

Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas

Edición revisada con los resultados
de las pruebas sobre el terreno



Organización
Mundial de la Salud



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas

Edición revisada con los resultados
de las pruebas sobre el terreno

Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas: edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]

WHO: ISBN 978-92-4-008641-8 (versión electrónica)
ISBN 978-92-4-008642-5 (versión impresa)

UNDOC: ISBN 9789213587645 (versión electrónica)

© Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) refrendan una organización, productos o servicios específicos. Los nombres y logotipos de la OMS y el UNODC no se pueden utilizar sin autorización. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). La OMS y el UNODC no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas: edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <https://iris.who.int/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para presentar solicitudes y consultas sobre derechos y cualquier otro acuerdo de licencia, véase <http://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS o el UNODC, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS o el UNODC los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS y el UNODC han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS o el UNODC podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	v
Capítulo 1. Introducción	1
1.1 Objetivos y destinatarios de las Normas internacionales	1
1.2 Elaboración de las Normas	2
1.3 Consumo de drogas, trastornos por consumo de drogas y necesidades de tratamiento	3
Capítulo 2. Principios y normas clave para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas	7
Principio 1. El tratamiento debe estar disponible, ser accesible, atractivo y adecuado	8
Principio 2. Las normas éticas de atención deben estar garantizadas en los servicios de tratamiento	9
Principio 3. La promoción del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas mediante la coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios de salud y sociales	10
Principio 4. El tratamiento debe basarse en pruebas científicas y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de drogas	11
Principio 5. La respuesta a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población	12
Principio 6. La garantía de una buena gobernanza clínica de los servicios y programas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas	13
Principio 7. Los servicios, las normativas y los procedimientos de tratamiento apoyarán un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos a servicios complementarios deben ser objeto de una vigilancia y evaluación constantes	14
Capítulo 3. Sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas	15
3.1 Nivel del sistema de prestación de servicios	15
3.2 Organización del sistema de tratamiento	16
3.2.1 Intervenciones propuestas en los distintos niveles del sistema	18
3.3 Planificación y financiación de los sistemas de tratamiento	19
3.4 Modelos de organización de los servicios	19
3.4.1 Enfoque de ventanilla única	19
3.4.2 Enfoque de red comunitaria	20
3.4.3 Gestión de la rehabilitación prolongada	23
3.5 Sistemas de tratamiento eficaces: conclusiones	24

Capítulo 4. Entornos, modalidades e intervenciones terapéuticos	25
4.1 Entornos terapéuticos	27
4.1.1 Extensión comunitaria	27
4.1.2 Entornos no especializados para el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias	31
4.1.3 Tratamiento ambulatorio especializado	34
4.1.4 Tratamiento hospitalario especializado de corta duración	37
4.1.5 Tratamiento especializado de larga duración o residencial	42
4.2 Modalidades e intervenciones terapéuticas	50
4.2.1 Cribado, intervenciones breves y derivación a tratamiento	50
4.2.2 Intervenciones psicosociales basadas en pruebas	52
4.2.3 Intervenciones farmacológicas basadas en pruebas	55
4.2.4 Diagnóstico y tratamiento de las sobredosis	60
4.2.5 Tratamiento de enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes	61
4.2.6 Gestión de la rehabilitación	65
Capítulo 5. Grupos de población con necesidades especiales de tratamiento y atención	70
5.1 Embarazadas con trastornos por consumo de drogas	70
5.1.1 Descripción	70
5.1.2 Modelos y componentes	71
5.1.3 Tratamiento del recién nacido expuesto pasivamente a opiáceos en el útero	75
5.1.4 Formación y documentación del personal	76
5.2 Niños y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias	77
5.2.1 Descripción	77
5.2.2 Modelos y componentes	78
5.3 Trastornos por consumo de drogas en personas en contacto con el sistema de justicia penal	81
5.3.1 Descripción	81
5.3.2 Modelos y componentes	81
5.3.3 Tratamiento como medida sustitutiva a la condena o la pena	84
5.3.4 Tratamiento en centros penitenciarios	85
Referencias	87

Agradecimientos

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud desean expresar su agradecimiento a las personas y organizaciones enumeradas a continuación por su inestimable contribución a la elaboración de las Normas.

Entre los expertos y expertas internacionales que aportaron las pruebas científicas y el asesoramiento técnico pertinentes y elaboraron el borrador de las Normas para su prueba sobre el terreno se encuentran: Dr. David Basangwa (Uganda); Dr. Adam Bisaga (Estados Unidos de América); Dra. Sandra Brown (Estados Unidos de América); Sr. Thom Browne (Estados Unidos de América); Dra. Kathleen Carroll (Estados Unidos de América); Dr. Michael Clark (Estados Unidos de América); Dra. Loretta Finnegan (Estados Unidos de América); Dra. Gabriele Fischer (Austria); Dr. Hendree Jones (Estados Unidos de América); Dr. Martien Kooyman (Países Bajos (Reino de los)); Dr. Evgeny Krupitsky (Federación de Rusia); Dr. Otto Lesch (Austria); Dr. Icro Maremmanni (Italia); Dr. Douglas Marlowe (Estados Unidos de América); Dr. Andrew Thomas McLellan (Estados Unidos de América); Dr. Edward Nunes (Estados Unidos de América); Dr. Isidore Obot (Nigeria); Dr. John Strang (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); Dr. Emilis Subata (Lituania); Dra. Marta Torrens (España); Dr. Roberto Tykanori Kinoshita (Brasil); Dr. Riza Sarasvita (Indonesia); Dr. Willem Van Den Brink y Dr. Lucas George Wiessing (Países Bajos (Reino de los)); el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en particular la Dra. Marica Ferri; el National Institute of Drug Abuse (NIDA) (Estados Unidos de América), en particular el Dr. Steve Gust; la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en particular la Sra. Alexandra Hill; la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (Estados Unidos de América), en particular el Sr. Humberto Carvalho; el Plan Colombo, en particular la Sra. Verónica Felipe, el Sr. Bian How Tay y la Sra. Winona Pandan.

Un agradecimiento especial al Dr. Gilberto Gerra, de la UNODC, y al Dr. Vladimir Poznyak, de la OMS, por coordinar este esfuerzo de colaboración de la UNODC y la OMS en el marco del Programa conjunto UNODC-OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia.

También se debe un agradecimiento especial al personal y a los consultores de la OMS, en particular al Dr. Shekhar Saxena y al Dr. Nicolas Clark por su importante contribución a la elaboración del borrador de las Normas para las pruebas sobre el terreno; al Dr. Dzmitry Krupchanka por su papel crucial en la planificación y ejecución de las pruebas sobre el terreno de las Normas, el análisis de los resultados de las pruebas sobre el terreno y la posterior revisión del documento; al Dr. Andrew Ball, al Dr. Gilles Forte y a la Sra. Annette Verster por su contribución a la finalización del documento, y a la Dra. Dévora Kestel por su orientación y apoyo generales en las etapas finales de la elaboración del documento; al Dr. Luis Alfonso (Organización Panamericana de la Salud) y al Dr. Khalid Saeed (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental) por su apoyo a las pruebas sobre el terreno en la Región de las Américas de la OMS y en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; y a los siguientes consultores y pasantes de la OMS por su contribución al análisis de datos (por orden alfabético): Sra. Elise Gehring, Sra. Aikaterini Georgopoulou, Sra.

Eloise Harrison, Sra. Ruchika Jain, Sr. Cesar LeosToro y Dra. Nirvana Morgan.

Los siguientes funcionarios de la UNODC contribuyeron significativamente a la redacción, la elaboración y la finalización de las Normas (por orden alfabético): Sra. Anja Busse, Sra. Giovanna Campello, Dr. Igor Koutsenok, Sra. Elizabeth Mattfeld, Dra. Elizabeth Saenz y Dr. Wataru Kashino. Los consultores de la UNODC, Sra. Christina Gamboa, Sr. Jan-Christopher Gumm y Sra. Olga Parakkal, apoyaron la elaboración del primer borrador de las Normas y el proceso de pruebas sobre el terreno. Annette Dale-Perera realizó una contribución inestimable al examen y la revisión de las Normas.

Las siguientes personas y organizaciones desempeñaron un papel clave en las pruebas sobre el terreno de la versión preliminar de las Normas (por orden alfabético): Dr. Atul Ambekar (Centro Nacional de Tratamiento de la Drogodependencia, India); Dr. Sawitri Assanangkornchai y Dr. Uriwan Pattanastayawong (Universidad Príncipe de Songkla, Tailandia); Dra. Eva Suryani (Universidad Católica Atma Jaya de Indonesia, Indonesia); Dr. José Manoel Bertolote (Facultad de Medicina de Botucatu, Brasil); Dr. Adrian Dunlop (Drug & Alcohol Clinical Services, NSW, Australia); Dr. Carlos Ibáñez (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Santiago de Chile,

Chile); Dra. María Elena Medina-Mora (Instituto Nacional de Psiquiatría, México); Dra. Afarin Rahimi-Movaghar (Centro Nacional Iraní de Estudios sobre Adicciones, República Islámica de Irán); Dr. Min Zhao y Dr. Na Zhong (Centro de Salud Mental de Shanghái, China).

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

También hay que dar las gracias especialmente a los cientos de profesionales clínicos, gestores de servicios, especialistas en salud pública, investigadores, usuarios de servicios, representantes del mundo académico y grupos de la sociedad civil que participaron en las pruebas sobre el terreno en los lugares mencionados o aportaron sus comentarios sobre las versiones anteriores del documento.

El siguiente personal administrativo de la UNODC y la OMS prestó su diligente apoyo organizativo a lo largo de todo el proceso de elaboración de las Normas Internacionales: Sra. Caecilia HandayaniHassmann, Sra. Emilie Finkelstein, Sra. Nataliya Graninger, Sra. Divina Maramba y Sr. Bojan Misosavljevic.

El personal de la UNODC en las oficinas sobre el terreno y el personal de la OMS en las oficinas en los países proporcionaron apoyo sustantivo para las pruebas sobre el terreno de las Normas y para la ejecución general del proyecto.

Dorothy Lusweti (Suiza) se encargó de la corrección de este documento.

Por último, pero no por ello menos importante, la OMS y la UNODC agradecen el apoyo financiero prestado por el Programa Internacional de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos para la elaboración, prueba sobre el terreno y finalización de las Normas.

La UNODC y la OMS agradecen al Gobierno de España su amable contribución a la traducción al español de este documento.

CAPÍTULO 1

Introduction

1.1 Objetivos y destinatarios de las Normas internacionales

El presente documento, las «Normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas» (en adelante, las Normas), es una obra de la UNODC y la OMS que tiene por objetivo apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos por desarrollar tratamientos eficaces, éticos y basados en pruebas para los trastornos por consumo de drogas y expandir su aplicación.

Las Normas están dirigidas a todas las personas que intervienen en la elaboración de políticas, la planificación, la financiación, la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios e intervenciones terapéuticas relacionados con los trastornos por consumo de drogas.

Este documento se basa en las pruebas científicas actualmente disponibles sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y establece un marco para la aplicación de las Normas, en consonancia con los principios de prestación pública de servicios de salud. En las Normas se exponen los principales componentes y características que presentan los sistemas eficaces para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Se describen las modalidades de tratamiento y las intervenciones para responder a las necesidades de las personas en las diferentes etapas y niveles de gravedad de los trastornos por consumo de drogas, de modo que sean compatibles con el tratamiento de cualquier enfermedad crónica o estado de salud.

Las Normas son aspiracionales y, por lo tanto, no es necesario que los servicios o sistemas de tratamiento nacionales o locales intenten cumplir inmediatamente todas y cada una de las normas y recomendaciones formuladas en este documento. No obstante, con el tiempo, cabe y debe esperarse que la mejora progresiva de la calidad, con el objetivo de lograr prácticas éticas y basadas en pruebas, dé lugar a sistemas y servicios mejor organizados, más eficaces y éticos para las personas con trastornos por consumo de drogas.

La UNODC y la OMS invitan a las personas responsables de la elaboración de políticas locales o nacionales, la planificación, la financiación, la prestación y el seguimiento, así como de la evaluación del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, a que contrasten los sistemas y servicios locales para el tratamiento de dichos trastornos con lo establecido en estas Normas. El objetivo es detectar las lagunas y los ámbitos en los que no se cumplen las Normas y colaborar con las partes interesadas para mejorar los sistemas y servicios. Si bien muchos principios y secciones de las Normas también pueden aplicarse al tratamiento de otros trastornos mentales y por consumo de otras sustancias (como los debidos al consumo de alcohol y nicotina), estas se centran principalmente en los trastornos por consumo de drogas.

En este documento se establece el marco general, pero no se incluyen todos los detalles necesarios para organizar, gestionar y desarrollar los servicios. Para estos fines, pueden utilizarse otras herramientas adicionales, como las directrices de tratamiento, los materiales de capacitación y los conjuntos de herramientas para la aplicación, el seguimiento y la evaluación. En las Normas se mantiene cierto grado de flexibilidad para que puedan aplicarse en distintos marcos sociales, culturales y jurídicos.

1.2 Elaboración de las Normas

En 2009, la comunidad internacional pidió a la UNODC y a la OMS que elaboraran normas para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Esa petición se hizo en forma de Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, adoptados en la serie de sesiones de alto nivel de la 52.^a Comisión de Estupeficientes. La UNODC y la OMS establecieron conjuntamente un Programa Mundial sobre el Tratamiento y la Atención de la Drogodependencia para brindar apoyo a las normativas, las estrategias y las intervenciones de tratamiento éticas y basadas en pruebas con el fin de reducir la carga sanitaria y social causada por los trastornos por consumo de drogas. Con este fin, las dos organizaciones también trataron de difundir buenas prácticas de tratamiento y promover que se ofrezca la misma calidad, disponibilidad y asequibilidad para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas que se puede obtener en los sistemas de salud para cualquier otra enfermedad crónica.

La UNODC y la OMS elaboraron los elementos iniciales de las Normas a partir de un examen de las normas, las orientaciones y las recomendaciones existentes sobre las mejores prácticas en el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Las normas, las orientaciones y las recomendaciones se seleccionaron mediante búsquedas bibliográficas y teniendo en cuenta los resultados de iniciativas y publicaciones anteriores de la UNODC y la OMS relativas al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, como los *Principles of Drug Dependence Treatment* (UNODC y OMS, 2008), el proyecto TreatNet de la UNODC (UNODC, 2012) y las orientaciones, las actividades y las herramientas técnicas pertinentes de la OMS.

La UNODC y la OMS cumplieron con sus normas y procedimientos al designar a un grupo de expertos internacionales con experiencia documentada en diferentes ámbitos de la prestación de tratamiento para los trastornos por consumo de drogas, que revisaron los elementos propuestos en las Normas, señalaron las lagunas y acordaron los componentes que constituyeron la base del borrador de este documento. Los expertos revisaron el borrador inicial y lo ultimaron, teniendo en cuenta los resultados acordados del proceso de consulta y los comentarios recibidos en los exámenes colegiados.

El borrador de las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas (2016) se sometió a pruebas sobre el terreno durante la Comisión de Estupeficientes (CND) de 2016. En el documento final del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre las drogas en 2016 (ONU, 2016), así como en la Resolución 59/4 de la CND de 2016 (CND, 2016) sobre la «Elaboración y difusión de normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas», se reiteró la importancia de difundir las Normas para promover un enfoque equilibrado y centrado en la salud de los trastornos por consumo de drogas.

La OMS, en colaboración con la UNODC, puso a prueba las Normas sobre el terreno para evaluar su exhaustividad, adecuación, utilidad, viabilidad y capacidad de evaluación, así como para detectar los ámbitos susceptibles de mejora. Los métodos utilizados en las pruebas sobre el terreno incluyeron: encuestas, grupos de discusión, revisiones de expertos y comprobación del cumplimiento de las Normas en los servicios. Las pruebas sobre el terreno se realizaron en países con sistemas de salud diferentes, como Australia, el Brasil, Chile, China, la India, Indonesia, la República Islámica de Irán, México y Tailandia. Más de 1200 profesionales de la salud participaron en la encuesta sobre el terreno, y 43 expertos de los países que participaron en la prueba sobre el terreno aportaron comentarios detallados sobre el borrador de normas. Además, las Normas se debatieron en 43 grupos de discusión integrados por más de 300 participantes, y también se presentaron y debatieron en foros internacionales, entre ellos: el taller regional de la OMS de creación de capacidad para la gestión y la atención de los trastornos por consumo de sustancias, organizado por el Centro Nacional de Rehabilitación de Abu Dhabi (Emiratos Árabes Unidos); el Taller interagencias sobre estándares de tratamiento para usuarios problemáticos de drogas en las Américas, organizado por la Organización Panamericana de la Salud en Washington D.C.; el Primer y Segundo Foro de la OMS sobre alcohol, drogas y comportamientos adictivos; y la reunión del grupo de expertos celebrada en Viena durante la Conferencia Internacional sobre Prevención, Tratamiento y Atención de Drogas de la Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias. Además, se invitó a varias organizaciones profesionales y de la sociedad civil, incluidas organizaciones de usuarios de servicios, a que aportaran sus comentarios sobre las Normas durante las pruebas sobre el terreno. Tras un análisis de los resultados preliminares de las pruebas sobre el terreno, la UNODC y la OMS convocaron una reunión del grupo de expertos en Viena en febrero de 2018 para debatir el proceso de revisión y los

cambios más importantes que debían introducirse en el documento una vez finalizadas las pruebas sobre el terreno. Entre ellas, se propusieron cambios en la estructura general del documento, la elaboración de varias secciones, como la extensión comunitaria y la garantía de coherencia e imparcialidad de los términos empleados en todo el documento. Los funcionarios de la OMS y la UNODC evaluaron los formularios de declaración de intereses que los participantes en la reunión presentaron por adelantado y los tuvieron en cuenta durante las deliberaciones de la reunión, de acuerdo con el reglamento de la OMS. Esta edición de las Normas es una versión revisada que incorpora los resultados de las pruebas sobre el terreno.

El principal objetivo de su elaboración era facilitar la organización y prestación de servicios de tratamiento. Las Normas pretenden ofrecer orientación sobre **cómo** organizar las intervenciones, pero no sobre **qué** intervenciones utilizar para tratar los trastornos por consumo de drogas. No obstante, en el capítulo 4 se incluyen las recomendaciones disponibles de la OMS sobre intervenciones terapéuticas, con referencia a las orientaciones existentes de la OMS, que se someten a revisiones y actualizaciones periódicas.

Las Normas resultarán de utilidad para las personas responsables de la elaboración de políticas, de la gestión de los servicios de salud y sociales y el personal que trabaja con personas que padecen trastornos por consumo de drogas en todo el mundo. Estas Normas pueden contribuir al logro de la meta 3.5 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, relacionada con la salud, para «fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas», así como la cobertura sanitaria universal para las personas con trastornos por consumo de drogas (OMS, 2019b, 2019c). Las Normas también facilitarán la evaluación y la mejora continua de los servicios, así como a la elaboración de nuevas políticas y sistemas de tratamiento. Se trata de una inversión efectiva en el futuro de las personas con trastornos por consumo de drogas, así como en el de sus familias y comunidades.

1.3 Consumo de drogas, trastornos por consumo de drogas y necesidades de tratamiento

El consumo de sustancias psicoactivas o estupefacientes y sustancias psicotrópicas sin supervisión médica está asociado a importantes riesgos para la salud. Por este motivo, los tratados internacionales (como los de las Naciones Unidas: Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961; Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971; y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988) regulan la producción, venta, distribución y uso de muchas de estas sustancias con el objetivo de prevenir los efectos negativos que podrían menoscabar significativamente la salud y la seguridad (ONU, 1961, 1971, 1988).

Tradicionalmente, las sustancias psicoactivas eran principalmente derivados de plantas, como la cocaína, la heroína y el cannabis, que se consumían en las regiones donde se cultivaban o en las rutas comerciales hasta su mercado final. El aumento del comercio mundial y de los viajes está globalizando el mercado de sustancias vegetales que antes se limitaban en gran medida a regiones específicas. En las últimas décadas, las nuevas sustancias psicoactivas sintetizadas en laboratorios ilícitos se han hecho más accesibles y se consumen en todas las regiones.

En el Informe Mundial sobre las Drogas 2019 de la UNODC se estima que unos 271 millones de personas de 15 a 64 años de todo el mundo, es decir, el 5,5% de las personas en esa franja etaria, habían consumido drogas al menos una vez en 2017. Unos 35 millones de estas personas (el 0,7% de la población adulta) padecen trastornos por ese motivo. Una parte de los trastornos debidos al consumo de drogas se asocia al consumo no médico de medicamentos de venta con receta, como analgésicos opiáceos sintéticos (medicamentos para el tratamiento del dolor), ansiolíticos (medicamentos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y afecciones relacionadas), hipnóticos (medicamentos para el tratamiento de los trastornos del sueño) o psicoestimulantes (utilizados a menudo para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad). La mayor disponibilidad de opiáceos potentes y su uso en el tratamiento del dolor crónico en los últimos 10 años en algunas partes del mundo ha provocado un aumento alarmante de las muertes por sobredosis de opiáceos. De los 11 millones de personas de todo el mundo que se inyectaron drogas en 2017, casi una de cada ocho vive con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y más de la mitad con el virus de la hepatitis C (VHC). Alrededor de medio millón de muertes en todo el mundo en 2017 pueden atribuirse al consumo de drogas (UNODC, 2019).

Si bien en países de todo el mundo se registra un aumento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas, estas no han sustituido el consumo a mayor escala de las drogas tradicionales (UNODC, 2019). Aunque a nivel mundial

los opiáceos siguen siendo una gran amenaza para la salud pública, los estimulantes de tipo anfetamínico no se quedan atrás.

Al menos el 8% de las personas que empiezan a consumir drogas psicoactivas desarrollarán un trastorno por consumo de drogas con el tiempo, con variaciones significativas en función de las distintas clases de sustancias psicoactivas (Wagner y Anthony, 2002; Lopez-Quintero et al., 2011). Según la 11.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 2019a), el término «Trastornos debidos al uso de sustancias» comprende dos trastornos de salud principales: «Patrón nocivo de uso de drogas» y «Dependencia de sustancias». El patrón nocivo de consumo de drogas se define como un patrón de consumo continuo, recurrente o esporádico de una droga que causa daños clínicamente significativos a la salud física (incluida la infección de transmisión sanguínea por autoadministración intravenosa) o mental (como el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias) de una persona, o que da lugar a un comportamiento perjudicial para la salud de otras personas. La dependencia de sustancias (o drogodependencia) se define en la CIE-11 como un trastorno de la regulación del uso de una sustancia psicoactiva que surge de su consumo repetido o continuo y que se manifiesta por dos o más de los siguientes factores: a) incapacidad de controlar el consumo de la sustancia (incluido el inicio, la frecuencia, la intensidad, la duración, la finalización y el entorno); b) el aumento de la prioridad otorgada al consumo de drogas sobre otros aspectos de la vida, incluido el mantenimiento de la salud y las actividades y responsabilidades diarias, de forma que el consumo de drogas continúa o se intensifica a pesar del daño o las consecuencias negativas (incluida la ruptura repetida de relaciones, las consecuencias laborales o escolares y el efecto nocivo sobre la salud); y c) las características fisiológicas¹ indicativas de neuroadaptación a la sustancia, entre ellas: 1) la tolerancia a los efectos de la sustancia o la necesidad de utilizar cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el mismo efecto; 2) los síntomas de abstinencia tras el cese o la reducción del consumo de dicha sustancia; o 3) el consumo repetido de la sustancia o de sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia.

Los «Trastornos debidos al uso de sustancias» comprenden una categoría más amplia de trastornos de la salud que incluyen la intoxicación por drogas, el síndrome de abstinencia y una serie de trastornos mentales inducidos por drogas. Los trastornos por consumo de drogas suelen ir acompañados de un impulso fuerte de consumir sustancias psicoactivas, que puede persistir o reactivarse fácilmente, incluso tras un largo periodo de abstinencia. Con mucha frecuencia, los trastornos por consumo de drogas se asocian al consumo peligroso o nocivo de otras sustancias psicoactivas, como el alcohol o la nicotina, o a la dependencia de estas.

La naturaleza de la drogodependencia tiene su origen en una compleja interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los mecanismos neurobiológicos abarcan desde vulnerabilidades genéticas heredadas hasta alteraciones de las vías neuronales en áreas cerebrales que regulan funciones como la motivación, la experiencia del placer, la memoria y el aprendizaje (OMS, 2004; Koob y Volkow, 2016). Asimismo, diversos factores psicosociales pueden aumentar el riesgo tanto de iniciación al consumo de drogas como de aparición de trastornos por consumo de drogas. Los factores relacionados con la familia, como la negligencia en la primera infancia, el maltrato infantil y el ejemplo de consumo de sustancias por parte de los progenitores, pueden contribuir a la aparición de patrones nocivos de consumo de drogas y drogodependencia. A nivel social o comunitario, se ha demostrado que la pobreza extrema, el desplazamiento, las normas sociales y la actitud favorable de los medios de comunicación hacia el consumo de drogas aumentan la vulnerabilidad a los trastornos por su consumo (UNODC, 2015).

Además de los trastornos por consumo de drogas, algunas personas que consumen drogas desarrollan otros trastornos de salud que a menudo se asocian a riesgos para la salud y comportamientos relacionados con las drogas. Las personas que se inyectan drogas corren un alto riesgo de exposición a infecciones de transmisión sanguínea como el VIH o el VHC, así como a la infección por tuberculosis. Existe un mayor riesgo de sobredosis mortal, traumatismos causados por el tránsito y de otro tipo, problemas cardiovasculares y hepáticos, violencia y suicidios. La drogodependencia se asocia a una menor esperanza de vida: la tasa de mortalidad de las personas con dependencia de opioides es significativamente más elevada que la tasa esperada en la población general y la muerte se produce con mayor frecuencia a una edad más temprana (Degenhardt et al., 2018; GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

La relación entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales es muy compleja. A menudo, existe otro trastorno de salud mental anterior al inicio del consumo de sustancias, lo que expone a las personas afectadas a un mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de drogas (OMS, 2004). Otros trastornos de salud mental pueden desarrollarse de forma secundaria al trastorno por consumo de sustancias, debido en parte a cambios biológicos en el cerebro derivados del consumo de drogas. El riesgo de desarrollar drogodependencias y

¹ Nota: las características fisiológicas solo se constatan con determinadas sustancias.

complicaciones psiquiátricas es especialmente elevado cuando los niños y los adultos jóvenes están expuestos de forma continuada a los efectos de las drogas antes de que su cerebro pueda madurar completamente, un proceso que suele completarse a mediados de la veintena (J. Conrod y Nikolaou, 2016; Silveri et al., 2016).

La investigación médica a lo largo de muchos años ha llegado a la conclusión de que la drogodependencia es un complejo trastorno de salud multifactorial con mecanismos biológicos y psicosociales de evolución bien documentados. Los avances científicos también han permitido desarrollar tratamientos e intervenciones asistenciales eficaces que ayudan a las personas con trastornos por consumo de drogas a cambiar su comportamiento para mejorar su salud. El enfoque general de salud pública sobre el consumo de drogas y los trastornos que este produce impulsó el desarrollo de intervenciones que reducen los daños a corto y largo plazo para las personas que consumen drogas. Esto ha demostrado ser especialmente útil para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que se inyectan drogas (OMS, 2012b).

La percepción de los trastornos por consumo de drogas ha ido cambiando en los últimos tiempos entre los responsables de las políticas, el personal de salud y el público en general. Cada vez hay una mayor aceptación de que los trastornos por consumo de sustancias son problemas de salud complejos con determinantes psicosociales, ambientales y biológicos, que requieren respuestas multidisciplinarias, integrales y orientadas a la salud pública por parte de diferentes instituciones y organizaciones que deben trabajar conjuntamente. Está cada vez más extendida la idea de que, en lugar de ser un «mal hábito autoadquirido», la drogodependencia es el resultado de una interacción a largo plazo de factores biológicos y ambientales, incluidas las desventajas y adversidades sociales, y que puede prevenirse y tratarse adecuadamente para mejorar la salud de las personas y la seguridad pública.

Desafortunadamente, en muchas partes del mundo persisten opiniones obsoletas sobre los trastornos por consumo de drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas, sus familiares y los profesionales que trabajan con ellas suelen enfrentarse a la estigmatización y la discriminación. Esto ha dificultado considerablemente la aplicación de intervenciones de tratamiento de calidad, y ha socavado la creación de centros de tratamiento, la formación del personal de salud y la inversión en programas de tratamiento y rehabilitación. Las pruebas demuestran claramente que los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias se gestionan mejor dentro del sistema de salud pública, como ocurre con otros problemas médicos crónicos, como la infección por VIH o la hipertensión. No obstante, la idea de incluir el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en los sistemas de salud sigue encontrando resistencia, en parte debido a la demora en plasmar los hallazgos científicos en las normativas y, en última instancia, en ejercer prácticas clínicas basadas en pruebas.

En algunos países, los trastornos por consumo de drogas siguen considerándose principalmente un problema de seguridad pública y justicia penal, y los organismos pertinentes de los Ministerios del Interior, Justicia o Defensa son los encargados de darles respuesta mediante la prestación de servicios, a menudo sin la supervisión o la participación del Ministerio de Salud o de otros organismos e instituciones de salud pública. El uso exclusivo de estrategias y métodos destinados a hacer cumplir la ley no es ni una respuesta eficaz a los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias ni una forma costo-eficaz de gastar los fondos públicos. Las estrategias de tratamiento biopsicosocial que reconocen la drogodependencia como un trastorno de salud multifactorial, tratable mediante enfoques médicos y psicosociales, pueden ayudar a reducir los perjuicios relacionados con las drogas. Esto, a su vez, mejorará la salud, el bienestar y la rehabilitación de las personas afectadas, al tiempo que reducirá la delincuencia relacionada con las drogas y aumentará la seguridad pública y los resultados beneficiosos para la comunidad (como la reducción del número de personas sin hogar, de las necesidades de asistencia social y de desempleo).

Los trastornos por consumo de drogas suelen adoptar la forma de un trastorno crónico y recidivante. Esto implica que los servicios de tratamiento tienen que ofrecer un seguimiento a largo plazo —a menudo durante años y a veces durante toda la vida del paciente—, mantener el contacto, ofrecer intervenciones en caso de crisis y apoyo cuando sea necesario y con distintos niveles de intensidad. Se trata de un sistema similar al que se aplica a los pacientes con otras enfermedades crónicas (como diabetes, asma y enfermedades cardiovasculares). Está diseñado para gestionar los periodos de remisión y las recaídas mediante la adaptación de las intervenciones a la gravedad del problema, sin esperar que un tratamiento a corto plazo logre la curación. El reconocimiento de la naturaleza de la drogodependencia o del consumo continuado de drogas y de que estas conllevan a menudo recaídas no implica que su tratamiento sea ineficaz e inútil. Al contrario, el tratamiento adecuado administrado repetidamente (incluso ante el consumo continuado de drogas o las recaídas intermitentes en el consumo de drogas) es esencial para prevenir las muertes relacionadas con las drogas. Ayuda a mejorar la salud y la calidad de vida a pesar de la mala salud persistente y los frecuentes problemas sociales. Los enfoques eficaces para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y sus consecuencias para la salud y sociales pueden aminorar los daños a los pacientes y sus comunidades, así como mejorar las posibilidades de alcanzar una vida larga y saludable (UNODC y OMS, 2018).

En muchas regiones y países está aumentando el número de personas con necesidades especiales de tratamiento y atención, como niños y adolescentes, ancianos, mujeres y mujeres embarazadas, grupos con diferentes identidades sexuales y orientaciones de género, poblaciones indígenas, migrantes, personas analfabetas y con un nivel educativo limitado, personas con enfermedades concomitantes como trastornos mentales, VIH, tuberculosis y VHC, personas en contacto con el sistema de justicia penal y personas sin hogar o marginadas socialmente.

La evolución de las pautas de consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas, agravada por los cambios en el perfil de las personas que las consumen y desarrollan trastornos por consumo de drogas, crea distintas dificultades para los sistemas de salud, que deben adaptarse a las nuevas realidades de forma ágil, eficaz y eficiente. Esto puede requerir inversiones adicionales en programas de prevención y tratamiento, incluidos los recursos humanos pertinentes. Los sistemas de salud suelen tener dificultades para responder adecuadamente a los nuevos problemas de salud que surgen entre las personas que consumen drogas. Por ejemplo, en algunas partes del mundo donde antes el consumo de opiáceos era poco frecuente, es posible que los sistemas de salud carezcan de la capacidad necesaria para administrar un tratamiento médicamente asistido, como el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, para los trastornos por consumo de opiáceos. Del mismo modo, en algunas partes del mundo en las que los sistemas de tratamiento se han centrado en los trastornos por consumo de opiáceos, se observa ahora un gran aumento de la prevalencia de trastornos debidos al consumo de psicoestimulantes.

Según estimaciones mundiales de la UNODC y la OMS, en el mejor de los casos solo una de cada seis personas que podrían beneficiarse de un tratamiento contra la drogodependencia tiene acceso a programas de tratamiento. Esta proporción es menor en América Latina y África, donde solo una de cada 11 y una de cada 18 personas que podrían beneficiarse del tratamiento de la drogodependencia, respectivamente, tiene acceso a programas de tratamiento (UNODC, 2018). En muchos países, el tratamiento solo está disponible en las grandes ciudades. El concepto de cobertura sanitaria universal debería ser tan aplicable a los trastornos por consumo de drogas como a cualquier otro problema de salud. Esto daría a las personas con trastornos por consumo de drogas y a sus comunidades acceso a los servicios de salud de prevención y tratamiento que necesitan, y garantizaría una calidad suficiente para lograr los efectos deseados, al tiempo que protegería a los usuarios de los servicios frente a la exposición a dificultades financieras (OMS, 2019c, 2019b).

Los trastornos por consumo de drogas son enfermedades graves que suponen una carga significativa para las personas afectadas, sus familias y sus comunidades. Los trastornos por consumo de drogas no tratados acarrear elevados costes para la sociedad, como la pérdida de productividad, el aumento del gasto en salud y los costes relacionados con la justicia penal y el bienestar social, además de otras consecuencias sociales. El coste social del consumo de drogas ilícitas se estima en el 1,7 % del producto interior bruto en algunos países (UNODC, 2016). La prestación de servicios eficaces de tratamiento y atención de los trastornos por consumo de drogas en el marco de un sistema de tratamiento integrado y bien coordinado es, por tanto, una inversión en la salud de las personas con trastornos por consumo de drogas. Es también una inversión en el desarrollo saludable y seguro de las familias, las comunidades y los países.

CAPÍTULO 2

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

Los trastornos por consumo de drogas pueden tratarse eficazmente mediante una serie de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

En la gestión de los trastornos por consumo de drogas, el objetivo del tratamiento es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que los presentan, y el objetivo final es ayudarles a rehabilitarse en la medida de lo posible. Específicamente, en los objetivos del tratamiento se incluyen:

- abandonar o reducir el consumo de drogas;
- mejorar la salud, el bienestar y el comportamiento en sociedad de la persona afectada;
- y prevenir daños futuros mediante la disminución del riesgo de complicaciones y recaídas.

Muchas de las intervenciones que se utilizan habitualmente para tratar los trastornos por consumo de drogas no cumplen los criterios científicos aceptados de eficacia clínica. Esas intervenciones pueden ser ineficaces o incluso perjudiciales, ya que es posible que no se hayan realizado los ensayos clínicos necesarios y que se desconozca la eficacia del tratamiento.

Además de la eficacia clínica, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe cumplir las normas generales de atención de salud:

- respetar la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y las convenciones vigentes de las Naciones Unidas;
- fomentar la autonomía personal; y
- promover la seguridad individual y social.

En las Normas se definen una serie de requisitos que deben cumplirse para que toda modalidad de tratamiento o intervención se considere segura y eficaz, independientemente de la doctrina de tratamiento que se emplee o del entorno en que se utilice. Esto es de vital importancia, puesto que las personas con trastornos por consumo de sustancias no merecen menos que unas normas de atención éticas y basadas en la ciencia, similares a las que se aplican al tratamiento de otras enfermedades crónicas.

Principio 1

El tratamiento debe estar disponible, ser accesible, atractivo y adecuado

DESCRIPCIÓN

Los trastornos por consumo de drogas pueden tratarse eficazmente en la mayoría de los casos si las personas tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubran el espectro de problemas a los que puede enfrentarse cada paciente. Los tratamientos y las intervenciones deben basarse en pruebas científicas y responder a las necesidades específicas de cada paciente en función de la fase o gravedad de su trastorno. Los servicios incluyen: la extensión comunitaria; los servicios en entornos no especializados; el tratamiento hospitalario y ambulatorio; el tratamiento médico y psicosocial (incluido el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, así como otras comorbilidades psiquiátricas o de salud física); el tratamiento residencial o comunitario a largo plazo o la desintoxicación; y los servicios de apoyo para la rehabilitación. Estos servicios deben ser asequibles, atractivos, y deben estar disponibles tanto en entornos urbanos como rurales y ser accesibles, con un amplio horario de apertura y el mínimo tiempo de espera posible. Es preciso reducir al mínimo todas las barreras que limitan el acceso a los servicios de tratamiento adecuados. Los servicios no solo deben ofrecer tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias propiamente dichos, sino también apoyo y protección social, así como atención médica general. El marco jurídico no debe ser un factor disuasorio para que estos pacientes acudan a recibir el tratamiento. Es necesario garantizar que el entorno del tratamiento sea acogedor, respetuoso con la cultura de los usuarios y centrado en las necesidades clínicas específicas y el nivel de preparación de cada paciente, de modo que estimule la asistencia, en lugar de disuadirla.

NORMAS

- 1.1 Los servicios esenciales de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben estar disponibles en los distintos niveles de los sistemas de salud: desde la atención primaria hasta los servicios de salud terciarios, con programas de tratamiento especializados para este tipo de trastornos.
- 1.2 Los servicios de tratamiento esenciales incluyen: los servicios de extensión; el cribado y las intervenciones psicosociales de corta duración; la evaluación diagnóstica; el tratamiento psicosocial y farmacológico ambulatorio; el tratamiento de los estados clínicos agudos inducidos por las drogas (como la sobredosis o el síndrome de abstinencia); los servicios de hospitalización para el tratamiento del síndrome de abstinencia grave y las psicosis inducidas por las drogas; los servicios residenciales de larga duración; el tratamiento de la comorbilidad por el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos y físicos; y los servicios de gestión de la rehabilitación prestados por personal clínico cualificado.
- 1.3 Las personas seleccionadas y debidamente formadas entre homólogos pueden trabajar en los servicios de tratamiento, y proporcionar intervenciones específicas destinadas a ayudar a detectar a los pacientes, implicarlos y lograr su adhesión al tratamiento.
- 1.4 Los servicios esenciales de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben estar cerca del transporte público y ser accesibles para las personas que viven en zonas urbanas y rurales.
- 1.5 Es necesario ampliar los servicios de proximidad y con escasas exigencias para los usuarios, como parte de una atención continuada, a las poblaciones «ocultas» más afectadas por el consumo de drogas, pero a menudo desmotivadas para recibir tratamiento o que adolecen de recaídas tras un programa de tratamiento.
- 1.6 En el marco de una atención continuada, las personas con trastornos por consumo de drogas deben tener acceso a los servicios de tratamiento a través de múltiples puntos de entrada.
- 1.7 Los servicios esenciales para el tratamiento del consumo de drogas y otros trastornos relacionados deben estar disponibles en un horario lo suficientemente amplio como para garantizar el acceso de las personas con responsabilidades laborales o familiares.
- 1.8 Los servicios esenciales de tratamiento deben ser asequibles para todas las personas de distintos grupos socioeconómicos y niveles de ingresos, de modo que se reduzca al mínimo el riesgo de dificultades económicas para quienes necesiten los servicios.
- 1.9 Los servicios de tratamiento también deben proporcionar acceso a asistencia social, atención médica general y tratamiento de las comorbilidades de los trastornos por consumo de sustancias, así como de las afecciones psiquiátricas y físicas, si estos no fueran accesibles, asequibles o si no estuvieran disponibles por otras vías.
- 1.10 Es necesario que la información sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios esenciales de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas esté al alcance de todo el mundo mediante múltiples fuentes, como Internet, material impreso y servicios de libre acceso.

Principio 2

Las normas éticas de atención deben estar garantizadas en los servicios de tratamiento

DESCRIPCIÓN

El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe basarse en normas éticas universales de asistencia de salud, incluido el respeto de los derechos humanos y la dignidad del paciente. Esto incluye responder al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación o estigmatización. Las personas con trastornos por consumo de drogas deben, en la medida en que tengan capacidad para ello, tomar las decisiones sobre su tratamiento, incluido cuándo iniciarlo y cuándo interrumpirlo, así como su naturaleza. No debe forzarse ningún tratamiento ni ir en contra de la voluntad y la autonomía del paciente. Debe obtenerse el consentimiento del paciente antes de cualquier intervención terapéutica. Es imprescindible mantener historiales clínicos precisos y actualizados, y garantizar la confidencialidad de los historiales de tratamiento. Cuando un paciente inicia un tratamiento, es fundamental que se inscriba en su historial médico, y se evite cualquier posibilidad de eludirlo. Nunca deben utilizarse intervenciones punitivas, humillantes o degradantes (como los golpes, el encadenamiento, la privación de tratamiento y alimentos, etc.). Debe aplicarse un estricto código ético al personal. El personal debe abstenerse de defender sus creencias personales y no debe utilizar prácticas humillantes ni degradantes. La persona con trastornos por consumo de drogas debe ser reconocida como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que reciben los pacientes con otros problemas psiquiátricos o médicos.

NORMAS

- 2.1 En todos los casos, los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben respetar los derechos humanos y la dignidad de los pacientes y nunca utilizar intervenciones humillantes ni degradantes.
- 2.2 Los pacientes deben dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento y tener garantizada la opción de abandonarlo en cualquier momento.
- 2.3 Los datos de los pacientes deben ser estrictamente confidenciales. La vulneración de la confidencialidad de los historiales médicos para registrar a los pacientes que inician un tratamiento debe estar prohibida. Las medidas legislativas, respaldadas por una formación adecuada del personal y por normas y reglamentos de servicio, deben garantizar y proteger la confidencialidad de los datos de los pacientes.
- 2.4 El personal de los servicios de tratamiento debe recibir una formación adecuada para dispensar el tratamiento en pleno cumplimiento de las normas éticas y los principios de derechos humanos, y mostrar actitudes respetuosas, no estigmatizadoras y no discriminatorias hacia los usuarios de los servicios.
- 2.5 Los procedimientos del servicio deben exigir al personal que informe adecuadamente a los pacientes de los procesos y procedimientos de tratamiento, incluido su derecho a interrumpirlo en cualquier momento.
- 2.6 Toda investigación realizada en los servicios de tratamiento en la que participen pacientes debe someterse a la revisión de los comités de ética en investigación con seres humanos. Se anima a los comités de ética a tener en cuenta las opiniones de las personas que han experimentado el consumo de drogas y el tratamiento de la drogadicción y que se están rehabilitando de trastornos por consumo de drogas. La participación de los pacientes en la investigación debe ser estrictamente voluntaria, y en todos los casos debe obtenerse un consentimiento informado por escrito.
- 2.7 Las normas éticas de atención en los servicios de tratamiento deben aplicarse sin discriminación a todos los grupos de población con necesidades especiales de tratamiento y atención.

Principio 3

La promoción del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas mediante la coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios de salud y sociales

DESCRIPCIÓN

Los trastornos por consumo de drogas deben considerarse, ante todo, problemas de salud y no conductas delictivas y, por regla general, las personas con trastornos por consumo de drogas deben recibir el tratamiento adecuado en el marco del sistema de salud y no del sistema de justicia penal. No todas las personas con trastornos por consumo de drogas cometen delitos e, incluso si lo hacen, suelen ser delitos menores o bagatelas cometidos para financiar su consumo de drogas. Estos comportamientos suelen cesar con el tratamiento eficaz del trastorno por consumo de drogas. Es importante considerar el consumo de drogas por parte de personas con trastornos exclusivamente asociados a este como un problema principalmente de salud que requiere acceso a apoyo y tratamiento adecuados, cuando sea necesario, en lugar de sanciones penales. El sistema de justicia penal debe colaborar estrechamente con los sistemas de salud y de servicios sociales para garantizar que el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en el sistema de salud prevalezca sobre las medidas penales de enjuiciamiento o encarcelamiento. El personal de las fuerzas del orden, de los tribunales y del sistema penitenciario o carcelario debe recibir la formación adecuada para participar y apoyar eficazmente el tratamiento y la desintoxicación. Si el encarcelamiento está justificado, también debe ofrecerse tratamiento a los presos con trastornos por consumo de drogas durante su estancia en la cárcel y tras su puesta en libertad, ya que un tratamiento eficaz reducirá el riesgo de recaída, muerte por sobredosis y reincidencia. Es fundamental garantizar y facilitar la continuidad de la asistencia y las intervenciones de prevención de recaídas y sobredosis tras la puesta en libertad de los reclusos con trastornos por consumo de drogas. En todos los casos relacionados con la justicia, las personas deben recibir tratamiento y atención de igual nivel que el ofrecido en la comunidad.

NORMAS

- 3.1 El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe proporcionarse principalmente en los sistemas de salud y asistencia social. Deben existir mecanismos eficaces de coordinación con el sistema de justicia penal para facilitar el acceso a los servicios de tratamiento y asistencia social a las personas en contacto con el sistema de justicia penal.
- 3.2 Las personas que delinquen y padecen trastornos por consumo de drogas deben tener a su disposición un tratamiento eficaz que, cuando proceda, constituya una alternativa parcial o total a la condena o la pena.
- 3.3 Deben establecerse marcos jurídicos adecuados para salvaguardar el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas cuando se utilice como alternativa al encarcelamiento o cuando este se proporcione en el marco de la justicia penal.
- 3.4 Los entornos de justicia penal deben ofrecer oportunidades para que las personas con trastornos por consumo de drogas reciban el tratamiento, los servicios de salud y la asistencia social en igualdad de condiciones que el resto de la comunidad.
- 3.5 No debe imponerse ninguna intervención de tratamiento en contra de su voluntad a las personas con trastornos por consumo de sustancias que se encuentran en el sistema de justicia penal.
- 3.6 Las personas con trastornos por consumo de drogas en el ámbito de la justicia penal deben tener acceso a los servicios esenciales de prevención y tratamiento, entre los que se incluyen: los mecanismos de detección temprana y derivación a tratamiento; la prevención de la transmisión de infecciones por vía sanguínea; el tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos por consumo de drogas y las comorbilidades por consumo de sustancias, así como de las afecciones psiquiátricas y físicas; los servicios de desintoxicación y los vínculos asistenciales con la salud comunitaria; y los servicios sociales de preparación para la puesta en libertad.
- 3.7 Debe impartirse formación al personal del sistema de justicia penal, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y del sistema penitenciario y el personal de los tribunales, para garantizar el reconocimiento de las necesidades médicas y psicosociales asociadas a los trastornos por consumo de drogas y apoyar los esfuerzos de tratamiento y desintoxicación.
- 3.8 El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en el sistema de justicia penal debe seguir las mismas directrices basadas en pruebas y normas éticas y profesionales que en la comunidad.
- 3.9 El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y las comorbilidades debe ser una parte esencial de la reinserción social de los reclusos con trastornos por consumo de drogas. Además, es necesario garantizar la continuidad del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en todos los casos mediante la coordinación eficaz de los servicios de atención de salud y asistencia social en las comunidades y los entornos de justicia penal. De este modo se reducirá el riesgo de recaída, sobredosis y reincidencia.
- 3.10 No deben escatimarse esfuerzos para reducir la carga del estigma y prevenir la discriminación de las personas con trastornos mentales y por consumo de sustancias que acuden a los servicios médicos mientras están en contacto con el sistema de justicia penal.

Principio 4

El tratamiento debe basarse en pruebas científicas y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de drogas

DESCRIPCIÓN

Las intervenciones y las inversiones en tratamiento deben guiarse por el acervo de conocimientos científicos sobre los trastornos por consumo de drogas y su tratamiento. En el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben aplicarse los mismos criterios exigidos para la aprobación y aplicación de intervenciones farmacológicas o psicosociales en otras disciplinas médicas. Es importante limitar las intervenciones farmacológicas y psicosociales aplicables a aquellas cuya eficacia haya sido demostrada a través de la investigación o avalada por los organismos expertos pertinentes. En los casos en que se consideren útiles otros enfoques terapéuticos, es necesario garantizar que, antes de aplicarlos, su eficacia y seguridad estén debidamente evaluadas, entre otras, mediante ensayos clínicos. La duración y la intensidad de las intervenciones deben ajustarse a las orientaciones basadas en pruebas. Las distintas intervenciones adaptadas a cada paciente deben estar integradas por equipos multidisciplinares. El modelo de planificación y prestación de servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe basarse en el tratamiento de las enfermedades crónicas y no en el de las enfermedades agudas. La razón es que el tratamiento y los cuidados a largo plazo tienen más posibilidades de promover una vida larga y saludable. Es importante adaptar las intervenciones a la situación cultural y financiera del país sin socavar los elementos básicos que la ciencia considera cruciales para obtener resultados eficaces. Las intervenciones o los sistemas de tratamiento «tradicionales» pueden ser exclusivos de un país o un entorno concretos, y es posible que las pruebas de su eficacia sean limitadas, más allá de la experiencia local de los pacientes y sus médicos. Estos sistemas deben aprender de las intervenciones basadas en pruebas y adoptarlas en la medida de lo posible en sus servicios. Es necesario llevar a cabo investigaciones de evaluación para establecer formalmente si los tratamientos «tradicionales» son eficaces y si los riesgos que conllevan son aceptables.

NORMAS

- 4.1 La asignación de recursos para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe guiarse por las pruebas existentes de la eficacia y rentabilidad de las intervenciones terapéuticas.
- 4.2 En los distintos niveles de los sistemas de atención de salud y asistencia social debe existir una serie de intervenciones terapéuticas basadas en las pruebas y de diferente intensidad, donde se integren adecuadamente las intervenciones farmacológicas y psicosociales dentro de una atención continuada.
- 4.3 Los servicios de tratamiento deben tener en cuenta las cuestiones de género y estar orientados a las necesidades de las poblaciones a las que atienden, con el debido respeto a las normas culturales y la participación de los pacientes en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios.
- 4.4 Los profesionales de la atención primaria deben recibir formación sobre la detección del consumo de drogas, así como sobre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y las enfermedades relacionadas.
- 4.5 El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en la atención primaria debe contar con el apoyo de servicios especializados con las habilidades y competencias necesarias, en particular para el tratamiento de casos graves y pacientes con comorbilidades psiquiátricas y físicas.
- 4.6 Siempre que sea posible, la organización de los servicios de tratamiento especializado de los trastornos por consumo de drogas debe contar con equipos multidisciplinares formados en la realización de intervenciones basadas en pruebas. Además, los equipos deben reunir competencias en medicina, psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social y asesoramiento. Deben contar con la participación de personas que hayan vivido la experiencia del consumo de drogas y del tratamiento de la drogodependencia y que estén rehabilitadas.
- 4.7 La duración del tratamiento debe estar determinada por las necesidades individuales, sin límites preestablecidos y con la posibilidad de modificarlo en cualquier momento, en función de las necesidades clínicas del paciente.
- 4.8 La formación del personal de salud en la identificación, el diagnóstico y el tratamiento basado en pruebas de los trastornos por consumo de drogas debe impartirse en los distintos niveles educativos, incluidos los planes de estudios universitarios y los programas de formación continua.
- 4.9 Es necesario actualizar periódicamente las orientaciones para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, así como los procedimientos y las normas, para que reflejen las pruebas más recientes de la eficacia de las intervenciones terapéuticas, los conocimientos sobre las necesidades de los pacientes y los usuarios de los servicios y los resultados de las investigaciones de evaluación.
- 4.10 Los servicios de tratamiento deben cotejar sus resultados con los de servicios comparables.
- 4.11 El desarrollo de nuevas intervenciones terapéuticas debe llevarse a cabo mediante el proceso de ensayo clínico y debe estar supervisado por un comité de ética en investigación con seres humanos autorizado.

Principio 5

La respuesta a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población

DESCRIPCIÓN

Dentro del conjunto de la población, los subgrupos de personas con trastornos por consumo de drogas deben ser objeto de una consideración especial y, en caso necesario, de una atención especializada y adaptada. Las personas de grupos con necesidades específicas pueden ser, entre otras: mujeres y embarazadas; niños y adolescentes; personas mayores; poblaciones indígenas; migrantes; profesionales del sexo; personas con orientación sexual e identidad de género diversas; personas con discapacidad; personas analfabetas y con un nivel educativo limitado; personas con comorbilidades; personas en contacto con el sistema de justicia penal; y cualquier persona sin apoyo social, como personas sin hogar o desempleadas. El trabajo con personas que presentan necesidades especiales requiere planes de tratamiento diferenciados e individuales que tengan en cuenta sus requisitos, vulnerabilidades y necesidades específicas. Las personas con trastornos por consumo de drogas se enfrentan a menudo a la estigmatización y la discriminación, que pueden ser mayores si además pertenecen a grupos de población con necesidades específicas. Es posible que en cada entorno del proceso continuo de tratamiento deban tratarse directamente las consideraciones especiales.

Los niños y adolescentes no deben recibir el tratamiento en el mismo entorno que los pacientes adultos con trastornos por consumo de drogas. Los niños y adolescentes con trastornos por consumo de drogas deben ser atendidos en centros capaces de gestionar cuestiones como la seguridad y la protección de los menores. Los centros para niños y adolescentes deben englobar también la salud, el aprendizaje y el bienestar social en general, en colaboración con la familia, las escuelas y los servicios sociales. Del mismo modo, las mujeres que inician un tratamiento deben disponer de servicios especiales y es posible que necesiten protección. Las mujeres con trastornos por consumo de drogas suelen ser más vulnerables a la violencia doméstica y al abuso sexual, y sus hijos también pueden estar expuestos al abandono y los malos tratos, por lo que se recomienda establecer un vínculo con los organismos sociales encargados de la protección de la mujer y el niño. Es posible que las mujeres requieran servicios de tratamiento diferenciados en un entorno seguro para un solo sexo a fin de sacarle el máximo partido. Los programas de tratamiento para padres y madres con trastornos por consumo de drogas deben tomar en consideración las necesidades primordiales de sus hijos y tener la capacidad de hacerlo. Es necesario proporcionar un buen apoyo a la crianza de los hijos y apoyar las prácticas de cuidado infantil adecuadas, así como formación sobre cuestiones como la salud sexual, incluida la anticoncepción.

NORMAS

- 5.1 La prestación de servicios para los trastornos por consumo de drogas y los protocolos de tratamiento de dichos servicios deben reflejar las necesidades de grupos de población específicos.
- 5.2 Deben existir servicios especiales de tratamiento para el niño y el adolescente con trastornos por consumo de drogas, a fin de abordar las necesidades específicas de tratamiento asociadas a ese grupo de edad. Siempre que sea posible, deben ofrecerse servicios de tratamiento diferenciados para el niño y el adolescente, a fin de garantizar los mejores resultados posibles del tratamiento.
- 5.3 Los servicios e intervenciones terapéuticos deben adaptarse a las necesidades de la mujer y de la embarazada. Esto se aplica a todos los aspectos del diseño y la ejecución de las intervenciones, como la ubicación, el personal, el desarrollo de los programas, la adecuación a las necesidades de los niños y el contenido.
- 5.4 Los servicios de tratamiento deben adaptarse a las necesidades de las personas de grupos minoritarios con trastornos por consumo de drogas, y deben poner a su disposición mediadores culturales e intérpretes siempre que sea necesario para minimizar las barreras culturales y lingüísticas.
- 5.5 La asistencia social y los paquetes de apoyo deben integrarse en los servicios de tratamiento para las personas con trastornos por consumo de drogas, en particular las que carecen de apoyo social, por ejemplo, las personas sin hogar o desempleadas.
- 5.6 Deben existir servicios de extensión para establecer contacto con las personas con trastornos por consumo de drogas que quizá no soliciten tratamiento debido a la estigmatización y la marginación.
- 5.7 No deben escatimarse esfuerzos para reducir la carga del estigma y la discriminación a la que se enfrentan las personas con trastornos mentales y por consumo de drogas, entre otras, mediante campañas de sensibilización pública y contra el estigma, la difusión de información veraz sobre los trastornos por consumo de drogas, la reducción de las barreras estructurales al tratamiento y la aplicación de medidas para mejorar la autoeficacia de las personas con trastornos por consumo de drogas.

Principio 6

La garantía de una buena gobernanza clínica de los servicios y programas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas

DESCRIPCIÓN

Los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas eficientes y de buena calidad cuentan con métodos responsables y eficaces de gobernanza clínica. El programa, las políticas, los procedimientos y los mecanismos de coordinación de los tratamientos deben definirse de antemano y deben estar claros para todo el personal terapéutico, administrativo y de gestión, así como para los pacientes. La organización de los servicios debe reflejar los resultados de la investigación más reciente y responder a las necesidades de los usuarios. El tratamiento de las personas con trastornos por consumo de drogas (que a menudo tienen múltiples necesidades psicosociales, psiquiátricas, de salud física y sociales) constituye todo un reto, tanto para el personal individual como para las organizaciones. El desgaste del personal sobre el terreno está bien documentado, por lo que las organizaciones deben contar con diferentes medidas para apoyar a su personal y fomentar la prestación de servicios de buena calidad.

NORMAS

- 6.1 Las autoridades gubernamentales pertinentes y otras autoridades, según proceda, deben formular las normativas y los planes de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, que deben basarse en los principios de la cobertura sanitaria universal, ser coherentes con las mejores pruebas disponibles y contar en su elaboración con la participación activa de las principales partes interesadas, incluidos los grupos de población destinatarios, los pacientes, los familiares y los miembros de la comunidad y las ONG.
- 6.2 Las políticas de servicio y los protocolos de tratamiento deben estar disponibles por escrito, estar en conocimiento de todo el personal y servir de guía para la prestación de servicios e intervenciones terapéuticas.
- 6.3 El personal que trabaja en servicios especializados en trastornos por consumo de drogas debe estar adecuadamente cualificado y recibir formación continua basada en pruebas, certificación, apoyo y supervisión clínica. Es necesario contar con supervisión clínica, tutorías, medidas de protección de la seguridad y otras formas de apoyo para evitar el agotamiento del personal.
- 6.4 Las normativas y procedimientos para la contratación de personal y el control del rendimiento deben estar claramente articulados y estar en conocimiento de todos.
- 6.5 Es preciso garantizar una fuente sostenible de financiación adecuada y establecer mecanismos adecuados de gestión financiera y rendición de cuentas. Siempre que sea posible, el presupuesto correspondiente debe incluir recursos para la formación continua del personal y la evaluación tanto de la calidad como del rendimiento del servicio.
- 6.6 Los servicios para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben trabajar en red y establecer vínculos con todos los niveles de atención de la salud, incluidos los servicios de atención primaria y especializada, los servicios sociales y otros, según proceda, a fin de prestar una atención integral a sus pacientes.
- 6.7 Deben implantarse sistemas de gestión de las historias clínicas y de recogida de datos acordes con los indicadores internacionales para garantizar la rendición de cuentas y la continuidad del tratamiento y la atención, al tiempo que se respeta la confidencialidad de los pacientes.
- 6.8 Es esencial revisar periódicamente los programas, las normas y los procedimientos de los servicios, y establecer mecanismos de recogida de observaciones, auditoría, seguimiento y evaluación continuos (incluida la opinión de los pacientes).
- 6.9 Los patrones de consumo de drogas y las consecuencias para la salud y sociales conexas, así como el consumo de sustancias y las comorbilidades psiquiátricas y de salud física, deben ser objeto de seguimiento periódico y los resultados deben estar disponibles para fundamentar la planificación y la gobernanza de los servicios de tratamiento.

Principio 7

Los servicios, las normativas y los procedimientos de tratamiento apoyarán un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos a servicios complementarios deben ser objeto de una vigilancia y evaluación constantes

DESCRIPCIÓN

En respuesta a un problema de salud complejo y polifacético, deben crearse sistemas de tratamiento integrales que faciliten la gestión eficaz de los trastornos por consumo de drogas y los problemas de salud y sociales conexos. No existe ninguna modalidad de tratamiento que por sí sola pueda atenderlos todos adecuadamente. Por lo tanto, la respuesta debe ser integral y adaptarse a las necesidades de cada persona. En la medida de lo posible, es necesario que diferentes servicios participen en la prestación del tratamiento con una coordinación adecuada, entre ellos: la atención psiquiátrica, psicológica y de salud mental; la atención social y otros servicios (incluidos los de vivienda y capacitación laboral/empleo y, si es necesario, asistencia jurídica); y otros servicios de atención de salud especializada (como los servicios para el VIH, el VHC, la tuberculosis y otras comorbilidades). Es imprescindible controlar, evaluar y adaptar constantemente el sistema de tratamiento. Esto requiere una planificación multidisciplinar y la puesta en marcha de los servicios en una secuencia lógica, paso a paso, que garantice la solidez de los vínculos entre: la normativa; la evaluación de las necesidades; la planificación de los sistemas de tratamiento; la puesta en marcha y el seguimiento de los servicios; la evaluación de los resultados; y las mejoras de la calidad.

NORMAS

- 7.1 Las normativas y los planes de desarrollo de sistemas para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben apoyar un enfoque de tratamiento individualizado, holístico e integrado, así como los vínculos con servicios complementarios dentro y fuera del sector de la salud.
- 7.2 Deben establecerse y hacerse operativos los vínculos entre los esfuerzos para prevenir el consumo de drogas, el tratamiento de los trastornos derivados de este y la reducción de los daños para la salud y sociales asociados con él.
- 7.3 Deben establecerse y activarse los vínculos entre las comunidades (con la participación de las familias, los cuidadores, los grupos de apoyo mutuo y autoayuda, los entornos religiosos y comunitarios pertinentes), los servicios sociales (como los que se prestan en centros educativos, deportivos y recreativos), el sistema de justicia penal y los servicios de atención primaria de salud y de salud especializada, en pleno respeto de la confidencialidad de los datos de los pacientes.
- 7.4 La planificación y la elaboración de los sistemas de tratamiento deben basarse en estimaciones y descripciones de la naturaleza y el alcance del problema de las drogas y de las características de los grupos de población que necesitan los servicios.
- 7.5 Deben definirse las funciones de los organismos nacionales, regionales y locales de los distintos sectores responsables de la desintoxicación y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, y establecerse mecanismos para una coordinación eficaz.
- 7.6 Deben elaborarse y establecerse normas de calidad para los servicios de tratamiento de la drogodependencia, con mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento, la garantía de calidad o la acreditación.
- 7.7 Cada servicio debe contar con mecanismos de gobernanza clínica, supervisión y evaluación, incluida la responsabilidad clínica, la supervisión continua de la salud y el bienestar del paciente y la evaluación externa intermitente.
- 7.8 La información sobre la cantidad, el tipo y la distribución de los servicios disponibles y la utilización del sistema de tratamiento debe ser objeto de seguimiento para la planificación y el desarrollo.

CAPÍTULO 3

Sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas

3.1 Nivel del sistema de prestación de servicios

En este capítulo se destacan las características clave de los sistemas eficaces de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y se ofrecen orientaciones sobre la planificación de los servicios de tratamiento. También se proponen marcos para la organización de los servicios de salud y modelos de atención.

Todo sistema nacional eficaz para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas requiere una respuesta coordinada e integrada de numerosos agentes. El objetivo es prestar servicios e intervenciones en múltiples entornos y dirigidos a distintos grupos en diferentes fases en función de la gravedad de sus trastornos por consumo de drogas y de sus necesidades adicionales. El sistema público de salud, que a menudo trabaja en estrecha coordinación con la asistencia social y otros servicios comunitarios, es el más indicado para liderar la prestación de servicios de tratamiento eficaces para las personas con trastornos por consumo de drogas. En algunos países, el sector privado desempeña un papel fundamental en el tratamiento de las personas con trastornos por consumo de drogas. Las normas y características que se proponen pueden ser igualmente valiosas para los servicios de tratamiento del sector privado.

Los servicios de tratamiento deben presentar las siguientes características:

- disponibilidad;
- accesibilidad;
- asequibilidad;
- base empírica;
- diversidad.

La disponibilidad de servicios de tratamiento se refiere a la presencia continuada de servicios capaces de tratar a pacientes con trastornos por consumo de drogas.

La accesibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a su alcance o disponibilidad para toda la población. Los servicios de tratamiento deben estar convenientemente ubicados y cerca del transporte público (tanto en zonas urbanas como rurales), con horarios de apertura que permitan una prestación de servicios adecuada. Determinados factores de diseño de los servicios mejorarán la accesibilidad de los subgrupos que necesitan tratamiento por trastornos por consumo de drogas (como las guarderías para pacientes con hijos). Además, las actitudes hacia determinados grupos de población u otros factores no deben entorpecer el acceso a los servicios.

La asequibilidad de los servicios de tratamiento se refiere a la asequibilidad tanto para los pacientes como para el sistema local de tratamiento. Los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben ser asequibles para los pacientes de todos los grupos socioeconómicos y niveles de ingresos. En condiciones ideales, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debería ser gratuito, para que los costes no se conviertan en un obstáculo. Además, es necesario que el sistema de salud y social pueda permitirse disponer de sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias, de modo que los servicios de tratamiento puedan mantenerse.

Las intervenciones terapéuticas deben basarse en pruebas científicas y seguir las orientaciones basadas en la evidencia, como en el tratamiento de cualquier otro trastorno de salud. Esto es clave para garantizar la calidad de los servicios de tratamiento.

Es necesario diversificar los servicios de tratamiento para satisfacer las necesidades de la población destinataria y ofrecer distintos enfoques terapéuticos. No existe un enfoque único que se adapte a todos los tipos, gravedades o fases de los trastornos por consumo de drogas. Los servicios deben facilitar el acceso al tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con trastornos por consumo de drogas, así como a intervenciones comunitarias destinadas a reducir las consecuencias sociales y para la salud del consumo de drogas. Por lo tanto, es necesario disponer de una gama diversa de modalidades de tratamiento en distintos entornos (extensión, ambulatorio, hospitalario, residencial) para cubrir adecuadamente el abanico de necesidades de los pacientes con trastornos por consumo de drogas y otras sustancias. Dado que la rehabilitación sigue siendo el objetivo final de todos los servicios de tratamiento y atención, los servicios continuados de gestión de la rehabilitación deben formar parte integrante del sistema de tratamiento.

3.2 Organización del sistema de tratamiento

Los trastornos por consumo de drogas pueden describirse en un espectro que va de baja a alta gravedad y complejidad.

Desde el punto de vista del presupuesto público, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basado en pruebas es una inversión inteligente, ya que los costes del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas son muy inferiores a los de la drogodependencia no tratada (UNODC y OMS, 2008). La tasa de ahorro en relación con las inversiones puede exceder una proporción de doce a uno gracias a la reducción de la delincuencia relacionada con las drogas y de los costes de la justicia penal, la aplicación de la ley y la atención de salud (NIDA, 2012).

Se aconseja a las personas responsables de desarrollar o revisar los sistemas locales de tratamiento integral de los trastornos por consumo de drogas que, de acuerdo con estas Normas, asignen los recursos disponibles para responder de forma óptima a las necesidades de la población. Es necesario desarrollar sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas acordes con el principio clave de salud pública de dar prioridad a la intervención menos invasiva con el mayor nivel de eficacia y el menor coste para los pacientes.

El volumen y el tipo de servicios de tratamiento que necesita la población deben determinar las inversiones de los fondos públicos. Por lo general, en todas las localidades hay un número de personas que consumen drogas ocasionalmente y un número menor de personas con trastornos por consumo de drogas (de las cuales una pequeña proporción padecerá trastornos por consumo de drogas graves o complejos).

Como se muestra en la pirámide de organización de servicios (figura 1), la mayoría de las intervenciones de tratamiento necesarias se sitúan en los niveles de intensidad más bajos. Las intervenciones eficaces de baja intensidad en entornos comunitarios o no especializados (como el cribado y las intervenciones breves) pueden evitar que las personas desarrollen trastornos por consumo de drogas más graves y, además, estas puede dispensarlas un personal no especializado a un coste menor.

Del mismo modo, la mayoría de las personas con trastornos por consumo de drogas pueden recibir un tratamiento eficaz en centros ambulatorios o comunitarios, en lugar de en centros hospitalarios o residenciales de larga duración, que requieren más recursos y son más costosos.

Los sistemas de tratamiento diseñados de acuerdo con la pirámide de prestación de servicios son más costoeficaces. Sin embargo, en los sistemas en los que se invierte únicamente y de forma desproporcionada en servicios de tratamiento de alta intensidad y alto coste (en la cúspide de la pirámide), es posible que las personas con necesidades

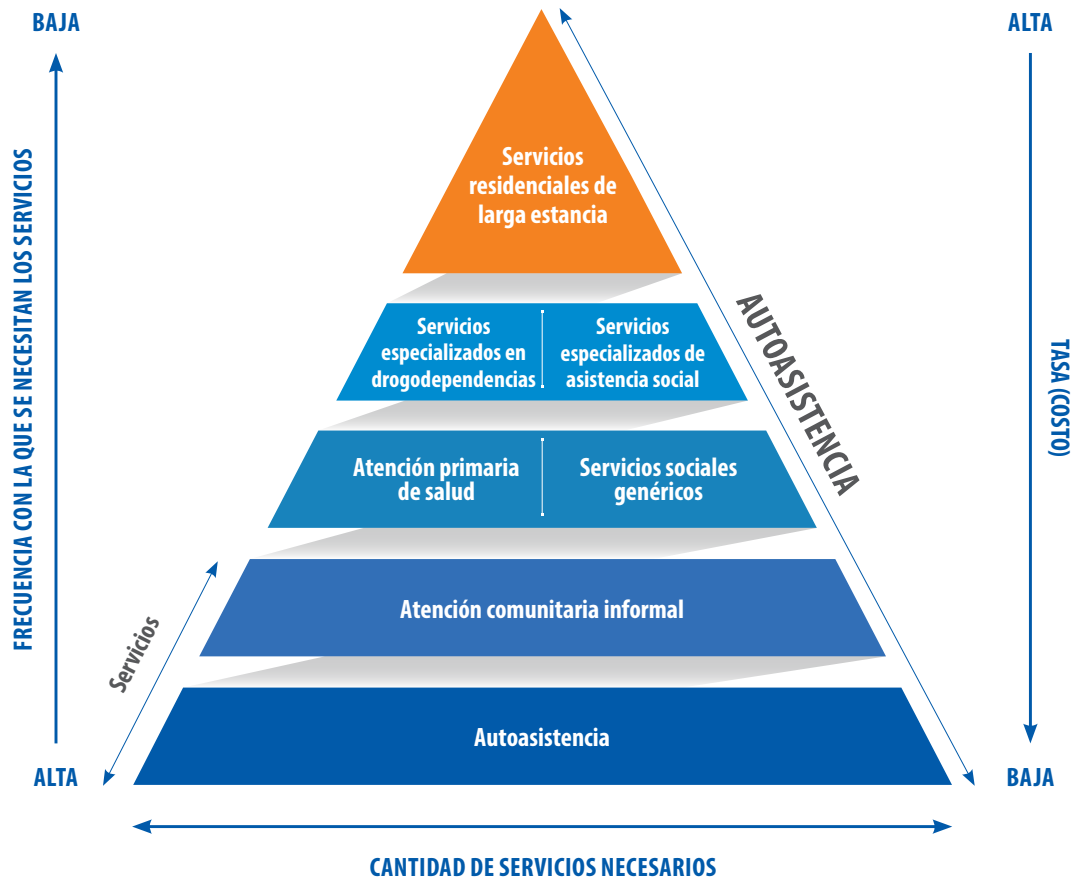


Figura 1 : Pirámide de organización de los servicios para el tratamiento y la atención de los trastornos por consumo de sustancias (UNODC, 2014) basada en la pirámide de la combinación óptima de los servicios de salud mental de la OMS (OMS, 2003)

menos graves reciban un tratamiento excesivo en los servicios de alta intensidad o que el sistema tenga una capacidad general limitada. Esta sería una consecuencia de la falta de fondos para desarrollar otros componentes de un sistema integral, tal y como se describe en estas Normas. El tratamiento ambulatorio de los trastornos por consumo de drogas es, en general, menos perturbador para la vida de los pacientes y más barato para el sistema de salud que el tratamiento hospitalario y residencial. El tratamiento ambulatorio es la primera opción recomendada desde el punto de vista de la salud pública, siempre que esté basado en pruebas y pueda satisfacer las necesidades del paciente. En el caso de las personas con trastornos por consumo de drogas más graves o complejos o con problemas sociales adicionales, puede ser necesario un tratamiento hospitalario o residencial, siempre basado en una evaluación individualizada.

Un desajuste entre el rango de gravedad de los trastornos por consumo de drogas en la población y el rango de intensidad de las modalidades de tratamiento en el sistema local acarrea una distribución ineficaz de los recursos y reduce al mínimo los resultados, lo cual no es una inversión adecuada de los fondos públicos.

La falta de intervenciones de baja intensidad y escasas exigencias para los pacientes (como el cribado y las intervenciones breves en la atención primaria o los servicios de extensión comunitaria) es posible que también retrase el contacto con los servicios de tratamiento hasta una fase grave de los trastornos por consumo de drogas, si bien el apoyo en fases más tempranas del trastorno podría haber sido menos intensivo (y menos costoso). Los datos muestran que los médicos de atención primaria rara vez examinan a sus pacientes para detectar trastornos por consumo de drogas (Ernst, Miller y Rollnick, 2007). No obstante, el cribado, las intervenciones breves y el tratamiento en los centros de atención primaria son factibles y ayudan a diagnosticar, apoyar y, en caso necesario, derivar a las personas con trastornos por consumo de drogas, lo que contribuye a reducir los costes de la atención de salud.

3.2.1 Intervenciones propuestas en los distintos niveles del sistema

Como se presenta en el cuadro 1, los pacientes deben tener a su disposición diversas intervenciones para garantizar la continuidad del tratamiento y la atención.

Cuadro 1. Intervenciones propuestas en los distintos niveles del sistema

Nivel del sistema	Intervenciones posibles
Atención comunitaria informal	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de extensión comunitaria. • Grupos de autoayuda y gestión de la rehabilitación. • Apoyo informal a través de amigos y familiares.
Atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cribado, intervenciones breves, derivación a tratamiento especializado de trastornos por consumo de drogas. • Apoyo continuado a las personas en tratamiento/en contacto con servicios especializados en el tratamiento de la drogodependencia. • Servicios básicos de salud, incluidos primeros auxilios y tratamiento de heridas.
Servicios sociales genéricos	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda/refugio. • Alimentos. • Apoyo social sin condiciones. • Derivación a servicios especializados de tratamiento de la drogodependencia y a otros servicios sociosanitarios, según sea necesario.
Servicios de tratamiento especializado (ambulatorio y hospitalario)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. • Planificación del tratamiento. • Gestión de los casos. • Gestión de la desintoxicación/abstinencia. • Intervenciones psicosociales. • Tratamiento asistido con medicamentos. • Prevención de recaídas. • Gestión de la rehabilitación.
Otros servicios de salud especializados	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de especialistas en salud mental (incluidos servicios psiquiátricos y psicológicos). • Intervenciones de especialistas en medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología y otros servicios de salud especializados. • Atención dental. • Tratamiento de enfermedades infecciosas (incluidos el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis).
Servicios especializados de asistencia social para personas con trastornos por consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar y reinserción. • Programas de formación profesional/educativos. • Generación de ingresos/microcréditos. • Planificación del tiempo libre. • Servicios de gestión de la rehabilitación.
Servicios residenciales de larga duración para personas con trastornos por consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Programa residencial para tratar los trastornos por consumo de drogas graves o complejos y las comorbilidades. • Vivienda. • Formación profesional. • Entorno seguro. • Formación en habilidades para la vida. • Apoyo terapéutico continuado. • Derivación a servicios ambulatorios/de gestión de la rehabilitación.

3.3 Planificación y financiación de los sistemas de tratamiento

Las decisiones relativas a la asignación de los recursos y los servicios ofrecidos en los distintos niveles de los sistemas de salud y de asistencia social son cruciales para planificar sistemas de tratamiento de la drogodependencia funcionales y sostenibles.

La asignación de los recursos y el diseño de los sistemas de tratamiento deben basarse en una evaluación de las necesidades locales, a partir de los datos disponibles sobre la demanda de drogas, el tratamiento y la prestación de asistencia a distintos niveles (UNODC, 2003).

La falta de datos o de métodos sistemáticos de recopilación de datos no debería ser un obstáculo importante para la implantación y prestación de servicios de tratamiento de la drogodependencia. Algunos indicadores clave, como la demanda de tratamiento (utilización de servicios para problemas de drogodependencia), solo pueden recopilarse eficazmente si existen servicios de tratamiento de la drogodependencia y se dispone de datos sobre los pacientes.

La creación de un sistema nacional de información sobre drogas funcional puede requerir el apoyo de asociados de todos los niveles y de diferentes sectores. Esto se debe a que es necesario un componente técnico, además de un proceso participativo, para establecer las directrices de un sistema nacional de información sobre drogas y un observatorio nacional de drogas.

Los sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas no deben considerarse al margen de los sistemas generales de salud, asistencia social o servicios locales. Es probable que su diseño y aplicación se vean influidos por los servicios de salud y de asistencia social y estén intrínsecamente ligados a ellos. La planificación, el diseño y la puesta en marcha de los sistemas de tratamiento y rehabilitación de los trastornos por consumo de drogas requieren la participación de toda una serie de partes interesadas, incluidos los proveedores gubernamentales de atención de salud y asistencia social, el sistema de justicia penal y la policía, los pacientes y los grupos de defensa, las ONG y otros grupos comunitarios.

La estigmatización y la discriminación de las personas con trastornos por consumo de drogas son obstáculos considerables para el tratamiento. Es necesario hacer todo lo posible para sensibilizar, promover actitudes no estigmatizadoras y hacer frente a la discriminación estructural de las personas con trastornos por consumo de drogas. Para lograrlo, es esencial llevar a cabo intervenciones normativas integrales, centradas en las personas y equilibradas, eliminar los obstáculos al tratamiento, erradicar y prevenir los tratos o penas inhumanos o degradantes en nombre del tratamiento, ofrecer una mejor atención, incrementar la sensibilización y la comprensión de los trastornos por consumo de drogas en la población general y mejorar los conocimientos de los responsables de la adopción de decisiones y políticas, los profesionales de la salud y otras partes interesadas. Las intervenciones dirigidas a aumentar la autoeficacia y empoderar a las personas, por ejemplo a través de grupos de ayuda mutua, pueden reducir la carga del autoestigma (Livingston et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

3.4 Modelos de organización de los servicios

En esta sección se esbozan diferentes modelos de organización de los servicios que pueden aplicarse a distintos niveles, en función de las necesidades de la población, la organización de los servicios de atención de salud y asistencia social, los marcos legislativos y las normativas y los recursos. Estos modelos no son mutuamente excluyentes y pueden solaparse.

3.4.1 Enfoque de ventanilla única

Dadas las diversas y múltiples necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas, lo ideal sería ofrecer una amplia gama de servicios médicos y sociales en un solo centro o servicio, que podría describirse como una «ventanilla única» (figura 2). Este tipo de prestación de servicios integrada y sin barreras de acceso incluye toda la gama de servicios asistenciales y proporciona un tratamiento integral y ético de la drogodependencia cuando son necesarios (Rapp et al., 2006).

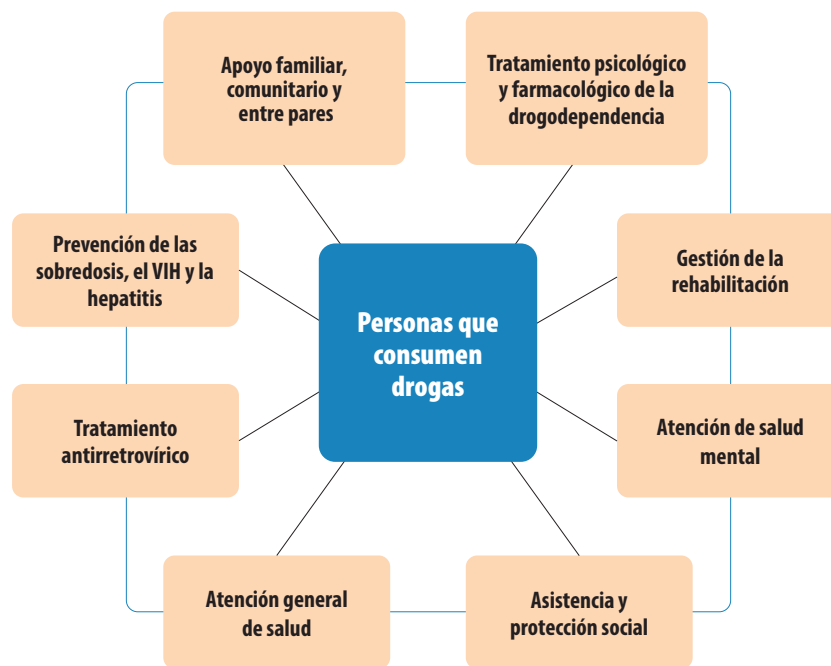


Figura 2. Enfoque de ventanilla única

3.4.2 Enfoque de red comunitaria

Si no es posible integrar en el servicio de tratamiento local todas las modalidades e intervenciones basadas en pruebas (como el enfoque de ventanilla única), es necesario desarrollar una red integral coordinada de servicios de tratamiento y atención. Debe incluir diversos componentes del sistema local de atención de salud y asistencia social. Este enfoque sitúa los servicios clínicos especializados como elemento central en el tratamiento de la drogodependencia, pero ofrece numerosos servicios auxiliares municipales/comunitarios con una perspectiva común y en estrecha coordinación con los mecanismos de derivación establecidos. Para garantizar el acceso, es necesario poner en marcha servicios de iniciales básicos y con escasas exigencias para los pacientes (como los servicios de extensión comunitaria, de proximidad o de consulta sin cita) con mecanismos definidos de derivación a los servicios clínicos de tratamiento de la drogodependencia y a los servicios sociales de acompañamiento.

En los enfoques de red de tratamiento comunitario (figura 3) se establecen amplias asociaciones, no solo entre los distintos servicios de los sectores de la salud y social (incluidos los hospitales locales, la atención primaria y los servicios de asistencia social), sino también con otras partes interesadas de la comunidad (incluidas las ONG y los grupos de autoayuda). Para coordinar todos los servicios prestados, resulta útil desarrollar un enfoque de tratamiento comunitario eficaz en el que se aprovechen todos los recursos ya disponibles en la comunidad. Los servicios comunitarios de tratamiento de la drogodependencia ofrecen un enfoque multifactorial y multisectorial de la gestión de los problemas relacionados con las drogas y los problemas de salud. Este enfoque fomenta: el uso de diversas vías de tratamiento; la gestión y el apoyo a la rehabilitación; y la mejora de la calidad de vida de toda la comunidad. Los asociados que forman parte de una red comunitaria de servicios deben colaborar y coordinarse estrechamente para ofrecer el mejor apoyo posible mediante estrategias eficaces de derivación y gestión de los casos, a fin de garantizar una atención sin interrupciones. Las redes comunitarias de tratamiento de la drogodependencia ofrecen una serie de puntos de entrada que no entrañan grandes exigencias para los pacientes y facilitan el acceso a los distintos servicios de tratamiento y asistencia.

Entre los principios clave del tratamiento y la atención de base comunitaria en materia de drogas, figuran los siguientes (UNODC, 2014):

- un proceso asistencial continuo, desde los servicios de extensión comunitaria, el apoyo básico y la reducción de las consecuencias negativas de carácter sociosanitario relacionadas con el tratamiento del consumo de drogas y la reinserción social, de modo que todas las vías de acceso al sistema son igualmente válidas;

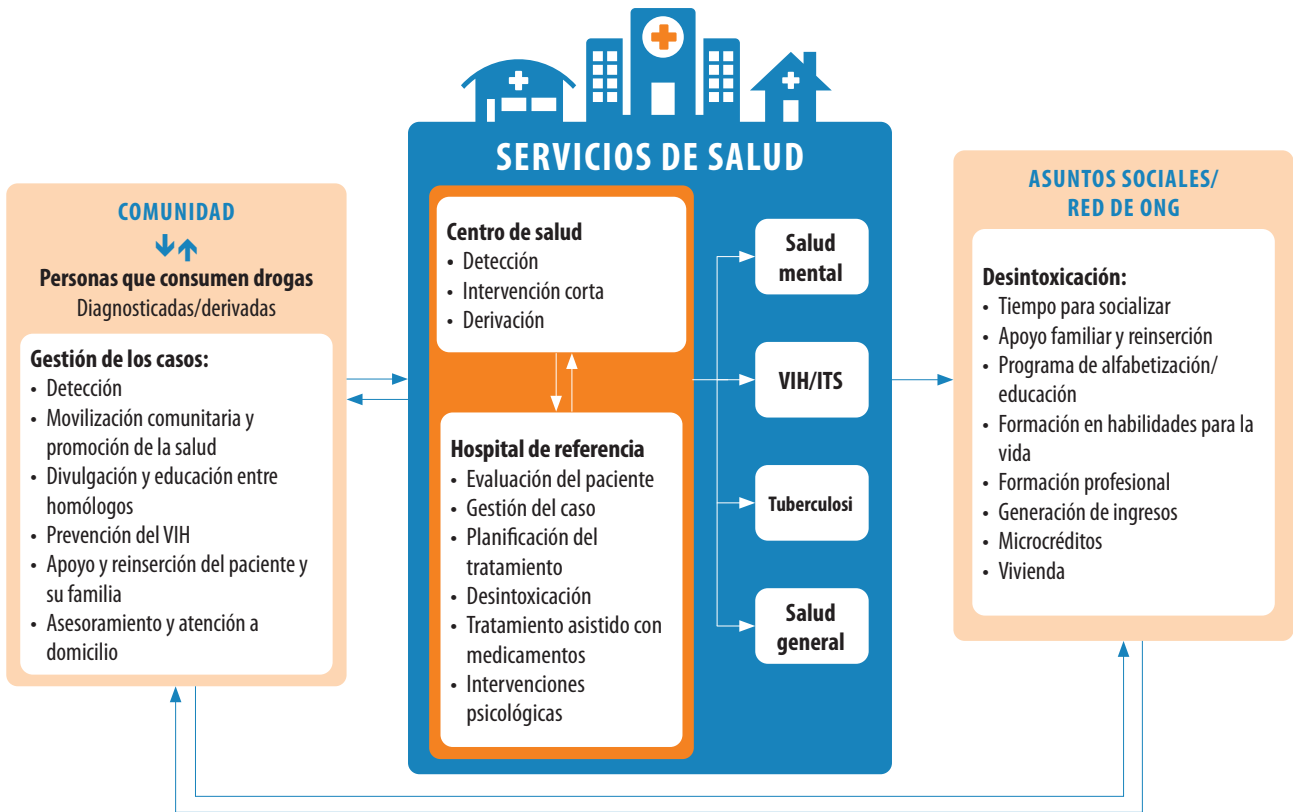


Figura 3. Modelo de enfoque de red de tratamiento basado en la comunidad (UNODC, 2014)

- una estrecha colaboración entre la sociedad civil, las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y el sistema de justicia penal, y los sectores de la salud y la asistencia social;
- una alteración mínima de los vínculos sociales y el empleo;
- la integración del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en los servicios de salud y de asistencia social existentes;
- la prestación de servicios en la comunidad, de la forma más accesible posible para las personas que consumen drogas;
- la participación y el uso de los recursos y activos de la comunidad, incluidas las familias;
- la implicación de las personas que consumen drogas, las afectadas por el consumo de drogas o la drogodependencia, las familias y la comunidad en general en la planificación y la prestación del servicio;
- la oferta de intervenciones basadas en pruebas y que tengan en cuenta las cuestiones de género;
- la participación informada y voluntaria en el tratamiento;
- un enfoque integral con una perspectiva de rehabilitación que tenga en cuenta diversas necesidades (la salud, la familia, la educación, el empleo, la vivienda);
- la aceptación de que las recaídas forman parte del proceso de tratamiento y que siempre se puede volver a acceder a los servicios de tratamiento;
- el respeto de los derechos humanos y la dignidad, incluida la confidencialidad;
- la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a los trastornos por consumo de drogas.

Los servicios de salud, como la atención primaria, el tratamiento especializado de la drogodependencia, los hospitales y clínicas y los servicios sociales, son asociados clave en una red comunitaria de tratamiento y atención. Además, deben formarse asociaciones más amplias con otras partes interesadas de la comunidad, como:

- la sociedad civil y las ONG (incluidas las que prestan servicios de proximidad, formación profesional y actividades de postratamiento);
- la policía (incluido el cribado y la derivación a los servicios de salud);
- el sistema de justicia penal (incluidas disposiciones para utilizar el tratamiento como medida sustitutiva de la condena o la pena y la prestación de tratamiento en prisión para los trastornos por consumo de drogas, así como la organización de servicios de seguimiento en la comunidad para las personas excarceladas);
- las organizaciones profesionales (incluidas las que prestan apoyo jurídico);
- los establecimientos de servicios y comercio (como los que crean oportunidades de formación profesional);
- los grupos organizados de personas que consumen drogas y de personas en rehabilitación (que ofrecen grupos de autoayuda);

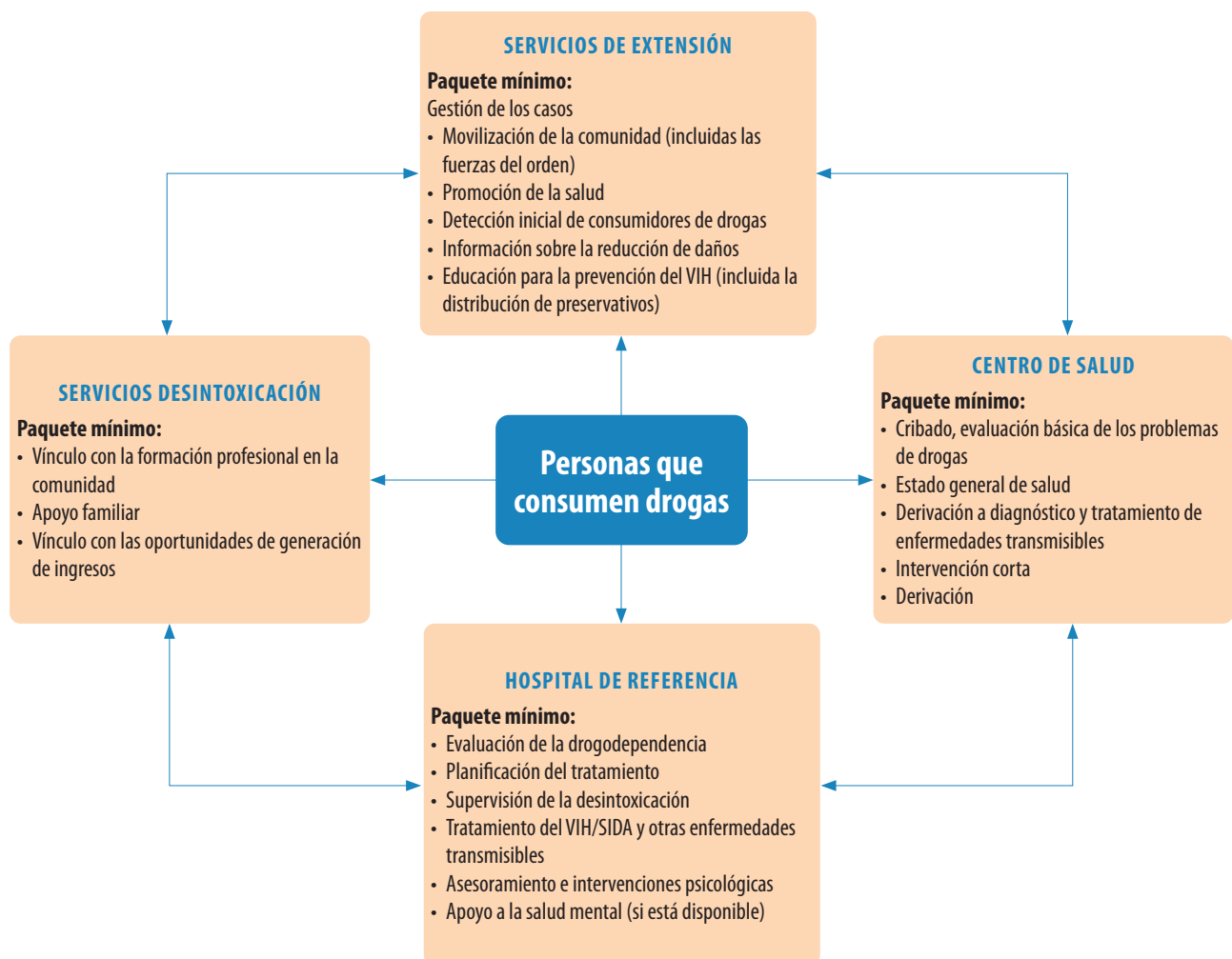


Figura 4. Modelo de gestión de casos y de tratamiento y atención a personas que consumen drogas y están afectadas por trastornos por consumo de drogas (UNODC, 2014)

- los grupos organizados que se identifican en función del sexo y la etnia;
- las instituciones educativas y de investigación;
- las organizaciones y líderes juveniles;
- las organizaciones espirituales/religiosas (por ejemplo, las que ofrecen lugares para pernoctar);
- los líderes espirituales y comunitarios;
- las asociaciones de vecinos;
- los miembros de la familia.

Para garantizar que los pacientes estén vinculados y derivados a los servicios adecuados que se adapten a sus necesidades, es esencial que los servicios y los sectores coordinen la planificación de los tratamientos y la gestión de los casos (UNODC, 2014). Las personas que gestionan los casos deben trabajar con los pacientes, los miembros del equipo de tratamiento y los servicios u organizaciones para seleccionar la mejor combinación de intervenciones y apoyo. Asimismo, deben realizar una evaluación continua del progreso del tratamiento. De este modo, mediante la gestión de los casos, se garantiza que la red de derivación y otros servicios de apoyo sigan siendo accesibles y que los recursos se utilicen de forma eficiente. En el siguiente gráfico (figura 4) se representa un sistema de gestión de casos que funciona desde la perspectiva de las personas que consumen drogas y entran en el sistema de tratamiento. No hay ninguna entrada incorrecta para acceder al sistema, ya que los distintos servicios de tratamiento están conectados y colaboran entre sí, de modo que los pacientes pueden ser derivados al servicio que corresponda a la gravedad de su trastorno y a sus necesidades individuales.

3.4.3 Gestión de la rehabilitación prolongada

La rehabilitación se considera «[...] un proceso y una experiencia continuos a través de los cuales las personas, las familias y las comunidades utilizan recursos internos y externos para afrontar los trastornos por consumo de sustancias, gestionar activamente su vulnerabilidad persistente a dichos trastornos y desarrollar una vida sana, productiva y significativa» (adaptado de White, 2007). En este modelo, la rehabilitación es el objetivo final en todas las fases del ciclo de tratamiento, en todos los estadios del trastorno y en diversos entornos (véase el cuadro 1): desde los servicios de extensión con mínimas exigencias para el paciente hasta el tratamiento intensivo en régimen de hospitalización o residencial. Los pacientes pueden necesitar diferentes servicios e intervenciones en distintos momentos de su proceso de rehabilitación, por lo que es importante garantizar la continuidad de los servicios de tratamiento y atención y la gestión de la rehabilitación.

Los servicios de tratamiento basados en el modelo de gestión de la rehabilitación prolongada, al igual que cualquier otro servicio de tratamiento de la drogodependencia, excluidas las situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida, deben ser voluntarios y su objetivo es reducir al mínimo los trastornos para la persona en tratamiento. A pesar de que la rehabilitación es el objetivo primordial del tratamiento, es importante reconocer que los trastornos por consumo de drogas suelen cursar como trastornos crónicos y recidivantes y que los pacientes pueden necesitar repetidamente la red de servicios de tratamiento para obtener un apoyo adecuado y unos resultados positivos del tratamiento.

Es posible poner en marcha servicios e intervenciones de amplio alcance orientados a la rehabilitación en distintos ámbitos, contextos y fases del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. La UNODC ha publicado un documento de buenas prácticas sobre la gestión de la rehabilitación prolongada (UNODC, 2008b), que ofrece ejemplos de todo el mundo y orientaciones prácticas detalladas. En el documento se definen ocho ámbitos en los que se concentra el capital de rehabilitación a modo de sugerencia para las intervenciones que deben proponerse con carácter permanente (figura 5).

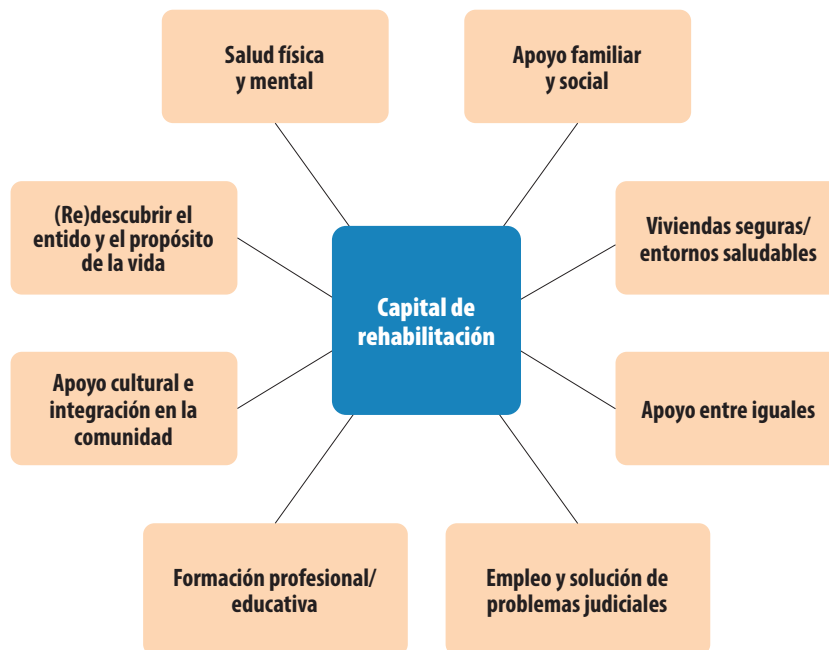


Figura 5. Elementos esenciales de la rehabilitación orientada a la desintoxicación y la reinserción social (UNODC, 2008b)

3.5 Sistemas de tratamiento eficaces: conclusiones

- Los sistemas de tratamiento deben garantizar que los servicios que se prestan a las personas con trastornos por consumo de drogas sean accesibles, asequibles, basados en pruebas, diversificados y centrados en la mejora del funcionamiento y el bienestar para alcanzar el nivel más alto posible de salud.
- Los recursos deben invertirse donde más se necesitan. Como primer paso, es necesario centrarse en los servicios de tratamiento y atención ambulatorios de fácil acceso y con escasos requisitos para las personas que los necesitan.
- Los sistemas deben desarrollarse de acuerdo con el principio clave de salud pública de dar prioridad a la intervención menos invasiva con el mayor nivel de eficacia y el menor coste para los pacientes. Los sistemas deben estructurarse en una pirámide de modalidades de tratamiento, de modo que las intervenciones más intensivas se reserven a los pacientes con necesidades más graves o complejas.
- Los sistemas eficaces de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben estar diseñados y planificados a partir de los datos disponibles generados y cotejados en el marco de la evaluación de las necesidades y de los sistemas de información sobre drogas. No obstante, la falta de datos no debe ser motivo para retrasar la implantación y prestación de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia.
- Deben establecerse sistemas de información para fundamentar la evolución de los sistemas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias. Dicha evolución debe tener en cuenta la prevalencia del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de sustancias en la población, así como los resultados del seguimiento del funcionamiento del sistema.
- Pueden utilizarse distintos modelos de organización de los servicios para ofrecer un ciclo accesible y diversificado de tratamientos y cuidados para los trastornos por consumo de drogas. La prestación eficaz de servicios a las personas con trastornos por consumo de drogas requiere una estrecha coordinación entre los distintos sectores (de la salud, social, judicial, etc.).

CAPÍTULO 4

Entornos, modalidades e intervenciones terapéuticos

El objetivo de este capítulo es ofrecer una visión general de los entornos, las modalidades y las intervenciones basadas en la evidencia disponibles para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y las enfermedades asociadas.

En la sección 4.1 se describen cinco grupos clave de entornos para la prestación de intervenciones de prevención y tratamiento, a saber:

- servicios de proximidad y extensión comunitaria;
- entornos no especializados para el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias;
- tratamiento ambulatorio especializado;
- tratamiento hospitalario especializado de corta duración;
- tratamiento especializado de larga duración.

En la sección 4.2 se ofrecen más detalles sobre las modalidades de tratamiento y las intervenciones específicas que pueden aplicarse en todos los entornos mencionados.

Entre ellas se incluyen:

- el cribado, las intervenciones breves y la derivación a tratamiento;
- las intervenciones psicosociales basadas en pruebas;
- las intervenciones farmacológicas basadas en pruebas;
- el diagnóstico y el tratamiento de las sobredosis;
- el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes.

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

Determinados grupos de población con necesidades específicas pueden requerir disposiciones especiales respecto al tratamiento y la atención. Entre ellas se incluyen las necesidades relacionadas con: determinadas drogas psicoactivas o sus combinaciones; la salud de las personas con comorbilidades, como el VIH o trastornos mentales, y con discapacidades; grupos de edad (como niños, adolescentes y personas mayores) y género específicos (mujeres y embarazadas); personas con orientación sexual e identidad de género diversas; asistencia social (como en el caso de personas sin hogar, marginadas socialmente, que viven en la pobreza, analfabetas y con un nivel educativo limitado); personas que viven en zonas remotas y rurales; minorías étnicas, refugiados y migrantes; profesionales del sexo; y personas en contacto con el sistema de justicia penal. En el capítulo 5 se describen en detalle las consideraciones específicas que deben tenerse en cuenta al dispensar tratamiento y atención a determinados grupos de población o grupos con necesidades especiales.



Figura 6. Modelo de sistema de tratamiento eficaz e integrado para los servicios y modalidades pertinentes

4.1 Entornos terapéuticos

4.1.1 Extensión comunitaria

Descripción

Los servicios de extensión y proximidad son componentes esenciales de todo sistema integral de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Por término medio, transcurren muchos años entre la aparición del trastorno por consumo de drogas y el momento en que la persona solicita tratamiento. Durante ese periodo, las actividades de extensión constituyen un intento proactivo de establecer contacto con las personas que consumen drogas y motivarlas para que se pongan en contacto con el personal de salud. El objetivo es minimizar el tiempo que transcurre entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento, para así reducir los efectos nocivos del consumo de drogas tanto sociales como para la salud. Los servicios de extensión comunitaria también se dirigen a las personas afectadas por el consumo de drogas de otras personas (incluidas las parejas sexuales y las personas con las que comparten agujas). Los trabajadores de estos servicios de proximidad suelen proceder de la comunidad local. Al estar basados en la comunidad a la que sirven o proceder de ella, estos agentes conocen las subculturas locales de consumo de drogas y los recursos disponibles a nivel comunitario. De hecho, es posible que ellos mismos hayan consumido drogas en el pasado o de forma ocasional. Al operar fuera de los centros institucionales de tratamiento y atención de salud estructurados, los trabajadores de proximidad establecen relaciones informales y de apoyo incondicional con las personas que consumen drogas. Este enfoque ayuda a crear un vínculo positivo entre ambos. En consecuencia, se facilita el acceso a los servicios básicos sociales y de salud, así como a los servicios de tratamiento especializado disponibles para los trastornos por consumo de drogas. Las personas que consumen drogas están más motivadas para utilizar los servicios de salud y de asistencia social, incluido el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Esto se atribuye a la nueva experiencia positiva —la interacción entre la persona y el trabajador de proximidad—, en claro contraste con experiencias anteriores, marcadas por la exclusión social, el desamparo y la desesperanza. El grado de estigmatización que rodea al consumo de drogas puede hacer que las personas que las consumen desconozcan las opciones de tratamiento disponibles. También es posible que impida su acceso a la atención a través de los organismos médicos y de servicios sociales tradicionales. Los trabajadores de proximidad desempeñan un papel importante en la información a los consumidores de drogas sobre los servicios de tratamiento. Los trabajadores ayudan a proteger la salud, eliminan barreras a los servicios sociales y acercan al tratamiento a las personas con trastornos por consumo de drogas.

Además, los trabajadores de proximidad reconocen la influencia que tienen los círculos sociales en las personas con trastornos por consumo de drogas. Son conscientes de la importancia de esas redes en los resultados sociales y en materia de salud, y las utilizan para influir y promover comportamientos saludables. Muchos modelos de extensión utilizan una combinación de intervenciones individuales y en red.

Grupo de población destinatario

Las actividades de proximidad se dirigen principalmente a las personas que tienen comportamientos de consumo de drogas de alto riesgo (como la inyección o el policonsumo), a menudo asociados a trastornos por consumo de drogas, sobre todo en comunidades de difícil acceso y en las que es posible que el acceso a la atención de salud y los servicios sociales sea deficiente. Entre ellas figuran:

- las personas que carecen de acceso a los servicios de salud debido a la pobreza extrema, la exclusión social y la discriminación;
- las personas que no admiten que su hábito de consumo de drogas y los trastornos asociados constituyen un problema, o no están interesadas en recibir tratamiento o en abstenerse de consumir drogas o reducir su consumo;
- las personas con un historial de tratamientos infructuosos y recaídas repetidas en el consumo de drogas que perdieron la esperanza y desconfían de los servicios de tratamiento;
- los grupos ocultos de consumidores de drogas, como las mujeres, los trabajadores y trabajadoras del sexo, las personas en situación irregular y las que viven en zonas remotas;

- las personas que adoptan comportamientos de alto riesgo, como compartir agujas o mantener relaciones sexuales sin protección, asociados al consumo de drogas; y
- las personas jóvenes que están expuestas a las drogas sintéticas y desconocen los posibles efectos del consumo de drogas para la salud.

Objetivos

Los servicios de extensión comunitaria tienen por misión encontrar los grupos de población destinataria, implicarlos y proporcionarles servicios e intervenciones comunitarios incondicionales, incluidas intervenciones de reducción de daños. También aspiran a ofrecer y fomentar el acceso a las modalidades de tratamiento disponibles. Este trabajo puede llevarse a cabo en cualquier comunidad, incluidas las comunidades virtuales en línea.

Ante todo, la labor de extensión consiste en establecer contacto con los grupos de población que consumen drogas y prestarles servicios. El objetivo es crear un entorno cordial y acogedor para ayudar a las personas que lo necesitan a superar su aprensión y desconfianza.

En la siguiente fase, el personal de extensión puede empezar a atender las necesidades de salud y sociales de las personas que consumen drogas y ayudar a prevenir resultados adversos, como las sobredosis, las infecciones, los abusos interpersonales y físicos, la explotación sexual, los accidentes, la inanición, la falta de vivienda y la implicación en actividades delictivas. Las iniciativas destinadas a proteger y mejorar la salud de los consumidores de drogas desde una perspectiva de salud pública se extienden siempre para abarcar la salud y el bienestar de la comunidad en general.

Con el tiempo, los trabajadores de proximidad pueden motivar a las personas que consumen drogas para que empiecen a hacer cambios positivos con respecto al consumo de drogas y sus comportamientos de salud y para que participen voluntariamente en las actividades de tratamiento. Sin embargo, conseguir que las personas se sometan a tratamiento por trastornos por consumo de drogas no es el principal ni el único objetivo de las actividades de extensión o proximidad.

Los servicios de proximidad están bien situados para restablecer el vínculo entre la población destinataria y la comunidad, puesto que generan confianza en la comunidad, reducen la estigmatización y las actitudes discriminatorias contra los grupos destinatarios y, en última instancia, logran un impacto positivo general en la comunidad.

Modelos y componentes

Se han desarrollado varios modelos y tipos de intervenciones de extensión. En general, la variedad de estrategias de proximidad refleja las posibilidades de llegar a las poblaciones destinatarias y prestarles servicios. Esa diversidad también permite determinar qué actividad de extensión concreta tiene más probabilidades de lograr un rendimiento óptimo y seleccionar una combinación de estrategias de extensión que se complementen mejor entre sí.

Los programas de proximidad varían enormemente en función de la situación local, pero, por regla general, deben existir los siguientes servicios básicos basados en una evaluación local previa:

- información y vinculación a los servicios destinados a cubrir las necesidades básicas (seguridad, agua, alimentos, alojamiento, higiene y ropa);
- programas de agujas y jeringuillas;
- programas de distribución de preservativos;
- prevención, detección y tratamiento de las sobredosis, incluido el suministro de naloxona para llevar;
- asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH/hepatitis;
- información y vinculación a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA;

- información y vinculación a los servicios de vacunación (contra la hepatitis B), prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas;
- información y vinculación a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis;
- información, educación y comunicación específicas dirigidas a las personas que consumen drogas y a sus parejas sexuales sobre los efectos de las drogas, los riesgos asociados a su consumo, así como enfoques para minimizar los daños sociales y para la salud derivados de este;
- información y acceso a grupos de ayuda mutua (como Narcóticos Anónimos, Nar-Anon, Cocaína Anónimos y otros grupos de apoyo mutuo y entre pares);
- actividades contra la estigmatización y de sensibilización y promoción en la comunidad;
- cribado e intervenciones breves para detectar el consumo de sustancias;
- apoyo psicológico básico;
- información y acceso a servicios médicos básicos (como tratamiento de heridas) y de apoyo social (alimentación, higiene y alojamiento);
- intervenciones en caso de crisis;
- asistencia jurídica;
- derivación a otras modalidades de tratamiento y atención y a servicios de gestión de la rehabilitación; y
- derivación a otros servicios de atención médica y de asistencia social, según sea necesario.

Para las personas que se inyectan drogas, en *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, un manual de la OMS, la UNODC y ONUSIDA publicado por primera vez en 2009, se describe una serie de intervenciones basadas en pruebas para prevenir el VIH y otras infecciones asociadas al consumo de drogas inyectables, así como para mejorar el acceso al tratamiento y la atención del VIH.

Se han definido tres tipos principales de trabajo de proximidad: extensión independiente, extensión itinerante y extensión domiciliaria.

El trabajo de **extensión independiente** es el que se realiza fuera de cualquier organismo, como el trabajo en la calle, en bares, clubes, edificios okupados o estaciones de ferrocarril. Este trabajo es principalmente móvil y puede realizarse a pie o con un vehículo designado.

Las actividades de **extensión domiciliaria** se llevan a cabo en los hogares de las poblaciones destinatarias. Esto es importante en zonas donde no hay puntos de consumo de drogas en la calle, o donde las personas que consumen drogas están aisladas de sus comunidades a causa de la estigmatización y la discriminación. El trabajo de proximidad a domicilio consiste en realizar visitas periódicas a los hogares de los consumidores de drogas.

La **extensión itinerante** es el trabajo que se realiza en entornos en los que las personas ya tienen acceso a algunos servicios (como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas) o en los que es muy probable que se encuentren los grupos de población destinatarios (por ejemplo, las prisiones, los prostíbulos, los refugios para personas sin hogar o las viviendas públicas). En lugar de centrarse en las personas, la extensión itinerante se centra en las organizaciones y los entornos en los que se encuentran las poblaciones destinatarias. La extensión itinerante hace hincapié en ampliar el abanico de personas que reciben mensajes educativos en materia de salud y en formar a más trabajadores y personal para que, a su vez, faciliten la información y lleven a cabo las actividades de proximidad en su entorno.

Las intervenciones de proximidad suelen correr a cargo de una unidad de extensión móvil, un equipo que opera desde una furgoneta u otro vehículo móvil, lo que permite prestar servicios a un grupo más amplio de personas, sobre todo en zonas rurales y suburbanas de grandes ciudades.

Los centros de acogida pueden dar cabida a los servicios de proximidad o de acceso sin requisitos en el seno de las comunidades. Los centros de acogida ofrecen servicios accesibles y continuos, a menudo durante toda la noche, a las personas que consumen drogas con las que se entra en contacto a través de servicios de proximidad. Los centros de acogida atienden necesidades básicas, como alimentos, ropa, higiene personal y alojamiento. Estos centros también pueden ofrecer información y derivación a servicios de salud, pruebas del VIH/hepatitis, servicios jurídicos, apoyo social básico y otros servicios adicionales.

Los trabajadores de extensión deben estar familiarizados con las comunidades locales a las que sirven y beneficiarse ellos mismos de los servicios sociales y de salud. Deben recibir una formación adecuada para:

- generar confianza y proporcionar información precisa a las personas que consumen drogas;
- reconocer y responder a situaciones de crisis;
- ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH y la hepatitis;
- prestar apoyo en los siguientes ámbitos:
 - la identificación y la gestión de las sobredosis;
 - la prevención y el tratamiento del VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica;
 - la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; y
 - la identificación y la gestión de otros problemas de salud, incluidos los trastornos mentales y el comportamiento suicida;
- facilitar el acceso a servicios de salud y asistencia social en la comunidad;
- sensibilizar a la comunidad y prevenir la estigmatización y discriminación de las personas con trastornos por consumo de drogas;
- facilitar la interacción con las autoridades policiales y el sistema de justicia penal; y
- gestionar la documentación.

Los programas de extensión eficaces son flexibles, adaptables y sensibles a las necesidades de las personas y los grupos de población (en función de las pautas de consumo de drogas, la edad, el sexo y la situación social, entre otras cosas). También garantizan la confidencialidad de las personas que participan en sus actividades y, además, tienen una declaración de objetivos clara, mecanismos de seguimiento y evaluación, así como documentación claramente articulada y pertinente.

Requisitos clave para la extensión comunitaria

- Deben existir estrategias para detectar en la comunidad o en espacios públicos a las personas que necesiten intervenciones de proximidad o tratamiento.
- Deben existir acuerdos entre el personal de salud y las autoridades de mantenimiento del orden, así como una comprensión mutua de los beneficios del trabajo de extensión.
- Deben existir intervenciones básicas de extensión (véase arriba).
- Deben fomentarse las intervenciones tempranas para los trastornos por consumo de drogas y los problemas relacionados.
- Deben promoverse las intervenciones tempranas en grupos de población con necesidades especiales (incluidas las embarazadas, las personas que ejercen el trabajo sexual, los adolescentes y las personas sin hogar, etc.).
- Debe divulgarse información sobre los servicios de tratamiento disponibles entre las personas y los servicios que constituyen los puntos de contacto iniciales para los posibles pacientes.

- Los trabajadores de extensión deben promover el acceso voluntario al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas (con el consentimiento de los pacientes).
- Deben existir procedimientos para ayudar a los familiares y a las comunidades a implicar a las personas con trastornos por consumo de drogas en programas de tratamiento.
- Deben mantenerse registros de las derivaciones posteriores para garantizar la continuidad de la atención.
- Debe contratarse oficialmente a agentes de proximidad que hayan pasado por situaciones similares y proporcionarles todo el apoyo necesario.
- Los servicios de extensión deben cumplir las normas de seguridad reconocidas y disponer de normativas sobre condiciones de trabajo seguras y gestión de situaciones de riesgo.
- Las intervenciones terapéuticas especializadas (como las intervenciones médicas, la dispensación de medicamentos, el asesoramiento psicológico o la psicoterapia) deben ser administradas siempre por personal con las cualificaciones y licencias pertinentes.
- Las actividades de extensión comunitaria deben establecer vínculos y trabajar activamente con las comunidades y las partes interesadas ajenas al sector de la salud, entre ellas, los grupos de la sociedad civil y las ONG que intervienen en el ámbito del consumo de drogas; los grupos de autoayuda mutua; los líderes espirituales y comunitarios; las instalaciones y organizaciones educativas, deportivas y recreativas; y el sistema de justicia penal, entre otros.

4.1.2 Entornos no especializados para el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias

Descripción

Se trata de entornos en los que se lleva a cabo el cribado, la identificación, la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, así como intervenciones puntuales y derivaciones a tratamiento, pero que no están diseñados ni designados para ofrecer un tratamiento especializado de los trastornos por consumo de drogas. En esta categoría se incluyen los entornos de salud como la atención primaria, los servicios de urgencias, los hospitales generales, la atención prenatal, los servicios de asistencia social, los servicios de salud escolar, los servicios de salud penitenciaria y algunos centros de salud mental. El cribado y las intervenciones breves pueden aplicarse de forma rápida y rentable, con la mínima interrupción de la prestación de otros servicios.

Grupo de población destinatario

El grupo de población destinatario incluye a las personas que consumen drogas, entre ellas las que experimentan efectos adversos o ya han desarrollado trastornos por consumo de drogas pero no están en contacto con establecimientos de salud especializados. Estos entornos son adecuados para las personas que consumen drogas o que padecen trastornos por consumo de drogas, incluidas las que presentan pautas nocivas de consumo de drogas. Es posible que las personas drogodependientes deban derivarse a un tratamiento más completo en servicios especializados. No obstante, muchas personas con trastornos por consumo de drogas pueden recibir un tratamiento adecuado en entornos no especializados, con el apoyo, siempre que sea necesario, de servicios especializados para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.

Objetivos

En lo que respecta al consumo de drogas, el principal objetivo de los centros es detectar a tiempo a las personas que consumen drogas y a las que padecen trastornos por consumo de drogas, ofrecerles intervenciones para fomentar un cambio de comportamiento y remitirlas a tratamiento especializado, según sea necesario. Para las personas que dan positivo en el cribado de consumo de drogas, puede ser conveniente y eficaz llevar a cabo una intervención

puntual sin prejuicios y que les sirva de motivación. El cribado también puede ayudar a detectar a las personas con trastornos por consumo de sustancias. Las intervenciones tempranas pueden prevenir complicaciones y la progresión a fases avanzadas de los trastornos por consumo de drogas que, a la larga, podrían requerir una evaluación más exhaustiva, así como un tratamiento especializado. Los entornos no especializados pueden estar bien posicionados para ofrecer tratamiento para los trastornos por consumo de drogas, incluido el tratamiento farmacológico, como el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides para la dependencia de opiáceos. Ello requiere la formación adecuada del personal clínico y el apoyo por parte de los servicios de tratamiento especializados. En ausencia de servicios de salud diseñados y designados para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, los centros de tratamiento no especializados pueden ejercer como principales lugares de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.

Modelos y componentes

Por lo general, el cribado, las intervenciones breves y la derivación a tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés) es el principal enfoque utilizado en los entornos de salud que no están especializados en el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. En la sección 4.2.1 se incluyen más detalles sobre este enfoque. Se recomienda el cribado sistemático de todos los usuarios en los entornos clínicos con una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Esos entornos pueden ser, entre otros, los siguientes:

- centros de atención primaria en zonas económicamente desfavorecidas;
- servicios de salud mental sin programas especializados de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias;
- hospitales generales, incluidos los servicios de urgencias;
- clínicas de salud sexual;
- clínicas de enfermedades infecciosas, servicios de VIH/hepatitis/tuberculosis;
- servicios sociales y organismos de protección social, incluidos los servicios para las personas que
 - viven en condiciones de alojamiento precarias;
 - viven y trabajan en la calle;
 - acaban de salir de un internamiento institucional; y
 - están en contacto con el sistema de justicia.

En otros entornos puede ser necesario un cribado coyuntural en función de los rasgos de salud o sociales específicos asociados al consumo de drogas o a una mayor probabilidad de consumo de drogas.

Los indicadores de resultados del enfoque SBIRT pueden ser: el número de detecciones realizadas por cada persona formada en el establecimiento; la proporción de pacientes que dieron positivo (un número inusualmente alto o bajo de detecciones positivas puede indicar que hay un problema); la proporción de pacientes que dieron positivo y recibieron al menos una sesión de intervención breve; la proporción de pacientes que dieron positivo y recibieron una evaluación diagnóstica y fueron remitidos a tratamiento; y la proporción de pacientes remitidos a tratamiento que iniciaron el tratamiento.

Los centros de tratamiento no especializados pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos por consumo de drogas, especialmente cuando los esfuerzos por desarrollar una respuesta de los servicios de salud a los trastornos por consumo de drogas se centran en la capacidad de la atención primaria para atender el consumo de drogas y los trastornos derivados de este. El apoyo de los servicios especializados se incorpora en una fase posterior. Muchos pacientes con trastornos por consumo de drogas podrían recibir un tratamiento adecuado en entornos no especializados con un coste general menor tanto para los sistemas de salud y como para los usuarios. Es imprescindible mejorar las capacidades del personal médico, de enfermería, matronas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales para detectar el consumo de drogas y los trastornos derivados de su consumo, e implicar a los pacientes en el tratamiento y la atención, al tiempo que se protege su confidencialidad y sus derechos humanos. Esto es crucial para mejorar la cobertura y la calidad del tratamiento de los trastornos por

consumo de drogas. Los establecimientos de tratamiento no especializados deben tener la capacidad de diagnosticar, gestionar y, cuando sea necesario, derivar a los servicios de tratamiento especializados los cuadros clínicos agudos inducidos por las drogas, como la sobredosis, los síndromes de abstinencia y las psicosis causadas por las drogas. Es importante oficializar las relaciones entre los proveedores de servicios y acordar procedimientos de derivación y retroderivación entre los distintos niveles de prestación de servicios para garantizar que los sistemas de derivación funcionen eficazmente.

Los entornos no especializados tienen una función importante en cuanto a la obtención y la divulgación de información científica sobre el consumo de drogas y sus efectos en la salud. Desempeñan un papel esencial en la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a los trastornos por consumo de drogas. Además, sensibilizan al público sobre el consumo de sustancias, sus efectos para la salud y las opciones de tratamiento eficaces y éticas disponibles para los trastornos por consumo de sustancias.

Es importante garantizar una coordinación eficaz y vínculos organizativos entre los distintos niveles de prestación de servicios. Desde los servicios de tratamiento especializados se puede prestar apoyo al personal de los establecimientos de tratamiento no especializados cuyos usuarios necesiten asesoramiento de especialistas o servicios adicionales, como una evaluación diagnóstica exhaustiva o modalidades de tratamiento concretas. Esto también puede hacerse a distancia mediante servicios de telecomunicación y a través de Internet, sobre todo en zonas rurales y remotas que carecen de servicios de tratamiento especializados.

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

- Los establecimientos y entornos sanitarios, dentro y fuera del sector de la salud, que atienden a poblaciones con una alta prevalencia de consumo de drogas y trastornos por consumo de drogas deben tener la capacidad de examinar a las personas para detectar el consumo de drogas y los trastornos derivados de este.
- Los pacientes de todos los establecimientos de salud deben someterse a pruebas de detección de consumo de drogas y trastornos conexos cuando existan signos clínicos de consumo de drogas y sus efectos sobre la salud, siempre con el consentimiento informado del paciente y en pleno respeto de su intimidad, confidencialidad y preferencias.
- El personal de salud y asistencia social debe estar capacitado para realizar el cribado, una intervención breve y la derivación a tratamiento (SBIRT) de los trastornos por consumo de drogas, además de tener acceso a formación continua y supervisión.
- Deben mitigarse los riesgos asociados al enfoque SBIRT en relación con el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas, y debe garantizarse el respeto de los derechos humanos y la dignidad, incluida la confidencialidad del paciente.
- Las actividades de cribado y tratamiento posterior deben ser voluntarias, basadas en el consentimiento informado del paciente y en su derecho a retirarse de la participación en cualquier fase.
- Los entornos no especializados deben tener capacidad para realizar evaluaciones diagnósticas, gestionar y, siempre que sea necesario, derivar los casos de afecciones clínicas agudas inducidas por drogas.
- Deben existir una coordinación y unas relaciones estructuradas entre los proveedores de servicios, además de procedimientos de derivación y retroderivación entre los distintos niveles de prestación de servicios.
- La atención especializada —incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa— debe ser administrada siempre por personal con las cualificaciones y licencias pertinentes.

4.1.3 Tratamiento ambulatorio especializado

Descripción

Los establecimientos especializados en el tratamiento ambulatorio suelen ser comunitarios y estar a disposición de los miembros de la comunidad local, además de estar diseñados y designados para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Los servicios ambulatorios varían considerablemente en cuanto a sus componentes e intensidad. Por lo general, el tratamiento ambulatorio de los trastornos por consumo de drogas suele estar a cargo de profesionales de la salud y la asistencia social especializados en ello o, de forma más amplia, en un contexto del tratamiento de la salud mental.

Las principales intervenciones terapéuticas que suelen ofrecerse en régimen ambulatorio son las siguientes:

- evaluación integral;
- intervenciones psicosociales;
- intervenciones farmacológicas;
- gestión de enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes;
- atención y apoyo social.

Todos los pacientes deben someterse a una evaluación y recibir planes de tratamiento individualizados que se revisen periódicamente. La planificación del alta debe garantizar la continuidad del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas o la gestión de la rehabilitación y la derivación posterior al tratamiento para la gestión de las comorbilidades psiquiátricas y otras enfermedades (según esté indicado).

Grupo de población destinatario

Los establecimientos especializados en el tratamiento ambulatorio pueden ofrecer una vasta gama de intervenciones de prevención y tratamiento y atender a un amplio abanico de personas. Algunas intervenciones, como las terapias psicológicas, la farmacoterapia o las intervenciones psicosociales pueden ser inicialmente más recomendables para las personas que están motivadas para recibir tratamiento. No obstante, si se pone a disposición de los pacientes un apoyo adicional (como el alojamiento), el tratamiento ambulatorio puede resultar beneficioso para la mayoría de las personas con trastornos por consumo de drogas (véase asimismo la pirámide de servicios en el capítulo 3).

Objetivos

Los objetivos principales del tratamiento ambulatorio son: ayudar a los pacientes a interrumpir o reducir el consumo de drogas; minimizar los efectos nocivos del consumo de drogas, tanto sociales como para la salud; detectar y tratar los trastornos psiquiátricos y físicos concomitantes; proporcionar apoyo psicosocial; reducir el riesgo de recaídas y sobredosis; y mejorar el bienestar y el comportamiento en sociedad, como parte de un proceso de rehabilitación a largo plazo.

Modelos y componentes

Los servicios y programas de tratamiento ambulatorio varían considerablemente en función del nivel de intensidad de los servicios y de la gama de intervenciones que ofrecen.

Programas de alta intensidad

Programas que, como el tratamiento intensivo de día, implican interacciones con los pacientes (incluso diarias, o varias horas de tratamiento intensivo uno o varios días a la semana).

Programas de intensidad media o baja

Intervenciones de menor intensidad, que pueden incluir sesiones semanales de apoyo en grupo, tratamiento psicológico individual, educación sobre la salud y las drogas, apoyo entre pares y apoyo social de menor intensidad.

Durante el tratamiento ambulatorio, los profesionales de la salud pueden evaluar periódicamente el consumo de drogas y otras sustancias, así como el estado de salud física y mental de los pacientes. Es esencial la cooperación sistemática con los servicios de atención aliados, que debe incluir la integración o vinculación del tratamiento ambulatorio con los servicios médicos encargados de los trastornos mentales, el VIH, la hepatitis vírica, la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, así como con otros servicios de salud pertinentes.

Es preciso establecer una cooperación sistemática con los organismos de apoyo social y otros para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a la educación, el empleo, la vivienda, la asistencia jurídica, la asistencia social y el apoyo social. Los servicios ambulatorios deben fomentar un papel más activo y participativo de los pacientes en la organización y dispensación del tratamiento. Además, deben utilizar como recurso a personas que hayan vivido la experiencia del consumo de drogas y del tratamiento de la drogodependencia y estén en rehabilitación.

Los objetivos del tratamiento pueden alcanzarse mejor si se utiliza, cuando y como proceda, una combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales. Los programas de tratamiento ambulatorio de los trastornos por consumo de drogas deberían, idealmente, ofrecer una gama completa de servicios para tratar los diversos problemas que afectan a pacientes de diferentes condiciones sociales.

Los componentes y las actividades de los establecimientos ambulatorios especializados pueden incluir:

- una evaluación médica y psicosocial integral en el momento de la inscripción;
- la elaboración de planes de tratamiento individuales (basados en evaluaciones integrales);
- la evaluación continua, la valoración clínica y la revisión del progreso del paciente en sus planes de tratamiento, y la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento;
- la desintoxicación asistida por medicación, si está indicada;
- el tratamiento psicosocial de los trastornos por consumo de drogas;
- el tratamiento farmacológico de los trastornos por consumo de drogas, como el inicio de un tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, si está indicado;
- el tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos psiquiátricos y físicos concurrentes;
- el contacto con la familia y otras personas significativas de la red social del paciente para implicarlas en el tratamiento en curso;
- un apoyo social intensivo, que incluya alojamiento y empleo; y
- la planificación del alta que incluya: la prevención de recaídas y sobredosis, la derivación a otros servicios, la gestión de la rehabilitación y el tratamiento continuado de las enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes (según sea necesario).

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales deben utilizarse en los programas de tratamiento ambulatorio para dar respuesta a los factores motivacionales, conductuales, psicológicos y sociales. Deben tener una capacidad probada para reducir el consumo de drogas, minimizar los riesgos asociados, aumentar la adherencia al tratamiento, promover la abstinencia y prevenir las recaídas. En la sección 4.2 se ofrecen más detalles sobre las intervenciones psicosociales y conductuales.

Intervenciones farmacológicas

Los medicamentos pueden ser muy útiles para controlar o tratar diversos trastornos por consumo de drogas y los trastornos de salud conexos, como la intoxicación aguda y la sobredosis, los síndromes de abstinencia, así como una serie de trastornos concomitantes. Las intervenciones farmacológicas deben administrarse, cuando proceda,

junto con las intervenciones psicosociales. En la sección 4.2 se ofrecen más detalles sobre las intervenciones farmacológicas.

Organización del tratamiento

Los establecimientos especializados de tratamiento ambulatorio deben tener una estructura y un sistema de gestión definidos, con descripciones claras de los distintos cargos y competencias definidas del personal. Los métodos de selección, contratación y formación del personal deben corresponder a las normas legales vigentes y a las reglas internas establecidas. La organización de los servicios de tratamiento debe tener en cuenta las necesidades y el número de pacientes.

Es necesario que los planes de tratamiento garanticen la continuidad de la atención y consideren vías de tratamiento alternativas en caso de fracaso parcial o total del plan de tratamiento original y de alta del programa de tratamiento.

La prestación de tratamientos y atención especializada (por ejemplo, médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa) requiere personal con las cualificaciones pertinentes.

En el caso de los pacientes que refieran comorbilidades, el tratamiento debe dispensarse in situ, dentro del marco de prestación de servicios integrados, o en otros lugares, como parte de los servicios vinculados y de sistemas adecuados de coordinación y derivación. No es necesario esperar a la abstinencia de opiáceos u otras drogas para iniciar el tratamiento de la tuberculosis, la hepatitis o la infección por el VIH.

El alta involuntaria del tratamiento puede estar justificada para garantizar la seguridad del personal y de otros pacientes. No obstante, antes de recurrir a ella, es importante tomar medidas razonables para rectificar la situación, incluida la reevaluación del enfoque terapéutico utilizado. En general, el incumplimiento de un tratamiento por sí solo no debería implicar el alta involuntaria del programa. Si es inevitable, hay que hacer todo lo posible por derivar al paciente a otros establecimientos o ramas asistenciales.

Si algún empleado vulnera los derechos de los pacientes, es esencial analizar el caso, evaluarlo y documentar en el expediente las medidas adoptadas.

Gestión de la rehabilitación y apoyo social

La gestión de la rehabilitación combina una serie de actividades que promueven y refuerzan los recursos internos y externos (el «capital de recuperación») para ayudar a los pacientes a gestionar voluntaria y activamente los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia, y mejorar su salud, bienestar e integración social. Es posible que algunas de estas actividades ya existan en el hogar, el vecindario y la comunidad del paciente, mientras que otras será necesario desarrollarlas. En la sección 4.2 se detallan los pormenores de la gestión de la rehabilitación.

Requisitos clave para los establecimientos especializados en tratamiento ambulatorio

- Todos los servicios, procedimientos, políticas y normativas de tratamiento disponibles, así como las expectativas del paciente respecto a los programas, deben estar claramente descritos y ser accesibles (con el consentimiento del paciente y de acuerdo con sus preferencias y necesidades).
- Debe disponerse de una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas, entre las que se incluyen: diferentes formas de asesoramiento individual y familiar; psicoterapia e intervenciones psicosociales; y apoyo social en materia de vivienda, empleo, educación, bienestar y asuntos relacionados con el sistema de justicia.
- También debe disponerse de opciones de tratamiento farmacológico. Estos deben incluir: el tratamiento sintomático de los trastornos por consumo de estimulantes, cannabis y otras drogas (como los causados por el consumo de polisustancias); los tratamientos farmacológicos de mantenimiento con opiáceos y de abstinencia de opiáceos; la naltrexona para la prevención de recaídas en la dependencia de opiáceos; y la naloxona para el tratamiento de las sobredosis.
- La elección del tratamiento y la elaboración de los planes de tratamiento individualizados para las personas con trastornos por consumo de drogas deben basarse en: una evaluación detallada de las necesidades de tratamiento; la idoneidad del tratamiento para satisfacer las necesidades; la aceptación del tratamiento por parte del paciente;

y su disponibilidad. Todos los pacientes deben tener planes de tratamiento individualizados que incluyan algunos objetivos a corto plazo, al tiempo que se adopta una perspectiva a largo plazo.

- Las pruebas voluntarias del VIH y las enfermedades infecciosas comunes deben estar disponibles como parte de una evaluación individual, acompañadas de apoyo psicológico antes y después de la prueba. Además, a los pacientes con mayor riesgo de contraer la infección por hepatitis B se les debe ofrecer la posibilidad de vacunarse.
- El tratamiento de los pacientes con VIH, hepatitis o tuberculosis debe estar integrado o vinculado a los servicios médicos especializados en estas enfermedades.
- Debe ofrecerse a los pacientes acceso a otras modalidades de tratamiento, gestión de la rehabilitación y apoyo psicosocial, según sea necesario.
- Los pacientes y sus familiares deben recibir información sobre los servicios de urgencias 24 horas.
- A los pacientes con comorbilidades se les debe proporcionar tratamiento y atención in situ para los problemas psiquiátricos y de salud física concurrentes o, siempre que sea necesario, derivarlos a los servicios de salud adecuados.
- Debe disponerse de servicios de laboratorio para supervisar la evolución y el respeto del tratamiento, cuando proceda.
- En la evaluación inicial debe comprobarse si los pacientes han consumido drogas recientemente (con el consentimiento del paciente).
- Tanto el proceso como los resultados del tratamiento deben ser objeto de una evaluación periódica o continua.
- La planificación del alta debe garantizar la continuidad de la atención, la gestión de la rehabilitación y las vías alternativas que podrían seguirse en caso de fracaso parcial o total del plan de tratamiento original.
- En general, el incumplimiento de un tratamiento por sí solo no debería implicar el alta involuntaria del programa.
- Deben existir políticas definidas para la gestión de situaciones de riesgo específicas (como la intoxicación o el riesgo de suicidio).
- El establecimiento o programa de tratamiento debe tener una estructura y una gestión definidas, con funciones y competencias claras para cada puesto, y métodos de selección, contratación y formación del personal que se correspondan con las normas legales vigentes y las reglas internas establecidas.
- Los casos de violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado y las medidas apropiadas que se tomaron deben documentarse adecuadamente en los registros de personal.
- La atención especializada —incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa— debe ser administrada siempre por personal con las cualificaciones y licencias pertinentes.

4.1.4 Tratamiento hospitalario especializado de corta duración

Descripción

El tratamiento hospitalario de corta duración es una modalidad en la que se ofrece atención las 24 horas del día y en la que se pueden tratar las manifestaciones agudas de los trastornos por consumo de drogas. Entre dichas manifestaciones se incluyen los estados de intoxicación complicados, el síndrome de abstinencia de drogas y otros cuadros clínicos agudos inducidos por drogas, incluidos los que probablemente se produzcan en los días y semanas iniciales posteriores al cese del consumo una o varias sustancias. El tratamiento hospitalario de corta duración puede dispensarse en hospitales especializados en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, así como en

hospitales de salud mental o unidades o programas especializados de hospitales generales, si cuentan con personal debidamente capacitado y el equipo médico necesario.

El tratamiento hospitalario de corta duración ofrece la oportunidad de abandonar el consumo de drogas con las mínimas molestias y riesgos para la salud. Proporciona un respiro temporal de los factores de estrés derivados del entorno de vida. Además, permite iniciar el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y recibir el apoyo psicosocial necesario, lo que puede ser el inicio de un proceso de rehabilitación a largo plazo. La duración de la estancia suele variar entre una y cuatro semanas, en función de la práctica local y la situación clínica. En función de las sustancias de que se trate, el síndrome de abstinencia y otros trastornos agudos de la salud inducidos por las drogas y su tratamiento pueden conllevar importantes riesgos para la salud. En consecuencia, el tratamiento hospitalario de corta duración requiere un mayor grado de supervisión médica que el tratamiento residencial de larga duración, que normalmente sigue a la fase de abstinencia aguda (véase la sección 4.1.5).

Grupo de población destinatario

La población destinataria suele incluir a personas con trastornos por consumo de una o varias sustancias que sean susceptibles de sufrir síntomas de abstinencia considerables al dejar de consumirlas o de padecer otros trastornos clínicos agudos causados por el consumo de drogas. El síndrome de abstinencia de sedantes y opiáceos puede ser grave, sobre todo para las personas que han consumido dosis elevadas de sedantes (como benzodiazepinas o barbitúricos) u opiáceos durante periodos prolongados. El tratamiento hospitalario de corta duración también puede servir para iniciar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides para la dependencia de opiáceos.

Cualquier persona susceptible de sufrir un síndrome de abstinencia grave tras el abandono del consumo de una o varias sustancias (polidependencia), o cuyo consumo actual de drogas conlleve un riesgo significativo para la salud, puede necesitar un tratamiento hospitalario de corta duración.

En la decisión sobre si optar por un tratamiento hospitalario de corta duración u otra modalidad de tratamiento deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

- el tipo de drogas (u otras sustancias) que se consumen;
- la probabilidad de sufrir el síndrome de abstinencia;
- la gravedad y complejidad del trastorno por consumo de drogas;
- el escaso efecto del tratamiento en entornos ambulatorios o de tratamiento no especializado;
- los problemas de salud y sociales conexos;
- las enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes.

Objetivos

Los objetivos del tratamiento hospitalario de corta duración son: diagnosticar y gestionar las afecciones clínicas debidas al consumo de drogas; facilitar el abandono o la reducción del consumo de drogas; iniciar el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas; y motivar a los pacientes para que continúen con el tratamiento tras el tratamiento hospitalario de corta duración. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas puede consistir en un tratamiento psicológico y farmacológico basado en pruebas y acompañado, en caso necesario, de apoyo social. La desintoxicación bajo supervisión médica puede proporcionarse en establecimientos de tratamiento que proporcionen hospitalización de corta duración. Si bien también puede lograrse con seguridad en un régimen ambulatorio y con menos recursos, es posible que las tasas de desintoxicación total sean más bajas. Las pruebas apuntan a altas tasas de recaída en el consumo de drogas tras una desintoxicación de corta duración, sobre todo en casos de dependencia de opiáceos. En consecuencia, la desintoxicación por sí sola no se considera un tratamiento eficaz para los trastornos por consumo de drogas y puede aumentar el riesgo de sobredosis de opiáceos.

Modelos y componentes

El logro de los objetivos terapéuticos del tratamiento hospitalario de corta duración suele requerir una combinación de intervenciones, como la farmacoterapia, la psicoterapia, la psicoeducación, el asesoramiento motivacional y el apoyo social a través de intervenciones psicosociales. Otras intervenciones posibles son el acceso a grupos de autoayuda o de ayuda mutua, a servicios sociales accesibles y a derivaciones para proseguir el tratamiento o la gestión de la rehabilitación tras el alta. Los tipos específicos de intervención y su duración varían en función de la naturaleza, la complejidad y la gravedad de los trastornos por consumo de drogas, así como de la concurrencia de trastornos psiquiátricos y físicos.

Manejo del síndrome de abstinencia y otros cuadros clínicos agudos inducidos por drogas

Los síndromes de abstinencia no reconocidos y no tratados pueden provocar el abandono del tratamiento. Por lo tanto, los programas de tratamiento hospitalario de corta duración deben contar con personal altamente competente en el diagnóstico y tratamiento de los síndromes de abstinencia y los trastornos agudos inducidos por el consumo de drogas, así como en la prestación de apoyo psicosocial y tratamiento farmacológico. El personal de los servicios de tratamiento hospitalario de corta duración debe tener la opción de trasladar a los pacientes con afecciones especialmente graves y complejas a establecimientos de otro nivel de atención de salud. Véase la sección 4.2.3 para más detalles sobre la gestión de los síndromes de abstinencia.

Tratamiento de problemas concurrentes de salud psiquiátrica y física

El consumo de diferentes drogas y alcohol puede causar o agravar síntomas psiquiátricos que podrían remitir con la interrupción del consumo de drogas. En otros casos, los síntomas psiquiátricos pueden persistir tras la interrupción del consumo de sustancias y requerir atención adicional en un tratamiento hospitalario de corta duración. En la sección 4.2 se incluyen más detalles sobre la concurrencia de trastornos psiquiátricos y físicos.

Gestión de la rehabilitación y apoyo social

El inicio y la incorporación a un tratamiento hospitalario de corta duración puede ser un paso clave en el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. No obstante, es especialmente importante que los pacientes mantengan comportamientos saludables sostenibles una vez concluido el tratamiento hospitalario, ya que el riesgo de recaída y sobredosis aumenta considerablemente inmediatamente después del alta. Por ello, es necesario continuar con las intervenciones psicosociales y de gestión de la rehabilitación para los trastornos por consumo de sustancias después de los tratamientos hospitalarios de corta duración. Los cuidados y las estrategias para ayudar a los pacientes a pasar con garantías a la siguiente fase del tratamiento deben formar parte integrante de un tratamiento eficaz a través del plan de atención o posterior a la atención. De esta forma aumentan las posibilidades de mantener la salud física y psicológica. Los profesionales de la salud y de la asistencia social deben trabajar juntos para proporcionar a los pacientes los recursos necesarios y a través de la atención al planificar el alta de los pacientes hospitalizados a un programa residencial de larga duración, a un tratamiento ambulatorio o a la gestión de su rehabilitación. Tras el tratamiento hospitalario de corta duración, los pacientes deben tener acceso a: tratamiento farmacológico a largo plazo, si está indicado; apoyo psicosocial y orientación a través del sistema de asistencia social para beneficiarse de formación profesional, vivienda estable y otros apoyos, según sea necesario; tratamiento continuado de las comorbilidades físicas y psiquiátricas; e intervenciones de prevención de la sobredosis, entre otras acciones. En la sección 4.2.6 se ofrecen más detalles sobre la gestión de la rehabilitación.

Componentes del tratamiento

Los programas de tratamiento hospitalario a corto plazo para los trastornos por consumo de una o varias sustancias deben incluir los siguientes componentes de tratamiento:

- evaluación exhaustiva del consumo de drogas (y polisustancias), médica y psicosocial, incluida la evaluación de la salud mental y física;
- planes de tratamiento individualizados;
- tratamiento de la abstinencia asistido por medicación, si está indicado;
- inicio del tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides para la dependencia de opiáceos, si está indicado;
- intervenciones encaminadas a fomentar la motivación de los pacientes para cambiar su comportamiento;

- contacto con personas importantes de los círculos sociales del paciente y su participación en el plan de tratamiento (con el consentimiento del paciente);
- intercambio de información y facilitación de la conexión con grupos de ayuda mutua;
- inicio de intervenciones de tratamiento psicosocial o conductual de los trastornos por consumo de drogas;
- inicio de intervenciones de tratamiento psicosocial o conductual de los trastornos por consumo de drogas;
- evaluación continua del progreso de los pacientes en la planificación y revisión de su tratamiento, así como la evaluación clínica integrada en el programa; y
- planificación del alta con prevención de recaídas y sobredosis; estrategias de atención continuada para el tratamiento posterior a la hospitalización (incluida la medicación de mantenimiento si está indicada); un nivel adecuado de tratamiento psicosocial; gestión de la rehabilitación y tratamiento continuado de los trastornos psiquiátricos y físicos concurrentes.

Es necesario realizar una evaluación médica y psicosocial exhaustiva, preferiblemente antes del ingreso a un tratamiento hospitalario de corta duración o, a más tardar, en ese mismo momento. Esto ayudará a determinar las necesidades específicas de cada paciente y a elaborar su plan de tratamiento. La evaluación debe incluir el historial de salud psiquiátrica y física del paciente, el historial de tratamiento farmacológico, exámenes del estado de salud física y mental, así como una evaluación sistemática de su historial de enfermedades infecciosas. También puede ser útil realizar pruebas de laboratorio, como un análisis de drogas en orina y pruebas de detección del VIH, la hepatitis o la tuberculosis. En todos los casos, los pacientes deben recibir información sobre cómo reconocer y tratar una sobredosis, así como sobre otras opciones de tratamiento, apoyo y cuidados.

El personal capacitado puede aplicar herramientas de evaluación normalizadas para obtener una evaluación más detallada de los pacientes (véase la lista de herramientas de evaluación incluida en la sección 4.2.1).

Una vez admitidos en un tratamiento hospitalario de corta duración, los pacientes deben someterse a múltiples controles diarios para detectar síntomas de abstinencia y cualquier afección psiquiátrica o física aguda. Una vez estabilizados o resueltos los problemas agudos, el seguimiento diario debe centrarse en el estado de salud psiquiátrica y física del paciente, así como en su motivación y en el establecimiento de sus objetivos y planes de tratamiento tras el alta.

Criterios de conclusión del programa e indicadores de eficacia

Cada paciente puede evaluar la eficacia del tratamiento hospitalario de corta duración en función de varios factores, entre los que se incluyen:

- la desaparición de los síntomas de abstinencia;
- la comprensión por parte del paciente del trastorno por consumo de sustancias y de los problemas conexos;
- la participación en el tratamiento de seguimiento tras el alta del tratamiento residencial de larga duración o del tratamiento ambulatorio;
- la mejora de la salud física y mental; y
- la reducción del ansia de consumir drogas y el desarrollo de habilidades para controlar los factores desencadenantes (pensamientos, emociones y comportamientos) que conducen al consumo de drogas.

Los indicadores de resultados pueden facilitar la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento hospitalario de corta duración. Los indicadores incluyen la proporción de pacientes que inician un tratamiento de seguimiento tras el alta, o los pacientes que se abstienen de consumir sustancias o reducen su consumo según los datos de un seguimiento a más largo plazo, por ejemplo seis meses (aunque este tipo de indicador de resultados requiere hacer un seguimiento y registrar los datos de los pacientes a largo plazo).

Requisitos clave para los establecimientos de tratamiento hospitalario de corta duración

- Todos los servicios, procedimientos, políticas y normas de tratamiento disponibles, así como las expectativas del paciente respecto al programa, deben estar claramente descritos y resultar accesibles (con el consentimiento del paciente).
- El personal debe revisar y modificar periódicamente el plan de tratamiento individual de cada paciente, con colaboración de este, para garantizar el tratamiento adecuado de los trastornos por consumo de drogas y las comorbilidades.
- La elección del tratamiento y la elaboración de un plan de tratamiento individualizado para un paciente con trastornos por consumo de drogas deben basarse en: una evaluación exhaustiva detallada de su consumo de drogas y otras sustancias; su estado de salud y sus problemas psicosociales; sus necesidades de tratamiento; la idoneidad del tratamiento para satisfacer sus necesidades; y la aceptación del tratamiento por parte del paciente y la disponibilidad del tratamiento elegido.
- Deben existir protocolos claramente definidos para prescribir medicamentos, intervenciones psicosociales y de otro tipo que se adecuen a las necesidades específicas de cada paciente. Dichos protocolos deben basarse en los resultados de la investigación y respetar las buenas prácticas clínicas reconocidas.
- Deben existir protocolos para la gestión de situaciones de riesgo específicas (incluidas la intoxicación y el suicidio).
- Es necesario disponer de un laboratorio in situ o externo y de otros medios de diagnóstico.
- Es preciso disponer de apoyo o transporte de emergencia en caso de complicaciones potencialmente mortales de los síndromes de abstinencia u otras afecciones.
- Cuando se contemple utilizar un procedimiento con riesgos conocidos, debe llevarse a cabo una cuidadosa evaluación de los riesgos y los beneficios que permita elegir la opción menos arriesgada.
- Es preciso facilitar el acceso a grupos de autoayuda y otros grupos de apoyo. Tanto si el objetivo del tratamiento es la abstinencia como si no, deben adoptarse medidas para reducir los daños derivados del consumo continuado de drogas. Entre otras, esas medidas atañen a la salud, la alimentación, el material de inyección esterilizado, la prevención de sobredosis y el suministro de naloxona.
- Los planes de tratamiento deben garantizar la continuidad de la atención del paciente en tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial a largo plazo o gestión de la rehabilitación.
- Los programas de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas deben estar vinculados a otros servicios que apoyen las intervenciones para los hijos de los pacientes y otros familiares que puedan necesitarlas.
- El proceso y los resultados del tratamiento proporcionado deben someterse a una evaluación periódica o continua.
- La estructura y la gestión de la organización o programa de tratamiento deben estar claramente definidas, con detalle de las funciones y competencias de cada puesto, y con garantías de que los métodos de contratación y formación del personal reflejan las normas legales vigentes y las reglas internas establecidas.
- Las historias clínicas escritas o electrónicas deben conservarse de forma que se respete la confidencialidad del paciente.
- El servicio debe disponer de políticas sobre condiciones de trabajo seguras y maneras de gestionar las situaciones peligrosas.
- En caso de violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado, debe documentarse en los registros de personal, según proceda, junto con las medidas oportunas que se hayan adoptado.

- El tratamiento hospitalario especializado a corto plazo de los trastornos por consumo de drogas solo debe ser administrado por personal con las cualificaciones y licencias pertinentes (por ejemplo, en los ámbitos médico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo).

4.1.5 Tratamiento especializado de larga duración o residencial

Descripción

El tratamiento a largo plazo o residencial suele ofrecer servicios para personas con trastornos por consumo de drogas u otras sustancias, que viven en un entorno comunitario con otras personas que tienen problemas de salud similares. Estas personas se comprometen explícitamente a abstenerse del consumo de drogas, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se alojan en un entorno residencial y participan en un programa diario intensivo. Estos programas ofrecen una amplia gama de intervenciones que se llevan a cabo en distintos lugares. Pueden incluir: reuniones comunitarias y trabajo en grupo; intervenciones psicosociales individuales; intervenciones psicosociales familiares; ayuda mutua y autoayuda; participación activa en la vida comunitaria; y adquisición de habilidades para la vida y formación profesional. La admisión al programa de tratamiento suele requerir la aceptación de las normas y reglamentos del establecimiento que lo gestiona.

El tratamiento a largo plazo o residencial difiere del alojamiento con apoyo, que suele consistir en alojamiento sin intervenciones de tratamiento in situ, si bien los residentes pueden asistir a programas de tratamiento ambulatorio. Además, los centros de tratamiento a largo plazo o residenciales tampoco son como los establecimientos de internamiento o de detención obligatoria para consumidores de drogas, donde las personas que consumen drogas son confinadas sin su consentimiento y, a menudo, sin los debidos procesos de evaluación diagnóstica y tratamiento ético y basado en pruebas para los trastornos por consumo de sustancias.

La estancia a largo plazo en un establecimiento residencial u hospitalario (normalmente durante tres meses y a menudo mucho más, dependiendo de las necesidades del paciente) ayuda a alejar a los pacientes de los entornos, a veces caóticos y estresantes, que pueden haber propiciado el consumo de drogas. Los entornos terapéuticos en los que no hay acceso a sustancias están concebidos para reducir la exposición a las situaciones que suelen desencadenar el deseo de consumir drogas y ayudar a los pacientes o residentes a respetar la abstinencia y avanzar hacia la rehabilitación. Si bien los modelos tradicionales de tratamiento residencial a largo plazo incluyen únicamente métodos de tratamiento psicosocial, los enfoques modernos pueden incluir el uso de medicamentos para disminuir la ansiedad de consumir drogas y gestionar los síntomas psiquiátricos concomitantes.

En los programas residenciales de larga duración, especialmente en las comunidades terapéuticas, se utiliza a toda la comunidad implicada en el programa, incluidos los demás residentes, el personal y el contexto social, como componentes activos del tratamiento y la gestión de la rehabilitación. Estos programas tienen normas y actividades diseñadas para ayudar a los residentes a mejorar su capacidad de autogestión. Se ayuda a los pacientes o residentes a adquirir habilidades para controlar las ansias de consumo y prevenir las recaídas, mejorar el control de los impulsos, retrasar la gratificación y desarrollar nuevas habilidades interpersonales. Además, se fomenta la rendición de cuentas individual, así como la capacidad para afrontar el estrés y mejorar la autoestima. El entorno de tratamiento residencial ofrece servicios integrales, como formación profesional, formación para el empleo, apoyo psicosocial y, en ocasiones, tratamiento de los trastornos mentales.

El entorno intensivo y de apoyo que los pacientes reciben en los establecimientos de tratamiento residencial puede dar una respuesta adecuada a su historia personal, a menudo caracterizada por una atención parental deficiente, negligencia emocional, abusos físicos o sexuales, traumas, violencia interpersonal y exclusión social.

Grupo de población destinatario

Los programas de tratamiento de larga duración o residenciales son los más indicados para las personas que no consumen drogas en el momento de su ingreso, pero que necesitan un tratamiento y una atención intensivos y continuados a fin de tratar los complejos problemas de salud y psicosociales asociados a los trastornos por consumo de drogas. Se trata de personas que han dejado de consumir drogas tras un tratamiento de desintoxicación hospitalario o ambulatorio. Puede que tengan serias dificultades para mantener la abstinencia en un entorno comunitario o en tratamiento ambulatorio y deseen participar voluntariamente en un programa residencial

estructurado. Se trata de una oportunidad para que inicien cambios en diversos ámbitos de su vida y adquieran nuevas habilidades que les ayuden en su proceso de rehabilitación, lo que mejora su calidad de vida y su integración social.

Los servicios de tratamiento residencial suelen estar indicados para las personas que:

- padecen trastornos por consumo una o más drogas (polisustancias) de una gravedad significativa o que afecta a su proceso educativo, laboral y de integración social;
- sufren graves trastornos físicos y mentales concurrentes que repercuten en su seguridad y bienestar fuera de entornos estructurados (y que suelen requerir hospitalización);
- tienen antecedentes de tratamientos infructuosos, no han respondido a las intervenciones o han recaído repetidamente tras un tratamiento hospitalario o ambulatorio de corta duración;
- tienen recursos personales y/o económicos limitados (incluidos los ingresos y la vivienda);
- tienen problemas sociales y familiares y un apoyo social limitado;
- están socialmente aisladas o desfavorecidas;
- necesitan cambiar su entorno y distanciarse de sus círculos sociales y de los grupos asociados a actividades relacionadas con el consumo de drogas para alcanzar los objetivos del tratamiento; y
- voluntariamente desean abstenerse del consumo de sustancias, reconocen sus necesidades y están dispuestas a realizar cambios significativos en su estilo de vida y adquirir nuevas habilidades en un entorno residencial.

Objetivos

El objetivo principal del tratamiento a largo plazo o residencial es reducir el riesgo de que retomen el consumo activo de drogas, mantener la abstinencia, mejorar la salud y el comportamiento personal y social, así como facilitar la desintoxicación y la reinserción social. Los objetivos específicos del tratamiento residencial a largo plazo son:

- reducir el riesgo de recaída en el consumo de sustancias;
- desarrollar habilidades para hacer frente al ansia por consumir drogas y a los factores estresantes de la vida sin caer en el consumo de drogas;
- proporcionar tratamiento y cuidados para los trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias concurrentes, mediante terapia psicosocial y, en algunos entornos, tratamiento farmacológico;
- mejorar la salud y su capacidad de desenvolverse personal y socialmente, también en entornos laborales;
- desarrollar relaciones interpersonales adecuadas con otras personas, así como las habilidades interpersonales y de comunicación necesarias para rodearse de un círculo de personas que no consuman drogas;
- construir un entorno familiar y unas relaciones sanas dentro de la familia, incluidos los vínculos entre padres e hijos;
- reintegrarse en la comunidad y facilitar la conexión social;
- adquirir nuevas habilidades sociales y ganar confianza en sí mismos, además de valorar los comportamientos positivos;
- adoptar un estilo de vida más saludable, que incluya una buena alimentación, una rutina estable de sueño y vigilia, un control periódico de la salud y el cumplimiento del tratamiento; y
- ampliar sus estudios y desarrollar aptitudes profesionales para recuperar progresivamente el control de su propia vida una vez concluido el tratamiento.

Modelos y componentes

Los programas de tratamiento a largo plazo pueden adoptar enfoques terapéuticos diferentes. Los pacientes deben abstenerse de consumir sustancias y, siempre que sea necesario, deben recibir tratamiento para los síntomas de la abstinencia. Puede administrarse en el mismo entorno de tratamiento o en establecimientos especializados de hospitalización o ambulatorios, de conformidad con las secciones pertinentes de este documento (véanse las secciones en 4.2.3). Se han desarrollado diversos modelos de tratamiento residencial de larga duración en diferentes entornos.

- Los centros independientes de tratamiento residencial a largo plazo o unidades de desintoxicación creadas específicamente para los trastornos por consumo de drogas, que suelen tener filosofías o enfoques de tratamiento particulares que no se excluyen mutuamente. Entre esas filosofías o enfoques figuran las comunidades terapéuticas estructuradas, los programas de ayuda mutua de 12 pasos, los programas basados en la fe y los programas de formación profesional.
- Los programas hospitalarios (generalmente ubicados en un pabellón o en un edificio específico dentro de un hospital psiquiátrico) pueden centrarse únicamente en pacientes que consumen drogas o en pacientes que, además de consumir una o más sustancias, presentan trastornos psiquiátricos concomitantes. Estos programas pueden ser comunidades terapéuticas o programas de desintoxicación hospitalaria y pueden incluir intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Las personas detenidas con trastornos por consumo de drogas pueden acogerse a los programas de tratamiento residencial a largo plazo en prisión. Puede que estén organizados como comunidades terapéuticas o programas específicos de desintoxicación para delinquentes con trastornos por consumo de sustancias, generalmente en una zona específica de la prisión. En la sección 5.3 se ofrece información detallada sobre el tratamiento de las personas en contacto con el sistema de justicia penal.

Admisión

Es probable que los distintos tipos de programas de tratamiento residencial o de larga duración tengan diferentes criterios de admisión. En todos debe figurar la solicitud voluntaria o el consentimiento del paciente para ingresar en ellos. Algunos servicios pueden requerir la visita del paciente a la unidad y la aceptación del grupo. En otros establecimientos, la decisión puede depender del personal y del paciente.

Todos los programas deben tener una política de admisión que garantice que el ingreso es voluntario, y el paciente debe confirmarlo con un consentimiento por escrito. Dicha política debe describir claramente los criterios de admisibilidad y exclusión. Además, deben contar con un procedimiento escrito de admisión/orientación que se aplique a todas las personas que ingresan en el programa. Durante el ingreso, los nuevos residentes deben recibir información adecuada, así como documentación sobre el programa, incluidos sus objetivos, métodos de tratamiento y normas. Es importante informar a los pacientes sobre sus obligaciones y derechos, privacidad, no discriminación y confidencialidad. Es necesario informar a los pacientes sobre las funciones del personal, la filosofía subyacente del programa y las normas de comunicación con los visitantes y las personas ajenas al programa. Es necesario tratar detalles administrativos, como el coste del programa y los métodos de pago. El personal debe conocer a fondo las políticas y procedimientos de admisión. Por último, es necesario estudiar y firmar un contrato de tratamiento en el que se describan claramente todos los servicios, procedimientos, políticas y normas del tratamiento, así como las expectativas del paciente respecto al programa.

Si no se acepta a un posible paciente o residente en un programa, tanto el paciente como el organismo que lo deriva debe recibir una explicación exhaustiva, verbalmente y por escrito, sin violar la confidencialidad. Es importante que las personas que no sean aceptadas en el programa sean derivadas a otro centro. El personal que realiza las evaluaciones, que trabaja con una red de servicios preexistente, debe estar familiarizado con los servicios alternativos adecuados para las derivaciones.

Es posible que determinadas personas con necesidades especiales de tratamiento y cuidados requieran ingresar en otro tipo de establecimientos de larga estancia. Entre ellos hay mujeres, niños y adolescentes, personas con un diagnóstico doble y personas con discapacidades del desarrollo. Si es posible, deben tener acceso a programas especializados de tratamiento residencial a largo plazo. Para más detalles sobre cómo adaptar los programas a los grupos de población con necesidades especiales, véase el capítulo 5.

Evaluación

Algunos servicios realizan una entrevista telefónica inicial antes de la evaluación en persona. En los programas de tratamiento residencial de larga duración debe realizarse una evaluación psicosocial y médica exhaustiva de cada paciente entrante para determinar sus necesidades individuales y su idoneidad para el programa. Puede ser necesario ubicar a los pacientes con trastornos mentales y físicos importantes en un entorno que proporcione el nivel adecuado de atención médica y psiquiátrica. Para ello, es necesario el consentimiento informado de los pacientes.

En una primera reunión, el personal se familiariza con el futuro residente y este con el programa residencial. Es el primer paso en el establecimiento de una alianza terapéutica. Esa reunión suele servir para que los futuros residentes decidan si quieren incorporarse al programa, y para que, desde el programa, se decida si se admite a los futuros residentes.

Tras el consentimiento del paciente, es necesario analizar las necesidades individuales y la medicación con los organismos que lo derivan y el personal médico que se ocupa del paciente. Las conversaciones deben incluir un plan sobre cómo gestionar la abstinencia, en caso necesario.

Los planes de tratamiento deben elaborarse a partir de evaluaciones exhaustivas, preferiblemente con instrumentos y procedimientos normalizados, como el Addiction Severity Index o la CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta - módulo sobre toxicomanía (véase la lista de herramientas de evaluación del apartado 4.2).

Las siguientes áreas son importantes para la evaluación:

- los tratamientos de corta y larga duración a los que se ha sometido anteriormente y la percepción que tiene de ellos;
- el estado general de salud, incluidos los problemas de salud en ese momento y las discapacidades físicas, sensoriales o cognitivas;
- la salud mental, incluido el historial de traumas y abusos (físicos, emocionales y sexuales), la violencia y el riesgo de suicidio, y el funcionamiento psicológico e interpersonal actual;
- las condiciones de vida presentes, incluido un alojamiento y una vivienda seguros y una red de apoyo en el hogar;
- la vida familiar, incluidas las relaciones con la familia de origen, las relaciones de pareja y los hijos a cargo;
- las amistades, incluidas las redes de relaciones entre pares, las influencias positivas o negativas y las personas que apoyan la sobriedad a largo plazo;
- la formación y el trabajo, incluidos los antecedentes escolares y laborales, el nivel y las necesidades de formación profesional, los ingresos (legales y de otro tipo);
- los problemas con la justicia, incluida la participación en actividades delictivas relacionadas con el consumo de drogas; y
- las actividades de ocio y las aficiones.

Los tratamientos de larga duración y los establecimientos residenciales brindan la oportunidad de realizar una evaluación continua más exhaustiva. También permiten realizar la evaluación transcurrido un periodo inicial de abstinencia, con lo que se evita que los efectos de la intoxicación por drogas o del síndrome de abstinencia condicionen el diagnóstico de los trastornos. Además, pueden ofrecer garantías para que los pacientes comprendan plenamente la naturaleza del tratamiento y puedan consentirlo plenamente. La convivencia con iguales y con el personal también puede facilitar una evaluación continua de los rasgos de personalidad y del funcionamiento en la vida, que puede ser muy útil para individualizar el tratamiento.

Compromiso con el tratamiento

Un mayor nivel de compromiso con el tratamiento puede tener una influencia positiva en los resultados. Entre las variables que favorecen la permanencia en el tratamiento se incluyen:

- el nivel de motivación para el tratamiento;
- los niveles de consumo de drogas o alcohol antes del tratamiento;
- los antecedentes penales;
- la solidez de la relación terapéutica;
- la percepción de utilidad del establecimiento y de la eficacia del tratamiento; y
- la empatía del personal.

El riesgo de abandono y recaída es mayor durante las tres primeras semanas y, sobre todo, los primeros días de un tratamiento residencial de larga duración. Por lo tanto, es importante que los residentes reciban una atención adecuada y cuidados individualizados centrados en aumentar la motivación para permanecer en tratamiento. Especialmente durante ese periodo, es posible que muchos residentes sigan experimentando malestar psicológico relacionado con síntomas de abstinencia prolongados (insomnio, ansiedad, irritabilidad y ansias de consumir drogas). Pueden sentirse ambivalentes respecto al abandono del consumo de drogas y tener dificultades para adaptarse a las normas del programa.

Para hacer frente a la indecisión y la ambivalencia sobre el programa de tratamiento, el personal debe:

- crear un ambiente agradable y acogedor;
- establecer una alianza terapéutica basada en la confianza desde el inicio del proceso;
- responder rápidamente a las solicitudes de tratamiento para sacar el máximo partido del compromiso terapéutico de los pacientes;
- proporcionar información sobre la filosofía del programa, las expectativas, el enfoque del tratamiento y la rehabilitación, la retención y los resultados de salud, y las preocupaciones que los residentes suelen encontrar al inicio del tratamiento;
- centrarse en las preocupaciones inmediatas de los usuarios, más que en las del programa;
- reforzar el apoyo en las primeras 72 horas de tratamiento mediante una observación más estrecha, una mayor interacción general y el uso de un sistema de apadrinamiento (el emparejamiento de cada nuevo residente con un residente ya asentado);
- elaborar planes y objetivos de tratamiento realistas e individualizados que reflejen las necesidades de los pacientes y que sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a sus progresos;
- concienciar sobre la heterogeneidad de los usuarios, en particular en los procesos de tratamiento en grupo;
- ser atento y respetuoso en todos los aspectos del programa de tratamiento, ya que la confrontación suele provocar enfado y el abandono prematuro del tratamiento;
- proporcionar comentarios objetivos sobre los problemas y los procesos de cambio para afianzar la credibilidad y la confianza; y
- desarrollar estrategias de motivación centradas en cada paciente.

Intervenciones terapéuticas

Como mínimo, el tratamiento residencial a largo plazo debe proporcionar entornos sin drogas ni alcohol, apoyo psicosocial individual, intervenciones para ayudar a adquirir habilidades para la vida y una variedad de reuniones de grupo periódicas. Pueden ser reuniones matinales, grupos no confrontativos, grupos específicos de género, grupos de ayuda mutua y apoyo entre iguales. Los programas de internamiento en hospitales también deben ofrecer atención médica y psiquiátrica, terapia individual y de grupo e intervenciones en las que participen los familiares. Si bien algunos programas de tratamiento residencial de larga duración solo proporcionan tratamiento psicosocial, otros pueden ofrecer apoyo farmacológico, incluido el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, si está indicado.

En algunos casos, incluyen una amplia gama de modalidades terapéuticas, como intervenciones psicosociales individuales y en grupo, formación en habilidades para la vida, formación profesional y educativa y actividades recreativas. Las intervenciones basadas en pruebas que se suelen utilizar en el tratamiento ambulatorio también pueden adaptarse y aplicarse al tratamiento residencial de larga duración. Los métodos específicos de tratamiento psicosocial aplicables incluyen: la terapia cognitivo-conductual; la administración de condicionantes y la terapia de refuerzo motivacional; la terapia familiar o conductual de pareja; el entrenamiento en habilidades sociales; y otros métodos descritos en la sección sobre intervenciones de tratamiento (véase la sección 4.2). Los programas estructurados de prevención de recaídas son esenciales para preparar a los residentes para su reintegración en la comunidad. Las intervenciones terapéuticas, como la terapia artística y creativa, la terapia del movimiento, las meditaciones, la relajación y la actividad física (por ejemplo, el ejercicio y los deportes de grupo) pueden ayudar a los pacientes a descubrir y desarrollar nuevas actividades de tiempo libre y recreativas. Esto puede favorecer la rehabilitación si se mantienen cuando los pacientes regresan a la comunidad.

Dado que el empleo es esencial para la reintegración y la rehabilitación, se suele preparar a los residentes para el trabajo a través de cursos educativos, servicios de formación profesional y capacitación laboral. Los servicios de formación profesional incluyen asesoramiento laboral, preparación para entrevistas de trabajo, redacción de hojas de vida y servicios de presentación de solicitudes de empleo y de búsqueda de trabajo. La formación profesional permite a los residentes adquirir destrezas y desarrollar la confianza en sí mismos. Las actividades laborales y educativas son intervenciones terapéuticas que se combinan con otros métodos para preparar a los residentes para su inserción en la comunidad.

Como en cualquier otro entorno de tratamiento, deben evitarse las confrontaciones verbales duras o las técnicas de humillación. Asimismo, es importante evitar las técnicas punitivas o restrictivas (incluida la contención física) y cualquier otra intervención que comprometa la seguridad o la dignidad de la persona.

Documentación de los pacientes

Los historiales escritos o electrónicos de los pacientes deben conservarse de forma confidencial en un lugar seguro, al que solo tenga acceso el personal que participe directamente en el tratamiento. La documentación adecuada debe incluir, como mínimo:

- el consentimiento para el tratamiento y la aceptación de las normas del programa, ambos firmados;
- la política de confidencialidad y ética firmada;
- la evaluación del paciente;
- los planes de tratamiento y gestión de cada residente;
- las revisiones o actualizaciones periódicas de los planes de tratamiento con información detallada sobre el tratamiento, los progresos y cualquier cambio en los objetivos iniciales;
- los registros de alta de los pacientes con un resumen del tratamiento concluido.

Duración del tratamiento

El tratamiento residencial de larga duración debe prolongarse al menos tres meses y, con toda probabilidad, mucho más, en función de las necesidades del paciente. Un tratamiento de duración e intensidad suficientes aumenta las posibilidades de que los residentes consoliden e interioricen los cambios de comportamiento y su preparación para llevar una vida sin drogas en sus comunidades. La duración del tratamiento necesaria para alcanzar este punto varía en función de cada residente.

Alta y seguimiento

Muchos pacientes necesitan apoyo farmacológico y psicosocial continuado una vez dados de alta del tratamiento residencial de larga duración. Debe existir una gestión eficaz de la derivación a cuidados posteriores (o cuidados continuados) para realizar un seguimiento de las personas tras el alta. En la sección 4.2.6 se ofrecen más detalles sobre la gestión de la rehabilitación.

Personal

La dotación de personal de los establecimientos de tratamiento de larga duración o residenciales depende del tipo de servicio y de la categoría de pacientes a los que se atiende. En función del tamaño del programa, la prestación de una atención óptima suele requerir un equipo multidisciplinar de profesionales formados, además de voluntarios.

Las comunidades terapéuticas y otros servicios de tratamiento residencial a largo plazo requieren cierto grado de supervisión médica. Debe haber personal médico, incluidos psiquiatras si es posible, de guardia o disponible durante un determinado número de horas a la semana. Los establecimientos residenciales de tratamiento para personas con comorbilidades graves deben disponer de servicios internos de atención médica durante el día y de guardia durante la noche.

En todo momento deben estar presentes en el lugar del programa psicoterapeutas, personal de enfermería y trabajadores sociales. Los antiguos residentes y las personas que se están recuperando de trastornos por consumo de drogas y trabajan como personal pueden ser ejemplos de conducta de gran valor para los residentes. Preferiblemente deben haber trabajado fuera de un programa de tratamiento y tener formación profesional como psicoterapeuta o animador de grupo. Para los profesionales que empiezan a trabajar en un programa residencial de larga duración, es aconsejable pasar un tiempo en el programa antes de ser contratados o inmediatamente después de la contratación.

Consideraciones de seguridad

Todos los programas de tratamiento residencial deben ofrecer garantías de seguridad al personal y a los residentes para garantizar un entorno de vida y aprendizaje psicológica y físicamente seguro.

El entorno físico y el aspecto de las instalaciones son muy importantes, ya que sus residentes pueden permanecer varios meses en el programa. El establecimiento debe ser como un hogar y no parecer una cárcel o un hospital. Es importante prohibir el alcohol y las drogas y velar por su cumplimiento. No obstante, los residentes no tienen por qué dejar de tomar los medicamentos psicoactivos prescritos, como antidepresivos, metadona o buprenorfina, utilizados bajo supervisión médica para tratar trastornos psiquiátricos o por consumo de sustancias, salvo indicación médica contraria. Deben existir procedimientos para la gestión de los medicamentos prescritos, que incluyan su almacenamiento, dispensación y administración.

Los comportamientos inaceptables, como el consumo de drogas o alcohol, la violencia, los robos y las actividades sexuales entre residentes, pueden dar lugar a la expulsión del programa. El análisis toxicológico de orina, al que se someten frecuentemente los residentes al regresar al entorno de tratamiento tras un permiso temporal y cuando se sospecha que han consumido drogas, puede ayudar a mantener un entorno sin drogas. Deben existir procedimientos para notificar y gestionar los incidentes peligrosos, como los abusos físicos o sexuales. Deben existir procedimientos claros para tratar las infracciones de las normas y valores del programa de forma proporcional a las circunstancias específicas. El contacto con los visitantes debe estar restringido, vigilado o supervisado, sobre todo en las primeras fases del tratamiento.

Si una persona recibe el alta o no es admitida a tratamiento, debe ser informada sobre cómo detectar y gestionar las sobredosis, además de recibir información sobre otras opciones de tratamiento, apoyo y cuidados.

Criterios de conclusión del programa e indicadores de eficacia

La evaluación del éxito del tratamiento de una persona y su preparación para el alta debe tener en cuenta varios factores, entre ellos su:

- salud física y mental;
- motivación para continuar el tratamiento y la rehabilitación tras el alta;
- capacidad y motivación para trabajar o estudiar y contribuir a la comunidad;
- mejora de las habilidades de autogestión y de la capacidad para regular las emociones;

- comprensión de los factores y desencadenantes que pueden propiciar el consumo de drogas y las recaídas, así como una capacidad demostrada para reconocerlos y gestionar las ansias de consumir drogas;
- mejora de las relaciones sociales, del funcionamiento y de la voluntad de alejarse de las redes de consumo de drogas y acercarse a círculos sociales que valoren la abstinencia y la rehabilitación; y
- desarrollo de nuevas habilidades, aficiones e intereses que puedan continuar tras el alta.

Algunos programas de tratamiento residencial de larga duración ofrecen una fase de tratamiento de transición o reinserción para preparar a los residentes para el alta. Durante esta fase, los residentes pueden pasar cada vez más tiempo fuera de la comunidad (estudiando o trabajando) sin dejar de participar en el programa como residentes. Se trata de un periodo de mayor contacto con la comunidad en general, mientras los residentes siguen beneficiándose de la seguridad, la estabilidad y el apoyo que ofrecen los servicios del programa. Les permite poner en práctica las habilidades recién adquiridas, mantener la abstinencia, desarrollar nuevas relaciones y redes de amistad solidarias y, en su caso, restablecer los lazos con sus familiares directos.

El funcionamiento general y la eficacia de todo programa de tratamiento residencial de larga duración pueden evaluarse mediante una combinación de indicadores de proceso (incluidos los servicios que se prestan o los objetivos que alcanzan los pacientes durante la estancia de tratamiento) y medidas objetivas de los resultados a largo plazo de los pacientes tras el alta.

Los indicadores pueden incluir la proporción de pacientes que:

- completan el tratamiento;
- participan en un tratamiento de seguimiento o en la gestión de la rehabilitación tras el alta;
- completan el tratamiento y consiguen abstenerse de consumir drogas durante el seguimiento (por ejemplo, a intervalos de seis meses) según los informes de los propios pacientes y otros indicadores de rehabilitación.

Requisitos clave para los establecimientos de tratamiento residencial o de larga duración

- El establecimiento de tratamiento residencial de larga duración cuenta con un programa terapéutico planificado.
- Todos los pacientes se someten a una evaluación exhaustiva.
- Todos los pacientes tienen un plan de tratamiento individualizado por escrito, revisado periódicamente, en función de su evaluación.
- Hay un programa diario estructurado y coherente de actividades colectivas.
- El programa de tratamiento tiene una cadena clara de responsabilidad clínica.
- Existen privilegios claramente definidos con una justificación y un proceso para asignarlos.
- El servicio asume la responsabilidad de mejorar y mantener la salud física de los pacientes.
- Existen políticas y procedimientos escritos y una supervisión clínica adecuada para el tratamiento farmacológico y la gestión de los medicamentos prescritos.
- El servicio está equipado para preparar a los residentes para una vida independiente en sociedad.
- Las residencias registradas y otros establecimientos de tratamiento a largo plazo cumplen las normas mínimas nacionales para centros residenciales.
- Existen criterios definidos para la expulsión de pacientes, entre otras cosas, por la violación de las normas del centro, la violencia y el consumo continuado de medicamentos no prescritos.

- Existe un estricto código ético para el personal. Es aconsejable crear un consejo externo que se encargue de la supervisión con el fin de garantizar que tanto la dirección como el personal del establecimiento respeta las buenas prácticas y la ética y se abstiene de incurrir en abuso de poder.
- Existen criterios definidos para la gestión de situaciones de riesgo específicas (como la intoxicación y el riesgo de suicidio).
- El alta se basa en la consideración del estado de rehabilitación del paciente.
- Se presta atención al tratamiento adicional y al apoyo (familiar, social o de otro tipo) que puedan ser necesarios, en función del diagnóstico, los objetivos y los recursos del paciente.
- Se contemplan planes terapéuticos con alternativas que podrían seguirse en caso de fracaso parcial o total del plan original, o en caso de expulsión del centro.
- El establecimiento dispone de políticas para garantizar la seguridad en el trabajo y la gestión de situaciones de riesgo.
- La estructura y la gestión del programa de tratamiento de larga duración están definidas, y se detallan las funciones y competencias de cada puesto, además de garantizar que los métodos de selección, contratación y formación del personal se ajustan a las normas legales vigentes y a las reglas internas establecidas.
- Las historias clínicas escritas o electrónicas se conservan de forma que se respete la confidencialidad del paciente.
- En caso de violación de los derechos de un paciente por parte de un empleado se documenta en los registros de personal, según proceda, junto con las medidas oportunas que se adoptaron.
- El tratamiento hospitalario especializado a corto plazo de los trastornos por consumo de drogas solo está administrado por personal con las cualificaciones y licencias pertinentes (por ejemplo, en los ámbitos médico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo) y siempre con el consentimiento del paciente.

4.2 Modalidades e intervenciones terapéuticas

4.2.1 Cribado, intervenciones breves y derivación a tratamiento

Descripción

El cribado, las intervenciones breves y la derivación a tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés) son intervenciones basadas en pruebas científicas que se utilizan para detectar, reducir y prevenir los trastornos por consumo de drogas, en particular en los entornos de salud que no están especializados en el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas (OMS, 2016). La formación en SBIRT puede ser útil para todo el personal de salud, sobre todo para quienes trabajan en poblaciones con una alta prevalencia de consumo de sustancias o con personas que padecen trastornos por consumo de sustancias.

Cribado

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

- herramientas de obtención de información facilitada por los propios pacientes (entrevistas, cuestionarios rellenos por los pacientes); y
- marcadores biológicos (niveles de alcohol en sangre, presencia de drogas en saliva, suero u orina).

Las herramientas en las que los propios pacientes facilitan la información tienen la ventaja de que no son físicamente invasivas y son baratas. Una buena herramienta de este tipo debe ser breve, fácil de utilizar e interpretar, debe tener

en cuenta el alcohol y otras drogas y ser lo suficientemente específica y precisa desde el punto de vista clínico como para detectar si una persona necesita una intervención breve o una derivación a tratamiento.

Para mejorar la precisión de estas herramientas, es importante garantizar la confidencialidad del paciente, realizar la entrevista en un entorno que propicie la sinceridad y formular preguntas claras y objetivas.

Existe toda una serie de herramientas validadas para la detección de trastornos por consumo de drogas. Entre ellas se encuentra la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), una herramienta de detección basada en pruebas científicas desarrollada y recomendada por la OMS (OMS, 2010a). ASSIST consta de ocho preguntas sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas (incluido el consumo de drogas inyectables). En función de las respuestas, se determina si el consumo es peligroso o dañino, o si existe dependencia. Se elaboró específicamente para un entorno de atención primaria y se recomienda su uso en entrevistas o para que el usuario la cumplimente por sí solo.

Tras el cribado, pueden utilizarse herramientas adicionales para obtener una evaluación más detallada de los pacientes, e incluir el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI) (McLellan, Luborsky y Woody, 1980), en el que se evalúa la gravedad de los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias y los problemas asociados (incluidos los problemas psiquiátricos, de salud física y familiares). Cuando el paciente no está en abstinencia aguda, es posible plantearse realizar una entrevista estructurada para detectar trastornos psiquiátricos. Las herramientas para ello incluyen la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016), la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID) (First et al, 2015) o la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta-módulo sobre toxicomanía (CIDI-SAM) (Cottler, 2000). Estas son especialmente útiles para diagnosticar los trastornos por consumo de drogas e identificar las enfermedades psiquiátricas concurrentes.

Si bien los marcadores biológicos pueden ser útiles en el marco del SBIRT cuando un paciente no puede responder a una entrevista en persona (por ejemplo, mientras está inconsciente en cuidados intensivos), es necesario disponer de información para obtener los resultados. Ahora bien, en el caso de los pacientes conscientes es preferible utilizar una herramienta de cribado en la que ellos mismos faciliten la información.

Intervención breve

Las intervenciones breves son terapias estructuradas de corta duración (normalmente de 5 a 30 minutos) cuyo objetivo es ayudar a una persona a abandonar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas o, con menor frecuencia, a hacer frente a otros problemas vitales. Están diseñadas principalmente para médicos generalistas y otros trabajadores de la atención primaria de salud (OMS, 2001; OMS, 2010b). Mediante un enfoque centrado en el paciente y basado en sus puntos fuertes, se les capacita y motiva para que asuman la responsabilidad y cambien su conducta en relación con el consumo de sustancias. Si están disponibles y son necesarias, las intervenciones breves pueden prolongarse durante una o dos sesiones para ayudar a los pacientes a desarrollar las habilidades y los recursos necesarios para cambiar, o para realizar un seguimiento que permita evaluar si es necesario seguir con el tratamiento.

Una intervención breve eficaz requiere varios pasos básicos. En primer lugar, el profesional aborda el tema del consumo de drogas con respecto a la salud y el bienestar del paciente y cómo se relaciona con la situación en la que se encuentra. La conversación se centra en el paciente y se utilizan estrategias como el resumen y la reflexión para hacer observaciones. Se pide a los pacientes que hablen del cambio y se fijen objetivos realistas. La sesión concluye con un resumen del profesional y un comentario positivo para que el paciente asuma la responsabilidad de cambiar su comportamiento.

Los componentes de las intervenciones breves eficaces pueden resumirse en el marco FRAMES (por las siglas en inglés):

- **Feedback** (observaciones): Se informa al paciente sobre los riesgos y el deterioro personal.
- **Responsabilidad**: Se responsabiliza del cambio al paciente.
- **Asesoramiento**: Los profesionales dan consejos para lograr el cambio.
- **Menú**: Se ofrece un menú de opciones alternativas de autoayuda o tratamiento.
- **Empatía**: Se utiliza un estilo empático de apoyo psicológico.
- **Self-efficacy** (autoeficacia): Se genera autoeficacia o empoderamiento optimista.

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

- preguntar a los usuarios si están interesados en ver sus puntuaciones del cuestionario;
- proporcionar observaciones personalizadas a los usuarios sobre sus puntuaciones mediante la tarjeta creada para ello;
- brindar consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias;
- permitir a los usuarios responsabilizarse de sus decisiones;
- preguntar a los usuarios cuán preocupados están por sus puntuaciones;
- ponderar las cosas buenas del consumo de sustancias frente a «las cosas menos buenas»;
- resumir y reflexionar sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo de sustancias, haciendo hincapié en «las cosas menos buenas»;
- preguntar a los usuarios cuán preocupados están por «las cosas menos buenas»;
- entregar a los usuarios los materiales para llevar a la casa con el fin de reforzar la intervención breve.

Derivación a tratamiento

Una vez que el cribado y la posterior evaluación de una persona confirman que padece un trastorno por consumo de drogas clínicamente significativo, un consumo grave de polisustancias, o una afección psiquiátrica o física concurrente, debe ser derivada sin demora al establecimiento más adecuado para su tratamiento. Las derivaciones pueden acelerarse si se concierta la cita con el centro de tratamiento en presencia del paciente, se asignan «guías» que acompañen al paciente al establecimiento donde se realizará el tratamiento y se hace un seguimiento de la inscripción en el programa con el paciente. El método de derivación más eficaz consiste en iniciar y proporcionar tratamiento para los trastornos por consumo de drogas en el establecimiento que lleva a cabo el proceso SBIRT.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

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

- Cuando en un establecimiento de salud no especializado se detecten casos de personas que consumen cannabis y psicoestimulantes se debe ofrecer una intervención breve. La intervención breve debe constar de una sola sesión de 5-30 minutos de duración, en la que se ofrezcan comentarios y consejos individualizados sobre la reducción o el abandono del consumo de cannabis o psicoestimulantes, y se ofrezca un seguimiento.
- Las personas con problemas continuos relacionados con el consumo de cannabis o drogas psicoestimulantes que no respondan a intervenciones breves deben ser consideradas para su derivación a una evaluación especializada.

4.2.2 Intervenciones psicosociales basadas en pruebas

Descripción

Las intervenciones psicosociales deben utilizarse en los programas de tratamiento ambulatorio para tratar los factores motivacionales, conductuales, psicológicos y otros factores psicosociales relacionados con los trastornos por consumo de drogas. Estas intervenciones han demostrado ser eficaces para reducir el consumo de drogas, fomentar la abstinencia y prevenir las recaídas. Las intervenciones psicosociales también pueden servir para mejorar la observancia del tratamiento y la medicación. Los distintos trastornos por consumo de drogas requieren un abanico de intervenciones y, entre las que han demostrado su eficacia, constan las siguientes: psicoeducación; terapia cognitivo-conductual; entrevista motivacional; enfoque de refuerzo comunitario; terapia de refuerzo motivacional; terapia familiar; administración de condicionantes; terapia dialéctica-conductual; terapia cognitiva basada en la atención plena en el

momento presente; terapia de aceptación y compromiso; terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma; grupos de ayuda mutua (incluidos los grupos de 12 pasos); y apoyo en materia de vivienda y empleo, entre otras (OMS, 2016).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la idea de que las pautas de comportamiento y los procesos cognitivos en torno al consumo de drogas son adquiridos y pueden modificarse. Durante el tratamiento, los pacientes aprenden nuevas habilidades para afrontar los problemas y estrategias cognitivas para sustituir los patrones de conducta y pensamiento inadaptados. Las sesiones de TCC se estructuran con objetivos específicos que deben alcanzarse en cada sesión y se centran en los problemas inmediatos a los que se enfrenta el paciente. La TCC puede utilizarse como un enfoque a corto plazo adaptable a una amplia gama de pacientes y entornos, y aplicable tanto a sesiones de tratamiento individuales como de grupo. Puede combinarse perfectamente con otros tratamientos psicosociales y farmacológicos.

Administración de condicionantes

La administración de condicionantes consiste en ofrecer a los pacientes recompensas concretas para reforzar los comportamientos positivos, como la abstinencia, la asistencia al tratamiento, el cumplimiento de la medicación o los objetivos terapéuticos específicos del paciente. Para que sea eficaz, es necesario acordar resultados positivos con una medidas objetivas (por lo general, un análisis toxicológico de orina y un resultado negativo en el cribado de drogas) y una respuesta inmediata. Los resultados de las pruebas de detección de drogas proporcionan un indicador del progreso del tratamiento y pueden analizarse en las sesiones para comprender mejor el estado del paciente. A menudo, este enfoque de gestión de los elementos condicionantes, que puede combinarse con la TCC, se utiliza como parte del tratamiento y se centra en reforzar los nuevos comportamientos que son incompatibles con el consumo de drogas.

Los pacientes tratados con este enfoque basado en incentivos —a diferencia de los que utilizan otros tratamientos— suelen reducir en mayor medida el consumo de drogas al principio. Ahora bien, existen dudas de que estos efectos puedan perdurar si no se utiliza en combinación con otros enfoques terapéuticos. La administración de condicionantes ha demostrado ser especialmente útil en el tratamiento de pacientes con trastorno por consumo de anfetaminas y cocaína, ya que reduce el consumo de drogas y el número de pacientes que abandonan el tratamiento. En otros estudios se constató que, cuando se utilizaban vales para recompensar a los pacientes por logros significativos en su tratamiento, aumentaba realmente el nivel de empleo entre ellos. Si bien muchos de los ensayos de investigación utilizan dinero como incentivo, es importante adaptar el método a la cultura y la población, con la aportación de los pacientes.

El enfoque de refuerzo comunitario

El enfoque de refuerzo comunitario es un enfoque conductual para reducir el consumo de drogas en el que las personas con trastornos por consumo de drogas intentan modificar la forma en que interactúan con su comunidad para obtener un refuerzo más positivo de dichas interacciones. Los profesionales del enfoque de refuerzo comunitario animan a los pacientes a ir acumulando progresivamente una serie de actividades agradables no relacionadas con las drogas, como interacciones familiares positivas, actividades sociales saludables o una ocupación laboral. Las estrategias del enfoque de refuerzo comunitario incluyen: desarrollar las habilidades (como las de comunicación, sociales, laborales, de resolución de problemas, de rechazo de las drogas y de prevención de recaídas) de las personas con trastornos por consumo de drogas; animar a los clientes a analizar todos los aspectos de su vida que son importantes para su felicidad, y trabajar con los familiares y otros miembros de la comunidad de los pacientes para fomentar interacciones más positivas.

Entrevista motivacional y terapia de refuerzo motivacional

Las entrevistas motivacionales son intervenciones psicosociales destinadas a aumentar la motivación para cambiar un comportamiento. Es colaborativa, participativa y respeta la autonomía del paciente. El profesional asume un papel de asesor, más que de autoridad, y trata de comprender qué es importante para el paciente. Esto crea empatía y fomenta una alianza terapéutica que puede estimular el cambio de comportamiento. El paciente puede llegar a darse cuenta de que su conducta de consumo de drogas es incoherente con las cosas que le importan. Las entrevistas motivacionales también son un método prometedor para reducir los comportamientos de alto riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección o compartir jeringuillas. Una o dos sesiones de entrevista motivacional son adecuadas en los casos leves de consumo de drogas. Para tratar los trastornos por consumo de drogas más graves, puede ampliarse a seis o más sesiones (en las que el enfoque se denomina «terapia de refuerzo motivacional»).

Enfoques de tratamiento orientados a la familia

Los enfoques de tratamiento formales orientados a la familia son un conjunto de métodos en los que se tiene en cuenta la importancia de las relaciones y las culturas familiares en el comportamiento. En estos enfoques se aprovechan o utilizan las relaciones o los sistemas familiares para ejercer una influencia positiva en el comportamiento de los miembros de la familia con trastornos por consumo de drogas. El concepto de familia puede incluir diferentes relaciones familiares: parejas casadas sin hijos, familias nucleares o extensas tradicionales, parejas que conviven con o sin hijos, familias monoparentales y familias mixtas formadas por parejas con hijos de relaciones anteriores.

Los enfoques de tratamiento orientados a la familia han demostrado ser eficaces para mejorar el compromiso con el tratamiento, reducir el consumo de drogas y estimular la implicación en el periodo posterior al tratamiento en comparación con la atención centrada únicamente en el paciente. Estos enfoques son particularmente útiles para educar a los pacientes y sus familias sobre la naturaleza de los trastornos por consumo de drogas y el proceso de rehabilitación. Entre los enfoques orientados a la familia considerados eficaces para diferentes trastornos por consumo de drogas se incluyen la terapia conductual de pareja, la terapia familiar estratégica breve, la terapia familiar funcional, la terapia multisistémica y la terapia familiar multidimensional.

La terapia familiar multidimensional parece especialmente eficaz en el tratamiento de la dependencia del cannabis en la adolescencia. La terapia conductual de pareja se ha examinado más como parte del tratamiento de la dependencia del alcohol y de los pacientes con trastornos por consumo de opiáceos y cocaína, si bien también puede aplicarse al tratamiento de otros trastornos por consumo de drogas.

El trabajo con la familia puede servir también de ayuda cuando el paciente se niega a participar en el tratamiento mediante enfoques como la terapia familiar unilateral o el refuerzo comunitario y la capacitación familiar. La UNODC elaboró materiales de formación, de libre acceso, sobre la terapia familiar para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias entre los adolescentes².

Siempre que sea posible y oportuno, las familias y los cuidadores de las personas con trastornos por consumo de drogas deben participar en los procesos de tratamiento y apoyarlos, respetando al mismo tiempo la confidencialidad del paciente. Esto incluye: compartir información correcta sobre los trastornos por consumo de drogas y su tratamiento (teniendo en cuenta cuestiones de confidencialidad); evaluar las necesidades personales, sociales y de salud mental; y facilitar el acceso a grupos de apoyo para familiares y cuidadores (si existen) y otros recursos sociales.

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua, como Narcóticos Anónimos, los programas de 12 pasos de apoyo entre iguales y otras entidades de este tipo, pueden servir de apoyo a las personas con trastornos por consumo de drogas. Estos grupos proporcionan información, actividades estructuradas y apoyo entre iguales en un entorno sin prejuicios. Es necesario proporcionar a los pacientes información sobre los grupos de este tipo que existen en la zona, así como sus datos de contacto. Los proveedores de servicios también pueden facilitar la participación de los pacientes, bien remitiéndolos directamente o ayudándoles a mantener un vínculo duradero con los representantes de las iniciativas locales de apoyo entre iguales.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

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

- Para el tratamiento de la dependencia de psicoestimulantes pueden ofrecerse intervenciones psicosociales, incluida la administración de condicionantes, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar.
- Para el tratamiento de la dependencia del cannabis pueden ofrecerse intervenciones psicosociales basadas en la terapia cognitivo-conductual, la terapia de refuerzo motivacional o la terapia familiar.
- Para el tratamiento de la dependencia del alcohol pueden ofrecerse intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de pareja, la terapia psicodinámica, las terapias conductuales, la terapia basada en la red social, la administración de condicionantes y las intervenciones motivacionales, así como los programas de 12 pasos.

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

4.2.3 Intervenciones farmacológicas basadas en pruebas

Descripción

Los medicamentos pueden ser muy útiles para controlar o tratar diversos trastornos debidos al consumo de drogas, como la intoxicación, la sobredosis, el síndrome de abstinencia, la dependencia y los trastornos psiquiátricos inducidos o relacionados con las drogas. Las intervenciones farmacológicas deben administrarse junto con intervenciones psicosociales.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la abstinencia de drogas

El síndrome de abstinencia no diagnosticado y no tratado conlleva el riesgo de que el paciente abandone el tratamiento. El tratamiento del síndrome de abstinencia, también conocido como «desintoxicación», suele ser la principal prioridad si el paciente tiene antecedentes recientes de dependencia grave y a menudo prolongada de opiáceos, alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos o polisustancias. Para ello, es necesario aplicar protocolos de abstinencia basados en pruebas, que suelen emplear farmacoterapia combinada con reposo, nutrición y asesoramiento motivacional.

Abstinencia de opiáceos

El tratamiento farmacológico de la abstinencia de opiáceos consiste en un tratamiento a corto plazo con metadona y buprenorfina, o agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina o lofexidina). Si ninguna de estas opciones está disponible, otra posibilidad sería utilizar dosis decrecientes de opiáceos débiles, así como medicamentos para tratar los síntomas específicos que aparezcan. No obstante, las personas con dependencia de los opiáceos suelen responder mejor al tratamiento con agonistas opioides a largo plazo, puesto que, por sí sola, la desintoxicación las expone a un mayor riesgo de sobredosis.

El objetivo principal del tratamiento del síndrome de abstinencia es estabilizar la salud física y psicológica del paciente al tiempo que se controlan los síntomas del abandono o la reducción del consumo de drogas. Es necesario controlar el síndrome de abstinencia antes de iniciar el tratamiento posterior con antagonistas opioides. Ahora bien, los pacientes son especialmente vulnerables en ese momento. Esto se debe a que uno de los principales factores de riesgo de sobredosis mortal de opiáceos son los periodos recientes de abstinencia, dado que se reduce la tolerancia y existe un gran peligro de calcular mal la dosis. Cuando esté disponible, resulta seguro y eficaz tratar la desintoxicación de opiáceos con dosis diarias decrecientes y supervisadas de metadona y buprenorfina durante un periodo de una a dos semanas. En su defecto, pueden utilizarse dosis bajas de clonidina o lofexidina, o medicamentos opiáceos más débiles reducidos gradualmente, junto con medicamentos específicos para tratar los síntomas de la abstinencia de opiáceos a medida que van apareciendo. El personal clínico solo debe prescribir sedantes durante periodos breves y vigilar atentamente la respuesta al tratamiento, ya que el uso prolongado de algunos medicamentos puede conllevar el riesgo de tolerancia y abuso de la medicación. El tratamiento es más eficaz cuando se dispone de asistencia psicosocial durante la gestión de la abstinencia.

Si está disponible, debe administrarse naloxona a las personas con dependencia de opiáceos y a sus familias para que se la lleven a casa en caso de sobredosis de opiáceos. Asimismo, deben recibir formación para tratar las sobredosis de opiáceos.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

- Los servicios de desintoxicación de opiáceos deben estructurarse de forma que esta no sea un servicio aislado, sino que se integre con las opciones de tratamiento en curso.
- La abstinencia de opiáceos debe planificarse junto con el resto de los tratamientos.
- Para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos, deben utilizarse preferentemente dosis reducidas de agonistas opioides (metadona o buprenorfina), aunque también pueden emplearse agonistas alfa-2 adrenérgicos.
- El personal clínico no debe utilizar la combinación de antagonistas opioides con sedación intensa para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos.
- Tampoco debe utilizarse de forma sistemática la combinación de antagonistas opioides y una sedación mínima en el tratamiento de la abstinencia de opiáceos.
- Es preciso ofrecer servicios psicosociales sistemáticamente en combinación con el tratamiento farmacológico de la abstinencia de opiáceos.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los pacientes ingresados en el programa de tratamiento deben responder a preguntas sobre el consumo de polisustancias, incluido el alcohol y los sedantes, y estar en observación para detectar la aparición de síntomas de abstinencia, o recibir tratamiento profiláctico si se consideran de alto riesgo en relación con la posible abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (consumo intenso o prolongado, o antecedentes de episodios de abstinencia en el pasado).

La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede tratarse con benzodiazepinas de acción prolongada, comenzando con una dosis suficiente para aliviar los síntomas de abstinencia que se va reduciendo lentamente a lo largo de días o semanas. Es necesario someter a los pacientes a observación para detectar la aparición de síntomas graves de abstinencia alcohólica o de sustancias hipnóticas y sedantes, como convulsiones, inestabilidad cardiovascular y delirios. Es importante asegurarse de que el tratamiento no esté simplemente prolongando el uso de sustancias hipnóticas y sedantes.

Abstinencia de estimulantes

La abstinencia de estimulantes está menos definida que los síndromes de abstinencia de sustancias que causan la depresión del sistema nervioso central. No obstante, en la abstinencia de estimulantes, se refiere una depresión significativa, acompañada de malestar, apatía e inestabilidad anímica. El tratamiento farmacológico de la abstinencia de estimulantes, si está indicado, debe ser sintomático o centrado en el control de los síntomas.

Abstinencia del cannabis

Los grandes consumidores de cannabis pueden sufrir un síndrome de abstinencia caracterizado por insomnio, dolores de cabeza, depresión e irritabilidad. El tratamiento farmacológico de la abstinencia del cannabis, si está indicado, debe ser sintomático o centrado en el control de los síntomas.

Otras sustancias

El tratamiento de la abstinencia de otras drogas psicoactivas, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas, debe basarse en pruebas científicas (nuevas) sobre las mejores prácticas.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

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

- La abstinencia de cannabis, cocaína o anfetaminas se supera con mayor facilidad en un entorno en el que se encuentre apoyo. No se recomienda ninguna medicación específica para el tratamiento del síndrome de abstinencia de estas drogas.
- El alivio de los síntomas (por ejemplo, agitación, trastornos del sueño) puede lograrse con medicación sintomática durante el periodo del síndrome de abstinencia. Con menor frecuencia, durante el síndrome de abstinencia pueden producirse depresiones o psicosis; en estos casos, es necesario vigilar atentamente a la persona y pedir consejo a los especialistas pertinentes, si están disponibles.
- Es conveniente que la retirada de las benzodiazepinas se lleve a cabo de forma planificada, con una reducción gradual de la dosis a lo largo de 8-12 semanas y una conversión a benzodiazepinas de acción prolongada, en lugar de utilizar las de acción corta. El apoyo psicosocial resulta útil para las personas que se someten a un régimen de reducción progresiva. El síndrome de abstinencia de las benzodiazepinas, si no se controla, puede ser grave; si se desarrolla un síndrome de abstinencia grave (o se produce de forma imprevista al suspender de golpe estos fármacos), debe obtenerse el asesoramiento de un especialista para iniciar un régimen de sedación con altas dosis de benzodiazepinas y hospitalización.
- La presencia de comorbilidades físicas (como convulsiones o dolor crónico) o psiquiátricas en las personas que están dejando de tomar benzodiazepinas puede ser una indicación adicional para la hospitalización.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de opiáceos

Dado que la dependencia de opiáceos suele tener un curso crónico y recidivante, es necesario aplicar un tratamiento de prevención de recaídas a largo plazo para las personas que abandonan el consumo no médico de opiáceos. El tratamiento de prevención de las recaídas debe incluir una combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales. Los tratamientos que se basan únicamente en enfoques psicosociales obtienen resultados inferiores en comparación con los tratamientos que también incorporan la medicación adecuada.

Existen dos grandes estrategias terapéuticas farmacológicas para tratar la dependencia de los opiáceos (OMS, 2009):

- El tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (TAO) con opiáceos de acción prolongada (metadona o buprenorfina), que se combina con asistencia psicosocial, es la intervención farmacológica más eficaz para la dependencia de opiáceos.

- La desintoxicación, seguida de un tratamiento de prevención de recaídas con antagonistas opioides (naltrexona), es especialmente útil para los pacientes que desean abstenerse del consumo de opiáceos.

Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides

El objetivo principal del TAO es reducir o poner fin al consumo no médico de opiáceos y a los riesgos conexos y facilitar la abstinencia mediante la prevención de los síntomas de abstinencia, así como minimizar el deseo de consumir drogas y los efectos de otros opiáceos, si se consumen.

Todos los pacientes que reciben este tratamiento deben tener acceso a intervenciones psicosociales y apoyo durante la rehabilitación. Es preciso establecer vínculos entre las distintas modalidades de tratamiento para poder ofrecer ese apoyo. En general, el incumplimiento de las normas del tratamiento, por sí solo, no debería implicar el alta involuntaria del programa. No obstante, el alta involuntaria del tratamiento sí puede estar justificada para garantizar la seguridad del personal y de otros pacientes. Ahora bien, antes de recurrir al alta involuntaria, deben tomarse medidas razonables para mejorar la situación, incluida la reevaluación del enfoque terapéutico utilizado. Si el alta es inevitable, deber hacerse todo lo posible por derivar al paciente a otros establecimientos o ramas asistenciales y por evitar sobredosis.

Tratamiento de mantenimiento con metadona

En comparación con el tratamiento sin medicación, los pacientes tratados con metadona muestran reducciones considerables en el consumo de heroína y otras drogas. Tienen tasas de mortalidad más bajas, menos complicaciones médicas, menores tasas de transmisión de VIH y hepatitis, menor implicación en actividades delictivas y mejor funcionamiento social y laboral.

En general, es importante empezar poco a poco e ir despacio al comenzar el consumo de metadona. Una vez el tratamiento está inducido de forma segura, el objetivo consiste en alcanzar una dosis óptima para lograr un mantenimiento a largo plazo que evite el ansia y el consumo de opiáceos ilícitos. Es necesario ir aumentando gradualmente la dosis inicial hasta alcanzar la dosis ideal que elimine las ansias de consumir opiáceos, sin inducir sedación ni euforia, y permita a los pacientes funcionar de forma óptima en todos los ámbitos de su vida. El profesional debe ajustar la dosis al alza si el paciente consume heroína y a la baja si se encuentra bajo algún tipo de sedación, o dispuesto a finalizar el tratamiento.

La eficacia de las dosis de mantenimiento de metadona depende de factores individuales, como la capacidad de metabolizar la medicación y las interferencias metabólicas de otros medicamentos (por ejemplo, para el tratamiento de infecciones por VIH o tuberculosis, trastornos psiquiátricos o cardiovasculares) que pueden modificar el nivel de metadona en la sangre. Para mantener unos niveles plasmáticos adecuados y evitar la abstinencia de opiáceos, es importante administrar la metadona a diario y hacer un seguimiento frecuente de los pacientes para comprobar que cumplen la pauta de medicación. Al inicio del tratamiento, la metadona debe administrarse bajo supervisión. Una vez estabilizado el paciente, pueden empezarse a suministrarse dosis para llevar a casa, en función de la legislación local y de una evaluación caso por caso de los riesgos y los beneficios.

Una forma de reducir el tráfico de metadona es diluir la dosis supervisada o la dosis para llevar a casa de la medicación hasta llegar al punto en que sea menos probable que se inyecte.

Combinación de buprenorfina y buprenorfina/naloxona

El tratamiento de mantenimiento con buprenorfina y el tratamiento de mantenimiento con metadona tienen objetivos y principios similares. No obstante, mientras que la premisa para la inducción de metadona consiste en empezar poco a poco, la inducción de la buprenorfina puede realizarse con bastante rapidez hasta alcanzar la dosis efectiva una vez comprobada la tolerancia de la primera dosis. Esto se debe a que, en la inducción de buprenorfina, el riesgo de toxicidad es relativamente bajo como consecuencia de la acción agonista parcial del medicamento.

En comparación con la metadona, la buprenorfina interactúa menos con otros medicamentos administrados habitualmente. Al igual que con la metadona, las dosis de buprenorfina deben administrarse bajo supervisión hasta que el paciente esté estable. A partir de ese momento, es posible programar dosis para llevar a casa, de acuerdo con la legislación local y una evaluación caso por caso de los riesgos y los beneficios.

Para evitar el uso no médico de la buprenorfina, incluida la inyección o el tráfico de comprimidos de buprenorfina, también puede utilizarse una combinación de buprenorfina y naloxona. Esa combinación la hace menos atractiva para un uso no médico, y puede desencadenar síntomas de abstinencia si se inyecta. Dado que la formulación

sublingual puede tardar hasta 15 minutos en disolverse completamente en la boca, también se ha desarrollado una formulación en película que se solidifica en contacto con el agua y dificulta mucho la inyección.

Tratamiento antagonista opiode con naltrexona

El tratamiento con el antagonista opiode de acción prolongada, la naltrexona, solo puede iniciarse tras una desintoxicación del consumo de opioides mantenida durante al menos una semana (en general, suelen ser personas que salen de un tratamiento residencial). La naltrexona se utiliza para prevenir las recaídas; bloquea los efectos de los opiáceos durante uno o dos días. A menos que los pacientes estén suficientemente motivados, las tasas de abandono del tratamiento pueden ser elevadas.

La naltrexona puede ser útil para los pacientes que:

- no tienen acceso al tratamiento con agonistas;
- están muy motivados para abstenerse de consumir opiáceos;
- no pueden tomar tratamiento agonista por sufrir reacciones adversas;
- han obtenido buenos resultados con el tratamiento agonista, pero desean interrumpirlo estando protegidos contra las recaídas.

La naltrexona está disponible en forma de comprimido oral que puede tomarse a diario o tres veces por semana con el fin de mantener los niveles sanguíneos del medicamento necesarios para que surta los efectos terapéuticos deseados. La naltrexona también está disponible en preparados de depósito de liberación prolongada (administrados como inyección o como implante). Con una sola de estas dosis, es posible mantener los niveles terapéuticos de la medicación durante tres o seis semanas. Están en circulación varias formulaciones de implantes de naltrexona que indican una duración aún mayor del bloqueo opiáceo.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

- El tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial no debe ser obligatorio.
- El tratamiento debe estar al alcance de las poblaciones desfavorecidas.
- El tratamiento farmacológico de la dependencia de opiáceos debe ser ampliamente accesible; esto podría incluir la administración del tratamiento en centros de atención primaria. Los pacientes con comorbilidades pueden recibir el tratamiento en los centros de atención primaria si tienen acceso a una consulta especializada cuando sea necesario.
- En el momento de iniciar un servicio de tratamiento, debe existir una previsión realista en cuanto a su viabilidad financiera.
- Las opciones esenciales de tratamiento farmacológico deben consistir en un tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides y servicios para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos. Como mínimo, esto incluiría metadona o buprenorfina para el mantenimiento con agonistas opioides y el tratamiento ambulatorio de la abstinencia.
- Para lograr una cobertura y unos resultados de tratamiento óptimos, el tratamiento de la dependencia de opiáceos debería ser gratuito o estar cubierto por un seguro de salud pública.
- El tratamiento farmacológico de la dependencia de opiáceos debe estar al alcance de todas las personas que lo necesiten, incluidas las que se encuentran en prisión y otros entornos de reclusión.
- Las opciones de tratamiento farmacológico deben consistir en metadona y buprenorfina para el mantenimiento con agonistas opioides y la abstinencia de los opiáceos, agonistas alfa 2 adrenérgicos para la abstinencia de opiáceos, naltrexona para la prevención de recaídas y naloxona para el tratamiento de la sobredosis.
- Las dosis de metadona y buprenorfina deben supervisarse directamente en la fase inicial del tratamiento.
- Para los pacientes dependientes de opiáceos que no inician un tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, debe considerarse la farmacoterapia antagonista con naltrexona una vez finalizada la abstinencia de opiáceos.
- Las dosis para llevar a casa pueden recomendarse cuando la dosis y la situación social sean estables, y cuando exista un bajo riesgo de que se utilicen para fines ilegítimos.
- Podrán plantearse como una opción válida cuando se considere que acudir al establecimiento con menor frecuencia arroja beneficios superiores al riesgo de que esas dosis se desvíen para otros fines, y estará sujeta a una revisión periódica.
- Para maximizar la seguridad y eficacia de los programas de tratamiento de mantenimiento con agonistas, las políticas y normativas deben fomentar estructuras de dosificación flexibles, con dosis iniciales bajas y dosis de mantenimiento altas, y sin imponer restricciones en los niveles de dosis ni en la duración del tratamiento.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

(continuación)

- Todos los pacientes dependientes de opiáceos deben disponer de apoyo psicosocial, en combinación con los tratamientos farmacológicos correspondientes.
- Deben mantenerse actualizados los historiales médicos de todos los pacientes. Estos deben incluir, como mínimo, la historia clínica, el examen clínico, las investigaciones, el diagnóstico, el estado de salud y la situación social, los planes de tratamiento y sus revisiones, las derivaciones, los justificantes de consentimiento, los medicamentos prescritos y otras intervenciones recibidas. La confidencialidad de los historiales de los pacientes debe estar garantizada.
- El alta involuntaria del tratamiento está justificada para garantizar la seguridad del personal y de otros pacientes, pero, en general, el incumplimiento de las normas del programa, por sí solo, no debe ser motivo para el alta involuntaria. Antes de recurrir al alta involuntaria, deben tomarse medidas razonables para mejorar la situación, incluida la reevaluación del enfoque terapéutico utilizado.
- Las autoridades de salud deben velar por que los proveedores de tratamiento cuenten con las competencias y cualificaciones suficientes para utilizar adecuadamente las sustancias controladas. Entre estos requisitos pueden figurar la formación de posgrado y la certificación, la formación continua y la obtención de licencias, así como la reserva de fondos para el seguimiento y la evaluación.
- Deben establecerse procesos documentados para garantizar la seguridad y la legalidad de la adquisición, el almacenamiento, la dispensación y la dosificación de los medicamentos, en particular de la metadona y la buprenorfina.
- Debe existir un sistema para controlar la seguridad del servicio de tratamiento, incluido en qué medida se desvía la medicación para otros fines.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de psicoestimulantes

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

Los síntomas de un síndrome de abstinencia de estimulantes sí pueden tratarse con medicamentos, según sea necesario. No obstante, el personal clínico debe prescribir medicamentos psicoactivos con precaución, únicamente durante periodos breves, y observar de cerca la respuesta al tratamiento, ya que su uso prolongado puede aumentar el riesgo de tolerancia y un uso indebido de la medicación.

Pueden utilizarse medicamentos antipsicóticos y sedantes para controlar los síntomas psicóticos causados por la intoxicación aguda por psicoestimulantes. Dado que muchos pacientes con un trastorno por consumo de psicoestimulantes presentan trastornos psiquiátricos graves concomitantes (como trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o esquizofrenia), la medicación psicotrópica adecuada desempeña un papel fundamental en su tratamiento. Los pacientes con un trastorno por consumo de psicoestimulantes suelen ser politoxicómanos y pueden presentar trastornos (incluida la dependencia del alcohol o de los opiáceos), causados por el consumo de otras sustancias, que deben tratarse con enfoques farmacológicos y psicosociales.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0, 2016)

- Para el tratamiento de la dependencia de psicoestimulantes, pueden ofrecerse intervenciones psicosociales, incluida la administración de condicionantes, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar.
- No debe ofrecerse dextroanfetamina para el tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes en entornos no especializados.

Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de cannabis

Hasta la fecha, no existe ningún tratamiento farmacológico aprobado para los trastornos por consumo de cannabis y el tratamiento psicosocial sigue siendo el enfoque principal. En caso de síndrome de abstinencia de cannabis, pueden utilizarse medicamentos para controlar los síntomas de la abstinencia, según sea necesario. No obstante, el personal clínico debe prescribir medicamentos psicoactivos únicamente durante periodos breves y observar de cerca la respuesta al tratamiento, ya que su uso prolongado puede aumentar el riesgo de tolerancia y un uso indebido de la medicación.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0, 2016)

- Para el tratamiento de la dependencia del cannabis, pueden ofrecerse intervenciones psicosociales basadas en la terapia cognitivo conductual, la terapia de refuerzo motivacional o la terapia familiar.

4.2.4 Diagnóstico y tratamiento de las sobredosis

Sobredosis de opiáceos

Los opiáceos son potentes depresores de la función respiratoria, y la sobredosis de opiáceos que provoca depresión respiratoria y muerte es una de las principales causas de mortalidad atribuible al consumo de opiáceos. Las personas con dependencia de opiáceos son el grupo con más probabilidades de sufrir una sobredosis, sobre todo si los opiáceos se administran por vía inyectable o se utilizan en combinación con otras sustancias sedantes con potencial de depresión respiratoria (como el alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos). La disminución de la tolerancia tras un periodo de abstinencia aumenta significativamente el riesgo de sobredosis de opiáceos. Los periodos de alto riesgo incluyen las primeras semanas tras el alta de la desintoxicación hospitalaria o residencial o tras el cese del tratamiento de la drogodependencia con naltrexona; y la salida de la cárcel.

La sobredosis de opiáceos puede identificarse por una combinación de tres síntomas: pupilas puntiformes, inconsciencia y depresión respiratoria. La reanimación cardiopulmonar básica de emergencia y/o la administración oportuna de naloxona pueden evitar la muerte por sobredosis de opiáceos. La naloxona, antagonista de los opiáceos, es un tratamiento que puede salvar vidas y revertir completamente los efectos de la sobredosis de opiáceos en cuestión de minutos, y está incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. La naloxona ha demostrado ampliamente su eficacia clínica y en rara ocasión produce efectos adversos, por lo que debe encontrarse en todos los entornos descritos en este documento y en todos los establecimientos de salud en los que cabe la posibilidad de atender casos de sobredosis de opiáceos. Si bien el acceso a la naloxona suele estar restringido a los profesionales de la salud, las personas susceptibles de presenciar una sobredosis de opioides, como los agentes de proximidad, la policía, los compañeros, los amigos íntimos y los familiares, deben tener acceso a la naloxona y recibir instrucciones sobre cómo administrarla en la gestión de emergencia de una presunta sobredosis de opioides (OMS, 2014a).

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

Además de la administración de naloxona, el tratamiento de la sobredosis de opiáceos incluye la desobstrucción de las vías respiratorias y las técnicas de reanimación (como la asistencia respiratoria y la respiración de rescate), además de la necesidad de llamar a una ambulancia y acompañar a la persona hasta que se recupere por completo.

Sobredosis de estimulantes

Las sobredosis de estimulantes se manifiestan por síntomas y signos de intoxicación aguda grave, con características conductuales y fisiológicas de sobreactivación del sistema nervioso simpático causada por un aumento de la actividad de los neurotransmisores catecolamínicos que pueden causar la muerte. Las características clínicas incluyen agitación, ansiedad grave, paranoia, alteración del juicio y comportamiento inadecuado, grandiosidad, convulsiones y, a menudo, cuadros psicóticos completos asociados a hipertermia, taquicardia grave, hipertensión, arritmias cardíacas o infarto de miocardio y rhabdomiólisis. Los síntomas suelen aparecer tras la administración de altas dosis de cocaína, anfetaminas u otros estimulantes.

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

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(WHO guidelines on community management of opioid overdose, 2014)

- Las personas susceptibles de presenciar una sobredosis de opiáceos deben tener acceso a naloxona y recibir formación sobre su administración para que puedan utilizarla en el tratamiento de urgencia de una presunta sobredosis de opiáceos.
- La naloxona puede administrarse por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea e intranasal. Las personas que utilicen naloxona deben seleccionar la vía de administración en función de la formulación disponible, sus habilidades en la administración, el entorno y el contexto local.
- En caso de sospecha de sobredosis de opiáceos, los primeros intervinientes deben centrarse en la desobstrucción de las vías respiratorias, la reanimación cardiopulmonar y la administración de naloxona.
- Después de una reanimación satisfactoria tras la administración de naloxona, el nivel de conciencia y la respiración de la persona afectada deben observarse atentamente hasta que se haya logrado una rehabilitación completa.

4.2.5 Tratamiento de enfermedades psiquiátricas y físicas concurrentes

Trastornos mentales concomitantes

Los trastornos psiquiátricos concomitantes, incluidos los trastornos relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad o el miedo, los específicamente asociados al estrés (como el trastorno de estrés postraumático), la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios pueden complicar la naturaleza de los trastornos por consumo de drogas y dificultar el cumplimiento del tratamiento. El consumo de distintas drogas psicoactivas y alcohol puede agravar o exacerbar los síntomas y síndromes de los trastornos psiquiátricos. Entre ellos se incluyen la depresión o los síntomas maníacos, la ansiedad y los síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones. Los efectos pueden desaparecer o disminuir significativamente al suspender el consumo de droga. Es importante examinar a todos los pacientes con trastornos por consumo de drogas para detectar posibles trastornos mentales comórbidos. El cribado inicial puede realizarse en cualquier entorno de tratamiento, pero de forma más rigurosa en centros ambulatorios y de hospitalización. La abstinencia del consumo de sustancias no puede ser una condición para iniciar el tratamiento de los trastornos mentales concomitantes: todos los pacientes con trastornos por consumo de drogas deben tener acceso a una evaluación y un tratamiento de salud mental, lo que requiere su consentimiento informado y el respeto de su confidencialidad.

Para evaluar con precisión los síntomas de otros trastornos mentales entre los pacientes con trastornos por consumo de drogas, es de vital importancia distinguir primero los trastornos psiquiátricos independientes de los trastornos inducidos por sustancias que remiten con la abstinencia. El tratamiento hospitalario de corta duración puede brindar la oportunidad de realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva y establecer si los síntomas psiquiátricos se resuelven o disminuyen cuando cesa el consumo de drogas. También es una oportunidad para iniciar un tratamiento médico o psicosocial para los trastornos concomitantes que persistirán una vez superada la abstinencia del consumo de sustancias.

Puede ser útil realizar entrevistas psiquiátricas estructuradas con instrumentos de diagnóstico, como la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para el DSM 5, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta o la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM 5, y utilizar otras herramientas de diagnóstico de trastornos mentales. Las entrevistas facilitan el diagnóstico de afecciones comórbidas, como la depresión mayor, los trastornos bipolares y los trastornos de ansiedad. En la Guía de Intervención mhGAP (OMS, 2016) pueden encontrarse indicaciones más detalladas sobre cómo gestionar los trastornos mentales.

Evaluación y gestión de las autolesiones o del riesgo de suicidio

El suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente, mientras que autolesión es un término más amplio que se refiere al envenenamiento o lesión autoinfligidos intencionadamente, con o sin intención de causarse la muerte. Es importante reconocer el riesgo de autolesión o suicidio en las personas con trastornos por consumo de drogas. Durante la evaluación inicial, y periódicamente, según sea necesario, debe pedirse a todas las personas con trastornos por consumo de drogas que revelen los pensamientos o planes de autolesión que hayan tenido en el último mes, o los actos de autolesión que hayan llevado a cabo en el último año.

Para realizar una evaluación de las autolesiones o del riesgo de suicidio, son importantes los siguientes factores:

- la evaluación del riesgo inminente, es decir, los actos, pensamientos o planes actuales o recientes (en el último mes) de autolesión o suicidio, así como la agitación extrema, la violencia, la angustia o la falta de comunicación;

- los antecedentes de autolesión (así como los antecedentes de traumatismos o intoxicaciones);
- la presencia de cualquier enfermedad física o mental concomitante;
- la presencia de dolor crónico;
- la gravedad de los síntomas emocionales; y
- la disponibilidad de apoyo social.

Si el paciente ha tenido previamente pensamientos, planes o actos de autolesión, deben ponerse en marcha una serie de estrategias preventivas (OMS, 2016).

- Es importante aconsejar a la persona, a su familia y a otras personas pertinentes que restrinjan el acceso a los medios que podrían utilizarse para autolesionarse (como pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos o armas de fuego).
- Es necesario establecer un contacto frecuente (llamadas telefónicas, visitas a domicilio, cartas, tarjetas de contacto y breves intervenciones) con personal de salud no especializado. El contacto debe ser frecuente al principio y luego ir disminuyendo a medida que vaya mejorando. El estado del paciente determina la intensidad y la duración del contacto.
- Si los recursos humanos lo permiten, se recomienda un enfoque estructurado de resolución de problemas para las personas que se han autolesionado durante el año anterior.
- Las personas que informen voluntariamente sobre pensamientos de autolesión o que se constata que en el último mes han intentado autolesionarse o que hayan cometido actos de autolesión en el último año deben tener acceso a apoyo social (de los recursos comunitarios informales y/o formales disponibles).
- No se debe hospitalizar sistemáticamente a las personas con riesgo de autolesión en los servicios no psiquiátricos de los hospitales generales con el fin de prevenir actos de autolesión. Sin embargo, puede que sea necesario ingresarlos en un hospital general para tratar los efectos médicos de un acto de autolesión; en estos casos, es importante vigilar de cerca el comportamiento de la persona para evitar autolesiones posteriores durante su estancia en el hospital.
- En caso de que al personal de salud le preocupe un riesgo inminente de autolesión grave (por ejemplo, cuando la persona se muestra violenta, extremadamente agitada o poco comunicativa), es crucial considerar la derivación urgente a un servicio de salud mental. En ausencia de dicho servicio, es preciso movilizar a la familia, los amigos, las personas interesadas y otros recursos disponibles para que vigilen de cerca a la persona mientras persista el riesgo inminente.

En todos los casos anteriores, es fundamental evaluar y tratar adecuadamente las enfermedades mentales y médicas concurrentes.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0, 2016)

- El personal de salud no especializado debe preguntar en la evaluación inicial, y periódicamente según sea necesario, si ha tenido pensamientos o planes de autolesión en el último mes y si ha cometido actos de autolesión en el último año a todos los pacientes mayores de 10 años que padezcan depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de drogas ilícitas o demencia y a los niños diagnosticados con trastornos mentales, así como a las personas que presenten dolor crónico o angustia emocional aguda asociada con un conflicto interpersonal actual, una pérdida reciente u otro acontecimiento vital grave.

Depresión

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

La relación entre el consumo de sustancias y la depresión es compleja: los trastornos por consumo de sustancias influyen en el desarrollo de la depresión y el consumo de sustancias puede hacer peligrar los resultados terapéuticos; la depresión, a su vez, puede aumentar el consumo de sustancias y acelerar la progresión de los trastornos por consumo de sustancias (OMS, 2004). Los síntomas depresivos pueden aparecer durante el periodo de interrupción del consumo de sustancias y resolverse con la abstinencia, pero también pueden persistir mucho tiempo después de haber dejado de consumir sustancias. Por lo tanto, los pacientes deben someterse a evaluaciones frecuentes. En caso de que los síntomas depresivos persistan y se diagnostique un episodio depresivo, es crucial tratar ambos trastornos simultáneamente mediante el modelo de tratamiento integrado. Es importante destacar que el consumo de sustancias o los trastornos derivados de este no deben excluir el tratamiento de la depresión.

Una vez evaluado adecuadamente el paciente, existe un abanico de opciones farmacológicas y psicosociales. Si persisten los síntomas depresivos e interfieren con la actividad diaria, puede ser necesario un tratamiento farmacológico con antidepresivos. La intervención psicosocial para la depresión incluye la psicoeducación, la gestión del estrés, la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, el entrenamiento en relajación, la terapia interpersonal de grupo y el refuerzo del apoyo social. En la Guía de Intervenciones del mhGAP (OMS, 2016) pueden encontrarse orientaciones más detalladas sobre el tratamiento de la depresión mayor en establecimientos de salud no especializados.

Ansiedad

Poco después de abandonar el consumo de drogas, muchos pacientes experimentan ansiedad o insomnio, que pueden tratarse con medicamentos sintomáticos. En cualquier caso, los medicamentos hipnótico-sedantes, como las benzodiazepinas, deben utilizarse con precaución como primera línea de tratamiento debido a su elevado potencial de dependencia. Además, pueden aumentar el riesgo de sobredosis mortal si el paciente consume fármacos que pueden causar depresión respiratoria (como los opiáceos). Deben considerarse medicamentos alternativos, como los antidepresivos, junto con un tratamiento psicosocial y conductual.

Trastornos psicóticos

Las personas con trastornos por consumo de drogas también pueden presentar esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. Los trastornos psicóticos se caracterizan por pensamientos y percepciones distorsionados, así como emociones y comportamientos alterados. También puede haber habla incoherente o irrelevante. Pueden aparecer síntomas como alucinaciones, delirios, anomalías graves del comportamiento (conducta desorganizada, agitación, excitación, inactividad o hiperactividad), así como alteraciones del estado de ánimo y emocionales.

La psicosis puede desarrollarse durante la intoxicación o la abstinencia de ciertas sustancias psicoactivas. No obstante, también puede producirse en abstinencia debido a trastornos mentales concomitantes e independientes. Es importante distinguir entre los síntomas psicóticos asociados al consumo de sustancias (que se resuelven con la abstinencia) y los trastornos psicóticos independientes. Los síntomas psicóticos agudos o persistentes pueden requerir la consulta o derivación a profesionales de la salud mental para iniciar un tratamiento farmacológico y psicosocial. Entre otros, puede ser indicado suministrar medicamentos antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo, psicoeducación, intervenciones familiares, terapia cognitivo-conductual, formación en habilidades para la vida y habilidades sociales y empleo con apoyo. En la Guía de Intervenciones del mhGAP (OMS, 2016) pueden encontrarse directrices más detalladas sobre el tratamiento farmacológico y psicosocial de las psicosis (incluido el trastorno bipolar).

Consumo de polisustancias

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

Trastornos por consumo de alcohol

Con frecuencia, los trastornos por consumo de alcohol son concomitantes a los trastornos por consumo de drogas. El diagnóstico y la evaluación de la gravedad del trastorno por consumo de alcohol son importantes, puesto que indican las intervenciones terapéuticas necesarias. La abstinencia aguda de alcohol en personas con dependencia del alcohol puede requerir tratamiento médico, ya que puede provocar convulsiones, psicosis aguda (*delirium tremens*) y, en algunos casos, la muerte.

Durante la evaluación inicial es importante examinar los antecedentes de consumo de alcohol, la presencia de trastornos concurrentes por consumo de alcohol y la necesidad de tratamiento de la abstinencia alcohólica. Los cuestionarios, como la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (OMS, 2010a) y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (OMS, 2001) son útiles para el cribado de pacientes como parte de la evaluación diagnóstica posterior. El cuestionario de gravedad de la dependencia del alcohol (Stockwell et al., 1979) y el cuestionario de problemas con el alcohol (Drummond, 1990) pueden ayudar a evaluar la gravedad de la dependencia del alcohol y otros problemas conexos.

Si es necesario controlar la abstinencia alcohólica y tratar los trastornos concomitantes por consumo de alcohol, siempre debe hacerse bajo la supervisión de personal cualificado y de acuerdo con las directrices apropiadas.

Comorbilidades físicas

Es posible que todas las enfermedades agudas que se observen en el momento del ingreso deban tratarse antes o durante el tratamiento o los cuidados posteriores. Entre otras, estas afecciones pueden incluir la fiebre, el dolor agudo, las hemorragias gastrointestinales o de otro tipo, las convulsiones, la neumonía y las afecciones cardiovasculares agudas.

En función de las condiciones locales, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, incluida la dependencia de opioides, debe combinarse, si es necesario, con el tratamiento de la tuberculosis, el VIH, la hepatitis y otras afecciones infecciosas o no transmisibles (OMS, 2012b). Es posible que en los programas de tratamiento hospitalario o residencial de corta duración no se disponga de suficientes recursos médicos, conocimientos especializados o tiempo para iniciar un tratamiento de este tipo, pero sí debería ser posible consultar y derivar a los pacientes a los servicios adecuados.

La hepatitis B es frecuente en muchos grupos de consumidores de drogas, sobre todo (aunque no exclusivamente) entre los que se inyectan drogas. El tratamiento hospitalario de corta duración puede brindar la oportunidad de recibir la vacuna contra la hepatitis B. Según la duración del tratamiento, las personas que no se hayan sometido previamente a un ciclo completo de vacunación contra la hepatitis B pueden aprovechar para seguir un calendario de vacunación acelerado, consistente en dos o tres dosis, sin tener que someterse necesariamente a pruebas serológicas previas (OMS, 2012a).

El dolor crónico es otro problema habitual que puede propiciar el consumo de drogas ilegales, sobre todo opiáceos, y agravar el riesgo de recaída y sobredosis. Es necesario derivar al paciente para una evaluación más exhaustiva del origen del dolor y elaborar estrategias específicas de tratamiento del dolor.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Directrices de la OMS para el manejo de los problemas de salud física en adultos con trastornos mentales graves. OMS, 2018)

- En las personas con trastornos mentales graves y comorbilidad por el uso de sustancias (drogas o alcohol), se deben considerar intervenciones de conformidad con las indicaciones del mhGAP de la OMS.
- Se pueden considerar intervenciones no farmacológicas (p. ej., entrevistas motivacionales) y adaptarlas a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves y trastornos por uso de sustancias.
- Las personas que prescriben medicamentos deben tener en cuenta las posibles interacciones medicamentosas entre los fármacos utilizados para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y para los trastornos mentales graves.

4.2.6 Gestión de la rehabilitación

Descripción

La gestión de la rehabilitación, también conocida como «postratamiento orientado a la recuperación», «atención continuada» o «apoyo social», describe un proceso a largo plazo de mejora de la salud y el bienestar de los pacientes que tiene por objetivo ayudarles a recuperarse de los trastornos por consumo de drogas. La gestión de la rehabilitación es un enfoque evolutivo del tratamiento a largo plazo de los trastornos por consumo de drogas que va más allá de un único episodio de tratamiento o de un programa de postratamiento a corto plazo. Debe servir de apoyo a los pacientes a lo largo de su proceso de tratamiento en diferentes entornos y modalidades de tratamiento. Una vez conseguida la estabilización en la abstinencia mediante tratamiento ambulatorio o residencial, el paso siguiente es la gestión de la rehabilitación. Consiste en reducir el riesgo de recaída en el consumo de sustancias mediante un apoyo integral al comportamiento en sociedad, el bienestar y la reintegración en la comunidad y el entorno social. Teniendo en cuenta la perspectiva del curso de la vida, la gestión de la rehabilitación ayuda a mejorar la salud y el bienestar, al tiempo que estabiliza y refuerza la rehabilitación en sí. Además, ayuda a mejorar el comportamiento social de los pacientes al permitirles aprovechar sus puntos fuertes y su resiliencia, sin dejar de centrarse en la responsabilidad personal en el manejo de su trastorno por consumo de drogas.

No obstante, la rehabilitación sostenible es posible, y alrededor del 50% de los pacientes con trastornos por consumo de drogas la consiguen (White, 2012).

Lo ideal es que, tras un tratamiento residencial y ambulatorio intensivo de larga duración, los pacientes pasen a un nivel de atención menos intensivo o a una gestión de la rehabilitación a largo plazo. Esto contrasta con un escenario frecuente de repetidos episodios breves de tratamiento, sin continuidad, y recaídas recurrentes, que se asocia, entre otros, con peores resultados y mayores riesgos de sobredosis. El tratamiento y los cuidados continuados orientados a la rehabilitación constituyen un enfoque de la gestión a largo plazo de los pacientes dentro de la red de recursos y servicios de apoyo comunitarios. La gestión de la rehabilitación dirigida por profesionales, al igual que la gestión de otros trastornos crónicos de salud, cambia el enfoque del tratamiento, que pasa de ser un tratamiento de «ingreso, tratamiento y alta» a una alianza sostenida para la gestión de la salud entre los servicios y el paciente. En este modelo, la supervisión posterior a la estabilización, la educación y la orientación para la rehabilitación, la vinculación activa a comunidades de recuperación (como los grupos de apoyo entre pares de 12 pasos), el desarrollo de recursos y el acceso rápido de vuelta al tratamiento, cuando sea necesario, reemplazan al proceso tradicional de alta.

Los estudios longitudinales han demostrado repetidamente que el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas contribuye a reducir notablemente el consumo de sustancias, los problemas relacionados con las drogas y los costes para la sociedad. No obstante, las recaídas tras el alta y los reingresos son muy frecuentes. De hecho, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento han recibido tratamiento anteriormente. El riesgo de recaída parece disminuir, pero no hasta pasados cuatro o cinco años de abstinencia (Dennis, Foss y Scott, 2007). Por lo tanto, todos los pacientes, independientemente de la fase de rehabilitación en la que se encuentren, deben recibir información sobre cómo detectar y gestionar las sobredosis y los riesgos conexos.

El enfoque en la gestión a largo plazo, en contraposición al tratamiento puntual, está respaldado por las pruebas de que la drogodependencia se entiende y gestiona mejor como un trastorno crónico y a menudo recidivante, similar a otras enfermedades multifactoriales como la hipertensión, el asma y la diabetes, en lugar de como una enfermedad o episodio agudo (DuPont, Compton y McLellan, 2015). Así pues, las personas con trastornos por consumo de drogas deben tener acceso de por vida a intervenciones médicas y psicosociales de intensidad acorde con la gravedad de sus síntomas. Los enfoques de gestión de la rehabilitación deben incluir intervenciones farmacológicas, psicosociales y ambientales a largo plazo destinadas a reducir el consumo de sustancias y el comportamiento delictivo, al tiempo que contribuyen a mejorar la salud física y mental general, el bienestar y el comportamiento social. Se ha demostrado que las intervenciones de gestión de la rehabilitación son eficaces (McCollister et al., 2013), y que la participación en grupos de apoyo entre iguales basados en 12 pasos ayuda a los pacientes a abstenerse de consumir drogas ilícitas y alcohol, lo que limita la incidencia de problemas (Donovan et al., 2013; Hai et al., 2019). Los profesionales de la salud pueden fomentar la participación en los grupos de apoyo entre iguales si animan a los pacientes a asistir a las reuniones.

Para que la gestión de la rehabilitación sea eficaz, es necesario implicar a todo el sistema, de modo que se integren todas las modalidades de tratamiento y participen las partes interesadas ajenas al sector de salud. Las múltiples partes interesadas que forman parte de las comunidades tienen una función que desempeñar y deben participar en

el proceso de rehabilitación. Entre ellas se incluyen las familias y los cuidadores, los amigos, los vecinos, los grupos de autoayuda mutua, los líderes espirituales y comunitarios, las partes interesadas del sector educativo, el sistema de justicia penal, así como las instalaciones deportivas y recreativas.

El estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos por consumo de drogas pueden dificultar el acceso al tratamiento y la desintoxicación y mitigar sus resultados. No deben escatimarse esfuerzos para sensibilizar, promover actitudes no estigmatizadoras y atajar la discriminación estructural hacia las personas con trastornos por consumo de sustancias.

Grupo de población destinatario

Tras el tratamiento inicial de los trastornos por consumo de drogas, la mayoría de los pacientes requieren cierto grado de gestión de la rehabilitación a largo plazo, cuya intensidad refleja las necesidades de cada paciente. Los pacientes con antecedentes de múltiples recaídas, trastornos de salud física y mental, escaso apoyo familiar y comunitario, problemas económicos, legales o de vivienda, necesitan especialmente una gestión de la rehabilitación. Los pacientes con una grave complejidad de trastornos, en particular aquellos con un inicio precoz de trastornos por consumo de drogas y un funcionamiento sumamente deteriorado, escasas aptitudes para la vida y medios limitados para hacer frente al estrés, necesitan programas más intensivos de gestión de la rehabilitación. Resulta crucial que los pacientes muy vulnerables a las recaídas puedan acogerse a los componentes adecuados y personalizados de gestión de la rehabilitación antes del alta del tratamiento residencial o ambulatorio intensivo de larga duración.

Objetivos

El objetivo principal de la gestión de la rehabilitación es mantener los resultados obtenidos en otras modalidades de tratamiento mediante un apoyo continuo individualizado en función de las necesidades del paciente. La atención orientada a la rehabilitación minimiza los riesgos asociados al consumo de drogas, mantiene la abstinencia o niveles reducidos de consumo y controla la conducta de recurso a las drogas durante las fases de tratamiento intensivo. Posteriormente, trata de ayudar a desarrollar y consolidar los activos personales y sociales que el paciente necesita para hacer frente a las circunstancias externas y mantener un estilo de vida saludable. Esto incluye un proceso continuo de rehabilitación personal y social como parte de una vida sin drogas, la mejora del autocuidado para el bienestar físico y psicológico y la recuperación de la dignidad personal, la autoestima, el crecimiento espiritual y la reintegración social.

La rehabilitación puede mejorar con la extensión del tratamiento (incluidas las intervenciones de tratamiento farmacológico y psicosocial) o la participación en una comunidad de recuperación más amplia, como los grupos de ayuda mutua o de apoyo entre iguales (incluidos Narcóticos Anónimos y los grupos de 12 pasos). La atención orientada a la rehabilitación apoya el desarrollo de habilidades para gestionar el estrés diario relacionado con el mantenimiento de la vivienda, el desempleo o los problemas laborales, el aislamiento social o las relaciones interpersonales insatisfactorias. En particular, los pacientes necesitan apoyo antes y durante las crisis y los conflictos para ayudar a controlar las reacciones disfuncionales y emocionalmente intensas. A través de todo esto, el tratamiento orientado a la rehabilitación y las intervenciones de gestión de la recuperación se centran en reducir los estímulos estresantes que pueden desencadenar la reincidencia en el recurso compulsivo a las drogas. En general, la atención orientada a la rehabilitación ayuda a los pacientes a mejorar y estabilizar su calidad de vida y sus oportunidades de reinserción social en la comunidad.

Modelos y componentes

La atención continuada y la gestión de la rehabilitación son una oportunidad para que los pacientes mantengan el contacto con el sistema de salud, los servicios sociales y los establecimientos de tratamiento. Por lo general, un psicoterapeuta u otro profesional (trabajador social o enfermera) coordina la gestión del caso, se reúne con el paciente con frecuencia, le proporciona apoyo positivo, fomenta su participación en la comunidad y ayuda a gestionar las situaciones de estrés que surgen. Los psicoterapeutas ayudan al paciente a ponerse en contacto con otros profesionales que pueden ayudarlo en su reinserción social. En respuesta a necesidades específicas, los psicoterapeutas derivan a los pacientes, en particular, a trabajadores sociales y psicólogos, profesionales de la medicina, profesionales de la salud sexual y reproductiva y funcionarios de apoyo jurídico.

Muchos pacientes con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento farmacológico y psicosocial y apoyo continuos. Esto incluye una derivación adecuada, un tratamiento posterior (en cualquiera de sus formas) y apoyo una vez concluido este. Es necesario establecer vínculos entre las distintas ramas de la asistencia para garantizar que el tratamiento y el apoyo funcionen correctamente. Por ejemplo, los pacientes con trastornos por consumo de drogas complejos que carecen de apoyo social necesitan un tratamiento hospitalario de corta duración, seguido de la derivación a un tratamiento residencial de larga duración. Para los pacientes con trastornos por consumo de drogas menos graves y un mejor apoyo social, es más indicado el tratamiento ambulatorio. Los pacientes deben contar con apoyo para desenvolverse en el sistema de asistencia social a fin de acceder a formación profesional, vivienda estable y otros servicios, según sea necesario.

Principios de la gestión de la rehabilitación

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

Prioridad al refuerzo de los puntos fuertes en lugar de la reducción de los puntos débiles: Los enfoques orientados a la rehabilitación tratan de detectar, apoyar y desarrollar las capacidades, los talentos, los recursos y los intereses en lugar de hacer hincapié en las necesidades, las carencias y las patologías.

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

Consideración de la autonomía del paciente: La gestión de la rehabilitación es un enfoque autodirigido que anima y apoya al paciente a tomar decisiones informadas sobre su vida y su tratamiento. La importancia de incorporar las decisiones del paciente se ha destacado en otros ámbitos de la medicina, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas, y ha demostrado su eficacia para aumentar la responsabilidad del propio paciente en su rehabilitación.

Participación de la comunidad: Contrariamente a la superación de los trastornos por consumo de drogas de forma aislada, la gestión de la rehabilitación implica la participación de familiares, amigos y la comunidad para reforzar los aspectos sociales de la rehabilitación. Se anima a otras personas a implicarse en la rehabilitación del paciente mediante recursos comunitarios, como organizaciones profesionales, ONG, grupos de ayuda mutua o apoyo entre iguales, organizaciones religiosas y escuelas y otras instituciones educativas.

Actividades de gestión de la rehabilitación

La gestión de la rehabilitación combina una serie de intervenciones y actividades que promueven y refuerzan los recursos internos y externos para ayudar a los pacientes a gestionar de forma voluntaria y activa los problemas relacionados con las drogas y su consumo, si se repite. Es posible que algunas de las actividades ya existan en el domicilio del paciente, los establecimientos de salud, el vecindario y la comunidad, mientras que otras estarán por desarrollar.

Los siguientes factores y actividades favorecen la reinserción social y mejoran las posibilidades de remisión y rehabilitación estables:

- el fortalecimiento de la resiliencia, la autoeficacia y la confianza del paciente en sí mismo para gestionar las dificultades y el estrés cotidianos, al tiempo que mantiene su compromiso con la rehabilitación y evita recaer en el consumo de sustancias;
- una red social de apoyo (como la pareja, cuidadores, familiares y amigos) que pueda supervisar la estabilidad de la rehabilitación, la abstinencia de drogas y el cumplimiento del tratamiento;
- la educación de los pacientes sobre los distintos factores que influyen en su consumo de drogas y dotarles de las estrategias necesarias para crear y mantener un entorno social de apoyo que fomente la salud y la rehabilitación;
- la educación de los pacientes sobre los sistemas de asistencia sociosanitaria y la orientación a través de ambos sistemas;
- la facilitación de acceso a un tratamiento farmacológico a largo plazo si está indicado;

- la educación de los pacientes sobre las sobredosis de drogas y el acceso a estrategias y herramientas para prevenirlas y gestionarlas;
- la educación de los pacientes sobre las formas de detectar y gestionar las sobredosis de drogas, incluido el uso de naloxona para las sobredosis de opiáceos;
- la participación de personas y las redes sociales de amigos y compañeros de trabajo que puedan proporcionar apoyo para mantener la abstinencia y alcanzar los objetivos de rehabilitación;
- un trabajo significativo y valorado;
- una menor estigmatización y discriminación por motivos de salud, edad, sexo, sexualidad, clase social, raza, identidad cultural, etc.;
- la libertad frente a la violencia y los abusos;
- la participación e integración social en actividades educativas y profesionales, incluido el voluntariado o la implicación en la comunidad;
- participación activa en grupos de autoayuda, ayuda mutua, espirituales o de otro tipo;
- la implicación social, cultural, política, humanitaria o espiritual que permita alcanzar un propósito más firme en la vida, orientación sexual;
- vivienda estable; y
- la resolución de los problemas jurídicos y financieros.

Criterios de conclusión del programa e indicadores de eficacia

Puesto que se trata de una perspectiva a lo largo de toda la trayectoria vital, la gestión de la rehabilitación tiene una duración indefinida y puede prolongarse durante toda la vida. Adopta el enfoque de gestión de las enfermedades crónicas cuyo objetivo es ayudar a las personas a gestionar eficazmente sus propios problemas de salud y mejorar así su salud y bienestar.

Al evaluar el éxito de las actividades y programas de gestión de la rehabilitación, es importante tener en cuenta su capacidad para: disminuir el riesgo de recaída y sobredosis; reducir el consumo de sustancias psicoactivas y los daños asociados; y mejorar la salud física y psicológica, el bienestar, el funcionamiento social y la reintegración. El Índice de Gravedad de la Adicción y otros instrumentos estructurados similares que sirven para evaluar el funcionamiento general en el contexto de los trastornos por consumo de sustancias y pueden utilizarse para determinar los progresos en múltiples aspectos de la salud y el comportamiento. Para evaluar la eficacia de la gestión de la rehabilitación es necesario centrarse en la evolución del «capital de rehabilitación», es decir, los recursos internos y externos que pueden ayudar a iniciar y mantener la rehabilitación.

Requisitos clave para la gestión de la rehabilitación

Los planes de tratamiento individuales son fundamentales para garantizar que todos los pacientes reciban un tratamiento orientado a su rehabilitación. La elaboración de los planes debe basarse en evaluaciones realizadas con la ayuda de un equipo de profesionales y con la participación del paciente. Los planes de tratamiento deben ser específicos para cada persona y coherentes con el tratamiento de otras enfermedades crónicas y trastornos de salud. A diferencia de los programas de cuidados intensivos, los planes de tratamiento de los cuidados orientados a la rehabilitación amplían su enfoque de la atención médica primaria a la atención social, de modo que integran también a profesionales de otros ámbitos. Lo ideal sería que los profesionales funcionaran como un equipo multidisciplinar (formado por trabajadores sociales, psicólogos, asesores entre iguales e incluso ancianos, líderes espirituales y otros líderes de la comunidad), y que incluyera también a amigos y familiares dispuestos a apoyarles.

Una vez finalizado un programa de tratamiento ambulatorio, hospitalario o residencial basado en la comunidad, la planificación de los cuidados posteriores debe consolidarse en planes individuales de gestión de la rehabilitación.

Estos deben incluir estrategias personales para: prevenir la recaída en el consumo de drogas o polisustancias (con un alto riesgo de sobredosis); mantener la vivienda; conseguir o conservar un empleo; establecer o mantener redes sociales positivas; y reintegrarse en la comunidad. Los planes también deben incluir un acceso rápido de reincorporación al tratamiento si el paciente sufre una recaída.

En condiciones ideales, la gestión de la rehabilitación implica reuniones o llamadas telefónicas periódicas de supervisión o seguimiento (chequeos), a cargo de un psicoterapeuta especializado en drogodependencias, un psicólogo, otro profesional o un médico o enfermera de atención primaria. Las revisiones pueden contribuir a evitar las recaídas y a prolongar la rehabilitación. Durante el chequeo, se puede pedir al paciente que informe sobre su rendimiento laboral, sus condiciones de vida y sus mecanismos para afrontar el estrés o mantener relaciones sanas. Las revisiones de rehabilitación pueden incluir pruebas toxicológicas voluntarias, con la posibilidad de hacerse las pruebas en la comunidad. El objetivo de las pruebas es incentivar a los pacientes para que sigan «limpios», detectar las recaídas y, en caso necesario, permitirles acceder a reintervenciones a tiempo. Cada vez hay más pruebas de que los chequeos de rehabilitación son métodos eficaces para gestionar la recuperación a largo plazo y de que son estrategias rentables que ofrecen la posibilidad de ahorrar costes para promover la abstinencia y reducir el consumo de sustancias entre las personas con trastornos crónicos por consumo de sustancias (White, 2007); McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott and Laudet, 2014; Garner et al., 2014).

CAPÍTULO 5

Grupos de población con necesidades especiales de tratamiento y atención

En las Normas se reconoce que existen diversos grupos de población que tienen necesidades especiales de tratamiento y atención y que pueden requerir consideración e intervenciones adaptadas para tratar los trastornos por consumo de drogas.

Este capítulo no es una lista exhaustiva de poblaciones o grupos con necesidades especiales de tratamiento y atención. Diversos grupos de población pueden requerir disposiciones especiales de tratamiento y atención. Entre los grupos se incluyen los afectados por: patrones particulares de consumo de drogas (incluido el consumo de polisustancias); necesidades en materia de salud (personas con comorbilidad, como las que viven con el VIH, trastornos mentales y discapacidades); la edad (como los niños y adolescentes y las personas mayores); necesidades de atención y apoyo social (como las personas sin hogar, marginadas socialmente, que viven en la pobreza, analfabetas y con un nivel educativo limitado); y el lugar de residencia (personas que viven en zonas remotas y rurales, inmigrantes). Además, las mujeres y las embarazadas, las minorías sexuales, los profesionales del sexo, las minorías religiosas y étnicas, las poblaciones indígenas y las personas en contacto con el sistema de justicia penal requieren intervenciones adaptadas y disposiciones especiales para su tratamiento. Los principios habituales de tratamiento y atención descritos en el capítulo 2 se aplican a todas las personas con trastornos por consumo de sustancias. Para la mayoría de los grupos de población mencionados anteriormente, una combinación de estigma y discriminación suele agravar los obstáculos al tratamiento. Una buena gobernanza clínica debe garantizar a todas las personas la igualdad de acceso al tratamiento y la atención. Es necesario hacer un esfuerzo concertado para eliminar las barreras estructurales al tratamiento, prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizadoras.

En el capítulo 5 se exponen las consideraciones relativas al sistema de tratamiento y las evaluaciones de las necesidades que facilitan la prestación de tratamiento a poblaciones y grupos con necesidades especiales de tratamiento y atención. Los sistemas locales de tratamiento deben diseñarse, planificarse y financiarse de modo que ofrezcan un tratamiento y una atención adecuados, accesibles y asequibles, en consonancia con los principios expuestos en este documento.

5.1 Embarazadas con trastornos por consumo de drogas

5.1.1 Descripción

Las mujeres con trastornos por consumo de drogas que están embarazadas representan un grupo de población único que requiere un tratamiento especial por dos motivos principales. En primer lugar, el consumo de drogas puede afectar a la madre y al feto, igual que el tratamiento también puede afectarles negativamente a ambos. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en embarazadas puede plantear problemas médicos y éticos. En segundo lugar, al igual que todos los padres y madres, muchas mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas y sus parejas pueden aprender mucho de una formación en habilidades parentales y del apoyo en torno

al cuidado y el desarrollo del niño. Además, una vez nacido el bebé, es posible necesite servicios médicos y de otro tipo, puesto que es posible que haya estado expuesto a drogas durante el embarazo. Además, el acceso al tratamiento para los trastornos por consumo de drogas (y otras sustancias) para las embarazadas tiene un enorme potencial para introducir cambios positivos en la vida de la madre y del feto si ambos reciben servicios. Por lo tanto, en el tratamiento de las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias suelen participar dos duplas: la dupla madre-feto y la dupla madre-hijo. La dinámica y el apoyo familiares desempeñan un papel importante en los resultados del embarazo y el tratamiento. Por este motivo, el tratamiento de las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas debe incluir un componente importante de intervenciones familiares.

Las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas se enfrentan a problemas similares a los de muchos otros adultos con estos trastornos. Varios de los problemas, como la falta de educación formal o la probable implicación con el sistema judicial, son comunes a hombres y mujeres, embarazadas o no. No obstante, la estigmatización, los sentimientos de vergüenza y la falta de relaciones positivas y de apoyo pueden afectar más negativamente a las mujeres y, de hecho, son las principales razones por las que a menudo se ellas abstienen de solicitar e iniciar un tratamiento o de participar en este. Además, existen pocos servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas que tengan en cuenta las cuestiones de género, lo que limita aún más el acceso al tratamiento incluso para las mujeres que están dispuestas a comprometerse con el tratamiento y los servicios de apoyo. Las mujeres con trastornos por consumo de drogas tienen más probabilidades que los hombres de: haber sufrido maltrato infantil y/o abandono; haber estado expuestas repetidamente a la violencia interpersonal; depender económicamente de otros para sobrevivir; y carecer de acceso a oportunidades educativas o profesionales formales. Con el embarazo, estos problemas pueden agravarse todavía más, lo que dificulta el acceso y la participación en el tratamiento y puede perjudicar sus resultados. Muchas mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas pueden tener sentimientos contradictorios, avergonzarse y sentirse culpables por lo que a menudo consideran como una incapacidad para controlar su conducta de consumo de sustancias.

Las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas tienen el mismo derecho al tratamiento que las mujeres que no están embarazadas, o que lo están pero no tienen trastornos por consumo de drogas, y no deben ser excluidas del tratamiento ni se les debe impedir que lo reciban a causa del embarazo. El tratamiento de las mujeres con trastornos por consumo de drogas no es más complicado que el de otros pacientes. No se puede obligar a las mujeres con trastornos por consumo de drogas a someterse a abortos y esterilizaciones. Además, los programas de tratamiento deben contar con procedimientos y salvaguardias para evitar la detención y el tratamiento forzoso de mujeres embarazadas. Por último, las mujeres obtienen mejores resultados a largo plazo cuando reciben un tratamiento centrado en los problemas más comunes entre las mujeres con trastornos por consumo de drogas, en comparación con los tratamientos que carecen de este enfoque centrado en la mujer.

5.1.2 Modelos y componentes

Cribado y admisión

En general, todas las mujeres en edad reproductiva que ingresan en los servicios de tratamiento deben someterse a un cribado para determinar si están embarazadas. Puede consistir en la elaboración de la anamnesis y un análisis de orina. Los servicios que ofrecen tratamiento a embarazadas con trastornos por consumo de drogas y a sus hijos suelen contar con un procedimiento de cribado y admisión que permite determinar si se cumplen los requisitos para ingresar en el programa. Como mínimo, el cribado debe evaluar tres factores: afecciones médicas agudas que requieran atención médica urgente; riesgo de síndrome de abstinencia y necesidad de tratamiento del síndrome de abstinencia y/o desintoxicación; y riesgo de daños a sí misma y/o a otras personas. Uno o más de estos tres factores pueden indicar la necesidad de derivar o transferir a una embarazada a una unidad médica o psiquiátrica más especializada para gestionar los riesgos, al menos temporalmente, antes de su admisión en el programa de tratamiento específico para los trastornos por consumo de drogas. Como primer paso en el establecimiento de una relación paciente-proveedor y como oportunidad para establecer una buena relación, es importante tener en cuenta las necesidades de la embarazada y cómo encajan con los servicios que ofrece el programa.

Es importante disponer de una política por escrito sobre los procedimientos de cribado y admisión de embarazadas con trastornos por consumo de drogas (y afecciones comórbidas), que debe incluir los siguientes elementos:

- la descripción de los procedimientos de cribado y de las medidas de admisión o entrevistas; en la medida de lo posible, todas las medidas de admisión, instrumentos y herramientas de evaluación utilizados en relación con las embarazadas con trastornos por consumo de drogas deben estar validados;
- la formación que debe recibir el personal para llevar a cabo la admisión y el cribado; y
- la política de admisión al programa y los procedimientos de no admisión, incluida la información sobre servicios alternativos para embarazadas.

Toda la información clínica debe guardarse en un lugar seguro y registrarse en el historial del paciente.

Evaluación

Al ingresar en un programa, las embarazadas con trastornos por consumo de drogas deben someterse a una evaluación clínica destinada a examinar detalladamente los aspectos relevantes de sus circunstancias vitales con tres fines: un diagnóstico preciso; la incorporación al tratamiento adecuado; y la elaboración de planes y objetivos de tratamiento conformes. El objetivo principal de la evaluación es valorar las circunstancias vitales del momento y recabar información sobre su salud física y psicológica, el consumo de sustancias, apoyo familiar de que dispone y su situación social. Esto es crucial para elaborar un plan de tratamiento que se adapte a los puntos fuertes y las necesidades de la embarazada. También es importante obtener información específica sobre el embarazo, como la fecha prevista del parto, los embarazos anteriores y los planes de parto. Idealmente, en las evaluaciones deberían utilizarse múltiples fuentes de información para obtener un historial médico completo de la mujer y del contexto psicosocial en el que vive. Debe realizarse una evaluación inicial que se acabe transformando en un proceso continuo, con planes para realizar evaluaciones y revisiones periódicas en el curso del tratamiento. Dados los cambios en el funcionamiento físico, psicológico y social a los que se enfrenta la mujer embarazada, es fundamental evaluar y revisar su estado de salud a lo largo del tratamiento y adaptar los planes de tratamiento para reflejar las necesidades cambiantes y su rehabilitación. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá del curso clínico del tratamiento y de los contratiempos que se produzcan a medida que avance el tratamiento. Las normas de evaluación son similares a las aplicables al cribado y la admisión, como se ha descrito anteriormente.

Planificación del tratamiento

El personal del programa debe elaborar un plan de tratamiento individual para la embarazada, basado en la evaluación, teniendo en cuenta sus deseos e implicándola plenamente en la planificación y el establecimiento de objetivos. Los planes de tratamiento deben revisarse periódicamente, en particular a la luz de los rápidos cambios que se producen a lo largo del embarazo y tras el parto. Una mujer embarazada con un trastorno por consumo de drogas no verse como una receptora pasiva de información, sino como una participante activa del proceso de planificación del tratamiento. Debe participar activamente en las decisiones de tratamiento que no solo la afectan a ella, sino también al feto. Los planes de tratamiento deben incluir la colaboración con especialistas en obstetricia y ginecología. También puede ser necesario vigilar de cerca el desarrollo fetal.

Métodos de tratamiento

Los enfoques de tratamiento para las embarazadas con trastornos por consumo de drogas dependen en gran medida del nivel y los patrones de consumo de drogas psicoactivas (y otras sustancias). En determinadas circunstancias, puede ser conveniente que el personal de atención primaria o especialista en obstetricia realicen una intervención breve centrada en la educación y la revisión de riesgos. Sin embargo, dados los riesgos potenciales para el feto, es necesario limitar dichas intervenciones a casos puntuales. Los programas de tratamiento para embarazadas que consumen sustancias psicoactivas deben utilizar enfoques basados en la evidencia.

Las embarazadas pueden recibir tratamiento para los trastornos por consumo de drogas en régimen ambulatorio, hospitalario o residencial. El tratamiento puede incluir intervenciones psicosociales y farmacoterapia, según el tipo de sustancias consumidas y la gravedad o complejidad de los problemas.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- El personal de salud debe preguntar a todas las embarazadas sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (pasado y presente) lo antes posible durante el embarazo y en cada visita prenatal.
- El personal de salud debe ofrecer una breve intervención a todas las mujeres embarazadas que consuman alcohol o drogas.
- El personal de salud que atiende a mujeres embarazadas o púerperas con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias debe ofrecer una evaluación exhaustiva y una atención individualizada.
- El personal de salud debe aconsejar lo antes posible a las mujeres embarazadas dependientes del alcohol o las drogas que dejen de consumirlos y ofrecerles servicios de desintoxicación bajo supervisión médica, o remitirlas a ellos, cuando sea necesario y aplicable.

Consideraciones especiales para el tratamiento farmacológico durante el embarazo

Las consideraciones farmacológicas son especialmente importantes para las mujeres con trastorno por consumo de opiáceos si la medicación es una parte esencial del tratamiento. El embarazo no puede ser un motivo para negar el tratamiento con medicación agonista opiácea a una mujer con un trastorno por consumo de opiáceos. La elección de la medicación opiácea debe hacerse de forma individualizada, teniendo en cuenta las características de la paciente. Las prescripciones de metadona o buprenorfina son opciones de tratamiento eficaces con una relación riesgo-beneficio favorable (pero sus efectos pueden variar de una paciente a otra). Las investigaciones demuestran que la exposición intrauterina a la buprenorfina causa un síndrome de abstinencia neonatal menos grave que la metadona. Sin embargo, el síndrome de abstinencia neonatal es una afección fácilmente identificable y tratable. Es solo uno de los aspectos de la relación riesgo-beneficio que la mujer embarazada y su especialista deben tener en cuenta al decidir sobre la medicación.

Tanto la metadona como la buprenorfina reducen eficazmente el consumo de opiáceos y permiten a las pacientes beneficiarse del tratamiento psicosocial. La dosis de medicación debe reevaluarse periódicamente durante el embarazo para realizar ajustes, normalmente al alza. El objetivo es mantener los niveles plasmáticos terapéuticos de la medicación y minimizar así el riesgo de abstinencia y ansia de opiáceos, y reducir o eliminar el consumo de drogas no médicas.

Si una mujer se queda embarazada mientras utiliza metadona o buprenorfina, debe continuar el tratamiento con la misma medicación, especialmente cuando la respuesta es buena. No se recomienda la retirada médica de los agonistas opiáceos durante el embarazo. La abstinencia se asocia a altas tasas de abandono del tratamiento y recaída, junto con el riesgo que conlleva para la mujer y el feto.

Además, el síndrome de abstinencia de opiáceos aumenta el riesgo de aborto espontáneo.

No hay pruebas suficientes que apoyen el tratamiento farmacológico durante el embarazo para controlar la dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, cocaína o inhalantes. No obstante, el tratamiento farmacológico sí puede utilizarse, según proceda, para tratar las comorbilidades. Los medicamentos psicofarmacológicos pueden ser útiles en el tratamiento de los síntomas de trastornos psiquiátricos para controlar el síndrome de abstinencia en mujeres embarazadas con dependencia de estimulantes, si bien la medicación no es necesaria sistemáticamente.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- Debe alentarse a las embarazadas dependientes de opiáceos a utilizar el tratamiento de mantenimiento con opiáceos siempre que esté disponible, en lugar de tratar de desintoxicarse.
- Las embarazadas con dependencia de las benzodiazepinas deben someterse a una reducción gradual de la dosis, utilizando benzodiazepinas de acción prolongada.
- En el tratamiento de la abstinencia en embarazadas con dependencia de estimulantes, los medicamentos psicofarmacológicos pueden ser útiles para amainar los síntomas de los trastornos psiquiátricos, pero no son necesarios de forma sistemática.
- No se recomienda la farmacoterapia para el tratamiento sistemático de la dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, cocaína o inhalantes en pacientes embarazadas.
- Se debe aconsejar a las embarazadas con dependencia de opiáceos que continúen o inicien la terapia de mantenimiento con opiáceos, ya sea con metadona o buprenorfina.

Tratamiento integral

Un enfoque de tratamiento integral centrado en la mujer consiste en tratar tanto a la persona en su totalidad como a la dupla madre-hijo. Esto puede incluir intervenciones y servicios múltiples y diversos, como las prácticas de tratamiento individuales y de grupo que tengan en cuenta los traumas; el cuidado de los niños y la educación parental; la atención médica general; la atención obstétrica y ginecológica; las intervenciones y servicios específicos para las comorbilidades psiquiátricas; las intervenciones tempranas; el apoyo social, incluida la rehabilitación profesional, la vivienda y el transporte; y la asistencia jurídica. La prestación de estos servicios es necesaria pero no suficiente para que un tratamiento esté centrado en la mujer. Los programas de tratamiento centrados en la mujer para embarazadas que consumen drogas deben tener en consideración y tratar factores específicos de orden biológico, cultural, social y ambiental, relacionados con el consumo de drogas y el tratamiento en las mujeres. Esto optimizará el resultado del tratamiento.

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

- Las relaciones interpersonales significativas y los antecedentes familiares desempeñan un papel integral en el inicio y la continuación del consumo de drogas.
- El estigma y la limitada disponibilidad de servicios de tratamiento con perspectiva de género disuaden a las mujeres de iniciar el tratamiento.
- Las mujeres suelen iniciar el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas derivadas de fuentes muy distintas.
- La función de cuidadora, las expectativas de género y las dificultades socioeconómicas hacen que las mujeres sean más susceptibles de enfrentarse a obstáculos para solicitar ayuda y acceder y recibir el tratamiento. Estas barreras pueden retrasar el acceso al tratamiento hasta que el trastorno alcanza una fase más grave, con patologías médicas y psiquiátricas adicionales.
- Las mujeres tienden más a solicitar ayuda y a seguir un tratamiento una vez ingresadas.
- Es posible que sea necesario ajustar el tratamiento farmacológico y las dosis de los medicamentos para las mujeres embarazadas.
- Para sacarle el máximo provecho al tratamiento, las mujeres pueden necesitar que este esté centrado en ellas y se administre en un entorno seguro y exclusivamente femenino.
- Las mujeres pueden necesitar formación y apoyo en temas como salud sexual, anticoncepción, maternidad y cuidado de los hijos.
- Las mujeres y los niños son más vulnerables al riesgo de violencia doméstica y abusos sexuales, y es conveniente establecer vínculos con los organismos sociales que los protegen.
- Los servicios de tratamiento deben poder acoger a los niños para permitir que las madres reciban tratamiento.

Protocolo de parto

Los programas que incluyen el parto del bebé de una embarazada con trastornos por consumo de drogas deben contar con un protocolo de parto por escrito en el que se especifiquen las posibles complicaciones tanto del parto como del tratamiento de la paciente. Como mínimo, deben abordarse cuestiones como dónde se llevará a cabo el parto, a quién se avisará, qué provisiones necesitan ella y su bebé y cómo las obtendrá. También deben establecerse procedimientos adecuados para el tratamiento del dolor. Muchas mujeres con trastornos por consumo de opiáceos son más sensibles al dolor que las mujeres sin dichos trastornos. Si el dolor no tratado hace imposible que la madre atienda a su recién nacido, puede desencadenar una recaída en el consumo de drogas y otros resultados adversos para la madre y el bebé.

Protocolo de tratamiento postnatal/puerperal

Todos los programas que prestan servicios a mujeres embarazadas con trastornos relacionados con el consumo de drogas deben contar con un protocolo de tratamiento posnatal y posparto. No debe darse de alta del tratamiento a una mujer únicamente por su estado de embarazo o puerperal. También deben esbozarse métodos para apoyar a la dupla madre-hijo en los que se incluyan al menos las habilidades básicas de crianza.

Lactancia materna

Si bien debe hacerse todo lo posible para fomentar la lactancia materna en madres con trastornos por consumo de drogas, la decisión sobre la lactancia materna debe evaluarse caso por caso. La lactancia puede estar contraindicada en el caso de madres seropositivas y de madres con otras afecciones médicas que toman determinados medicamentos psicotrópicos. Pueden surgir otras contraindicaciones o precauciones relativas a la lactancia en caso de consumo materno de inhalantes, metanfetaminas, estimulantes, tranquilizantes y alcohol. Es aconsejable que el personal médico llegue a acuerdos claros y preferiblemente por escrito con las madres sobre sus prácticas de lactancia.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- Debe alentarse a dar el pecho a las madres con trastornos por consumo de sustancias, a menos que los riesgos superen claramente a los beneficios.
- Las mujeres lactantes que consumen alcohol o drogas deben recibir asesoramiento y apoyo para que dejen de consumir alcohol o drogas; ahora bien, el consumo de sustancias no es necesariamente una contraindicación para la lactancia.
- El contacto piel con piel es importante independientemente de la elección de alimentación y debe fomentarse activamente en el caso de madres con trastornos por consumo de sustancias que sean capaz de responder a las necesidades de su bebé.
- Debe alentarse a las madres estables en tratamiento de mantenimiento con opiáceos, ya sea con metadona o buprenorfina, a que den el pecho, a menos que los riesgos superen claramente a los beneficios.

5.1.3 Tratamiento del recién nacido expuesto pasivamente a opiáceos en el útero

Descripción

Es difícil determinar el número de neonatos nacidos tras una exposición intrauterina sostenida a opiáceos y otras sustancias psicoactivas. No obstante, en todos los casos los resultados de salud de los recién nacidos mejoran si sus madres reciben un tratamiento integral médico, psicosocial y asistido con medicación. Si no se prestan estos servicios, el recién nacido corre el riesgo de sufrir prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, sepsis neonatal, mortinatalidad, asfixia perinatal, apego deficiente entre madre e hijo, privación, negligencia, retraso del crecimiento y síndrome de muerte súbita del lactante. Una de las principales afecciones que puede darse en el 50-80% de los recién nacidos expuestos a opiáceos en el útero es el síndrome de abstinencia neonatal. El síndrome de abstinencia neonatal se define como alteraciones transitorias de los siguientes sistemas: sistema nervioso central (tipificado por irritabilidad, llanto agudo, temblores, hipertonia, hiperreflexia y alteraciones del sueño); sistema gastrointestinal (por ejemplo, regurgitación, heces blandas, aumento del reflejo de succión, succión y deglución disríticas y escasa ingesta con pérdida de peso); el sistema respiratorio (por ejemplo, congestión nasal y taquipnea); y el sistema nervioso autónomo (como estornudos y bostezos), que se manifiestan en los días y semanas siguientes al nacimiento en bebés expuestos a opioides u otros sedantes en el útero. Los recién nacidos desarrollan el síndrome de abstinencia neonatal cuando su madre realiza un consumo no médico de opioides comprados en la calle o de medicación opioide prescrita por el personal médico para su enfermedad. Esto puede incluir metadona o buprenorfina utilizadas para tratar el trastorno por consumo de opiáceos de la madre.

Tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal

El tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal debe incluir intervenciones no farmacológicas seguidas de tratamiento farmacológico (cuando sea necesario) tras una evaluación exhaustiva. Entre las medidas de apoyo se incluyen: la cohabitación con la madre tras el parto, la lactancia materna, los chupetes (succión no nutritiva), las muselinas para envolver al bebé (dejando los brazos fuera para la succión y sin abrigar en exceso), y el contacto piel con piel con la madre. Debe aspirarse la nasofaringe del recién nacido, y la alimentación debe incluir ofrecimientos frecuentes (cada dos horas) de pequeñas cantidades (si no consigue alimentarse adecuadamente) sin sobrealimentarlo. El bebé debe colocarse en decúbito lateral derecho para reducir la aspiración si hay vómitos o regurgitación (ambos son síntomas prominentes del síndrome de abstinencia neonatal).

No debe demorarse el inicio del tratamiento farmacológico. Los fármacos más utilizados para el síndrome de abstinencia neonatal por exposición a opiáceos son la morfina oral o la metadona, según el peso corporal y la puntuación. El fenobarbital suele administrarse en casos de abstinencia neonatal a otras sustancias (como barbitúricos, etanol e hipnóticos sedantes). El objetivo de la medicación es aliviar los síntomas de abstinencia y calmar al bebé para normalizar las funciones de alimentación, sueño y depuración. La dosis de medicación debe aumentarse rápidamente cuando sea necesario, preferiblemente en respuesta a evaluaciones frecuentes de la gravedad del síndrome de abstinencia, mediante instrumentos validados, y reducirse con la misma rapidez a medida que disminuyen los síntomas del síndrome de abstinencia.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

(Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- Los establecimientos de salud que prestan atención obstétrica deben disponer de un protocolo para identificar, evaluar, observar y realizar intervenciones, mediante métodos no farmacológicos y farmacológicos, en los neonatos con exposición intrauterina a opiáceos.
- Los opiáceos son el tratamiento inicial para los lactantes con síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos si es necesario.
- Si un lactante presenta signos de síndrome de abstinencia neonatal debido a la abstinencia de sedantes o alcohol, o se desconoce la sustancia a la que estuvo expuesto, el fenobarbital puede ser la mejor opción de tratamiento inicial.

5.1.4 Formación y documentación del personal

Formación del personal

Cualquier miembro del personal que tenga contacto directo con las pacientes (secretarias, jefes de oficina) debe conocer y ser sensible a los problemas a los que se enfrentan las mujeres embarazadas. El personal debe recibir formación sobre qué hacer cuando una mujer se pone de parto: con quién ponerse en contacto, cómo reaccionar y dónde acudir en busca de ayuda médica. Muchas mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas pueden tener sentimientos contradictorios, sentirse avergonzadas y culpables por lo que a menudo consideran su incapacidad para controlar su comportamiento. El personal debe ser consciente de estos sentimientos y preocupaciones y estar preparado para responder adecuadamente de forma comprensiva. Avergonzarse y estigmatizar a las mujeres por consumir drogas durante el embarazo no es un método de tratamiento eficaz para proteger al feto de la exposición a las drogas ni para mejorar la salud de la madre. Al contrario, podría conducir a mayores tasas de abandono del tratamiento.

Todo el personal de salud que atienda a lactantes debe estar capacitado para identificar los signos y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal, así como las afecciones neonatales que puedan presentar síntomas similares (por ejemplo, septicemia, encefalitis, meningitis, irritación postanóxica del sistema nervioso central, hipoglucemia, hipocalcemia y hemorragia cerebral).

Documentación

Independientemente del tipo de entorno o de la intensidad de la atención prestada, para que la documentación del tratamiento de mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas se considere adecuada, debe incluir toda la documentación habitual o registros de pacientes. Estos incluyen el contrato de tratamiento, la evaluación, el tratamiento individualizado y el plan de gestión. Igualmente esenciales son las revisiones y los cambios del tratamiento, la gestión de los objetivos del tratamiento y un resumen una vez finalizado este. Los servicios que atienden a mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas deben mantener registros de todos los servicios médicos, psiquiátricos y de tratamiento para garantizar la aplicación de todos los cuidados recomendados y una estrecha coordinación entre los distintos proveedores de atención. Si se realizan evaluaciones para detectar el síndrome de abstinencia neonatal, estas deben registrarse junto con la medicación y las intervenciones sin medicación proporcionadas para minimizarlo.

5.2 Niños y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias

5.2.1 Descripción

El consumo de sustancias psicoactivas suele iniciarse en la adolescencia (10-19 años) e incluso en la infancia. Cuanto antes se inicia el consumo de sustancias, mayores serán los riesgos de una progresión más rápida hacia el consumo intensivo y los trastornos derivados de este.

La mayoría de los niños y adolescentes no consumen drogas psicoactivas. Los niños que consumen drogas suelen estar expuestos a más factores de riesgo y tener menos elementos de protección. Pueden ser víctimas de abandono y abusos físicos, sexuales y emocionales. Es posible que hayan sido explotados en la guerra, el terrorismo y el tráfico de drogas, y puede que estén sometidos a múltiples formas de violencia. Estos niños pueden sufrir privaciones, pobreza, falta de hogar, hambruna, discriminación de género y desplazamientos frecuentes. Como consecuencia, es posible que desarrollen diversas afecciones mentales y físicas. Si se utiliza a niños en el cultivo, la fabricación y la distribución de drogas, hay riesgo de que sigan siendo analfabetos y víctimas en todos los eslabones de la industria del narcotráfico. Los niños de familias dedicadas al cultivo y la fabricación de drogas pueden estar en contacto con residuos tóxicos y sometidos a una exposición pasiva y por fómites. Los niños que viven en países en conflicto son vulnerables a graves riesgos de múltiples formas. Los niños soldados suelen tener fácil acceso a las drogas para mantenerse despiertos, luchar y realizar otras actividades escalofriantes, así como para hacer frente a los traumas.

Puede suceder que los niños y adolescentes que consumen drogas psicoactivas no identifiquen el consumo de sustancias como un problema para ellos mismos o para otras personas en sus vidas y pueden ser ajenos al importante daño que el consumo de drogas causa a su cerebro y a su desarrollo psicosocial. Además, el consumo de drogas en la infancia y la adolescencia se asocia a un mayor riesgo a lo largo de la vida de padecer trastornos por consumo de sustancias y otras enfermedades mentales. En consecuencia, es más probable que esos niños necesiten posteriormente servicios de tratamiento por consumo de sustancias y de salud mental.

La infancia y la adolescencia son periodos importantes del desarrollo, en los que el cerebro es especialmente vulnerable al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas. Dados los efectos neurotóxicos de las drogas o el alcohol en el cerebro en desarrollo, el consumo de sustancias debe detectarse y tratarse lo antes posible. Los niños y adolescentes también pueden sacar partido de las intervenciones relativas al consumo de sustancias aunque no sean dependientes de ninguna sustancia específica. Interrumpir la exposición a la sustancia sin demora puede ayudar a minimizar los riesgos de daños físicos y psicológicos más adelante. Las visitas frecuentes al médico, a la escuela o a otros establecimientos de salud ofrecen la oportunidad de preguntar a los niños y adolescentes sobre el consumo de sustancias. Los adolescentes responderán con sinceridad si ello no acarrea consecuencias negativas. La terapia familiar es una intervención basada en la evidencia útil para adolescentes con trastornos por consumo de sustancias, así como para adolescentes con antecedentes de delincuencia.

Los adolescentes no son niños mayores ni adultos jóvenes. Ese periodo de la vida se caracteriza por la maduración fisiológica de todos los sistemas corporales y otras transformaciones vitales, como el paso de la dependencia de sus padres y cuidadores durante la infancia a la independencia de la vida adulta, y requiere servicios de salud y educación, protección de la salud y promoción de la salud que estén adaptados y diseñados para reflejar la etapa de desarrollo de los adolescentes y satisfacer sus necesidades.

Los adolescentes se enfrentan a barreras específicas para acceder a la salud y a la información. A menudo consideran que los servicios públicos de salud son inaceptables, dado que, a su entender, no respetan la privacidad y la confidencialidad, tienen miedo a la estigmatización, a la discriminación y a que los proveedores de atención de salud traten de imponer sus valores morales. Además, los servicios de salud suelen requerir el apoyo o el permiso de los padres y la pareja, incluso para cuestiones delicadas, como la salud sexual y reproductiva. Es posible que los adolescentes no puedan contar con el apoyo de sus padres y que estén sometidos al control de sus padres o parejas debido a normas socioculturales y de género, un hecho que a menudo se ve reforzado por leyes y reglamentos sobre el consentimiento. Todo ello puede dificultarles todavía más el acceso a la atención de salud.

Al igual que ocurre con otros grupos de edad, los obstáculos como los escasos conocimientos en materia de salud, la pobreza y la marginación también afectan negativamente al acceso de los adolescentes a los tratamientos, pero es probable que las repercusiones sean aún mayores en este grupo.

5.2.2 Modelos y componentes

Es posible que los niños y adolescentes que consumen drogas residan con sus familias, pero también cabe la posibilidad de que vivan en la calle —tras quedar huérfanos o ser repudiados por su familia— o en instituciones del sistema penitenciario. Las circunstancias y los entornos del tratamiento para estos dos últimos grupos de niños y adolescentes pueden diferir sustancialmente del tratamiento ambulatorio o residencial tradicional y, por tanto, pueden requerir más centros de proximidad y acogida que para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias de los adultos. Otra posibilidad es que los padres, preocupados por el consumo de sustancias sus hijos adolescentes, los lleven a tratamiento.

La investigación sobre el tratamiento de niños y adolescentes sigue siendo limitada y los resultados de la investigación sobre los tratamientos administrados a adultos suele ser hasta la fecha el tratamiento de referencia de los niños con trastornos por consumo de sustancias. Si bien hay pruebas alentadoras de que el tratamiento psicosocial adecuado a la edad es eficaz en la adolescencia, existen muy pocas pruebas sobre el tratamiento de los niños más pequeños. Para tratar a los niños con trastornos por consumo de sustancias, es necesario diseñar tratamientos psicosociales que se adapten a su nivel de desarrollo cognitivo y a sus experiencias vitales. Esto puede conllevar problemas imprevistos, como que los niños respondan de forma diferente a los medicamentos en comparación con los adolescentes y los adultos.

Hay otras cuestiones que deben tenerse en cuenta cuando se ofrezca tratamiento a niños y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias:

- La situación jurídica de los niños y adolescentes en cuanto a su competencia y capacidad para consentir un tratamiento varía de un país a otro. Es preciso tenerlo en cuenta y solicitar el consentimiento o la participación de los padres, según sea necesario.
- Los niños y adolescentes que consumen drogas tienen necesidades de tratamiento y atención específicas que reflejan el desarrollo de su cerebro y su funcionamiento cognitivo, así como sus limitadas habilidades para gestionar su situación, dada la etapa de desarrollo psicosocial en la que se encuentran.
- Los adolescentes son propensos a asumir riesgos y a experimentar novedades, y son muy vulnerables a la presión de grupo.
- Los adolescentes con problemas de consumo de drogas tienen una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y disfunciones familiares, y estas deben ser objeto de tratamiento.
- Los niños y adolescentes piensan en términos más concretos, tienen menos desarrolladas las habilidades lingüísticas y suelen ser menos introspectivos que los adultos, por tanto, es probable que también sean menos propensos a querer hablar de sus problemas.
- Es necesario adaptar las intervenciones de tratamiento conductual de modo que se tengan en cuenta las limitadas capacidades cognitivas de los niños y adolescentes.

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

El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe adaptarse a las necesidades específicas del adolescente y cubrir las necesidades de la persona en su totalidad, no solo las cuestiones relativas al consumo de drogas. Es importante detectar si en cada caso concurre violencia, maltrato infantil y riesgo de suicidio y autolesiones en la primera oportunidad del tratamiento, y tomar medidas para salvaguardar o proteger al niño o al adolescente. El seguimiento del consumo de sustancias es clave en el tratamiento de los adolescentes, donde el objetivo es proporcionarles el apoyo necesario y una estructura adicional mientras sus cerebros se desarrollan. En el tratamiento, los adolescentes necesitan más apoyo que los adultos y de índole distinta. Dado que suele ser la edad en la que comienzan las relaciones sexuales y puesto que las tasas de abuso sexual son más elevadas entre los adolescentes con drogodependencia, las pruebas voluntarias de enfermedades de transmisión sexual como el VIH y la hepatitis B y C, son un elemento importante del tratamiento de drogodependencia para adolescentes. El tratamiento también debe incluir estrategias como: formación en habilidades sociales, formación profesional, intervenciones basadas en la familia e intervenciones de salud sexual, incluida la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

En la medida de lo posible, los tratamientos deben integrar otras áreas de interacción social de los adolescentes, como la familia, la escuela, los deportes y las aficiones, y reconocer la importancia de las relaciones positivas entre iguales. El tratamiento de los adolescentes debe promover la participación positiva de los padres, cuando proceda, y garantizar el acceso a los organismos de bienestar infantil.

Los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y de salud mental deben adaptarse a las características específicas de los niños y adolescentes y ser flexibles para detectar y cubrir sus necesidades. Esto debe hacerse dentro de un marco que los proteja de la mejor manera posible de cualquier daño y que, al mismo tiempo, satisfaga sus necesidades individuales en materia de salud.

Servicios de extensión

El objetivo de los programas de proximidad es detectar a los niños y adolescentes que podrían necesitar servicios de salud y sociales. En los programas esos servicios se prestan en la medida de lo posible, dadas las limitaciones en las que puede estar viviendo un niño (por ejemplo, en la calle o encarcelado). Como tal, el personal de proximidad debe dirigirse a los niños y adolescentes que se sabe que están en situación de riesgo, y, a continuación, servir de conducto para los servicios necesarios. Dichos servicios deben tratar de resolver una serie de problemas, incluidos los de índole mental, conductual y social. En los casos de tratados mediante los servicios de extensión o de proximidad, el personal puede llevar a cabo un cribado con el fin de recopilar información suficiente para determinar la necesidad de derivación y tratamiento, y desempeñar un papel activo en la organización de estos. Es posible que los servicios de proximidad también tengan que evaluar la dinámica interfamiliar y las vulnerabilidades que en ella subyacen. El inicio del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas tiene prioridad sobre la causa y el alcance del problema.

Cribado y evaluación

Los programas ambulatorios y hospitalarios tradicionales que ofrecen tratamiento a niños y adolescentes suelen contar con procedimientos de cribado y admisión que determinan la idoneidad del niño o adolescente para ingresar en el programa. Es necesario, como mínimo, examinar tres factores de riesgo como parte del proceso de admisión: la gravedad del trastorno por consumo de sustancias; el riesgo de autolesión y de daño a terceros; y otras cuestiones de seguridad, como la vulnerabilidad al abuso (emocional, sexual o físico). Una combinación de factores de riesgo, así como la complicación de otros trastornos concurrentes, puede indicar la necesidad de ingresar al niño o adolescente en un entorno de tratamiento hospitalario, que sería lo más adecuado si el tratamiento ambulatorio no puede garantizar el apoyo y la seguridad adecuados. En la evaluación se valoran las circunstancias vitales actuales del niño o adolescente y se recopila información sobre sus antecedentes físicos, psicológicos, familiares y sociales para determinar las necesidades específicas de tratamiento. Esto ayuda a elaborar un plan de tratamiento que se ajuste a sus puntos fuertes y sus necesidades específicas. Las normas utilizadas en el cribado y la evaluación de niños y adolescentes no deben ser diferentes de las utilizadas para otros grupos de pacientes.

Planificación del tratamiento

Los niños y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias deben considerarse como parte integrante de un equipo de tratamiento centrado en el bienestar físico y psicológico. Es importante que no se vean como meros pacientes pasivos a los que se informa sobre su estado de salud, sino, al contrario, como participantes activos en la toma de decisiones sobre el tratamiento, junto con la persona que se ocupa de sus cuidados. Además, al principio del proceso de planificación, la gestión de casos puede ayudar a establecer vínculos con los servicios comunitarios pertinentes y —en caso de alta hospitalaria— es necesario tomar decisiones sobre la reinserción en la comunidad. La planificación del tratamiento también requiere la colaboración con el sistema escolar y debe tener en cuenta la importancia de que obtengan una educación formal continuada.

Métodos de tratamiento

Las estrategias de tratamiento para niños y adolescentes con trastornos por consumo de sustancias dependen en gran medida de la sustancia o sustancias consumidas. Al igual que con otros grupos de pacientes, el tratamiento debe incluir intervenciones psicosociales en combinación con medicación cuando sea adecuado. Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre la eficacia de las farmacoterapias para tratar a los adolescentes, y aún menos sobre los trastornos por consumo de sustancias en niños. Por ello, ninguno de los medicamentos está aprobado para su uso en este grupo de población. Hay cierto consenso sobre el uso de agonistas opiáceos, como la metadona y la buprenorfina, para tratar a los adolescentes cuando son capaces de dar su consentimiento legal a dicho tratamiento. Debe utilizarse en adolescentes con dependencia grave de opiáceos que presentan un alto riesgo de seguir consumiendo drogas. Los progenitores también deben dar su consentimiento para cualquier tratamiento de menores, en consonancia con la legislación nacional. Los adolescentes con un trastorno por consumo de opiáceos de corta duración, que cuentan con un apoyo familiar y social significativo, pueden responder al tratamiento de la abstinencia de opiáceos con o sin una prescripción posterior de naltrexona como estrategia de prevención de recaídas. También debe utilizarse una farmacoterapia adecuada para tratar los trastornos psiquiátricos concurrentes como parte de un plan de tratamiento integrado que incluya, asimismo, tratamientos psicosociales.

Los enfoques psicosociales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas en niños y adolescentes deben cubrir un amplio rango de necesidades y utilizar un enfoque individualizado que tenga en cuenta sus vulnerabilidades y puntos fuertes, así como sus antecedentes evolutivos desde el nacimiento hasta el presente. Algunos ejemplos de estrategias de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias en niños y adolescentes son el enfoque de habilidades para la vida, las intervenciones basadas en la familia y la psicoeducación. Los adolescentes pueden aprender de la formación en autocontrol, habilidades sociales y toma de decisiones. Cuando estén disponibles y se hayan probado a nivel local, el uso de tecnologías digitales basadas en pruebas también puede introducirse en los programas de tratamiento.

Cuestiones específicas de género en el tratamiento de adolescentes

El reconocimiento de las diferencias de género debe formar parte integrante del tratamiento en niños y adolescentes. Los chicos suelen preferir grupos mixtos, mientras que las chicas pueden preferir grupos solo para chicas, lo que refleja las diferencias tanto en la socialización como en los historiales de consumo de sustancias de chicos y chicas. Dadas las tasas mucho más elevadas de maltrato físico, abuso sexual e intercambio de sexo por drogas entre las chicas que entre los chicos, al menos una parte de todo programa de tratamiento debe ser específico para cada sexo e incluir componentes relativos a la salud sexual y reproductiva. En el caso de las chicas, el tratamiento puede centrarse en las vulnerabilidades específicas que las afectan, como la depresión y los antecedentes de abusos físicos y sexuales, mientras que en el caso de los chicos el tratamiento puede centrarse más en los problemas de control de los impulsos, los altercados en la escuela y la comunidad y los antecedentes de problemas de aprendizaje y comportamiento. Sin embargo, muchas de estas cuestiones son pertinentes para todos los niños y adolescentes.

En resumen, invertir en servicios de tratamiento de la drogodependencia específicamente adaptados a los adolescentes también impulsará el crecimiento económico al contribuir a aumentar la productividad, reducir el gasto en salud e interrumpir la transmisión intergeneracional de la mala salud, la pobreza y la discriminación

5.3 Trastornos por consumo de drogas en personas en contacto con el sistema de justicia penal

5.3.1 Descripción

El tamaño de la población reclusa en todo el mundo está creciendo, lo que supone una enorme carga financiera para los gobiernos y un gran coste para la cohesión social. Se calcula que más de 10,3 millones de personas, incluidas las personas condenadas y las que están en espera de confirmación de su condena, estaban recluidas en instituciones penitenciarias de todo el mundo en octubre de 2015. Si bien las mujeres solo constituyen el 6,8% de los reclusos del mundo, la población reclusa femenina ha aumentado un 50% desde el año 2000, mientras que la cifra equivalente para la población reclusa masculina es del 18% (Walmsley, 2015).

A nivel mundial, se estima que uno de cada tres reclusos ha consumido una sustancia ilícita en algún momento mientras estaba encarcelado (una prevalencia mediana a lo largo de la vida del 32,6%, basada en datos de 32 estudios), con un 20,0% que declara haber consumido en el último año (una prevalencia mediana en el último año, según 45 estudios) y un 16% que declara estar consumiendo en ese momento (una prevalencia mediana en el último mes, según 17 estudios). Según las estimaciones, las personas con trastornos por consumo de drogas representan una elevada proporción de la población reclusa en muchos países (UNODC, 2017. UNODC, 2019).

Numerosos estudios han demostrado que el consumo de drogas, incluido el consumo de drogas inyectables, está muy extendido en las prisiones, donde es habitual compartir agujas y jeringuillas. Las prácticas de inyección inseguras en las prisiones, donde las tasas de VIH son elevadas, exponen a las personas que se inyectan drogas a un mayor riesgo de infección por el VIH a través del uso de agujas y jeringas contaminadas (UNODC, 2017).

A nivel mundial, se estima que el 2,8% (2,05% - 3,65%) de los reclusos tienen tuberculosis activa, y las tasas más altas se registran en Europa oriental y Asia central (4,9%) y África oriental y meridional (5,3%). Se ha demostrado que las personas que consumen drogas en prisión corren un mayor riesgo de contraer tuberculosis (UNODC, 2017).

Es importante detectar el consumo de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas entre las personas en contacto con el sistema de justicia penal. Es una oportunidad para animar a una persona que ha dado positivo a que reciba el apoyo adecuado y, si es necesario, intervenciones de tratamiento con derivación a servicios de tratamiento de trastornos por consumo de drogas. Esto puede requerir una respuesta coordinada que implique tanto a la justicia penal como a los sistemas de salud y de asistencia social. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basado en la evidencia ha demostrado su eficacia para reducir el consumo de sustancias y promover la rehabilitación, al tiempo que rompe el círculo vicioso del consumo de drogas y la delincuencia, y reduce la reincidencia y el nuevo encarcelamiento entre las personas con trastornos por consumo de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal (Justice Policy Institute, 2008; Gumpert et al., 2010; Sun et al., 2015; Zhang et al., 2017).

El tratamiento de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal puede presentarse —en función del delito— como alternativa a la condena o el castigo o en paralelo a la sentencia o el encarcelamiento (en entornos penitenciarios, por ejemplo).

Las convenciones internacionales sobre la fiscalización de las drogas (ONU, 1961, 1971, 1988) prevén facilitar el tratamiento como alternativa parcial o completa a la condena o la pena (o en paralelo a la condena o la pena), principalmente en los casos de carácter menor cometidos por una persona con un trastorno por consumo de drogas. El tratamiento como alternativa a la condena o a la pena puede aplicarse a lo largo del proceso de justicia penal en las fases previas al juicio, durante el juicio y después de la sentencia.

5.3.2 Modelos y componentes

El tratamiento y la atención basados en la evidencia deben estar disponibles para todas las personas con trastornos por consumo de drogas, independientemente de su situación judicial. A las personas con trastornos por consumo de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal se les pueden ofrecer servicios de tratamiento de drogodependencias como medida sustitutiva de la condena o la pena o de forma paralela, por ejemplo, dentro de las prisiones, dependiendo de la gravedad del delito cometido y de la condena que hayan recibido. Para ofrecer una

respuesta eficaz a cualquier persona con trastornos por consumo de drogas, que esté en contacto con el sistema de justicia penal, es necesario tener en cuenta la gravedad de sus trastornos por consumo de drogas y su condición de salud concomitante. En virtud de las Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio) (ONU, 1990), la prisión debe ser siempre una medida de último recurso. Además, deben tenerse en cuenta las circunstancias especiales de las mujeres en contacto con el sistema de justicia penal, de conformidad con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) (ONU, 2011).

Cuando las personas con trastornos por consumo de drogas cometen infracciones penales que se consideran leves (relacionadas o no con las drogas), puede ofrecerse el tratamiento como medida sustitutiva de la condena o la pena, en cumplimiento de las convenciones y normas internacionales. Ofrecer tratamiento basado en pruebas para los trastornos por consumo de drogas a las personas en contacto con el sistema de justicia penal es una respuesta eficaz de salud y seguridad públicas (Belenko, Hiller y Hamilton, 2013; UNODC y OMS, 2019).

Las personas con trastornos por consumo de drogas, que no pueden acceder a un tratamiento como medida sustitutiva de una condena o pena porque están cumpliendo una pena de prisión, deben recibir tratamiento y atención, dispensados en prisión o en otros entornos.

Cribado y evaluación en el contexto de la justicia penal

La interacción con el sistema de justicia penal podría ser una oportunidad para animar a las personas con trastornos por consumo de drogas a participar voluntariamente en los servicios de tratamiento. Por lo tanto, es de vital importancia detectar el consumo de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas entre las personas en contacto con el sistema de justicia penal, preferiblemente como parte de un reconocimiento médico más amplio.

Todos los puntos de contacto dentro del sistema de justicia penal deben ofrecer oportunidades para llevar a cabo el cribado y la evaluación de trastornos de salud, incluidos los trastornos por consumo de drogas. Es necesario establecer, en el primer momento en que entran en contacto con el sistema de justicia penal, si los delincuentes con trastornos por consumo de drogas pueden optar por medidas sustitutivas de la condena o la pena, y aplicar las alternativas si procede. Las autoridades judiciales y de salud deben tener la capacidad conjunta de evaluar el tratamiento para determinar si puede servir como alternativa a la condena o la pena. Además, deben establecer qué opciones de tratamiento están disponibles y son las más adecuadas para la persona en cuestión, teniendo en cuenta tanto el delito cometido como sus necesidades de salud.

Los puntos y las oportunidades de intervención para poner en contacto a las personas que consumen drogas con los servicios incluyen: los contactos con los agentes de la ley; la detención inicial y/o las audiencias judiciales iniciales; las cárceles y los tribunales; la reinserción en el sistema de justicia penal; y los programas correccionales comunitarios, como la libertad condicional y la libertad vigilada, para los delincuentes. En cada punto de intervención, todas las personas implicadas tienen la oportunidad de detectar indicios de posible consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas y de trastornos por consumo de sustancias, y de garantizar un rápido reconocimiento médico de los trastornos por consumo de sustancias. Tras un cribado positivo, el personal de la salud capacitado debe realizar una evaluación exhaustiva. Ello permitirá planificar y aplicar intervenciones de salud subsecuentes. Estas son especialmente necesarias para gestionar los síndromes de abstinencia y evitar así un sufrimiento innecesario y, en algunos casos, complicaciones peligrosas y potencialmente mortales entre las personas detenidas con dependencia de sustancias. La detección de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y otras sustancias debería formar parte integrante del examen médico habitual cada vez con cada detención ejecutada por el sistema de justicia penal.

La evaluación es un proceso continuo al que pueden someterse distintas personas en distintos entornos y en diversas fases de contacto con el sistema de justicia penal. Por ejemplo, podría realizarse una evaluación inicial en la fase previa al juicio, a la que seguiría otra más adelante, en prisión. Hay varias razones por las que puede ser necesaria una nueva evaluación, como los cambios en la necesidad de tratamiento percibida por el individuo, su motivación o su estado de salud. Es especialmente necesario tener en cuenta el riesgo de suicidio en todas las fases de la evaluación.

Solo el personal capacitado debe realizar evaluaciones de los trastornos por consumo de drogas. A continuación se exponen las cuestiones clave que deben cubrirse en la evaluación:

- ¿Existe algún riesgo inmediato para la vida, incluido como resultado de una sobredosis?
- ¿Esa persona necesita tratamiento inmediato, por ejemplo, por abstinencia de drogas o psicosis?
- ¿Su patrón de consumo de drogas coincide con un patrón de consumo perjudicial o dependencia?
- ¿Está interesada esa persona en recibir tratamiento para los trastornos por consumo de drogas?
- ¿Qué tipo de tratamientos han recibido en el pasado?
- ¿Qué gama de intervenciones terapéuticas pueden ser eficaces?
- ¿Qué tipos de intervenciones terapéuticas existen?
- ¿Están estas intervenciones disponibles para las personas que reciben tratamiento como medida sustitutiva de la condena o pena y/o en el sistema penitenciario?
- De estas intervenciones de tratamiento, ¿cuál le interesaría seguir a la persona?
- ¿Existen problemas médicos concomitantes (incluidas afecciones psiquiátricas) que deban tenerse en cuenta?
- ¿Cuál es la situación jurídica en caso de que se acepte o rechace el tratamiento?

A partir de una evaluación exhaustiva de la persona y de sus necesidades en relación con el tratamiento y otros ámbitos importantes de la vida (salud, social, judicial), es importante desarrollar un enfoque del tratamiento adaptado a esas necesidades. Es fundamental evitar enfoques centrados exclusivamente en el castigo o que carezcan de estructura. Para ser eficaces, las intervenciones de tratamiento para personas con trastornos por consumo de drogas y antecedentes de delincuencia deben cubrir las necesidades complejas y el riesgo de problemas, incluido el riesgo de reincidencia.

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

La premisa básica de la prestación de servicios de salud dentro del sistema de justicia penal es que dichos servicios deben observar los mismos principios que en cualquier otro contexto de la atención de salud y la práctica médica, y ajustarse al tipo y el alcance descritos a lo largo de este documento. Las decisiones adoptadas por los funcionarios de justicia penal no deben privar a una persona del derecho a la atención y los servicios de salud que necesita.

Por regla general, los servicios de salud del sistema de justicia penal deben ser de igual nivel que los servicios de salud que pueden obtenerse en la comunidad (principio de equidad). Debe haber vínculos entre el sistema de justicia penal y los servicios basados en la comunidad para garantizar que puedan administrarse de forma ininterrumpida y con garantías de continuidad y calidad sostenida de la atención.

Cuando un delincuente con altas probabilidades de padecer un trastorno por consumo de drogas entra en contacto con el sistema de justicia penal (por ejemplo, al ser detenido por la policía por un delito relacionado con las drogas), debe someterse a un cribado, seguido de una evaluación y de intervenciones breves realizadas por un profesional de la salud cualificado. La evaluación puede determinar si el delincuente cumple los criterios diagnósticos de un trastorno por consumo de drogas que incluya drogodependencia o un patrón nocivo de consumo de drogas. En caso de consumo de drogas sin características diagnósticas de trastornos por consumo de drogas o en caso de un patrón nocivo de consumo de drogas, es posible ofrecer una intervención breve de tratamiento (véase la sección 4.2.1) mientras se evalúan otras necesidades, el riesgo y los factores de protección. Esto también se hace para prevenir las recaídas y la reincidencia. Si la evaluación diagnóstica detecta un problema de drogodependencia, es necesario suministrar un tratamiento basado en pruebas. Este debe ofrecerse como medida sustitutiva de la condena o la pena, o en paralelo a la sentencia y el encarcelamiento, en función de la situación jurídica. Si en la evaluación se detectan otros problemas somáticos, de salud mental o sociales, es necesario remitir a la persona acusada a los servicios que puedan proporcionarle el tratamiento y la atención adecuados. Alternativamente, estos servicios pueden integrarse en la gestión de los trastornos por consumo de drogas.

Tratamiento de las drogodependencias en el contexto de la justicia penal

Si una persona drogodependiente que ha cometido un delito entra en contacto con el sistema de justicia penal, es poco probable que haya estado recibiendo un tratamiento adecuado para su trastorno por consumo de drogas. La interacción con el sistema de justicia penal puede ser una oportunidad para ofrecerle el tratamiento que necesita para su drogodependencia.

Siempre que esa persona consienta el tratamiento, la evaluación diagnóstica realizada por el personal de la salud debe conducir al desarrollo de un plan de tratamiento. En este punto es necesario establecer si esa persona reúne los requisitos y está preparada para participar en las opciones de tratamiento disponibles, incluido el tratamiento como medida sustitutiva de la condena o la pena, si procede. La evaluación diagnóstica también debe abarcar otros problemas médicos, de salud mental o sociales, así como los factores que podrían modificar el riesgo de reincidencia o recaída. Esto es crucial para elaborar un plan de tratamiento que responda a las necesidades del individuo. Si la persona está dispuesta a participar en el tratamiento, es necesario hablar de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento adecuados. Si la decisión es seguir adelante con el tratamiento, los agentes pertinentes del sistema de justicia penal deben decidir si debe ofrecerse como alternativa parcial o completa a la condena o la pena. También deben decidir si el tratamiento debe administrarse durante el encarcelamiento —por ejemplo, en prisión— y especificar las condiciones en las que se basó su decisión. Las condiciones del sistema judicial pueden variar, desde la asistencia a las sesiones inicial y la adhesión continuada al tratamiento hasta la obtención de determinados resultados intermedios del tratamiento, como la abstinencia o la reducción del consumo de drogas. Si un enfoque terapéutico no logra el resultado deseado, puede ser necesario considerar estrategias terapéuticas alternativas que se adapten mejor a las necesidades de atención de salud y social de esta persona que ha cometido un delito y tiene un trastorno por consumo de drogas.

Los servicios destinados a las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal deben centrarse no solo en las necesidades de salud, sino también en la capacidad intelectual, los comportamientos, las actitudes y los factores contextuales de las personas que están asociados con la reincidencia y las recaídas. Los programas de tratamiento y las intervenciones deben tener en cuenta estas necesidades específicas de las personas que cometen delitos y tienen trastornos por consumo de drogas y tratarlas de forma integral. Esto no solo ayudará a conseguir los resultados de salud esperados, sino que también evitará la reincidencia y las recaídas.

5.3.3 Tratamiento como medida sustitutiva a la condena o la pena

Para ofrecer respuestas eficaces en materia de salud y seguridad públicas, al tiempo que se aborda el reto del aumento de la población carcelaria en todo el mundo, es necesario considerar alternativas a la condena o la pena para las personas con trastornos por consumo de drogas.

Para las personas con trastornos por consumo de drogas que cometen delitos relacionados con la posesión de sustancias sometidas a fiscalización internacional para consumo personal y otros delitos menores, las convenciones internacionales de fiscalización de drogas han previsto medidas como el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación o la reinserción social, incluso como alternativas completas a la condena o la pena (ONU, 1961, 1971, 1988). Además, los Estados disponen de una serie de reglas y normas relativas a la aplicación de medidas no privativas de libertad que pueden utilizar y aplicar (ONU, 1990, 2011).

Existe una amplia gama de medidas alternativas aplicables a lo largo del continuo de la justicia penal, desde la fase previa al juicio, pasando por el juicio y la fase posterior al juicio, con algunas diferencias en los sistemas de derecho común y continental (UNODC y OMS, 2019). Las personas con trastornos por consumo de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal se enfrentan a múltiples problemas. Por ello, los programas de tratamiento deben tener la capacidad, a través de sus redes, de satisfacer adecuadamente las necesidades adicionales de los pacientes, como los problemas de vivienda, empleo, jurídicos, financieros y familiares.

Los programas de tratamiento en el contexto de la justicia penal suelen empezar por ofrecer intervenciones de tratamiento bastante estructuradas, que incluyen una estricta supervisión toxicológica y el sistema de incentivos y, en menor medida, sanciones, para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Con el tiempo, a medida que los pacientes progresan, los programas reducen la intensidad de los servicios y la supervisión.

En el cuadro 2 se enumeran algunos puntos clave de intervención y tipos de programas de derivación que diferentes países han puesto en práctica para la continuidad asistencial en el marco de la justicia penal (UNODC y OMS, 2019). El paciente siempre debe tener la opción de aceptar o rechazar la opción de tratamiento y las condiciones conexas. Las garantías legales habituales, incluido el derecho de apelación, siempre deben acompañar al tratamiento bajo supervisión judicial.

Cuadro 2. Intervenciones clave y tipos de programas de derivación que diferentes países han puesto en práctica para la continuidad asistencial en el marco de la justicia penal (UNODC y OMS, 2019)

RESPUESTA ADMINISTRATIVA	RESPUESTA DE LA JUSTICIA PENAL		
<p>ANTES DE LA DETENCIÓN</p> <p>Policía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta administrativa con información/remisión al tratamiento 	<p>ANTES DEL JUICIO</p> <p>Policía, fiscal, defensa, juez de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amonestación con derivación a educación/tratamiento • Sobreseimiento condicional/suspensión condicional de la acusación • Libertad condicional bajo fianza (alternativa a la prisión preventiva) 	<p>JUICIO/IMPOSICIÓN DE LA PENA</p> <p>Juez, agentes de libertad condicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplazamiento de la condena con un elemento de tratamiento • Aplazamiento de la ejecución de la pena con un elemento de tratamiento • Libertad condicional/supervisión judicial • Tribunales especiales (por ejemplo, tribunales para la remisión a servicios de tratamiento de drogodependencias) 	<p>DESPUÉS DE LA IMPOSICIÓN DE LA PENA</p> <p>Alcaide, junta de libertad condicional, ministro de Justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libertad anticipada/libertad condicional/indulto con un elemento de tratamiento

5.3.4 Tratamiento en centros penitenciarios

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

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

Ofrecer el mejor tratamiento posible a los reclusos plantea toda una serie de cuestiones complejas, incluidas las logísticas, como quién debe proporcionar el tratamiento, dónde y cuándo.

Una de las cuestiones más complejas se refiere a la dotación adecuada de personal para los programas de tratamiento. En algunas prisiones, el personal interno recibe formación para prestar servicios de tratamiento, mientras que, en otras, se contrata a proveedores de tratamiento externos para que presten esos servicios. El objetivo de estas decisiones en materia de personal debe ser lograr los mejores resultados al menor coste posible. En general, sin embargo, los resultados para los pacientes dependen de la calidad de los servicios prestados más que de la afiliación del proveedor.

Lo ideal sería que las personas que participan en el tratamiento estuvieran separadas, en su caso, de otras personas encarceladas para mantener un entorno terapéutico. Si las personas en rehabilitación vuelven al entorno general de la prisión, corren un alto riesgo de consumir drogas y recaer, lo que puede socavar los logros alcanzados durante el tratamiento. Cuando no es posible o no se dispone de entornos de tratamiento separados o independientes, es importante intentar minimizar la exposición a factores de riesgo externos (por ejemplo, estableciendo horarios de comedor y recreo separados). Las decisiones sobre el tratamiento también deben tener en cuenta el tiempo de condena que le queda por cumplir. Los organismos deben tener en cuenta cuánto tiempo permanecerá encarcelada esa persona y exigirle que complete el tratamiento asignado antes de su puesta en libertad o garantizar la continuación del tratamiento posteriormente.

Hay ciertas consideraciones especiales cuando la prestación de intervenciones de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas se realiza en las prisiones:

- Tratamiento del síndrome de abstinencia asistido por medicación: Si un centro penitenciario carece de un sistema interno de tratamiento del síndrome de abstinencia, es imperativo que el paciente sea derivado a servicios médicos externos. Obligar a las personas a pasar el síndrome de abstinencia sin atención médica no solo no es ético, sino que puede poner en peligro su salud y seguridad.
- El tratamiento ambulatorio o en consultorio en las prisiones puede incluir periodos de tratamiento intensivo seguidos de periodos de tratamiento menos intensivo. Este método de degradación de la intensidad del tratamiento es especialmente adecuado para las personas que reciben servicios de tratamiento intensivo en prisión y que, al regresar a la comunidad, siguen necesitando servicios de tratamiento, aunque menos intensos. La disminución gradual de la intensidad del tratamiento debe depender de si el paciente está cumpliendo sus objetivos de tratamiento.
- El tratamiento residencial puede proporcionarse en unidades específicas dentro de una prisión. Estos programas son especialmente útiles cuando se dirigen a poblaciones específicas de alto riesgo, como delincuentes juveniles, mujeres y personas con trastornos psiquiátricos. Disponer de un entorno residencial específico reduce al mínimo la exposición a personas, especialmente de la población penitenciaria general, que podrían victimizar a la persona en tratamiento. Este espacio delimitado también ayuda a centrarse en cuestiones que afectan particularmente a ese subgrupo (como el trauma entre las mujeres que han sobrevivido a sucesos dañinos).
- El modelo de tratamiento residencial basado en una comunidad terapéutica puede adaptarse a la población penitenciaria. Los programas de comunidad terapéutica basados en la prisión deben estar ubicados en una unidad de la prisión independiente, con una estructura y unos servicios similares a los de programas comparables fuera del entorno penitenciario.
- La prevención de las sobredosis de opiáceos es una intervención clave especialmente en el momento de la excarcelación. En el caso de las personas con trastornos por consumo de opiáceos, iniciar o continuar un tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos en prisión ha demostrado su eficacia para prevenir la sobredosis de opiáceos en el momento de la excarcelación.
- Para reducir el riesgo de sobredosis de opiáceos tras el alta de prisión, las personas con antecedentes de consumo de opiáceos, así como sus familiares y amigos, deben estar equipados con naloxona para llevar a casa, junto con instrucciones y formación sobre cómo utilizarla en caso de sobredosis de opiáceos.

Referencias

- Belenko, S, Hiller, M y Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*. Springer US, 15(11), pág. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-z.
- Comisión de Estupefacientes (2016). Resolución 59/4. Elaboración y difusión de normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. Disponible en https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/ECOSOC_RES_CND/ECN72016_16_ECOSOC_CND_2016.pdf (consultado el 13 de agosto de 2019).
- Conrod, PJ y Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), págs. 371–394. doi: 10.1111/jcpp.12516.
- Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) págs. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.
- Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).
- Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5(12), págs. 987–1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
- Dennis, ML, Foss, MA y Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*. 31(6), págs. 585–612. doi: 10.1177/0193841X07307771.
- Dennis, ML, Scott, CK y Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*. 16(4), pág. 442. doi: 10.1007/s11920014-0442-3.
- Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social work in public health*. NIH Public Access, 28(3–4), págs. 313–32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663.
- Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*. X5, págs. 357–366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x
- DuPont, RL, Compton, WM y McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier, 58, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.
- Ernst, D, Miller, WR y Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.
- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS y Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version[†].
- Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*. NIH Public Access, 2(2), pág. 1010. PMID: PMC4285388.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. Elsevier, 392(10159), págs. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.

- Gumpert, CH et al. (2010). The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study. *International Journal of Forensic Mental Health*. Taylor & Francis Group, 9(2), págs. 82–92. doi: 10.1080/14999013.2010.499557.
- Hai, AH et al. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*. 202, págs. 134–148. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045.
- Justice Policy Institute (2008). Substance Abuse Treatment and Public Safety: Policy Brief. Disponible en http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).
- Koob, GF y Volkow, ND (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), págs. 760–773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Livingston, JD et al. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), págs. 39–50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x.
- Lopez-Quintero, C et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*. 115(1–2), págs. 120–130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.
- McCollister, KE et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. *Addiction*. 108(12), págs. 2166–2174. doi: 10.1111/add.12335.
- McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 168(1), págs. 26–33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006.
- Miller, PM, Peter M (2013). Interventions for addiction. Vol. 3: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier Science. Disponible en <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6> (consultado el 21 de febrero de 2020).
- NIDA (2012). Principles of drug addiction treatment- A research-based guide. Disponible en https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf (consultado el 13 de agosto de 2019).
- Rapp, RC et al. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of substance abuse treatment*. NIH Public Access, 30(3), págs. 227–35. doi:10.1016/j.jsat.2006.01.002.
- Rhodes, T (1996). Outreach work with drug users: principles and practice. Strasbourg: Council of Europe Pub.
- SAMHSA (2015). Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System. Rockville (HHS Publication No. (SMA)-15-4930. Rockville, MD). Disponible en <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4930.pdf> (consultado el 21 de febrero de 2020).
- Shehaan, DV et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl. 20:22-33; quiz 34-57.
- Sheehan, DV (2016). The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI).
- Silveri, MM et al. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Pergamon, 70, págs. 244–259. doi:10.1016/J.NEUBIOREV.2016.06.042.
- Stockwell, TR et al. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 74, págs. 79–87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x.
- Sun, H-M et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 5(1), pág. e005997. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005997.

- Torrens M, Mestre-Pintó, J-I y Domingo-Salvany, A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe', European Monitoring Centre for Drug Addiction. doi: 10.2810/532790.
- Naciones Unidas (1961). Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Disponible en https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf (consultado el 13 de agosto de 2019).
- Naciones Unidas (1971). Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Disponible en https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf (consultado el 13 de agosto de 2019).
- Naciones Unidas (1988). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Disponible en https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf (consultado el 13 de agosto de 2019).
- Naciones Unidas (1990). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-standard-minimum-rules-non-custodial-measures> (consultado el 1 de octubre de 2019).
- Naciones Unidas (2011). Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (las Reglas de Bangkok). Disponible en https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).
- Naciones Unidas (2016). Documento final del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas de 2016: Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Disponible en https://digitallibrary.un.org/record/826678/files/A_S-30_L.1-ES.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).
- UNODC (2003). Elaboración de un sistema integrado de información sobre las drogas: Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebidamente de Drogas (GAP). Disponible en <https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20toolkit%20module%201%20SPANISH.pdf> (consultado el 1 de octubre de 2019).
- UNODC (2008b). Treatnet: Red Internacional de Centros de Colaboración sobre Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependientes. Good practice document Sustained Recovery Management Good Practice. Disponible en www.unodc.org/treatnet (consultado el 1 de octubre de 2019).
- UNODC (2012). TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Disponible en https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).
- UNODC (2014). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. Disponible en https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtg_guidance_EN.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).
- UNODC (2015). Informe mundial sobre las drogas 2015 (Publicación de las Naciones Unidas, número E.15.XI.6).
- UNODC (2016). Informe mundial sobre las drogas 2016 (Publicación de las Naciones Unidas, número E.16.XI.7).
- UNODC (2017). Informe mundial sobre las drogas 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, Publicación de las Naciones Unidas, número E.17.XI.6).
- UNODC (2018). Informe mundial sobre las drogas 2018 (Publicación de las Naciones Unidas, número E.18.XI.9).
- UNODC (2019b). Informe mundial sobre las drogas 2019 (Publicación de las Naciones Unidas, número E.19.XI.8).
- UNODC y OMS (2008). Principles of Drug Dependence Treatment: discussion paper. Disponible en <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-DependenceTreatment-March08.pdf> (consultado el 30 de septiembre de 2019).
- UNODC y OMS (2018). Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas (Segunda edición actualizada). Disponible en https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/int_standards_document_ESPAGNOL.pdf (consultado el 12 de agosto de 2019).

UNODC y WHO (2019). Tratamiento y atención de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal: Medidas sustitutivas de la condena o la pena. Disponible en https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_SP.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).

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

Walmsley, R (2015). World Prison Population List eleventh edition. Disponible en https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf (consultado el 21 de febrero de 2020).

White, LW (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Disponible en https://www.naadac.org/assets/2416/whitelw2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf (consultado el 1 de octubre de 2019).

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

OMS (2001). AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/331321>.

OMS (2003). Organization of services for mental health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

OMS (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/42666> (consultado el 1 de octubre de 2019).

OMS (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948>.

OMS (2010a). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. Elaborada por Humeniuk, R[et al]. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/85403>.

OMS (2010b). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/85401> (consultado el 1 de octubre de 2019).

OMS (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357>.

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

OMS (2014a). Community management of opioid overdose. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>.

OMS (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>.

OMS (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44498>.

OMS (2018). Manejo de los problemas de salud física en adultos con trastornos mentales graves: Directrices de la OMS. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52633>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS (2019a). CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es> (consultado el 30 de septiembre de 2019).

OMS (2019b). 13.º programa general de trabajo, se aprobó en la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en virtud de la resolución WHA71.1 el 25 de mayo de 2018. Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gpw/RC-Results-Framework-sp.pdf> (consultado el 30 de septiembre de 2019).

OMS (2019c). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/310981>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (consultado el 30 de septiembre de 2019).

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

LAZ NOR M AS

Organización mundial de la Salud
Alcohol, drogas y conductas adictivas
Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
<http://www.who.int>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC)
Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación
Subdivisión de Drogas, Laboratorios y Servicios Científicos
Centro Internacional de Viena
P.O. Box 500
A-1400 Vienna
Austria
<https://www.unodc.org>

