestra ha vivido con la familia extensa, en la cual no se siente satisfecho, un 30.8% con los padres, el 15.4% con su pareja sexual e hijos, un 7.7% con pareja sexual sin hijos y último 7.7% con otros parientes.

Referente a la preferencia de compartir el tiempo libre con personas significativas, el 76.9% de la población elige a su familia y el 23.1% prefiere estar con amigos no consumidores. Esta información muestra cómo el Programa de Farmacodependencia del CARI-Barranquilla ha desarrollado en los pacientes tratados el amor por la familia y la importancia que ésta tiene en la vida de cada individuo, además, que parte de estos sujetos, busca la compañía de aquellas personas que no son consumidoras, precisamente por la abstinencia al consumo que también han logrando a partir de participar en dicho programa.

Cuadro 16. Actividades realizadas en el tiempo libre por parte de los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla

Actividades	Frec.	%
Practica de algún deporte	6	46.2%
Asiste a grupos religiosos o políticos	1	7.7%
Actividades de servicio (scouts, cruz roja)	1	7.7%
Ve televisión	2	15.4%
Lee o estudia	3	23.1%
Total	13	100%

Las actividades que realizan los sujetos en estudio en su tiempo libre es preferiblemente practicar algún deporte 46.2%, para el 23.1% leer o estudiar, para el 15.4% ver televisión y un 7.7% asiste a grupos religiosos o políticos y actividades de servicio (scouts, cruz roja). El hecho de estas personas dedicarse a la realización de actividades deportivas refleja el compromiso con ellos mismos de cuidar de su bienestar físico, lo cual repercute en forma directa sobre su estado anímico, y además les brinda la oportunidad de conocer nuevas amistades no relacionadas con actividades adictivas. En su totalidad se encuentran satisfechos por las actividades que ejecutan en el tiempo libre.

Cuadro 17. Personas con las cuales los pacientes en estudio hayan experimentado problemas serios

Personas con las que se han experimentado problemas	Frec.	%
Pareja sexual / esposo(a)	1	7.7%
Padre y pareja sexual / esposo(a)	2	15.4%
Padre, hermanos / hermanas y pareja sexual/esposo(a)	1	7.7%
Padre, hermanos, pareja sexual / esposo(a), amigos íntimos y vecinos	1	7.7%
Padre, hermanos, pareja sexual / esposo(a), amigos íntimos, vecinos y compañeros de trabajo	2	15.4%
Pareja sexual / esposo(a)	1	7.7%
Hermanos/ Hermana y pareja sexual / esposo(a)	1	7.7%
Compañeros de trabajo	2	15.4%
Ninguno	2	15.4%
Total	13	100%

Los datos anteriores muestran que un bajo porcentaje, 15.4% de la población en estudio, manifiesta no haber tenido algún tipo de problemas mostrando una plena tolerancia y aceptación de los defectos propios y de los demás.

Las otras personas exponen haber tenido distintas situaciones difíciles con diferentes integrantes de su núcleo social dando a entender su conformismo por algunas circunstancias de la convivencia en sociedad, de tal forma que esta diferencia de conceptos se ha dado tanto nivel familiar, laboral e inclusive con algunos vecinos o amigos.

En anterior situación se refleja una problemática general de la naturaleza humana, que nos dicta ser seres sociales, pero que sin embargo, exige del individuo mucha ecuanimidad para discernir, la cual no siempre lo acompaña y se deja llevar por la emociones, produciéndose los conflictos. A tal situación no son ajenos los pacientes del Programa de farmacodependencia del CARI – Barranquilla, quienes a pesar de sus circunstancias de adicción y tratamiento, con el apoyo de los profesionales de este Programa, están entendiendo la naturaleza de la convivencia y las formas de hacerla grata y placentera.

Cuadro 18. Autoevaluación con respecto molestias o problemas en la esfera social y la presencia de orientación profesional.

¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por los problemas familiares (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	6	46.2%
Un poco	4	30.8%
Bastante	3	23.1%
Total	13	100%
¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por los problemas sociales (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	9	69.2%
Un poco	3	23.1%
Bastante	1	7.7%
Total	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora el ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas familiares?	Frec.	%
Nada	3	23.1%
Moderadamente	2	15.4%
Bastante	6	46.2%
Extremadamente	2	15.4%
Total	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora el ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas sociales?	Frec.	%
Nada	6	46.2%
Moderadamente	1	7.7%
Bastante	4	30.8%
Extremadamente	2	15.4%
Total	13	100%

Los datos del cuadro anterior, muestran como los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, evalúan, entre otros aspectos, lo

relacionado con la preocupación que han sentido por problemas familiares, de tal forma que un 46.2% afirma no tener ningún tipo de preocupación, quizás por la ausencia o poca magnitud de dichos eventos. Un 30.8% de ellos expreso sentir un poco de preocupación y solamente para un 23.1% tales situaciones son bastante preocupantes.

En lo referente a la percepción de los problemas laborales sobresale la mayoría de la población, quien en un 69.2% expresa no percibir preocupación por problemas del orden social y solamente para un 7.7% (una persona), tales circunstancias son alarmantes.

En cuanto a la importancia que los pacientes le asignan a la presencia de orientación profesional en el afrontamiento de problemas familiares y sociales, opinan que en cuanto a los conflictos en el núcleo familiar, tal orientación bastante importante para ellos, en un 46.2% y extremadamente importante para un 15.4% de los casos. Esta información deja de manifiesto como los pacientes del Programa de Farmacodependencia CARI – Barranquilla valoran la importancia de dicho Programa en el manejo de sus conflictos, puesto que durante el tratamiento pudieron poner en práctica las orientaciones recibidas y gracias a éstas, obtener resultados satisfactorios.

La información anterior difiere de la recolectada en la aplicada como preprueba, en los siguientes aspectos:

- En su mayoría los sujetos manifestaron estar inconformes con su estado civil.
- En forma similar mostraron inconformidad por su situación de vivienda.
- Su tiempo era compartido ante todo con amigos consumidores.
- En los treinta días anteriores a la aplicación de la prueba, habían entrado en conflictos con personas de su núcleo familiar y amigos. Estos conflictos se caracterizaban por traspasar hasta las agresiones físicas.

Con base en esta información se hizo la valoración de la severidad, y dada las circunstancias especiales de cada uno de los pacientes estos en su mayoría recibieron una puntuación de cuatro (4) puntos, indicando que había la necesidad extrema de tratamiento, siendo incluidos en el Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla. Solamente un 15.4% de los pacientes recibió una valoración de tres puntos (3), o sea que se considero como bastante necesario la presencia de ayuda profesional.

Cuadro 19. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Situación Familiar y Relaciones Sociales de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba).

¿Cómo valora usted la necesidad del paciente de recibir asesoría o consejo sobre sus problemas familiares y/o sociales?			
Respuestas	Puntos asignados	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	0	5	38.46%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	1	8	61.54%
Total	1	13	100%

La información contenida en el cuadro superior muestra que el experto valoró que en un 100% los pacientes no requieren de tratamiento continuó para manejar su esfera social y familiar, dando con ello a entender que los sujetos a través del Programa de Farmacodependencia del CARI –Barranquilla han desarrollado una serie de habilidades, gracias a un cambio de actitud, que les permite manejar en ciertos niveles de aceptación sus situaciones conflictivas y estresantes en el núcleo y familiar y fuera de este. Se hace necesario mencionar, que la familia recibe orientación profesional sobre el manejo del paciente farmacodependiente y que por ello, los integrantes del núcleo familiar han adquirido nuevas pautas de convivencia, las cuales reducen a un nivel aceptable los conflictos y diferencias en el entorno familiar.

Cuadro 20. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Situación Familiar y Relaciones Sociales de la prueba ASI.

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Falsedad por parte del paciente	0	0%	13	100%	13	100%
Incapacidad del paciente para comprender	0	0%	13	100%	13	100%

Al momento de aplicar el ASI, acorde con lo contenido en el cuadro anterior y valoración del experto, el paciente no tuvo comportamientos que indicaran falsedad en las respuestas emitidas, como tampoco su incapacidad de comprender el contenido de los diferentes ítems de la prueba. Esta situación, le da mucha más validez a lo arriba expuesto con respecto a la rehabilitación del paciente, a través del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, en la esfera social; según lo cual, el sujeto está en condiciones de llevar una vida normal y afrontar las diferentes circunstancias que el convivir en sociedad exige.

9.3 REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS

La reincidencia en el consumo de drogas es la segunda variable dependiente (reincidencia en el consumo de drogas es la segunda variable dependiente (Y_2),

cuyas dimensiones son uso de alcohol u otras drogas y estado psicológico del paciente; las cuales son objeto de presentación y análisis.

9.3.1 Uso de Alcohol u otras Drogas. En cuanto al uso de drogas y alcohol por parte de los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI se encontró que en los últimos 30 días anteriores a la aplicación de la postprueba no hubo consumo de drogas como tampoco de alcohol. Esta información refleja como a través del Programa de Farmacodependencia del CARI las personas llegan a un estado de total abstinencia del consumo de las drogas, incluyendo el alcohol.

En este aspecto se hace necesario anotar, que estos pacientes se caracterizan por el abuso en el consumo de diferentes drogas, lo cual se refleja al detectar que en el transcurso de la vida un 15.4% de ellos consumió bebidas alcohólicas al grado de provocar dependencia, mientras un 7.7% uso narcóticos y el 76.9% restante hizo uso indiscriminado de sustancias alcohólicas y diferentes narcóticos. Esta información refleja que la mayor parte de la población se caracteriza por dependencia producida por el abuso simultaneo del alcohol y narcóticos.

Lo anterior refleja el hecho que en la sociedad occidental el consumo del alcohol es considerado como algo normal e inclusive es casi que una norma de convivencia, ya que muchos de los eventos familiares, sociales y deportivos giran alrededor del

consumo de sustancias etílicas. Este hecho permite que los individuos en una primera instancia puedan experimentar sensaciones de euforia y placer bajo los efectos del alcohol con la aprobación de los miembros de su entorno, para más adelante cuando los efectos del alcohol no son suficientes, entonces buscar sensaciones más fuertes en algunas drogas como la marihuana o la cocaína, entre otras.

Cada uno de los estados de farmacodependencia de los pacientes en estudio ha tenido características muy propias, con la excepción de casos, el 15.4%, que durante 25 a 30 años consumieron solamente alcohol. Los otros casos, o sea los once restantes, tienen elementos individuales, los cuales se presentan a continuación:

1. Solo marihuana y inhalantes durante 4 años.
2. Alcohol, cualquier cantidad durante 16 años y cocaína durante 14 años.
3. Alcohol, cualquier cantidad durante 8 años; y cocaína durante 4 años.
4. Alcohol, cualquier cantidad durante 1 año; alcohol, hasta la embriaguez durante 2 años, cocaína durante 7 años y marihuana durante 9 años.

5. Alcohol, cualquier cantidad, cocaína, marihuana y basuca durante 23 años y más de una sustancia al día durante 10 años.
6. Alcohol, cualquier cantidad y otros opiáceos, marihuana y inhalantes durante 1 año.
7. Alcohol, cualquier cantidad hasta la embriaguez, y otros opiáceos, marihuana, alucinógenos, inhalantes, basuca y más de una sustancia al día durante 1 año.
8. Alcohol, cualquier cantidad y hasta la embriaguez durante 8 años, otros opiáceos y alucinógenos durante 1 año, barbitúricos, anfetaminas, inhalantes y basuca durante 2 años, otros sedantes cocaína durante 4 años, marihuana durante 6 años.
9. Alcohol, hasta la embriaguez y marihuana durante 2 años.
10. Alcohol, hasta la embriaguez y cualquier cantidad durante 8 años, cocaína durante 6 años, alucinógenos durante 5 años, otros opiáceos, marihuana y más que una sustancia al día durante 3 años, otros sedantes, hipnotizantes, tranquilizantes, anfetaminas y inhalantes durante 2 años; marihuana durante 15 años y inhalantes durante 17 años.

11. Alcohol, hasta la embriaguez y cualquier cantidad, cocaína, marihuana y inhalantes durante 7 años, otros opiáceos, barbitúricos, otros sedantes, alucinógenos y más que una sustancia al día durante 6 años, anfetaminas durante 5 años.

Los datos anteriores muestran que el consumo de alcohol y otros tipos de drogas, se ha dado durante períodos que oscilan desde un año hasta los 23 años, tiempo durante el cual esta última persona consumió marihuana y basuca.

Cuadro 21. Tiempo de duración de la última abstinencia voluntaria al consumo de drogas

Tiempo de abstinencia voluntaria	Frecuencia	%
Nada	1	7.7%
1 – 2 meses	6	46.2%
3 – 4 meses	3	23.1%
9 – 10 meses	1	7.7%
17 – 18 meses	1	7.7%
41 – 42 meses	1	7.7%
Total	13	100%

En cuanto a la abstinencia a la sustancia consumida el 100% de la población aún es abstemia, este tiempo oscila entre 1 y 3 años que es aproximadamente que llevan en el programa de farmacodependencia, sin embargo es importante mencionar que el

gran porcentaje de la población cuando estaban en abstinencia voluntaria solo lo lograron en un tiempo determinado, encontrándose entre los 2 y 3 meses, es decir que necesitaron de un tratamiento adecuado para lograr el propósito de abstenerse en su consumo.

Cuadro 22. Presencia de delirium tremens y sobredosis

Delirium tremens	Frec.	%
Nunca	6	46.2%
2 veces	1	7.7%
3 veces	4	30.8%
10 veces	1	7.7%
20 veces	1	7.7%
Total	13	100%
Sobredosis con drogas	Frec.	%
Nunca	9	69.2%
1 vez	1	7.7%
2 veces	1	7.7%
5 veces	1	7.7%
20 veces	1	7.7%
Total	13	100%

La información contenida en el cuadro superior muestra que 46.2% de los pacientes no han padecido delirium tremens, quizás por el tiempo de consumo del alcohol. Los otros pacientes han manifestado este estado en cantidades que oscilan desde dos

hasta veinte veces, destacándose el 30.8% de la población que padecido delirium tremens en tres ocasiones.

En lo referente a los casos de sobredosis, su presencia ha variado desde una hasta las 20 veces, lo cual caracteriza a la minoría de la población, puesto que el 69.2% de los pacientes manifiestan no haber tenido casos de sobredosis.

Cuadro 23. Hospitalizaciones presentadas por delirium tremens o sobredosis

Delirium tremens	Frec.	%
Nunca	10	76.9%
1 vez	1	7.7%
2 veces	1	7.7%
3 veces	1	7.7%
Total	13	100%
Sobredosis con drogas	Frec.	%
Nunca	11	84.6%
2 veces	1	7.7%
5 veces	1	7.7%
Total	13	100%

Los datos contenidos en el cuadro superior muestran que aunque el delirium tremens, se ha presentado, como consecuencia de abuso en el consumo del alcohol, este en la mayoría de los casos, en un 76.9%, no ha sido causa de hospitalización del

paciente, a veces quizás por razones económicas o por la despreocupación de los familiares del paciente.

Los pacientes que fueron objeto de hospitalización, en un 23.1%, fueron internados en centros asistenciales por periodos de tiempo que oscilan desde un día hasta los tres días.

En cuanto a los internos en que había recibido tratamiento por el abuso del alcohol, el 30.8% no buscó ayuda, el 46.2% lo intentó una sola vez y el 23.1% ha sido tratado 2 veces.

Con respecto a los intentos de tratamiento por uso de otras drogas el 35.5% fue tratado una vez, el 30.8% dos veces, el 7.7% seis veces y el 23.1% nunca intentó buscar ayuda antes de ingresar al programa.

Referente a los intentos de buscar ayuda para desintoxicación de alcohol y otras drogas el 53.8% no lo realizó, un 38.5% lo realizó una vez y un 7.7% dos veces.

Se hace necesario destacar que en los últimos 30 días ninguno de los pacientes ha experimentado problemas por alcohol y por otras drogas, mostrando con ello que el Programa de Farmacodependencia del CARI de Barranquilla logra uno de sus

objetivos con respecto a desarrollar esquemas de comportamientos que le permitan al individuo ejecutar diferentes actividades de la vida diaria sin el uso de drogas farmacodependientes.

Cuadro 24. Autoevaluación del paciente con respecto al uso de drogas y la asistencia profesional

¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por problemas de alcohol (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	13	100%
¿Qué tan preocupado o molesto ha estado usted por problemas por otras drogas (últimos 30 días)?	Frec.	%
Nada	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora el tratamiento por los problemas con alcohol?	Frec.	%
Moderamente	1	7.7%
Bastante	2	15.4%
Extremadamente	10	76.9%
Total	13	100%
¿Qué tan importante es para usted, ahora el tratamiento por los problemas con otras drogas?	Frec.	%
Moderamente	1	7.7%
Bastante	3	23.1%
Extremadamente	9	69.3%
Total	13	100%

La información contenida en el cuadro superior indica que en su totalidad los pacientes, integrantes de la población en estudio, no han presentado molestias por problemas de alcohol o por algún otro tipo de droga en los últimos treinta días, indicando con ello un estado de total falta de dependencia al consumo de las drogas a las cuales sus organismos estaban habituados.

En el cuadro anterior también se puede observar que los pacientes del Programa de Farmacodependencia del CARI de Barranquilla que son objeto de análisis en el presente estudio, en su mayoría consideran como importante el tratamiento que se les brinda, a través de este programa, para sus problemas por el consumo de alcohol y de otras drogas. Al respecto, el 76.9% de los pacientes expresaron que es extremadamente importante la presencia de profesionales del CARI que les brindan orientación en lo referente al manejo de su comportamiento de adicción al alcohol. En forma similar, un 69.3% de estas personas, expresaron la misma opinión con respecto a la orientación profesional que les brinda el Programa de Farmacodependencia para manejar sus problemas de dependencia por drogas.

La anterior información difiere en la recolectada en la recolectada con el ASI al inicio del Programa en que en la preprueba los pacientes expusieron que habían estado en varias ocasiones en tratamientos ambulatorios en repetidas ocasiones, en el periodo de un mes antes de la aplicación de prueba, además en esos treinta días los

pacientes habían estado la mayor parte del tiempo bajo los efectos del alcohol y de drogas como la marihuana, basuca o cocaína, principalmente. Esta información y el comportamiento de los sujetos durante la entrevista, hizo que el experto encargado de hacer la evaluación y siguiendo las instrucciones de la prueba, les asignara cuatro (4) puntos a cada uno de ellos.

La valoración de cuatro puntos de la valoración de la veracidad indica que el paciente requiere extremadamente la presencia de asistencia profesional, por lo que fueron remitidos a conformar parte del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla.

Cuadro 25. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Uso de Alcohol u otras drogas de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (postprueba)

Valoración	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	6	46.2%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	7	53.8%
Total	13	100%

Los datos contenidos en el cuadro superior indican que según la evaluación realizada por el experto, al comportamiento y a las respuestas emitidas por los

pacientes, estos no requieren ser enviados a un tratamiento por problemas ocasionados por el consumo de alcohol u otras drogas. Esta valoración de carácter objetiva, se basa en la ausencia de consumo de farmacodependientes, la falta de molestias o problemas de alcohol u otras drogas, además, por la actitud de preocupación y responsabilidad con que los pacientes aceptan la orientación profesional del Programa de Farmacodependencia del CARI de la ciudad de Barranquilla.

Cuadro 26. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Uso de Alcohol u otras Drogas de la prueba ASI.

Valoración	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Falsedad por parte del paciente	0	0%	13	100%	13	100%
Incapacidad del paciente para comprender	0	0%	13	100%	13	100%

Los datos del cuadro anterior muestran que los pacientes al responder a los ítems de la sección Drogas/Alcohol de la prueba ASI, fueron completamente sinceros, emitiendo juicios acordes con la realidad de su tratamiento.

Lo anterior permite, reafirmar lo arriba expuesto con respecto a la abstinencia total al consumo de alcohol u otras drogas, demostrando con ello, los efectos del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, en la esfera de la reincidencia al consumo, lo cual no se presentó en ninguno de los pacientes.

9.3.2 Estado psicológico. A continuación se presentan los datos concernientes al estado psicológico de los pacientes, que es otra de las dimensiones de la variable denominada reincidencia al consumo de las drogas.

Cuadro 27. Cantidad de tratamientos por problemas psicológicos o emocionales

Cantidad de tratamientos	Frecuencia	%
Nunca	4	30.8%
1 vez	5	38.5%
2 veces	2	15.4%
4 veces	1	7.7%
20 veces	1	7.7%
Total	13	100%
Como paciente ambulatorio	Frecuencia	%
Nunca	2	15.4%
1 vez	6	46.2%
2 veces	3	23.1%
4 veces	1	7.7%
17 veces	1	7.7%
Total	13	100%

Los datos anteriores hacen referencia a la cantidad de tratamientos psicológicos que los pacientes habían recibido con anterioridad al inicio del tratamiento en el Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, de tal forma que los mayores porcentajes se encuentran entre las personas que recibieron tratamiento psicológico en una ocasión, 38.5% y los que nunca lo recibieron, 30.8%. Sobresale en este aspecto la presencia de un sujeto que recibió este tipo de asistencia en un total de veinte veces, además, hubo sujetos que estuvieron en tratamiento por 2 veces, 15.4%, y cuatro veces, 7.7%. Esta información es un indicador bastante

confiable al momento de comparar los tratamientos psicológicos recibidos por estas personas en otros centros asistenciales o consultorios privados y el recibido a través del Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla. La diferencia, consignada en la explicación realizada en los cuadros anteriores, consiste en que gracias a este Programa de carácter integral, permite una verdadera rehabilitación del sujeto, dando como resultado una persona completamente abstemia al consumo de alcohol u otras drogas, como también reinsertado socialmente, realizando diferentes actividades en pro de su familia, la sociedad y en general y de si mismo.

Cuadro 28. Sintomatología presentada por los pacientes por efectos del consumo del alcohol u otras drogas

Síntomas presentados por efectos del consumo del alcohol u otras drogas	Frec.	%
Depresión grave, angustia o tensión grave, alucinaciones, problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, problemas para controlar conductas violentas, pensamientos serios de quitarse la vida y intentó alguna vez quitarse la vida	7	53.8%
Depresión grave, angustia o tensión grave y problemas para controlar conductas violentas	2	15.4%
Problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar,	1	7.7%
Angustia o tensión grave	1	7.7%
Depresión grave y alucinaciones	1	7.7%
Depresión grave, problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, problemas para controlar conductas violentas.	1	7.7%
Total	13	100%

De esta manera, la muestra de la investigación refiere haber experimentado trastornos en la salud mental que no fuera resultado directo del uso de alcohol y otras drogas de tal manera que el 53.9% manifestó haber tenido depresión grave, angustia o tensión grave, alucinaciones, problemas para entender, para concentrarse, memorizar o recordar, problemas para controlar conductas violentas, ideas suicidas e intentos de suicidio, un 15.4% depresión grave, angustia o tensión grave y problemas para controlar conductas violentas.

Un 7.7% presentó angustia o tensión grave, un 7.7% presentó problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, 7.7% depresión grave y alucinaciones, 7.7% depresión grave, problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, problemas para controlar conductas violentas.

Cuadro 29. Autoevaluación del paciente con respecto a la presencia de problemas o molestias y a la asesoría profesional por problemas psicológicos

Presencia de problemas o molestias psicologicas	Frec.	%
Nada	10	76.9%
Un poco	3	23.1%
Total	13	100%
Importancia del tratamiento	Frec.	%
Nada	2	15.4%
Moderamente	2	15.4%
Bastante	5	38.5%
Extremadamente	4	30.8%
Total	13	100%

Los datos anteriores muestran que los pacientes en los últimos 30 días no han tenido problemas o molestias por problemas psicológicos que ameriten la presencia de un ramo de la psicología para brindarles asesoría en este campo, la cual estas personas, en los porcentajes más altos, 38.5% y 30.8%, opinan que esta orientación es para ellos bastante y extremadamente importante, sucesivamente. Esta información muestra como la rehabilitación a través del Programa de Farmacoddependencia del CARI –Barranquilla a dado sus efectos en el comportamiento de sus pacientes, y como estos evalúan la calidad de este servicio.

La información arriba descrita difiere a la recolectada al inicio del programa, en que en los treinta días anteriores a la aplicación de la preprueba, los pacientes en su mayoría habían manifestado depresión grave, tensión, alucinaciones, problemas para concentrarse, agresión y pensamientos suicidas, lo cual causó en ellos una preocupación extrema que los conllevó a buscar ayuda profesional.

Durante el anterior proceso se notó en todos los pacientes estados depresivos, cierta hostilidad, ansiedad, e ideas suicidas.

Con base en la anterior información, en las instrucciones del ASI, y en el comportamiento de los pacientes, el experto les asignó a cada uno de ellos una

valoración de cuatro (4) puntos, dando ha entender la necesidad extrema de brindarles ayuda profesional.

Cuadro 30. Valoración de la severidad del paciente ejecutada por el entrevistador con base a las respuestas emitidas a los ítems de la sección Estado Psicológico de la prueba ASI y a la evolución del tratamiento (posprueba).

¿Cómo valora usted la necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico?			
Valoración	Puntos asignados	Frecuencia	%
Si, realmente no hay problema, el tratamiento no es indicado.	0	9	69.2%
Si, el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no es necesario.	1	4	30.8%
Total		13	100%

La información consignada en el cuadro anterior muestra que en un 100% los pacientes en estudio han sido completamente rehabilitados en su esfera psicológica, de tal forma que no es necesario la presencia continua de estos en el Programa de Farmacodependencia del CARI –Barranquilla, pero si es recomendado controles periódicos para evitar recaídas.

Cuadro 31. Valoración de la veracidad por el entrevistador con base al comportamiento y nivel de comprensión a los ítems de la sección Estado Psicológico de la prueba ASI.

	SI		NO		Total	
	F	%	F	%	F	%
Falsedad por parte del paciente	0	0%	13	100%	13	100%
Incapacidad del paciente para comprender	0	0%	13	100%	13	100%

Los datos del cuadro anterior verifican la información anterior, con respecto a la rehabilitación de los pacientes en su esfera psicológica, ya que estos durante el proceso de la aplicación de la prueba, demostraron emitir respuestas verdaderas a los ítems correspondientes al estado psicológico, y además, mostraron comprender el contenido de las diferentes preguntas formuladas.

9.4 MODELO ESTADISTICO Y PRUEBA DE HIPOTESIS

La prueba aplicada en el presente estudio denominada ASI, consta de seis secciones o partes fundamentales en donde cada una de ellas, evalúa un aspecto diferente del paciente, como es la estado médico general, la situación laboral y financiera, el uso de drogas - alcohol, la situación legal, la familia y las relaciones sociales y el estado psicológico del paciente. Cada una de estas dimensiones de la prueba recoge información sobre circunstancias de la vida de la persona evaluada y concluye con una evaluación, de acuerdo a ciertos parámetros, denominada valoración de severidad.

La valoración de la severidad es realizada por el profesional que aplica la prueba.

Esta se presenta en una escala de cero a cuatro puntos, indicando lo siguiente:

0 – Nada

1 – Poco

2 – Moderado

3 – Bastante

4 – Extremadamente

El anterior nivel de medición es de tipo ordinal e indica si como debe ser el tipo de tratamiento que el paciente va a recibir.

Teniendo en cuenta que dicha valoración se realizó en dos ocasiones, una al momento que cada paciente iniciaba el Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla, y la otra al finalizarlo, lo que es lo mismo que una preprueba y postprueba.

Dada las características del presente estudio y lo anteriormente anotado, el diseño seleccionado es de un preexperimento con preprueba y posprueba con un solo grupo.

Los datos recolectados a través del ASI, tienen las características de una distribución anormal, o sea que no se distribuyen en forma simétrica, razón por la cual la prueba a escoger debe ser de tipo no paramétrico, o sea pertenecer al grupo de pruebas estadísticas para datos que se distribuyen asimétricamente.

La prueba estadística o estadístico apropiada para este estudio, debe cumplir con el requisito de trabajar con datos medidos a nivel ordinal y que sea un diseño relacionado de dos condiciones, cuando los mismos sujetos (o sujetos igualados) se desempeñan en ambas condiciones³⁸, lo cual lo cumple la prueba de rangos señalados de Wilcoxon (estadístico W). Al hablar de dos condiciones, se refiere al hecho de haber dos mediciones diferentes, en este caso, la preprueba y la postprueba, realizadas, a las mismas personas.

El objetivo de la prueba de rangos señalados de Wilcoxon es comparar el desempeño de cada sujeto (o cada par de sujetos) para averiguar si existen diferencias significativas entre sus puntajes en las dos condiciones.³⁹

Las hipótesis del presente estudio que son:

³⁸ GREENE, Judith, y D'OLIVEIRA, Manuela. Pruebas estadísticas para psicología y ciencias sociales: Una guía para el estudiante. Bogotá: Editorial Norma, 1990, p. 44

³⁹ Ibid., p. 44

Hipótesis nula H_0 : El Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla no produce ningún tipo de efectos sobre la reinserción social y la reincidencia en el consumo de drogas en los pacientes que se someten a éste, por lo tanto los pacientes requieren la continuación de tratamiento.

Hipótesis de trabajo H_1 : El Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla produce la reinserción social y la no-reincidencia en el consumo de drogas en los pacientes que se someten a éste, por lo tanto los pacientes no requieren la continuación de tratamiento.

El nivel de significancia establecido en esta investigación para el rechazo o aceptación de la hipótesis de trabajo es de 0.05, lo cual según Hernández Sampieri, significa que el investigador tiene 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse, y sólo 5% en contra⁴⁰

La prueba de rangos señalados de Wilcoxon será utilizada para demostrar o negar la hipótesis de trabajo, a través de las diferencias significativas que se presenten entre las valoraciones de severidad otorgadas al paciente durante el inicio del Programa (preprueba) y al finalizarlo (posprueba).

⁴⁰ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la Investigación. 2 ed. Bogotá: Mac Graw Hill, 1998, p.371

Los grados de libertad se calculan a partir de la formula: $N - 1$, teniendo en cuenta que este caso la población (N) esta constituida por 13 personas, entonces, los grados de libertad: $13 - 1 = 12$.

Con el valor de los grados de libertad se busca en la respectiva tabla al estadístico W, y teniendo como referencia el nivel de significancia escogido, entonces se ubica el valor critico del estadístico W.

Si el valor calculado del estadístico W es igual o menor del presente en la tabla, entonces existen bases para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo o alterna.

Teniendo en cuenta la facilidad para calcular el estadístico W, se decidió realizar dicho proceso en hojas de calculo Excel.

El procedimiento para la prueba de hipótesis fue la de comparar los puntajes de la severidad asignados a cada uno de las dimensiones de las variables dependientes y se compararon entre sí, en busca de diferencias significativas.

El esquema que se siguió fue el siguiente:

La variable **Reinserción social**, posee tres dimensiones: situación laboral y financiera, familia y relaciones sociales y situación legal.

1. Situación laboral y financiera: puntos asignados en la valoración de la severidad en la preprueba y postprueba.

Pacientes	Puntos en la preprueba	Puntos en la postprueba	Preprueba menos la postprueba	Rangos positivos	Rangos negativos
1	4	0	4	4	
2	4	0	4	4	
3	4	0	4	4	
4	4	0	4	4	
5	4	0	4	4	
6	4	0	4	4	
7	4	0	4	4	
8	4	0	4	4	
9	4	1	3	3	
10	4	1	3	3	
11	4	1	3	3	
12	4	1	3	3	
13	4	1	3	3	
Total	52	5	47	47	0
				W	0

En estos casos se debe escoger la suma de los rangos más baja, o sea cero (0).

Teniendo en cuenta los grados de libertad: $N - 1$; $13 - 1 = 12$, y el nivel de significancia 0.05, entonces el valor crítico del estadístico W es 14, entonces como 0

es menor que 14, hay razones para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo. Al seguir buscando en la tabla del estadístico W , se observa que la anterior prueba de hipótesis es significativa aún a un nivel de significancia de 0.01, en donde el valor crítico de W es 7, y cero es menor que 7

2. Familia y relaciones sociales: puntos asignados en la valoración de la severidad en la preprueba y postprueba.

Pacientes	Puntos en la preprueba	Puntos en la postprueba	Preprueba menos la postprueba	Rangos positivos	Rangos negativos
1	4	0	4	4	
2	4	0	4	4	
3	4	0	4	4	
4	4	0	4	4	
5	4	0	4	4	
6	4	1	3	3	
7	4	1	3	3	
8	4	1	3	3	
9	4	1	3	3	
10	4	1	3	3	
11	4	1	3	3	
12	3	1	3	3	
13	3	1	3	3	
Total	50	5	44	44	0
				W	0

En estos casos se debe escoger la suma de los rangos más baja, o sea cero (0).

Teniendo en cuenta los grados de libertad: $N - 1$; $13 - 1 = 12$, y el nivel de significancia 0.05, entonces el valor crítico del estadístico W es 14, entonces como 0 es menor que 14, hay razones para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo. Al seguir buscando en la tabla del estadístico W, se observa que la anterior prueba de hipótesis es significativa aún a un nivel de significancia de 0.01, en donde el valor crítico de W es 7, y cero es menor que 7.

3.Situación legal: puntos asignados en la valoración de la severidad en la preprueba y postprueba.

Pacientes	Puntos en la preprueba	Puntos en la postprueba	Preprueba menos la postprueba	Rangos positivos	Rangos negativos
1	4	0	4	4	
2	4	0	4	4	
3	4	0	4	4	
4	4	0	4	4	
5	4	0	4	4	
6	4	0	4	4	
7	4	0	4	4	
8	4	0	4	4	
9	4	0	4	4	
10	4	0	4	4	
11	4	0	4	4	
12	4	0	4	4	
13	4	1	3	3	
Total	52			51	0
				W	0

En estos casos se debe escoger la suma de los rangos más baja, o sea cero (0).

Teniendo en cuenta los grados de libertad: $N - 1$; $13 - 1 = 12$, y el nivel de significancia 0.05, entonces el valor crítico del estadístico W es 14, entonces como 0

es menor que 14, hay razones para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo. Al seguir buscando en la tabla del estadístico W, se observa que la anterior prueba de hipótesis es significativa aún a un nivel de significancia de 0.01, en donde el valor crítico de W es 7, y cero es menor que 7.

En los tres casos anteriores se demostraron la existencia de diferencias significativas en las tres dimensiones de la variable reinserción social, lo cual conlleva a concluir que el tratamiento que recibieron los pacientes, o sea el Programa de Farmacodependencia produjo cambio en las estructuras de los pacientes, de tal forma que se pueden considerar reinsertados socialmente, o sea personas que realizan actividades positivas para el entorno y si mismos.

La variable reincidencia al consumo de drogas, posee dos dimensiones: uso de alcohol u otras drogas y estado psicológico del paciente. Se procede a continuación a buscar diferencias significativas en los puntajes de severidad asignados a estas dimensiones en la preprueba y postprueba.

1. Uso de alcohol u otras drogas: puntos asignados en la valoración de la severidad en la preprueba y postprueba.

Pacientes	Puntos en la preprueba	Puntos en la postprueba	Preprueba menos la postprueba	Rangos positivos	Rangos negativos
1	4	0	4	4	
2	4	0	4	4	
3	4	0	4	4	
4	4	0	4	4	
5	4	0	4	4	
6	4	0	4	4	
7	4	1	3	3	
8	4	1	3	3	
9	4	1	3	3	
10	4	1	3	3	
11	4	1	3	3	
12	4	1	3	3	
13	4	1	3	3	
Total	52	7	45	45	0
				W	0

En estos casos se debe escoger la suma de los rangos más baja, o sea cero (0).

Teniendo en cuenta los grados de libertad: $N - 1$; $13 - 1 = 12$, y el nivel de significancia 0.05, entonces el valor crítico del estadístico W es 14, entonces como 0 es menor que 14, hay razones para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo. Al seguir buscando en la tabla del estadístico W , se observa que la anterior prueba de hipótesis es significativa aún a un nivel de significancia de 0.01, en donde el valor crítico de W es 7, y cero es menor que 7.

2. Estado psicológico: puntos asignados en la valoración de la severidad en la preprueba y postprueba.

Pacientes	Puntos en la preprueba	Puntos en la postprueba	Preprueba menos la postprueba	Rangos positivos	Rangos negativos
1	4	0	4	4	
2	4	0	4	4	
3	4	0	4	4	
4	4	0	4	4	
5	4	0	4	4	
6	4	0	4	4	
7	4	0	4	4	
8	4	0	4	4	
9	4	0	4	4	
10	4	1	3	4	
11	4	1	3	4	
12	4	1	3	4	
13	4	1	3	4	
Total	52	4	48	48	0
				W	0

En estos casos se debe escoger la suma de los rangos más baja, o sea cero (0).

Teniendo en cuenta los grados de libertad: $N - 1$; $13 - 1 = 12$, y el nivel de significancia 0.05, entonces el valor crítico del estadístico W es 14, entonces como 0 es menor que 14, hay razones para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo. Al seguir buscando en la tabla del estadístico W , se observa que la

anterior prueba de hipótesis es significativa aún a un nivel de significancia de 0.01, en donde el valor crítico de W es 7, y cero es menor que 7.

En los dos casos anteriores se demostraron la existencia de diferencias significativas en las dos dimensiones de la variable reincidencia al consumo de drogas, lo cual conlleva a concluir que el tratamiento que recibieron los pacientes, o sea el Programa de Farmacodependencia produjo cambio en las estructuras de los pacientes, de tal forma que se pueden considerarse como personas no reincidentes en el consumos de alcohol u otras drogas.

El haber demostrado que existen diferencias significativas en las valoraciones de la severidad en la preprueba y postprueba para la variable dependiente reinserción social y reincidencia al consumo de drogas, implicaría haber confirmado la hipótesis de trabajo del presente estudio, a un nivel de significancia de 0.01, y que expone:

H_1 : El Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla produce la reinserción social y la no-reincidencia en el consumo de drogas en los pacientes que se someten a éste, por lo tanto los pacientes no requieren la continuación de tratamiento.

10. CONCLUSIONES

El Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), es la única entidad en la Costa Atlántica, que maneja un programa de farmacodependencia asociado a trastornos mentales; es decir patología dual.

A través del análisis se puede concluir que la población valorada, no han reincidido en el consumo de S.P.A, pues se observó que éstos, aún se encuentran en estado de abstinencia lo cual se corroboró con la asistencia de los mismos a la fase de seguimiento y grupos de apoyo del programa de farmacodependencia, logrando así una mejor adaptación a nivel de reinserción social, puesto que cuentan con las bases suficientes brindadas por el programa a nivel familiar, personal o situaciones entre zonas del medio.

Otro aspecto importante que se debe mencionar es que los pacientes le dan suma importancia al tratamiento, puesto que los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas demuestran que éstos desean seguir el tratamiento indicado así como continuar su fase descendiente.

Mediante el sustento teórico de modelo por etapas fue posible confirmar que los resultados muestran coherencia con el mismo, puesto que los pacientes se encuentran en la etapa de mantenimiento en la fase de seguimiento en la cual se mantiene la abstención y reinserción en sus áreas laboral, académica, familiar y social.

La demostración que se hizo, es que existen diferencias significativas en las valoraciones de la severidad a la preprueba y postprueba para la variable dependiente reinserción social y reincidencia al consumo de drogas, implicaría haber confirmado la hipótesis de trabajo del presente estudio a un nivel de significancia de 0,01.

Para finalizar cabe destacar que el Programa de Farmacodependencia del CARI – Barranquilla produce la reinserción social y la reincidencia en el consumo de drogas en los pacientes que se someten a éste, y por lo tanto los pacientes no requieren la continuación de tratamiento

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda que la aplicación de la prueba correspondiente (ASI), se realice en diferentes fases cronológicas del Programa para así tener una idea exacta de la evolución del mismo y poder entrar a tomar decisiones con una información confiable.

Es indudable que el diseño preexperimental no es el más conveniente para mostrar datos precisos, pero indudablemente que el presente estudio debe ser el camino para otros estudios, ojalá con diseños experimentales, con la respectiva utilización de un grupo control

El grupo de Programa de Farmacodependencia es de carácter interdisciplinario, en donde cada uno realiza un trabajo independiente y desde una perspectiva profesional diferente, por ello se considera necesario la creación de unos instrumentos que le permitan a cada profesional hacer evaluaciones de seguimiento y a la vez le permite al grupo interpretar resultados científicos en una forma clara y precisa. Dichos instrumentos deberán ser válidos, confiables y estandarizados a la población respectiva.

Realizar investigaciones de seguimiento aquellas personas que han abandonado el programa, con el propósito de observar como ha sido su proceso de recuperación en comparación con aquellos que continúan con el programa.

Realizar comparaciones del programa de farmacodependencia _ CARI, con otros programas de Diagnostico Dual, a nivel nacional con el fin de establecer modelos de intervención.

Investigar desde el área familiar como son los procesos de relaciones intrafamiliares con pacientes adictos, pacientes en proceso de recuperación y aquellos que están en seguimiento.

Realizar una comparación entre los diagnósticos presentados por los pacientes y de esta manera determinar cual predomina, si es el trastorno por consumo de SPA o trastorno psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA

- ABELLO LLANOS, Raimundo, MADARRIAGA OROZCO, Camilo. Estrategias de Evaluación de Programa Social. Ediciones Uninorte.
- Abuso de sustancia y enfermedades psiquiátricas. Liliana Betancur, p. 1
- ADICCIONES. Vol. 10 No. 3, 1998.
- ANASTASI, Ana. Test Psicológicos. Madrid: Aguilar Ediciones, 1982
- ANUARIO CIENTIFICO. Universidad del Norte. Tomo No. 6
- ARDILA, Rubén. Avances en psicología clínica. Latinoamericano. Tomo No. 13
- ARNAU, Jaime. Psicología Experimental. México: Trillos, 1990
- BOLETIN DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD. ASOCOPSIS, Vol 2, 1996.
- CASAS M. (1996). La comorbilidad entre los trastornos afectivos y las conductas adictivas a sustancias psicotropas en el contexto del creciente interés por la patología dual.
- C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento.
- CORREA ASMUS, Gustavo. Guía práctica de Metodología para la elaboración de trabajos. Bogotá: USTA.
- DOSSIER. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes.
- DSM – IU. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Maslon S. A.
- GARCIA LAGUARDIA, Jorge Mario. Guía de términos de investigación. 5 ed. México: Casa Grande.

GREENE, Judith, y D'OLIVEIRA, Manuela. Pruebas estadísticas para psicología y ciencias sociales: Una guía para el estudiante. Bogotá: Editorial Norma, 1990.

GONZALEZ SAIZ, F., Instrumentos de evaluación. Revista de la Asociación Proyecto Hombre. No. 27. Septiembre de 1998. Madrid, 1998

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, y BARTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 2 ed. Bogotá: Mc Graw Hill, 1998.

KERLINGER, Fred. Investigación del comportamiento. México: Mc Graw-Hill, 1976.

LOPEZ FERNANDEZ, Marco Fidel. Programas Zagoles Proza. Fumlan.

MacLELLAN, Luborsky. Índice de la severidad de la adicción, Nida 1985

MANUAL DE APLICACION, CALIFICACION E INTERPRETACION. Tercer taller sobre aplicación de instrumentos clínicos-investigativos en la adicción. Hospital Mental de Antioquia. Servicio de Farmacodependencia y Alcoholismo.

NORMAS DE ATENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS. Organización Panamericana de la Salud. OPS.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Programa de rehabilitación integral en farmacodependencia y alcoholismo del centro de atención y rehabilitación integral CARI, Barranquilla. 1997.

OVALLE, Víctor. Una nueva visión en la metodología de la investigación científica. Barranquilla 1997.

POLO, Irene. Programa de rehabilitación y atención integral del CARI. Barranquilla, 1997.

REVISTA TRIMESTRAL DE LA ASOCIACION PROYECTO HOMBRE. No 24. 1997.

RUMBOS. El libro de las drogas, manual para la familia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda, 2000

TABORDA, Luis Carlos. Principio de Semiología Psiquiátrica. Bogotá: Specie de Colombia, 1985.

TORRES, Yolanda. Vespa. Medellín.

VILLAR CONCHA, Eduardo. El libro de las drogas manual para la familia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda, 2000.

ANEXOS

ANEXO B

PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA – CARI - BARRANQUILLA

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención integral a personas que presentan problemas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas a través de un programa de rehabilitación, coordinado por un equipo interdisciplinario que les permita lograr una estabilidad biopsicosocial y espiritual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar integralmente al individuo para establecer pautas de intervención.
- Lograr la desintoxicación de sustancias químicas del adicto.
- Recuperar el estado nutricional y restablecer hábitos alimenticios para la rehabilitación física.
- Proporcionar procesos de reflexión y revisión de los efectos físicos y cognoscitivos producidos por la adicción.
- Orientar al individuo en su perfil ocupacional para la reinserción laboral.

- Equilibrar al individuo en las competencias ocupacionales a través de exploración de habilidades e intereses a fin de que sea útil a la sociedad.
- Brindar a la familia herramientas necesarias para facilitar su funcionamiento mediante la intervención.
- Fomentar actividades culturales y recreativas para el esparcimiento y promoción de la salud mental.
- Reestructurar y consolidar esquemas cognoscitivos erróneos y facilitar la adquisición de hábitos de comportamiento individuales, sociales, laborales y espirituales para lograr su reinserción a la sociedad.
- Facilitar el proceso de reinserción familiar y social a través de la reestructuración de valores.

CRITERIOS DE ADMISION

- El ingreso es voluntario.
- Presencia familiar.
- Sin deterioro mental.
- Mayor de 16 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Retardo mental.
- Psicosis con criterios marcados.

- Psicopatía.
- Situación legal no resuelta.
- Ausencia familiar.

RECURSO HUMANO

- Coordinador.
- Medicina general.
- Enfermería.
- Psiquiatría.
- Psicología.
- Terapeuta familiar.
- Trabajo social.
- Nutrición y dietética.
- Terapeuta ocupacional.
- Veteranos (pacientes recuperados).
- Orientador espiritual.
- Vigilancia.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Talleres de terapia ocupacional.

- Cancha de football.
- Cancha de basketball.
- Camas de hospitalización.
- Salón de terapia de grupo.

RECURSOS DIDACTICOS

- Biblioterapia.
- VHS.
- Videos.
- Equipo de sonido.
- Documentación impresa.

PROTOCOLO DE ATENCION

PLAN DE ATENCION

1. ASISTENCIA AL INDIVIDUO

- Evaluación inicial por el equipo interdisciplinario.
- Intervenciones terapéuticas por cada miembro del equipo interdisciplinario o por el equipo interdisciplinario.
- Control o seguimiento.

2. ASISTENCIA FAMILIAR.

- Orientación familiar.
- Terapia familiar.
- Visita domiciliaria.
- Red familiar.

3. ASISTENCIA A GRUPOS

- Terapia de grupo.
- Acciones socioeducativas.
- Acciones recreativas.
- Orientación espiritual.
- Grupos de apoyo (grupos de A.A., N.A. ALANON).

MODALIDADES DE TRATAMIENTO DEL PROGRAMA

El Programa de Alcoholismo y Farmacodependencia del CARI posee diferentes procedimientos para el abordaje integral en la problemática de alcoholismo y FMD.

1. TRATAMIENTO AMBULATORIO

Los pacientes que requieren este tipo de tratamiento realizan las siguientes acciones:

- Evaluación integral por parte del equipo interdisciplinario.
- Terapia individual por psicología.
- Terapia individual por psiquiatría.
- Terapia familiar.
- Control por psicología.
- Control por psiquiatría.
- Control por terapia familiar.
- Asistencia a talleres psicoeducativos especificados por el equipo interdisciplinario si el paciente lo requiere.
- Sesión socioeducativa a la familia por el equipo interdisciplinario.
- Asistencia al grupo de apoyo.
- Duración un año.(7 meses en fase intensiva, 5 meses en seguimiento)

2. TRATAMIENTO O FASE EN HOSPITALIZACION

- El paciente ingresará por urgencias o por evaluación por parte del equipo interdisciplinario si cumple los criterios de psicosis tóxica o toxicidad.
- Recibirá tratamiento psiquiátrico requerido.
- El equipo interdisciplinario realizará intervenciones terapéuticas semanalmente.

- Sesiones socioeducativas grupales según lo determine el equipo.
- Terapia familiar.
- Sesión socioeducativa a la familia (red familiar).
- Consulta de control por medicina general.
- Consulta de control por enfermería.
- Consulta de control por nutrición.
- Consulta integral de control por el equipo interdisciplinario.
- El paciente pasará a tratamiento ambulatorio, hospital día, medio día según la determinación del equipo.
- El tiempo de duración de la fase de hospitalización es de por lo menos de un mes y depende de la gravedad del trastorno.

3. TRATAMIENTO O FASE EN HOSPITAL DIA

- El paciente es valorado por el equipo interdisciplinario ya sea por medio de la consulta externa de FMD o por remisión del equipo si éste estuvo hospitalizado.
- Asistirá a la institución de 7:45 a.m a 7:30 p.m.
- Terapia individual por psicología.
- Terapia individual por psiquiatría.
- Terapia familiar por Trabajo social.

- Terapia de grupo por psicología y trabajo social.
- Sesiones socioeducativas dirigidas a pacientes por parte del equipo interdisciplinario.
- Sesiones socioeducativas dirigidas a la familia por parte del equipo interdisciplinario.
- Terapia ocupacional.
- Consulta de control por nutrición y dietética.
- Consulta de control por medicina general.
- Consulta integral de control por equipo interdisciplinario.
- Asistencia a grupos de apoyo.
- La fase de hospital día tiene una duración de 3 a 4 meses.
- Esta fase tiene por objetivo lograr la reinserción familiar.
- Para pasar a la siguiente fase deberá haber logrado los objetivos de la fase de hospital día.

4. TRATAMIENTO O FASE EN HOSPITAL MEDIO DIA

- El paciente asistirá a la institución de 7:45 a.m. a 12:00 m.
- El paciente puede asistir a esta fase ya sea porque realizó su fase de hospital día o porque en la fase de evaluación se determinó que podría ingresar directamente a la misma.

- Algunos criterios para ingresar a esta fase son: aún conserva su red escolar o laboral, se encuentra iniciando la fase de abuso.
- Terapia individual por psiquiatría.
- Terapia individual por psicología.
- Terapia familiar.
- Terapia de grupo por psicología y trabajo social.
- Terapia ocupacional.
- Sesiones socioeducativas dirigidas a los pacientes por parte del equipo interdisciplinario.
- Sesiones socioeducativas dirigidas a la familia por parte del equipo interdisciplinario.
- El paciente debe asistir a su grupo de apoyo.
- Consulta de control por medicina general.
- Consulta de control por psiquiatría.
- Consulta de control por psicología.
- Consulta de control por terapia ocupacional.
- Consulta control por trabajo social.
- El objetivo de esta fase es lograr la reinserción y o reforzar el área laboral o escolar.
- El tiempo de duración es de tres meses.

5. FASE DE SEGUIMIENTO

El paciente asistirá a actividades terapéuticas específicas tales como:

- Consulta de control por psicología.
- Consulta de control por medicina general.
- Consulta de control por psiquiatría.
- Consulta de control por trabajo social.
- Consulta de control por terapia ocupacional.
- Sesión educativa grupal por equipo interdisciplinario.
- El paciente debe asistir a grupos de apoyo.
- El tiempo de duración de esta fase es de 5 meses.
- El paciente al culminar su programa según su modalidad se realizará una ceremonia de aniversario la cual significa que ha logrado los objetivos propuestos por el programa. Esta ceremonia se realizará en cualquier modalidad de intervención.
- En la fase de seguimiento después de 12 meses, el paciente asistirá a una consulta con cada miembro del equipo según establecido en el paquete de seguimiento. Esta fase tiene una duración de 4 años.

FUNCIONES

FUNCIONES DEL COORDINADOR

- Planear, ejecutar y evaluar las directrices o acciones del programa.
- Coordinar las reuniones del equipo interdisciplinario y junta médica.
- Asistir a las reuniones comunitarias.
- Realizar evaluación o seguimiento de las actividades que se ejecutan.
- Realizar talleres socioeducativos dirigidos a los pacientes semanalmente.
- Realizar talleres socioeducativos dirigidos a la familia según cronograma.
- Participar en los aniversarios de los pacientes que culminan el programa.
- Planear y/o ejecutar investigaciones relativas a la problemática de la adicción.
- Planear y/o ejecutar eventos científicos.
- Coordinar los permisos y salidas de los pacientes con el equipo interdisciplinario.

FUNCIONES DE PSIQUIATRIA

- Evaluación, tratamiento y control psiquiátrico a pacientes hospitalizados, hospital día, medio día o en ambulatorio.
- Elaboración y participación de talleres socioeducativos dirigidos a pacientes y familia.
- Asistencia a reuniones del equipo interdisciplinario y junta médica.

- Registro de evoluciones de intervención terapéutica y talleres psicoeducativos en la historia clínica de cada paciente.
- Participar en terapias de grupo según la necesidad.
- Participar en trabajos de investigación del programa.
- Participar en la planeación y ejecución de eventos científicos.
- Participar en la elaboración del programa de Alcoholismo y FMD en los aspectos preventivos, tratamiento y rehabilitación.

FUNCIONES DE MEDICINA GENERAL

- Evaluación, tratamiento y control de pacientes hospitalizados, hospital día, medio día o ambulatorio pertenecientes al programa.
- Participar en reuniones de equipo interdisciplinario y junta médica.
- Llevar farmacovigilancia de los pacientes del grupo (efectos adversos e interacción).
- Elaborar y ejecutar talleres socioeducativos referidos a la problemática de la adicción (bioseguridad) dirigido a los pacientes y su familia (red familiar).
- Participar en la elaboración de proyectos requeridos en el programa.
- Participar en la planeación y ejecución de eventos científicos.
- Participar en la elaboración del Programa de Alcoholismo y FMD en los aspectos preventivos, tratamiento y reinserción.

FUNCIONES DE ENFERMERIA

- Evaluar a los pacientes hospitalizados, hospital día, medio día.
- Participar en reuniones de equipo interdisciplinario o junta médica.
- Practicar requisas a los pacientes hospitalizados, hospital día, medio día.
- Elaborar y ejecutar talleres socioeducativos dirigidos a los pacientes y familia.
- Supervisar el tratamiento suministrado al paciente.
- Supervisar el personal de enfermería que está a su cargo.
- Participar en actividades comunitarias y recreativas.
- Participar en la elaboración del Programa de Alcoholismo y FMD en sus aspectos preventivos, tratamiento y reinserción.

FUNCIONES DE PSICOLOGIA

- Evaluación y tratamiento de pacientes hospitalizados, hospital día , medio día o ambulatorio.
- Coordinación y participación de terapias de grupos e individuales.
- Elaboración y ejecución de talleres socioeducativos dirigidos a pacientes y familia.
- Participación e reuniones de equipo interdisciplinario y junta médica.
- Planeación y ejecución de investigaciones.

- Registro de evoluciones en historias clínicas.
- Participar en actividades comunitarias.
- Participar en la planeación y ejecución de eventos científicos.
- Participar en la elaboración del Programa de Alcoholismo y FMD en sus aspectos preventivos, tratamiento y reinserción.

FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL

- Evaluar las características socio-familiares de los pacientes del programa.
- Orientar a los pacientes y familias a cerca de las situaciones sociales que inciden en el proceso de la enfermedad.
- Realizar terapia familiar.
- Realizar registro de evoluciones en las historias clínicas.
- Evaluar a los pacientes y familia.
- Realizar visitas domiciliarias.
- Remitir o reubicar al paciente en su familia o institución.
- Coordinar los talleres socioeducativos dirigidos a la familia.
- Realizar talleres socieducativos dirigidos a los pacientes y familia.
- Establecer y mantener un sistema de comunicaciones entre pacientes , familias y equipo terapéutico.
- Realizar seguimiento a pacientes y familiares del programa.

- Participar en la planeación y ejecución de eventos científicos.
- Participar en la elaboración del Programa de Alcoholismo y FMD en sus aspectos preventivo, tratamiento y reinserción.
- Participar en la reuniones de equipo interdisciplinario y junta médica.

FUNCIONES DE NUTRICION

- Evaluar el estado nutricional del paciente teniendo en cuenta los indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.
- Tratamiento y seguimiento nutricional individual al usuario.
- Realizar tratamiento y seguimiento nutricional por medio de talleres socioeducativos.

FUNCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Controlar y administrar los procesos asistenciales e investigativos de la atención ocupacional en los talleres.
- Investigar y conocer los riesgos y las disfuncionalidades que se generen como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, organizacionales o genéricos.
- Participar en la elaboración de proyectos que faciliten el mejoramiento del servicio.

- Orientar y supervisar las actividades de los técnicos de rehabilitación profesional y monitores.
- Efectuar las valoraciones propias de la profesión a los pacientes remitidos.
- Aplicar evaluación ocupacional.
- Realizar los procesos de orientación vocacional.
- Realizar seguimiento de los procesos ocupacionales de los pacientes.
- Participar en las asesorías para el equipo interdisciplinario.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

- Evaluación diagnóstica dirigida a la familia y al paciente.
- Terapia individual por psicología.
- Terapia individual por psiquiatría.
- Terapia de grupo.
- Terapia familiar.
- Asesoría grupal a nivel espiritual.
- Sesión educativa por psicología.
- Sesión educativa por psiquiatría.
- Sesión educativa por trabajo social.
- Sesión educativa por medicina general.

- Sesión educativa por enfermería.
- Sesión educativa dirigida a la familia.
- Reunión comunitaria.
- Evaluación diagnóstica por nutrición y dietética.
- Evaluación de primera vez por terapia ocupacional.
- Entrenamiento en talleres ocupacionales.
- Aplicación de pruebas psicométricas.
- Control por equipo interdisciplinario.
- Control por trabajo social.
- Control por psicología.
- Control por psiquiatría.
- Control por medicina general.
- Control por nutrición.
- Valoración e intervención a pacientes hospitalizados.
- Diseñar, implementar y evaluar el programa.
- Realizar investigaciones basadas en las necesidades del programa.
- Participar en el Comité científico.

PROFESIONALES PERTENECIENTES AL EQUIPO TERAPEUTICO

- Irene Polo Martínez. Ps Clínica. Coordinadora.
- Olga Utria. Trabajadora Social. Terapista de Familia.
- Meraldo Guerrero. Medicina General.
- Jairo Palacios. Médico Psiquiatra.
- Mirna Bernal . Enfermera jefe.
- Idíllica Parra. Terapiosta Ocupacional.

PERSONAL DE APOYO

- Veteranos (pacientes recuperados).
- Asesora en el área espiritual.
- Portería.

INDICE DE SEVERIDAD DE ADICCION "ASI"
MEDELLÍN – COLOMBIA

INSTRUCCIONES

No deje en blanco ninguna pregunta. Donde es apropiado codifique los numerales. Use sólo un carácter:

X = pregunta no contestada

N = Pregunta no aplicable

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD

La valoración de la severidad es estimada por el entrevistador y ésta dirá si es necesario un tratamiento adicional. La escala tiene un rango de 0 (no es necesario el tratamiento) a 9 (necesita intervención inmediata por el peligro inminente de su vida). Cada valoración se basa en la historia de la sintomatología del paciente, en la condición actual y en el concepto subjetivo de sus necesidades de tratamiento, en determinada área.

Para una descripción detallada de los procedimientos de derivación de la valoración de severidad y de las convenciones, ver el instructivo.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

- 0 = Nada
- 1 = Un poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Bastante
- 4 = Extremadamente

NOMBRE COMPLETO _____

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

DIRECCIÓN _____

--	--	--	--	--	--	--	--

BARRIO _____

FECHA DE VINCULACIÓN

CIUDAD/MUNICIPIO _____

--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONO _____

FECHA DE ENTREVISTA

DÍA		MES		AÑO			

INFORMACIÓN GENERAL

SUSTANCIA(S) DE MAYOR PROBLEMA

TIEMPO DE APLICACIÓN (EN MINUTOS)

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--

CLASE

- 1 = Ingreso
- 2 = Seguimiento

CODIGO DE CONTACTO

- 1 = Personal
- 2 = Telefónico

SEXO

- 1. Masculino
- 2. Femenino

CODIGO DEL ENTREVISTADOR

--	--	--	--

(ESPECIAL) NO APLICABLE POR:

- 1. Paciente que rehusa
- 2. Paciente incapaz de responder

AREA GEOGRAFICA

--	--	--

- 1. INSTITUCIÓN

- 2. TIEMPO DE RESIDENCIA EN ESE MUNICIPIO

- 3. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

- 4. HA ESTADO BAJO CONTROL EN LOS ULTIMOS 30 DIAS?

- 1. No
- 2. Cárcel
- 3. Tratamiento por alcohol
- 4. Tratamiento por otras sustancias
- 5. Tratamiento por alcohol y otras sustancias.
- 6. Tratamiento médico
- 7. Tratamiento psiquiátrico
- 8. Otros.

- 5. CUANTOS DIAS?

RESULTADOS DE PRUEBAS CLINICO - INVESTIGATIVAS

ALCOHOLISMO MAST MASTA

DEPRESION/ANSIEDAD SDS SAS

COCIENTE INTELECTUAL WAIS

--	--	--

PERFIL DE SEVERIDAD

AREA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estado Medico General.										
Situación Laboral /Financiera.										
Uso de Alcohol										
Uso de otras sustancias.										
Situación Legal Familia/Relaciones Sociales.										
Est. Psicológico / Psiquiat.										

ESTADO MEDICO GENERAL

- 1. CUANTAS VECES EN SU VIDA HA ESTADO HOSPITALIZADO POR PROBLEMAS MEDICOS? (INCLUYA SOBREDOSIS Y DELIRIUM TREMENS).

- 2. ESTUVO USTED HOSPITALIZADO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES DEBIDO A UN PROBLEMA FISICO?

0 = No
1 = Sí

- 3. TIENE USTED ALGUN PROBLEMA MEDICO - CRONICO QUE INTERFIERE EN SU VIDA?

0 = No
1 = Sí

- 4. ESTA TOMANDO USTED REGULARMENTE MEDICACIÓN FORMULADA PARA ALGUN PROBLEMA FISICO?

0 = No
1 = Sí

- 5. HA ESTADO USTED ENFERMO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS? CUANTOS DIAS? (00 SI EL PACIENTE NO HA ESTADO ENFERMO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS).

PARA LAS PREGUNTAS 6 Y 7 POR FAVOR INDIQUE AL PACIENTE QUE

SE CALIFIQUE SEGÚN LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE.

6. QUE TAN PREOCUPADO O MOLESTO HA ESTADO USTED LOS ULTIMOS 30 DIAS POR LOS PROBLEMAS MEDICOS?

7. QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED EL TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS MEDICOS?

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD POR EL ENTREVISTADOR

8. ¿CÓMO VALORA USTED LA NECESIDAD DEL PACIENTE DE TRATAMIENTO MEDICO?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

Esta la información anterior significativamente distorsionada por:

9. FALSEDAD POR PARTE DEL PACIENTE?

0 = No
1 = Sí

10. INCAPACIDAD DEL PACIENTE PARA COMPRENDER?

0 = No
1 = Sí
SITUACIÓN LABORAL / SITUACIÓN FINANCIERA.

1. NIVEL EDUCATIVO

- 0 = Ninguno
- 1 = Primaria Incompleta
- 2 = Primaria Completa
- 3 = Secundaria Incompleta
- 4 = Secundaria Completa
- 5 = Univ/Tecn. Incompleta
- 6 = Univ/Tecn. Completa
- 7 = Postgrado

2. AÑOS REPROBADOS

3. APRENDIZAJE O EDUCACIÓN TECNICA RECIBIDA.

MES

4. TIENE USTED UNA PROFESIÓN? (CODIFIQUE DE ACUERDO AL APENDICE II) CUAL

5. CUAL HA SIDO EL TIEMPO MAXIMO EN QUE USTED HA PERMANCIDO EN UN EMPLEO DE TIEMPO COMPLETO?

AÑOS MESES

6. OCUPACIÓN USUAL (O ULTIMA) (CODIFIQUE DE ACUERDO AL APENDICE II)

(Especifique con detalle)

7. CONTRIBUYE ALGUINE, DE ALGUNA MANERA, EN SU SUSTENTO?

0 = No
1 = Sí

8 PATRONES USUALES DE OCUPACIÓN DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS Y LOS ULTIMOS 30 DIAS?

ULT.3 AÑOS ULT.30 DIAS

- 0 = Ama de casa
- 1 = Tiempo completo (48 Hs/ Semana)
- 2 = Medio tiempo (24 horas fijas).
- 3 = Empleo temporal (hs, irre / días).
- 4 = Estudiante
- 5 = Servicio Militar
- 6 = Invalidez / Jubilado
- 7 = Desempleo
- 8 = Ambiente institucional

ARRIBA O SI NO HAY PROBLEMA,
15 - Alcohol y Drogas; 16 - Varias
Drogas; CUANDO NO ESTE CLARO
PREGUNTE AL PACIENTE).

15 CUANTO TIEMPO DURO SU ULTIMA
ABSTINENCIA VOLUNTARIA DE
ESTA SUSTANCIA PRINCIPAL?
(00-NO HUBO ABSTINENCIA)

--	--

--	--

16 CUANTOS MESES HACE QUE
TERMINO ESTA ABSTINENCIA? (00
SI AUN ES ABSTEMIO).

--	--

17 CUANTAS VECES HA TENIDO
USTED: - Delirium Tremens
- Sobredosis con Drogas

18 CUANTAS VECES HA SIDO
HOSPITALIZADO POR:
- Delirium Tremens
- Sobredosis con Drogas

19 CUANTAS VECES HA SIDO
TRATADO USTED POR:
- Uso de Alcohol
- Uso de Drogas

20 CUANTAS DE ESTAS VECES
FUERON DESINTOXICACIONES:
- Por Alcohol
- Por otras Drogas

21 CUANTO DINERO GASTO EN LOS
ULTIMOS 30 DIAS EN:
- Por Alcohol
- Por otras Drogas

22 CUANTOS DIAS HA ESTADO EN
TRATAMIENTO AMBULATORIO EN
LOS ULTIMOS 30 DIAS POR
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS?
(INCLUYA A.A..D.A).

--	--

23 CUANTOS DIAS DE LOS ULTIMOS
30 HA EXPERIMENTADO:
- Problemas por alcohol
- Problemas por otras drogas

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25 POR
FAVOR INDIQUE AL PACIENTE QUE

SE CALIFIQUE SEGUN LA
ESCALA DE VALORACION DEL
PACIENTE.

24 QUE TAN PREOCUPADO O
MELESTO HA ESTADO USTED POR:
- Problemas por alcohol
- Problemas por otras drogas

25 QUE IMPORTANCIA TIENE PARA
USTED AHORA EL TRATAMIENTO
PARA ESTOS:
- Problemas por alcohol
- Problemas por otras drogas

VALORACION DE LA SEVERIDAD
POR EL ENTREVISTADOR

26 COMO VALORA USTED LA
NECESIDAD DEL PACIENTE DE
RECIBIR TRATAMIENTO POR LOS
- Problemas por alcohol
- Problemas por otras drogas

VALORACION DE LA VERACIDAD

ESTA LA INFORMACION ANTERIOR
SIGNIFICATIVAMENTE
DISTORSIONADA POR:

27 FALSEDAD POR PARTE DEL
PACIENTE?
0 = No
1 = Sí

--

28 INCAPACIDAD DEL PACIENTE PARA
COMPRENDER?
0 = No
1 = Sí

--

SITUACION LEGAL

1. FUE SUGERIDO SU TRATAMIENTO
POR EL SISTEMA JUDICIAL? (JUEZ,
AUTORIDAD OFICIAL, ETC.).

2. ESTA USTED EN LIBERTAD
CONDICIONAL O BAJO PALABRA?
0 = No
1 = Sí

--

--

RA LOS NUMEROS 03 - 16 FAVOR CODIFICAR LAS ACTIVIDADES ILEGALES DEL PACIENTE EN EL ULTIMO AÑO (A) Y DURANTE LA VIDA (B).

(A) EN EL ULTIMO AÑO USTED HA COMETIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DELITOS:

0 = No
1 = Sí

(B) CUANTAS VECES EN SU VIDA HA SIDO DETENIDO Y ACUSADO DE LOS SIGUIENTES DELITOS (NUMERO DE VECES)

CODIGO NUMERO

(A) (B)
ULT.AÑO TRANS. VIDA

3. HURTO		
4. VIOL.DE LIBERTAD CONDIC.O BAJO PAL.		
5. ACUSACIONES POR DROG.		
6. FALSIFICACIÓN DE DOC.		
7. POSESIÓN ILCITA DE ARM.		
8. ROBO DE VIVIENDA /CON FORZAMIENTO		
9. ATRACO		
10. LESINES PERSONALES		
11. INCENDIO PROVOCADO		
12. VIOLACIÓN		
13. HOMICIDIO/HOMICIDIO SIN PREMEDITA		
14. NO PORTE DE DOCUM.		
15. ESTAFA		
16. OTROS		

17. CUANTAS DE ESTAS ACUSACIONES TERMINARON EN CONDENA?

CUANTAS VECES EN SU VIDA HA SIDO ACUSADO USTED DE LO SIGUIENTE:

18. DESORDEN O INTOXICACIÓN PUBLICA Y/O VAGANCIA

19. CONDUCIR BAJO INTOXICACIÓN

20. VIOLACIONES GRAVES DE TRANSITO (IMPRUDENCIA AL CONDUCIR, VELOCIDAD EXCESIVA, SIN LICENCIA).

21. CUANTOS MESES HA ESTADO USTED ENCARCELADO DURANTE SU VIDA?

22. CUANTO TIEMPO DURO EL ULTIMO ENCARCELAMIENTO?

23. CUAL FUE LA CAUSA? (USE EL CODIGO DEL 03-16, 18-20 SI HAY MULTIPLES ACUSACIONES, CODIFIQUE LAS MAS GRAVES.

24. ESTA EN ESTE MOMENTO ESPERANDO ACUSACIÓN, JUICIO O SENTENCIA?
0 = No
1 = Sí

25. PORQUE? (SI HAY VARIAS RAZONES, CODIFIQUE LAS MAS GRAVES).

26. CUANTOS DIAS, EN LOS ULTIMOS 30, HA SIDO DETENIDO O ENCARCELADO?

27. CUANTOS DIAS, EN LOS ULTIMOS 30, HA ESTADO INVOLUCRADO EN ACTIVIDADES ILEGALES PARA SU PROPIO PROVECHO?

PARA LAS PREGUNTAS 28 Y 29 POR FAVOR INDÍQUELE AL PACIENTE QUE SE CALIFQUE SEGÚN LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE.

28. QUE TAN PREOCUPADO O MOLESTO HA ESTADO USTED EN LOS ULTIMOS 30 DIAS POR LOS PROBLEMAS LEGALES? (INCLUYA LOS PROBLEMAS FAMILIARES Y DE EMPLEO).

29. QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED AHORA SER ACONSEJADO

0 ASESORADO SOBRE SUS PROBLEMAS LEGALES?

VALORACION DE LA SEVERIDAD POR EL ENTREVISTADOR

30. ¿CÓMO VALORA USTED LA NECESIDAD DEL PACIENTE DE RECIBIR ASESORIA O CONSEJO SOBRE SUS PROBLEMAS LEGALES?

VALORACION DE LA VERACIDAD

ESTA LA INFORMACIÓN ANTERIOR SIGNIFICATIVAMENTE DISTORSIONADA POR:

31. FALSEDAD POR PARTE DEL PACIENTE?
0 = No
1 = Sí

32. INCAPACIDAD DEL PACIENTE PARA COMPRENDER?
0 = No
1 = Sí

FAMILIA/RELACIONES SOCIALES

1. ESTADO CIVIL
1 = CASADO
2 = CASADO EN SEG. NUPCIAS
3 = VIUDO
4 = SEPARADO
5 = DIVORCIADO
6 = SOLTERO
7 = UNIÓN LIBRE

2. CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO USTED EN ESTE ESTADO CIVIL? (SI NUNCA SE CASO, CUENTE A PARTIR DE LOS 18 AÑOS).

3. ESTA USTED SATISFECHO CON ESTA SITUACIÓN?
0 = No
1 = Sí
2 = Indiferente

4. EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN CUAL SITUACIÓN HA VIVIDO MAS TIEMPO?

- 1 = Con la familia extensa.
2 = Con pareja sexual e hijos.
3 = Con pareja sexual sin hijos.
4 = Con los padres
5 = Con padres y hermanos
6 = Con otros parientes
7 = Con amigos
8 = Solo
9 = Ambiente institucional controlado.
10 = Ninguna situación estable.

5. HA ESTADO USTED SATISFECHO CON ESTA SITUACIÓN?
0 = No
1 = Sí
2 = Indiferente.

6. POR CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO USTED EN ESTA SITUACIÓN? (SI ES CON LOS PADRES O SU FAMILIA, CUENTA A PARTIR DE LOS 18 AÑOS).
AÑOS MESES

7. CON QUIEN HA PASADO LA MAYOR PARTE DE SU TIEMPO LIBRE?
1 = Familia
2 = Amigos
3 = Amigos no consumidores
4 = Solo

8. FUERA DE HACER USO DEL ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS, A QUE SE DEDICA EN LA MAYOR PARTE DE SU TIEMPO LIBRE?
1 = Practica algún deporte
2 = Asiste a grupos religiosos o políticos.
3 = Actividades de servicio (scouts, cruz roja)
4 = Asiste a reuniones sociales (fiestas).
5 = Asiste a espectáculos
6 = Ve televisión
7 = Lee o estudia
8 = Practica un pasatiempo.

- 9 = Escucha radio
- 10 = Escucha música
- 11 = No encuentra que hacer
- 12 = Prefiere no hacer nada
- 13 = Sólo consume alcohol y/u otras sustancias.

9. ESTA USTED SATISFECHO CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE?

- 0 = NO
- 1 = SI
- 2 = INDIFERENTE

10. CUANTOS AMIGOS INTIMOS TIENE USTED?

11. CUANTOS DIAS DE LOS ULTIMOS 30 HA TENIDO CONFLICTOS SERIOS?

- A. CON SU FAMILIA?
- B. CON OTRAS PERSONAS? (EXCLUYENDO FAMILIA)

HA TENIDO USTED PERIODOS IMPORTANTES EN LOS QUE HAYA EXPERIMENTADO PROBLEMAS SERIOS CON:

- 0 = No Ult. 30 días En la vida
- 1 = Sí

- 12. MADRE
- 13. PADRE
- 14. HERMANOS/HERMANAS
- 15. PAREJA SEXUAL/ESPOSO(A)
- 16. HIJOS
- 17. OTROS FAMILIARES CERCANOS
- 18. AMIGOS INTIMOS
- 19. VECINOS
- 20. COMPAÑEROS DE TRABAJO

PARA LAS PREGUNTAS 21 - 22 POR FAVOR INDIQUE AL PACIENTE QUE SE CALIFIQUE SEGÚN LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

21. QUE TAN PREOCUPADO O MOLESTO HA ESTADO USTED EN LOS ULTIMOS 30 DIAS POR:

- Problemas familiares?
- Problemas Sociales?

22. QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED AHORA RECIBIR CONSEJO O TRATAMIENTO SOBRE:

- Problemas familiares?
- Problemas Sociales?

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD POR EL ENTREVISTADOR

23. ¿CÓMO VALORA USTED LA NECESIDAD DEL PACIENTE DE RECIBIR ASESORIA O CONSEJO SOBRE LOS PROBLEMAS FAMILIARES Y/O SOCIALES?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

ESTA LA INFORMACIÓN ANTERIOR SIGNIFICATIVAMENTE DISTORSIONADA POR:

24. FALSEDAD POR PARTE DEL PACIENTE?

- 0 = NO
- 1 = SÍ

25. INCAPACIDAD DEL PACIENTE PARA COMPRENDER?

- 0 = NO
- 1 = SÍ

ESTADO PSICOLOGICO

1. CUANTAS VECES HA SIDO TRATADO USTED POR PROBLEMAS PSICOLOGICOS O EMOCIONALES:

- COMO PACIENTE HOSPITALIZADO
- COMO PACIENTE AMBULATORIO

HA TENIDO USTED ALGUN PERIODO IMPORTANTE (QUE NO FUERA RESULTADO DIRECTO DEL USO DEL ALCOHOL U OTRAS DROGAS) EN EL QUE USTED HAYA EXPERIMENTADO:

- 0 = NO
- 1 = SÍ

Ult.30 Días En la Vida

2. DEPRESIÓN GRAVE
3. ANGUSTIA O TENSIÓN GRAVE
4. ALUCINACIONES
5. PROBLEMAS PARA ENTENDER, MEMORIZAR O RECORDAR, CONCEN TRARSE.
6. PROBLEMAS PARA CONTRO LAR CONDUCTA VIOLENTA
7. PENSAMIENTOS SERIOS DE QUITARSE LA VIDA?
8. HA INTENTADO ALGUNA VEZ QUITARSE LA VIDA?
9. HA TOMADO ALGUNA MEDI CINA FORMULADA PARA UN PROBLEMA PSICOLOGICO O EMOCIONAL?
10. CUANTOS DIAS DE LOS ULTI MOS 30, HA EXPERIMENTADO USTED ESTOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS O EMOSIONALES?

PARA LAS PREGUNTAS 11 Y 12 POR FAVOR INDÍQUELE AL PACIENTE QUE SE CÁLIQUE SEGÚN LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

11. QUE TAN PREOCUPADO O MOLESTO HA ESTADO USTED EN LOS ULTIMOS DÍAS POR ESTOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS O EMOCIONALES?
12. QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED AHORA RECIBIR TRATAMIENTO PARA ESTOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS?

PARA LOS NUMERALES DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR.

EN EL MOMENTO DE ESTA ENTREVISTA EL PACIENTE ESTA:

0 = NO

1 = SÍ

13. TENIENDO PROBLEMAS PARA COMPRENDER, CONCENTRARSE, MEMORIZAR O RECORDAR?
14. OBVIAMENTE DEPRIMIDO/INHIBIDO
15. OBVIAMENTE HOSTIL
16. OBVIAMENTE ANSIOSO / TENSIONADO
17. TENIENDO PROBLEMAS EN EL CONTACTO CON LA REALIDAD, TRANSTORNOS DEL PENSAMIENTO O IDEAS DELIRANTES.
18. TENIENDO IDEAS DE SUICIDIO

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD POR EL ENTREVISTADOR.

19. COMO VALORA USTED LA NECESIDAD DEL PACIENTE DE RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO?

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD

ESTA LA INFORMACIÓN ANTERIOR SIGNIFICATIVAMENTE DISTORSIONADA POR:

20. FALSEDAD POR PARTE DEL PACIENTE?
0 = No
1 = SÍ
21. INCAPACIDAD DEL PACIENTE PARA COMPRENDER?
0 = No
1 = SÍ

