



ORIENTACIONES TÉCNICAS

PARA LA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL Y
REFERENCIA A TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL
Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

2015

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Elaborada por:

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.

PRIMERA VERSIÓN 2015

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión, capacitación e implementación. Prohibida su venta.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	5
II. EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES	6
Magnitud del problema	6
Impacto del consumo en adolescentes	7
III. OBJETIVOS, ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETIVO	10
IV. MODELOS Y ESTRATEGIAS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL	11
Modelo Transteórico del cambio	11
Entrevista motivacional	13
Elementos del espíritu de la entrevista motivacional	14
Microhabilidades deseables en los profesionales o técnicos	14
Discurso de cambio	15
Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio	16
V. MODELO DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL	17
Paso 1. Evaluar el consumo	20
Aplicación CRAFFT	21
Paso 2. Intervenir	22
Intervención mínima / Riesgo bajo	22
Intervención motivacional / Riesgo intermedio y riesgo alto	24
Derivación asistida	27
Paso 3. Acompañar y seguir apoyando	29
VI. IMPLEMENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	30
VII. BIBLIOGRAFÍA	31

VIII. ANEXOS	33
Grupo de trabajo	33
Intrumento CRAFFT	34
Recursos complementarios para evaluar consumo de alcohol	35
Alcohol	36
Marihuana	38
Cocaína	41
Pasta Base de Cocaína	43

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual “se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud”(1)

La adolescencia es una etapa en que los y las adolescentes están expuestos a nuevos ambientes, a desafíos emocionales, sociales y en que el sentimiento de ser invulnerables, omnipotencia y la influencia de pares es muy fuerte. Hallazgos recientes en la investigación en neurociencias, muestran que el proceso de desarrollo neurológico en el transcurso de la adolescencia se acompaña de una mayor vulnerabilidad frente a diversos factores, entre otros, el consumo de alcohol y otras drogas. En efecto, la edad del primer consumo está inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos por consumo de sustancias(2). Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un importante factor de riesgo para el desarrollo integral del adolescente.

El consumo de alcohol y otras drogas implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección. Es necesario destacar que los adolescentes parecen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo, siendo el consumo de sustancias una de ellas, la que a su vez los expone a otros riesgos en tanto les impide tomar decisiones apropiadas; sin embargo, también se reconoce la adolescencia como una etapa de oportunidad para el cambio y mantenimiento de conductas positivas de autocuidado. Por ello, es crucial aprovechar toda instancia de atención del adolescente para fortalecer los factores y conductas protectores e identificar precozmente los factores y conductas de riesgo, con objeto de poder intervenir en forma oportuna.

La Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020, incluye la meta de reducir la discapacidad asociada a trastornos mentales, entre otros, aquellos debidos al consumo de sustancias e identifica como una de sus herramientas para alcanzarla, el ingreso a tratamiento de adolescentes con trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Por otra parte, el foco estratégico general en la población adolescente, incorpora objetivos en detección e intervención de factores de riesgo, entre los cuales aparece el consumo de alcohol y otras drogas.

El presente documento propone ser una herramienta práctica de apoyo a los equipos de salud para la atención de adolescentes, orientada a la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas. Es una herramienta de apoyo de comunicación no directiva, que permite explorar y comprender en conjunto con el adolescente sus actitudes y conductas en relación con el consumo de drogas, entregar información sobre las consecuencias para la salud y proyecto de vida, promoviendo cambios hacia estilos de vida más saludables. Así mismo, permite identificar la eventual presencia de un trastorno por consumo de sustancias y realizar la referencia para su atención lo más oportuna posible.

II. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LOS ADOLESCENTES¹

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud señala que el consumo nocivo de alcohol en adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, en específico de los causados por accidentes de tránsito, violencia y muertes prematuras(3). Así mismo, el consumo de otras drogas se asocia a mayor frecuencia de traumatismos intencionales y no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afectan a terceros y a la sociedad en general(4).

En población escolar(5), entre alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio, el alcohol es la droga de mayor consumo en Chile, alcanzando un 35,6% el consumo de último mes y siguiendo la tendencia mundial. Entre quienes declaran consumo de bebidas alcohólicas en el último mes, el 62,8% señala haber tomado 5 ó más tragos en una sola ocasión, en los últimos 30 días, es decir, 2 de cada 3 estudiantes encuestados han tenido al menos un episodio de consumo intenso en los últimos 30 días. Desagregando esta variable por sexo, se aprecia que un 66,7% de los hombres y un 58,9% de las mujeres han tenido a lo menos un episodio de embriaguez (diferencia estadísticamente significativa).

Al analizar los resultados por curso, se advierte que los cuartos medios tienen una prevalencia (51,4% en 2013) tres veces mayor a la observada en octavos básicos (16,6%), y que la prevalencia de consumo de alcohol crece (significativamente) a medida que el nivel aumenta (observado también en 2011). La prevalencia de consumo en octavo básico muestra un descenso significativo, pasando de 18,7% en 2011 a 16,6% en 2013.

Respecto del consumo de marihuana, este mismo estudio muestra que la población de estudiantes de octavo básico, vuelve a presentar un aumento significativo de 5,2 puntos porcentuales en su prevalencia de consumo (10,5 % el 2011 a 15,7 % el 2013). Al igual que el año 2011, este fenómeno va acompañado de una disminución de la percepción de riesgo del consumo experimental y frecuente de marihuana (18,4% y 28,8% respectivamente) en este nivel y se reporta un descenso significativo, de la desaprobación parental para el consumo de marihuana (84,4% en 2011 a 79,5% en el 2013). Todos los cursos encuestados presentaron variaciones al alza, observándose un aumento porcentual en relación al año anterior de 12,6 puntos en los primeros y terceros medios y de 14,6 puntos en los cuartos medios.

Respecto a factores de riesgo, los escolares que reportan que sus padres tienen conductas vinculadas con la prevención del consumo de marihuana, tienen prevalencias de consumo más bajas que aquellos que no lo tienen. Los padres que saben dónde está su hijo/a se asocia a una menor prevalencia de consumo que aquellos que no saben (45,8% frente a 25,1%), mientras que otros indicadores de involucramiento parental como estar atentos al quehacer de la escuela y conocer los amigos presentan una menor asociación con el consumo de marihuana. La ausencia del factor protector aumenta en 1,8 veces la probabilidad de consumo (45,8% frente a 25,8%).

¹ El documento utilizará indistintamente los términos "consumo de sustancias" y "consumo de alcohol y otras drogas".

Por otra parte, el uso de cocaína llega a 3,6%, 0,4 puntos porcentuales más que el 2011, mientras que el consumo de pasta base se mantiene estable respecto al estudio anterior, pasando de 2,2% a un 2,3%.

IMPACTO DEL CONSUMO EN ADOLESCENTES

Estudios señalan que el cerebro se mantiene en un estado de desarrollo activo, guiado por la experiencia, desde el período prenatal hasta la niñez y la adolescencia. Por este motivo, durante estos períodos de desarrollo, es intrínsecamente más vulnerable, que un cerebro maduro a los efectos adversos a largo plazo de las agresiones químicas o ambientales, como la exposición a alcohol y otras drogas(7).

En este contexto, se reconoce que a esta edad, el consumo puede provocar anomalías en las mediciones de funcionamiento del cerebro, vinculadas a cambios en la neuro-cognición en el tiempo (anomalías en el volumen de las estructuras del cerebro y la activación de las tareas cognitivas) (7) (8)(9).

Otros efectos del abuso/consumo de sustancias en los adolescentes incluyen retraso en el desarrollo de funciones ejecutivas tales como criterio, sentencia, la planificación y la realización de tareas, cumplimiento de metas y las respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones (8). Otro aspecto de gran relevancia dice relación con la edad de inicio del consumo de sustancias; a más temprana edad, mayores riesgos. La evidencia señala que la edad del primer consumo está inversamente relacionada con incidencia de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias(2).

Aún cuando existe un amplio grupo de jóvenes que no presenta la conducta, el consumo de alcohol y otras drogas es relativamente común y socialmente aceptada entre los y las adolescentes. En este sentido, el uso de drogas legales (alcohol y tabaco) y los mensajes de No riesgo o No daño o de libertad de consumo en los y las adolescentes, generan mensajes ambiguos, pocos claros, que pueden incluso estimular el consumo de algunas sustancias y/o disminuir la percepción de riesgo y por consiguiente pueden aumentar el consumo de éstas(8).

Ya en el año 2002, C. Arbex realiza una descripción del perfil de los adolescentes que presentan la conducta de consumo, que en la actualidad sigue vigente y se caracteriza por(10):

- Sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas.
- Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
- Conviven y dependen de su familia.
- Realizan un uso social de las sustancias.
- Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo.
- Consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo (más vitalidad y/o con mayores alteraciones perceptivas), para una vez pasado este espacio de tiempo, retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios y/o a su trabajo.

- Mayoría de policonsumidores; consumo simultáneo de varias drogas, pero sobre todo de alcohol, cannabis, y/o estimulantes.
- Con poca percepción de riesgo de las sustancias que toman (sobre todo del alcohol y del cannabis). Tampoco se percibe riesgo por un consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína... Aunque perciben ciertos riesgos en estas últimas, algunos están dispuestos a asumirlos, porque en su particular balanza “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan, superan los costes que su consumo les puede deparar.
- Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.
- Percepción del uso de drogas como masivo y algo muy extendido en su generación (todos los chicos/as toman algo cuando salen los fines de semana), lo cual autojustifica su propio consumo.

Hasta aquí, se han reflejado patrones generales que parecen estar bastante extendidos en la población adolescente que consume sustancias. Sin embargo, es importante insistir en que hay grandes variaciones individuales y culturales, por lo que no habría un perfil único, teniendo los y las adolescentes diferentes formas de aproximarse a los usos de alcohol y otras drogas(10).

Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un/a adolescente, y mayor sea la probabilidad de acceso a sustancias, mayor es la probabilidad de que inicie el consumo de estas, lo instale entre sus conductas habituales y luego abuse de las mismas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del ciclo vital, como la presión de los compañeros/pares durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre sus figuras de apego durante los primeros años de la niñez que pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos futuro (11).

El cuadro a continuación indica los factores de riesgo y de protección más preponderantes para el desarrollo de problemas asociados al consumo de sustancias en adolescentes(12).

Factores de Riesgo	Factores Protectores
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Historial familiar de abuso de sustancias o trastornos del ánimo. ▸ Pobre supervisión parental y quiebre familiar. ▸ Bajo rendimiento académico y / o aspiraciones académicas. ▸ Trastorno por déficit de atención o trastorno de atención con hiperactividad no tratados. ▸ La percepción de aceptación de los pares del consumo de sustancias y consumo de sustancias en pares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Padres que fijan reglas claras y las hacen cumplir. ▸ Mantención de rutinas familiares, como las comidas. ▸ Padres que regularmente hablan con sus hijos acerca de los riesgos del alcohol y otras drogas. ▸ Participación en programas comunitarios, sociales y religiosos. ▸ Tener oportunidades de participación prosocial en la comunidad.

Considerando los elementos anteriormente señalados respecto a las características que presentan los adolescentes, los riesgos a que están expuestos y específicamente los relativos a su salud en relación al consumo de sustancias, es que se propone un conjunto de acciones, desde la atención primaria en salud, cuyo objetivo es anticiparse, evitar o disminuir la ocurrencia de problemas asociados al consumo de éstas.

La intervención para evitar los problemas asociados al consumo de drogas en los y las adolescentes debería incluir, además de acciones de promoción y prevención universal, la detección precoz y las actuaciones preventivas oportunas ante los primeros síntomas de consumo de riesgo y antes de que se desarrolle el abuso y la dependencia.

III. OBJETIVOS, ALCANCE Y PÚBLICO OBJETIVO

Las presentes Orientaciones Técnicas tienen los siguientes objetivos:

- Ser una herramienta práctica de apoyo para la atención de adolescentes, orientada a la detección, intervención motivacional y referencia a programas resolutivos ya sea de prevención selectiva, indicada o tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas.
- Ser una herramienta de apoyo para establecer una relación colaborativa entre el profesional y el adolescente, generando una comunicación no directiva y reflexiva que permita a los y las adolescentes explorar sus conductas de consumo y consecuencias asociadas y cómo estas interfieren en su salud y con su proyecto de vida.
- Promover estilos de vida más saludable en los adolescentes.
- Identificar eventualmente la presencia de un trastorno por consumo de sustancias propiamente tal y/o consumo de riesgo y realizar la referencia para su atención lo más oportuna posible.

Estas Orientaciones se dirigen a profesionales, técnicos, agentes sociales o monitores capacitados, desde cuyo rol sea posible contribuir o ejecutar acciones para la detección y motivación al cambio sobre el consumo de drogas en adolescentes, como por ejemplo escuelas, programas de protección de derechos y justicia juvenil, programas preventivos de SENDA, espacios comunitarios, entre otros. Se propone la aplicación de un instrumento de tamizaje que permite rápidamente tomar decisiones y cursos de acción a los profesionales o técnicos que intervienen con los jóvenes y también se entregan orientaciones sobre estrategias motivacionales que facilitan la relación con ellos.

El instrumento de tamizaje CRAFFT es un instrumento validado en Chile para adolescentes entre 14 y 18 años, que es el grupo prioritario, pero es muy probable que se requiera la atención de niños menores de esa edad por lo que la intervención motivacional que se propone puede resultar un apoyo pues podría ser utilizada como estrategia de intervención en personas incluso menores de 14 años.

IV. MODELOS Y ESTRATEGIAS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Es importante identificar las motivaciones que llevan a los adolescentes a consumir drogas. De acuerdo a lo observado, la curiosidad sería en primer lugar y luego el placer, aunque favorablemente muchos de los jóvenes se dan cuenta de que la satisfacción es momentánea. Los que mantendrían el consumo evidenciarían una tercera gran motivación, la del “soporte artificial”, es decir, adolescentes que “encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de medios naturales”(13). De aquí que es fundamental considerar integralmente al adolescente y tomar en cuenta otro tipo de dificultades que pueda presentar (estados depresivos o ansiedad por ejemplo) y no centrarse únicamente en la sustancia que consume.

Para comprender los comportamientos del consumo de sustancias y las dificultades que las personas presentan para abandonar conductas que ponen en riesgo su salud, el modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente, permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar que facilita la intervención de los equipos de salud. En la medida que el profesional o técnico logra identificar el estadio motivacional que presenta una persona en un momento dado, puede desarrollar estrategias específicas que han demostrado tener mayor resultado y por ende facilitan la intervención.

En esta ocasión, es necesario considerar las características de la población a la cual irán dirigidas estas estrategias en tanto los adolescentes presentan variaciones frecuentes en sus estados afectivos y motivacionales propios de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que el modelo transteórico representa un marco de referencia y debe ser utilizado con flexibilidad al momento de aplicar a los adolescentes o a lo menos debe re-evaluarse el estadio motivacional cada vez que se toma contacto con el/la joven de manera de verificar cada vez cuál es su disposición motivacional.

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

Como se señaló anteriormente, es importante considerar que lograr el cambio de conducta no es fácil, especialmente entre los jóvenes, por ello es necesario entender el cambio como un proceso, en el cual la disposición motivacional del adolescente va avanzando por diferentes etapas. Es sabido que la sola percepción de riesgos no cambia la conducta, de lo contrario no existirían personas que presentaran en forma reiterada conductas que dañan la salud. En el cambio de conducta están presentes aspectos afectivos, sociales y contextuales, que van más allá de la mera entrega de información o comprensión cognitiva de las situaciones, pero así mismo la evidencia señala que a mayor percepción de riesgo frente al uso de una determinada sustancia menor es la probabilidad de iniciar el consumo de ella. De ahí la relevancia que frente a cualquier oportunidad de intervención con adolescentes y considerando que la ambivalencia (sí - no; “lo tomo- no lo tomo”; correcto-incorreto, hace daño - no hace daño) es un elemento que está presente en las personas que han pensado realizar un cambio de conducta, se recurra a más elementos y apoyos que faciliten realizar una toma de decisión adecuada frente a las opciones que se presentan y permitan a su vez mantener conductas concretas de cambio.

Así, resulta relevante en el desarrollo de la intervención motivacional, incorporar elementos del Modelo Transteórico del Cambio(14) , trabajando desde una perspectiva estadio-específica y no sólo desde consideraciones de un cambio lineal y progresivo hacia el estadio de acción. Los adolescentes, como se señalaba anteriormente pueden pasar de un estadio a otro de manera rápida o por el contrario detenerse “obstinadamente” en alguna etapa. Es importante tener presente que las estrategias motivacionales tienen mejores resultados y son más relevantes en los primeros estadios del cambio (precontemplación, contemplación y determinación), mientras que en los últimos estadios (acción y mantención) son fundamentales el desarrollo de habilidades de afrontamiento y acciones que fortalecen la autoestima.

A continuación se muestra un cuadro de acciones y estrategias adaptadas a los estadios del cambio(15).

ESTADIOS	ACCIONES A DESARROLLAR EN LA INTERVENCIÓN	TÉCNICAS
Precontemplativo (no ve el problema)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Priorizar el hábito y estudiarlo. ▸ Elaborar mapa de creencias. ▸ Trabajar la ambivalencia. ▸ Evitar y trabajar las resistencias. ▸ Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo narrativo ▸ Evitar trampas ▸ Reconocer resistencias
Contemplativo (ve el problema pero con muchas dudas)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo desea 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Lo anterior ▸ Hoja de balance
Determinación (Dispuesto a cambiar)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Que el adolescente verbalice el compromiso de cambio. ▸ Ayudar a elegir la mejor estrategia. ▸ Desarrollar un plan de acción en conjunto. 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Preguntas activadoras ▸ Hacer resúmenes
Acción (ha iniciado el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aumentar la autoeficacia ▸ Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito. 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo narrativo ▸ Preguntas activadoras.
Mantenimiento (mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevenir las recaídas ▸ Aumentar la autoeficacia 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias realistas para afrontarlas.
Recaída (vuelve a la conducta anterior)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso. ▸ Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	Empatía <ul style="list-style-type: none"> ▸ Señalamiento emocional ▸ Reestructuración positiva.

Teniendo esto presente, se hace necesario destacar que pueden utilizarse diversas aproximaciones de intervención y señalar también que muchas de ellas han sido desarrolladas para adolescentes que están motivados. Sin embargo, frente a aquellos adolescentes que no problematizan espontáneamente su consumo, y que por el contrario pueden bloquear la comunicación al proponerles abordarlo(16), las estrategias de tipo motivacional y en particular la “entrevista motivacional” puede ser muy útil para ayudar al adolescente a encontrar sus propios argumentos y razones para cambiar su conducta hacia una conducta o estilo de vida más saludable.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es una forma de intervención psicosocial, destinada a ayudar a las personas a modificar sus hábitos o conductas, por lo que para la relación de ayuda con los adolescentes puede resultar de gran utilidad.

Se define la entrevista motivacional como: “Un estilo de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje de cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión” (16) (17)(18).

La entrevista motivacional es concordante con las características del adolescente, con su necesidad de ejercer su independencia y tomar sus propias decisiones, a la vez que lo invita a reflexionar y buscar sus propios argumentos para el cambio.

La entrevista motivacional es una herramienta ampliamente utilizada para abordar el uso de sustancias. La evidencia de su aplicación en adolescentes es reciente, sin embargo, estudios de meta-análisis muestran resultados consistentes(18). De 39 estudios revisados, el 67% logra diferencias significativas en la disminución del uso de sustancias. La evidencia se orienta a la eficacia de realizar una intervención breve basada en entrevista motivacional luego de la detección de consumo de drogas en adolescentes y los fuertes efectos tenderían a estar relacionados con reducción de consecuencias negativas del uso de sustancias en la conducción, accidentabilidad y sexualidad.(19)

Un estudio realizado en Colombia sugiere que la entrevista motivacional es una técnica promisoriosa para la intervención con adolescentes colombianos ya que tendría efectos positivos sobre la motivación intrínseca y extrínseca(20). Una serie de estudios(21) realizado con jóvenes en el Reino Unido mostró la eficacia de introducir una sesión de entrevista motivacional en jóvenes que no buscaban tratamiento. En esta sesión se discutía su uso de alcohol, tabaco y otras drogas usando la entrevista motivacional. En estos estudios, se logró cambios positivos en el uso de cigarrillos, alcohol y, en menor medida, de cannabis.

Finalmente, hay evidencia(22) de que los aspectos de la entrevista motivacional que fueron predictivos del cese de consumo de cannabis (jóvenes entre 16 y 19 años) son: adherencia del entrevistador al espíritu de la entrevista motivacional y mayor proporción de reflejos complejos, una microhabilidad de la entrevista motivacional.

Este estilo de comunicación otorga una guía para establecer una conversación acerca del cambio de conducta y propone habilidades, que facilitan todo ello sustentado en cuatro elementos claves que constituyen el espíritu de la entrevista motivacional. Es importante que el profesional o técnico capacitado, reflexione acerca de si estos cuatro elementos son consistentes con la perspectiva personal acerca de la intervención en estos temas. Ya que adherir a estos elementos del espíritu de la entrevista motivacional permitirá lograr que las intervenciones sean verdaderamente motivacionales.

ELEMENTOS DEL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional se sostiene en lo que los autores denominan su espíritu, el cual se transmite a través de las diferentes intervenciones y de la postura de quien realiza la intervención, el que manifiesta la convicción de que la motivación es evocada en el otro y no impuesta y que lo central es lograr comprender el marco de referencia de la otra persona. El espíritu está compuesto por:

1. **Colaboración:** la conversación acerca de conductas de riesgo implica la participación activa de dos expertos; el profesional es experto en el tópico del cual se va a hablar y la persona es experta en cómo este tópico se aplica en su vida y en cómo incorporar cambios en ella. La responsabilidad del cambio es del otro, no del interventor.
2. **Aceptación:** interés activo por comprender la realidad del otro y validarla. Esto implica apreciar y valorar el potencial de todo ser humano, reconocer sus fortalezas y esfuerzos y capacidad para dirigir su vida (autonomía). Aceptar no implica aprobar las acciones del otro.
3. **Evocación:** estimular la autoreflexión y la emergencia de las propias motivaciones al cambio, a través de distintas intervenciones. Implica focalizarse y comprender las fortalezas y recursos del adolescente, más que en los déficits.
4. **Compasión:** promover activamente el bienestar del otro y centrarse en lo mejor para su salud. Esto es el elemento que hace la diferencia entre buscar el beneficio personal o el beneficio del otro.

Estos elementos del “espíritu” invitan a reflexionar a los equipos encargados de atender población adolescente, sobre la percepción que se tiene de los jóvenes, considerarlos como sujetos activos de derechos y con potencialidades pues son elementos que determinan el curso de la relación de ayuda que se puede establecer. Es también visibilizar los aspectos culturales y de contexto en el cual se desenvuelven los adolescentes para evaluar los factores de riesgo y de protección que presentan; todo esto enmarcado en las características propias de la edad.

MICROHABILIDADES DESEABLES EN LOS PROFESIONALES O TÉCNICOS

Las microhabilidades corresponden a destrezas comunicativas centradas en la persona que proveen una plataforma para transmitir el espíritu de la entrevista motivacional durante una conversación. Las micro habilidades pueden ejercitarse y se sugiere prestar mucha atención o “automonitorearse” al momento de utilizarlas, de manera de retroalimentarse activamente en estas destrezas. Las microhabilidades son 5:

1. **Preguntas abiertas:** son aquellas preguntas que no pueden ser contestadas con una o dos palabras. Invitan a un amplio abanico de respuestas y animan al adolescente a que profundice y amplíe su respuesta. Estimulan la reflexión y estimulan al usuario a darle dirección a la respuesta. Por ejemplo: “me gustaría comprender más... cuéntame” ¿Qué aspectos de tu salud te preocupa más?”, “¿Qué crees que te podría suceder si continuas con el consumo?”.
2. **Afirmar o reforzar:** son frases de reconocimiento y valoración, apoyan al adolescente en el proceso de cambio, aumentan la percepción de autoeficacia y facilitan la creación de un clima cordial. Por ejemplo: “te felicito Juan por venir a verme, no todos los adolescentes son capaces de darse cuenta de la necesidad de cambiar y de solicitar ayuda...”, “debe ser difícil para ti mantenerte sin consumo”, “pareces una persona muy optimista”. Las afirmaciones no son fáciles, pues pueden levantar en el/la adolescente suspicacia, ver al facilitador como juzgándolos o siendo condescendiente con ellos/as (19).

En caso de que el/la adolescente no consuma o haya utilizado buenas estrategias para enfrentar situaciones de riesgo es muy importante que el profesional valore y refuerce esta conducta. Así, afirma estilos de vida saludable o hábitos protectores.

3. **Reflejos:** Hipótesis sobre lo que la persona ha querido decir y se expresa en forma de aseveración (no pregunta). Es un intento por verificar que lo que se entendió calza con lo que la persona quiso decir y rescata aquellos aspectos verbalizados por el adolescente, que orientan hacia la conducta de cambio. Pueden incluir aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y hay distintos niveles de reflejo. Los más útiles en la entrevista motivacional son los reflejos complejos. Esta microhabilidad se basa en escuchar reflexivamente.

Por ejemplo: reflejo de emoción “esto te pone triste”, “parece que esto que hablamos te emociona” frente a lo cual el joven puede asentir o disentir generando más posibilidades de comunicación y de profundización en la problemática. Esta habilidad es muy importante pues permite evaluar cuán sensible o cercano está el profesional con las necesidades del joven; ayuda a que el otro vea reflejado lo que está diciendo o sintiendo, lo que le permite sentirse escuchado y comprendido, y lo estimula a seguir evocando. Si no acertó con el reflejo puede volver a retomar la conversación o la “escucha” desde el punto anterior, donde sintió que había comunicación con el joven.

4. **Resúmenes:** son un conjunto de reflejos que facilitan la conducción de la entrevista, refuerzan lo que ha dicho el usuario, demuestran que le hemos escuchado y ayudan al usuario a iniciar cambios. En los resúmenes se rescatan los aspectos positivos y fortalezas del usuario. Por ejemplo: “de lo que hemos conversado, parece que para ti lo más importante es...”.

También es fundamental que frente a cada nuevo encuentro con el/la joven se pueda hacer un resumen de lo ocurrido en la sesión anterior, especialmente de los aspectos afectivos que aparecieron.

5. **Dar información con permiso:** corresponde a un intercambio de información a través de la estrategia de evocar – entregar- evocar. Comenzar con la evocación permite chequear lo que el usuario sabe respecto de la información que se le quiere entregar. Y, a partir de esto, entregar un pedazo de información (una o dos ideas) y luego chequear lo que el usuario ha entendido e invitarlo a reflexionar sobre cómo se aplica a su situación. Se puede utilizar para entregar información o dar retroalimentación respecto de los resultados de algún instrumento de tamizaje o evaluación utilizado.

Por ejemplo preguntas evocadoras de: reconocimiento del problema: “¿de qué manera esto ha sido importante para ti?”; expresión de preocupación: “¿cómo te sientes con tu forma de beber?”; intención de cambio: “¿cuáles son las razones que tú ves para cambiar”; optimismo por el cambio: “¿qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?”.

DISCURSO DE CAMBIO

Un componente específico de la EM es el “discurso de cambio”, el que se refiere a frases o planteamientos expresados por el o la adolescente que dan cuenta de:

- Deseo de realizar un cambio.
- Aptitud o habilidad para realizar el cambio, que refleja la autoeficacia o creencia del usuario de que es capaz de realizar el cambio.

- Razones que da el usuario para considerar el cambio.
- Necesidad de hacer un cambio, semejante a las razones, aunque el énfasis es en un aspecto afectivo o emocional.

Reconocer el discurso de cambio, le permite al interventor, utilizar las microhabilidades, para ayudar al adolescente a profundizar y explayarse en este tipo de discurso y de esa manera progresar hacia un lenguaje de compromiso con el cambio, realizar acciones hacia el cambio y finalmente lograrlo (20). **El deseo, la aptitud, las razones y la necesidad no predicen el cambio, a diferencia del compromiso e iniciar acciones hacia el cambio, que sí aumentan la probabilidad que éste se produzca.**

TÉCNICAS PARA INCREMENTAR EL NIVEL DE CONCIENCIA RESPECTO AL CAMBIO

1. Reforzar de forma verbal y no verbal las afirmaciones automotivacionales del o de la adolescente.
2. Hacer decisión balanceada, es decir indicar los aspectos positivos y no positivos de ambas conductas (consumir o dejar de consumir), que él o la adolescente haya explicitado. Por ejemplo: "Dices que beber alcohol tiene beneficios como... y otras desventajas como...y también dices que no beber tiene como positivo... y como no tan positivo..."
3. Provocar la elaboración pidiendo ejemplos específicos y realistas, clarificando el cómo, cuándo, etc.
4. Utilizar los extremos imaginado la peor o mejor de las consecuencias posibles.
5. Mirar hacia atrás y /o hacia adelante. Apoyar al adolescente para que visualice como era antes de consumir y/o como se encontraría después de abandonarlo.
6. Explorar valores realmente importantes para la vida del adolescente ¿qué es importante en tu vida? y ayudarlo a reflexionar acerca de cómo estos valores se relacionan con su conducta y con el posible cambio.

Trampas a evitar durante la intervención:

- Hacer pregunta -respuestas
- Confrontación-negación
- Tomar postura de experto (dar soluciones y respuestas, aconsejar al adolescente)
- Etiquetar al adolescente "eres alcohólico"
- Focalización prematura de un tema y no respetando la agenda del adolescente.
- Culpabilización

V. MODELO DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

El año 2011 se desarrolló un modelo de intervenciones breves en alcohol, dirigido a personas desde 14 años. En el documento “Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía Técnica para funcionarios de Atención Primaria de Salud”(21) se señalan algunas consideraciones relacionadas con las intervenciones en adolescentes, pero no se abordan específicamente. La presente guía busca desarrollar estos elementos.

En cualquier caso, considere que los modelos son homólogos. Se trata en ambos de una estrategia de screening a través de un instrumento, que entrega tres niveles de riesgo “bajo riesgo”, “riesgo intermedio” y “riesgo alto”. Luego, se realizan tres intervenciones, de acuerdo al nivel de riesgo encontrado.

Dada la gravedad del problema, una orientación apropiada a los y las adolescentes, en relación con el consumo de sustancias, debe ser parte de la rutina diaria de los técnicos y profesionales de salud general de atención primaria. Esta declaración plantea un importante desafío a los equipos de salud de APS, de desarrollar un espacio de confianza y habilidades técnicas para realizar un adecuado tamizaje, intervención motivacional y derivación a tratamiento, si fuese necesario.

La experimentación o uso recreacional con alcohol y otras drogas, o embriagarse una vez, pueden ser conductas que aún no constituyen un problema y podrían considerarse comportamientos normativos del desarrollo, sin embargo, es importante abordar a este grupo desde un punto de vista preventivo, comprendiendo que el desarrollo del consumo de sustancias es progresivo y está influenciado por diversos factores.

En este sentido es importante, “desnormalizar” el consumo de sustancias, especialmente de alcohol y marihuana, brindando mensajes claros y veraces que apoyen la conducta de no consumo como la más protectora y saludable, por ejemplo: un alto porcentaje de la población no consume sustancias; el 70 % de los jóvenes no consume marihuana y cada día se sabe más acerca de los riesgos de consumirla; cada día hay muchos adultos que dejan de consumir sustancias y muchos adolescentes están decidiendo no empezar a consumir.

También es importante reforzar que todo uso de la sustancia en población adolescente implica riesgos para la salud que pueden manifestarse mucho antes de desarrollar consumo perjudicial o dependencia; enfatizar que los y las adolescentes son particularmente susceptibles a las conductas de riesgo y lesiones relacionadas a su uso. Así mismo, la embriaguez recurrente, el uso recurrente de cannabis, o cualquier uso de distintas sustancias no son comportamientos normativos y pueden producir dependencia y esta es una enfermedad.

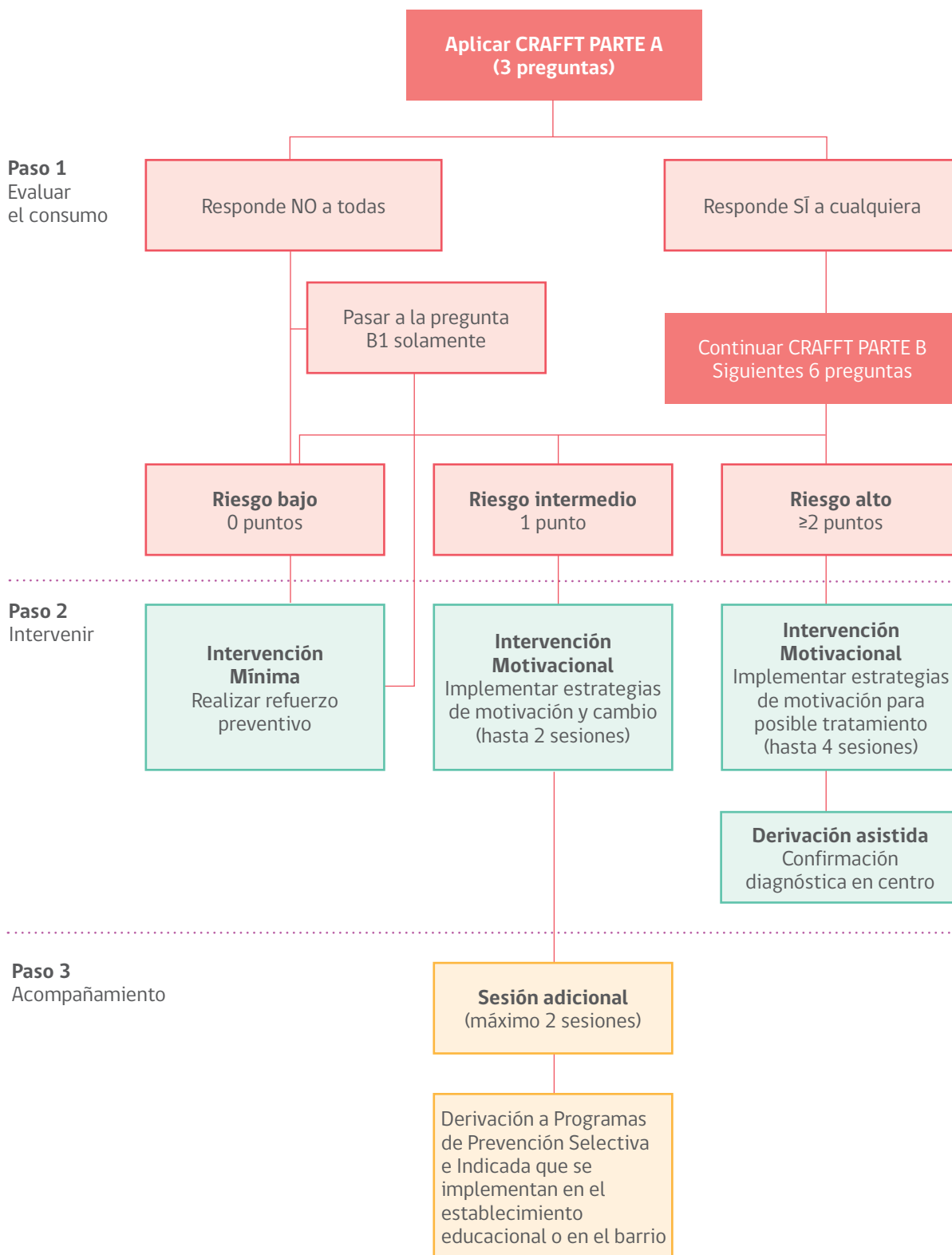
Al momento de establecer contacto con el o la adolescente se debe generar un ambiente cálido donde se pueda desplegar una conversación abierta, libre y con un lenguaje adecuado para él o la adolescente, donde se trabaje bajo un enfoque de derechos, principio de confidencialidad y respeto al desarrollo de la autonomía progresiva. Tal como se señala en los principios o espíritu de la entrevista motivacional, se debe promover el respeto de la opinión del otro considerando sus puntos de vistas y entregando información y herramientas que le permitan reflexionar y acceder a más de una mirada frente a una misma situación.

Los equipos de salud tienen un rol fundamental, estimulando y apoyando a los y las adolescentes a través de técnicas simples de comunicación horizontal, desde un modelo no directivo como escuchar con empatía mientras reflexionan, exploran y resuelven las ambivalencias en torno al consumo de sustancias (22).

Compartir información veraz sobre creencias erróneas de las distintas sustancias a las que está expuesto el adolescente, sus efectos y consecuencias del uso en la adolescencia, así como la entrega de cualquier antecedente que les ayude a clarificarse, motivándolos a tomar decisiones y buscar estrategias para promover cambios hacia estilos de vida más saludable, es una tarea que pueden desarrollar los equipos de la atención primaria o profesionales y técnicos que atienden a adolescentes en distintos contextos.

La siguiente figura grafica el Modelo de Intervención Motivacional y sus diferentes pasos.

Modelo de Intervención Motivacional



Paso 1 Evaluar el Consumo

El CRAFFT (23) es una herramienta recomendada por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría, para la detección de adolescentes y jóvenes del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas. Consiste en una serie de 6 preguntas desarrolladas para una detección eficaz, destinada a evaluar si se requiere profundizar sobre el contexto de uso, la frecuencia, y otros riesgos y consecuencias del alcohol y otras drogas y eventualmente una derivación a tratamiento. El instrumento denominado CRAFFT, es una palabra en inglés cuyas iniciales con la primera letra dan áreas a investigar en relación al consumo, según se visualiza en el cuadro.

C	AUTO
R	RELAJARSE
A	SOLO
F	OLVIDADO
F	AMIGOS
T	PROBLEMA

Es importante comprender el CRAFFT como una herramienta de tamizaje que apoya y orienta la conversación con el o la adolescente, siendo lo fundamental el contacto y confianza que se establece con el profesional de salud. Se sugiere aplicar este instrumento en el marco de una relación de colaboración y escucha hacia el adolescente velando por sostener permanentemente “el espíritu” de la entrevista motivacional antes descrita.

La aplicación de este instrumento es una oportunidad, desde el enfoque anticipatorio para realizar acciones de prevención primaria, en aquellos/as adolescentes que refieren no consumir sustancias. De manera de reforzar la conducta de no consumo como la conducta más protectora para su salud entregando estrategias para lograrlo.

El CRAFFT puede ser completado por el mismo adolescente -durante la entrevista o en la sala de espera- o puede aplicarlo el profesional; lo importante es revisar los resultados en conjunto de manera de dar respuesta apropiada, entendiéndolo, como se señaló anteriormente, como una oportunidad para reforzar las conductas saludables, prestar atención a señales de alerta o motivar al cambio ante conductas de riesgo o facilitando la derivación cuando se requiera.

Oportunidades para la detección:

- Control de Salud Integral del Adolescente
- Espacios amigables
- Consultas de morbilidad
- Escuelas y otros contextos comunales
- Atención de Urgencia
- En control por otros problemas de salud que podrían estar relacionados con el consumo como accidentes o lesiones, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, cambios en los patrones de comer o dormir, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, cambios de comportamiento sustanciales (aumento de oposicionismo, cambios de humor significativos, pérdida de interés en actividades)

- En control de otros problemas de salud mental, con condiciones de mayor riesgo de abuso de sustancias, como depresión, ansiedad, déficit atencional con hiperactividad, problemas de conducta.
- Control de embarazo
- Centros privativos de libertad

APLICACIÓN CRAFFT

1. Procure tener disponible el instrumento impreso. Al final de este documento se anexa.
2. Comience informando al o la adolescente sobre la necesidad de hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas e invitándolo a contestar las preguntas del instrumento CRAFFT con honestidad, e informándole que sus respuestas son confidenciales.
3. Recuérdele al adolescente que usted le preguntará por su consumo de alcohol y otras drogas durante el último año y que él debe concentrarse en ese espacio de tiempo.
4. Responda todas las dudas que puedan surgir en el proceso de la aplicación del CRAFFT
5. Es importante hacer las preguntas tal cual están escritas, de manera de no inducir una respuesta. Respondiendo todas las dudas que pueden surgirle. A cada respuesta “Sí” de preguntas CRAFFT se anota 1 punto.
6. Si las respuestas a las tres preguntas de la parte A del instrumento son “No”, el evaluador sólo tiene que hacer la primera pregunta de la parte B (AUTO).
7. Si las respuestas a una o más de las tres preguntas de la parte A es “Sí”, el evaluador debe preguntar adicionalmente las seis preguntas de la parte B del CRAFFT.
8. Identifique el nivel de riesgo según puntaje obtenido.

Por ejemplo: “Juan, primero felicitarte ya que estás dedicando tiempo a tu salud. Si me permites, voy a hacerte unas preguntas acerca de alcohol y otras drogas. Las preguntas se responden sólo con un “Sí” o un “No”. Es importante que sepas que tus respuestas son confidenciales, es decir, no serán informadas a nadie sin tu consentimiento y sólo serán usados con el fin de tener una mejor información acerca de tu salud y para poder ayudarte en el caso que lo necesites. Por ello, es importante que respondas con sinceridad. ¿Tienes alguna duda? o ¿Quieres que te aclare algo?... comenzaremos con tres preguntas, recuerda responder con un Sí o un No y preguntarme si necesitas que te explique algo sobre estas preguntas o los resultados de ellas”

Para analizar en detalle el consumo de riesgo de alcohol, sobretodo cuando es la única sustancia de consumo, se sugiere complementar los resultados del CRAFFT con las herramientas que se anexan al final del documento (24)

Paso 2 Intervenir

INTERVENCIÓN MÍNIMA/RIESGO BAJO

Puntaje 0 Parte A y 0 Parte B

Se recomienda reforzar y elogiar lo positivo de su conducta de manera de fortalecer la sensación de autoeficacia en la mantención de la conducta de no consumir sustancias. Así también, reforzar que la conducta de no consumir alcohol u otras drogas es la conducta más protectora para su salud. Es importante, explorar la información que posee sobre los riesgos y efectos dañinos del consumo, aportando información clara y precisa, aclarando mitos acerca de los efectos negativos biológicos y psicológicos, a corto y a largo plazo de las sustancias, enfatizando aquellos que identifica como más relevantes. Además se debe ayudar a que identifique los beneficios personales de su conducta actual y se debe ofrecer pautas que él o la adolescente puede utilizar para ser asertivo y manejar situaciones difíciles con el grupo de pares. Además se puede entregar material informativo para ser compartido en su círculo más cercano.

Andrea respondió "No" a las preguntas iniciales del CRAFFT. La asistente social la felicitó por no consumir alcohol o drogas. Reforzando que su conducta es la protectora para su salud le dice "Andrea, para ti es importante tu salud, te cuidas y sabes cómo hacerlo". Luego le preguntó a Andrea la pregunta AUTO (1B) a la que ella respondió "NO", por tanto la puntuación final del CRAFFT fue de 0. La asistente social, la alabó por la toma de decisiones de no consumir sustancias "eres una persona que es firme con sus decisiones", e incentivó para que pueda definir cuál es la relevancia que tiene para ella mantener la conducta de no consumo. Brindándole un refuerzo positivo que apoye su elección e invitándola a que mencione las razones que identifica como relevantes para ello, ejemplo: -no consumo marihuana porque daña mi salud, y después no voy a poder dejarlo-, señalándole, que está en lo cierto, el consumo de marihuana daña el desarrollo de las estructuras del cerebro, afecta su rendimiento escolar, etc. y reforzando que el consumo ya sea por periodos breves o prologados de tiempo siempre tiene efectos negativos como por ejemplo alteraciones de la memoria a corto plazo y adicción en consumos más frecuentes.

Puntaje 0 Parte A y 1 pregunta AUTO Parte B

Para aquellos adolescentes que reportan No a las preguntas iniciales del CRAFFT y Si a la pregunta 1 de la sección B (AUTO) se recomienda que el profesional o técnico capacitado desarrolle los contenidos mencionados en la intervención anterior con puntuación 0, pero ayudándolo a explorar los mensajes que les transmiten sus padres u otros adultos significativos, su grupo de pares y los medios de comunicación, frente al consumo de alcohol y otras drogas. Alentando a la reflexión que favorezca la actitud crítica y el desarrollo de un pensamiento independiente, que le permita no imitar las conductas de consumo. Es importante reforzar el concepto de que cada persona tiene sus propias razones respecto de las decisiones que toma, por lo que es importante decidir por sí mismo y no hacer lo que otros quieren, facilitando que descubra sus cualidades internas, fortalezas y sus debilidades, que le permitan resistir la presión externa, y mantener su conducta de no consumo.

Refuerce que aprender a relacionarse con otros y formar parte de un grupo a veces no es fácil y requiere tiempo. Explicar que los grupos pueden a veces ejercer una presión positiva o negativa sobre uno. Explorar qué piensa y cuál es el comportamiento de su grupo de amigos. Señalar que la presión

puede ser positiva, cuando nos ayudan a darnos cuenta que estamos equivocados y nos presionan para que hagamos algo que tiene beneficios para uno. Es negativa cuando nos presionan para que hagamos algo que puede ser dañino para nosotros, como por ejemplo, cuando insisten en que consumamos.

Carolina: Una joven de 14 años de edad, con diagnóstico previo de trastorno de atención con hiperactividad (TDAH), que asiste a atención médica. Completó el cuestionario CRAFFT, el cual indicó que No había utilizado alcohol y marihuana durante los últimos 12 meses. Luego ella respondió: "Sí" a la pregunta B (AUTO). El médico que la controló revisó el cuestionario completado y la felicitó por no consumir drogas. Además compartió información de los efectos del alcohol y otras drogas y los mitos relacionados con ellos, y reforzó el no consumo como la conducta más protectora. También ayudó a reconocer y visualizar estrategias que le permitan enfrentar situaciones de riesgo. "Carolina cuéntame... ¿Te has sentido presionada por el grupo o incentivada para consumir?... a veces no es fácil ser aceptado por un grupo... y qué piensas de esto... y si te ofrecen drogas en una fiesta o te invitan nuevamente a andar en auto ¿Cómo podrías enfrentarlo?, ¿Qué podrías decir?"

Puntaje 0 a 1 en Parte A y 0 Parte B

Puede suceder que algún/a adolescente conteste que sí en alguna de las 3 primeras preguntas de la Parte A del CRAFFT y posteriormente conteste que no a todas las preguntas de la Parte B. Esto daría un puntaje de 0, debiendo recibir igualmente una intervención mínima.

Esta situación pudiera ocurrir en adolescentes que han tenido un consumo exploratorio de alcohol u otras drogas. Durante la entrevista, se pueden formular alguna de las preguntas señaladas anteriormente y se debe explorar la experiencia de consumo de sustancias por parte del adolescente, con especial énfasis de la evaluación que realiza sobre dicha experiencia, a saber, ¿cómo fue tu experiencia...?, ¿qué piensas acerca de esa vez que consumiste...? de manera de poder determinar su disposición a mantener ese consumo en el tiempo y/o consumir nuevamente. Es importante reforzar opiniones, ideas y creencias que fortalezcan la idea del no consumir nuevamente, teniendo mucho cuidado en no favorecer resistencias en este/a adolescente.

También se deben implementar las sugerencias señaladas anteriormente respecto de la influencia del grupo de pares. En este aspecto, ayudar a desmitificar la creencia que todos/as los/as jóvenes consumen alcohol u otras drogas puede fortalecer la idea de no consumir nuevamente alguna sustancia.

Finalmente, para las diferentes situaciones, brinde estrategias para enfrentar situaciones de riesgo de consumo o que lo ponen en peligro:

Pautas para ser asertivo y manejar situaciones difíciles

- Da a conocer tu posición. Exprésale al otro lo que sientes acerca de algo o dile tu opinión con respecto de hacer algo. Ejemplo: No, no quiero beber alcohol.
- Da a conocer tus razones. Dale a conocer que piensas, cuál es la emoción que sientes, etc. Ejemplo: No es bueno para mi salud.
- Se comprensivo. Muéstrale a la otra persona que a pesar que no estás de acuerdo con su posición u opinión, aceptas que pueda pensar de otra manera. Ejemplo: Es tu opinión, pero yo no quiero.

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL/RIESGO INTERMEDIO Y RIESGO ALTO

Cuando el puntaje PARTE B es \geq a 1 debe realizarse una intervención motivacional, ya sea para disminuir el riesgo en el caso de puntaje 1 o para motivar a un proceso de inicio del cambio y de derivación para confirmación diagnóstica en caso de puntaje \geq a 2. De la misma manera, si usted usa las preguntas de indagación por alcohol (edad/frecuencia), y el resultado muestra “riesgo intermedio” o “riesgo alto”.

Para el desarrollo de la intervención motivacional se deben considerar los siguientes elementos:

A. Utilice los 5 ELEMENTOS CLAVES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- 1. EXPRESAR EMPATÍA** con una postura cálida, de escucha activa y sin prejuicios. Paradójicamente, cuando se acepta al adolescente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.
- 2. CREAR LA DISCREPANCIA** entre la elección del adolescente por beber o consumir otras drogas y sus metas, valores o creencias. El objetivo no es que el adolescente se sienta aceptado/a para que siga con esa conducta. Hay que ayudar al adolescente a enfrentarse con una realidad no placentera, crear una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.
- 3. EVITAR LA DISCUSIÓN**, ya que esta posiciona al adolescente al otro lado de la balanza, crea discordancia, conductas defensivas. La aparición de resistencia nos indica que debemos cambiar de estrategia.
- 4. DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA.** Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, se deben sugerir otros puntos de vista. Generalmente es el propio adolescente el que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión. Realizar cualquier tipo de reflejo, enfatizar el control personal y la posibilidad de elegir (devolver el control al usuario), pueden ser estrategias que disminuyan la resistencia, por ejemplo “Finalmente, eres tú el/la que tomará la decisión”.
- 5. FOMENTAR LA AUTOEFICACIA** expresando confianza y señalando las fortalezas y los éxitos del pasado. Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él o ella puede hacerlo. No sólo puede, sino que debería, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que él irá trazando.

María (precontemplación): Una joven de 15 años de edad, que asiste a atención en un Espacio Amigable. Respondió las preguntas del CRAFFT, el cual indicó que si había utilizado alcohol y marihuana durante los últimos 12 meses. Luego ella respondió: “Si” a una pregunta de la sección B del CRAFFT. El profesional que la controló revisó el cuestionario completado e inició una conversación abierta informándole de los resultados de este cuestionario e invitándola a reflexionar sobre su motivación de consumo. María me puedes contar ¿qué te motivó a consumir la primera vez? y ¿Qué te ha motivado a seguir consumiendo?... luego el profesional la ayuda a explorar sobre los conocimientos y creencias relacionadas con el alcohol y otras drogas, aportando nueva información para motivar el cambio y aumentar la discrepancia. ¿Qué aspectos conocía?, ¿Cuáles no?, ¿Qué te parece más relevante en relación a tu vida o proyectos?

B. IDENTIFIQUE EL ESTADIO DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRA, INTERVIENIENDO DE ACUERDO A ESTE.

Si es necesario realizar acciones específicas que motiven al adolescente y generen deseos de cambio, se debe definir el estadio de cambio en que se encuentra el o la adolescente, siempre a través de una conversación abierta y no intimidadora, sin críticas donde el lenguaje que se ocupe sea cercano.

Adolescentes en etapa de precontemplación: En esta etapa los y las adolescentes pueden estar desinformados o mal informados, o bien pueden sentirse incapaces para el cambio, o no quieren plantearse por razones diversas. En general se comportan de forma defensiva respecto a su conducta y son muy resistentes a las presiones externas al cambio. Este grupo incluye a personas que no tienen conciencia del problema y a personas que, si bien tienen conciencia del mismo, no están considerando aún el cambio (sin motivación). El profesional o técnico capacitado, debe apoyar la exploración de las motivaciones que lo llevaron a iniciar un consumo de drogas y las que le han determinado que continúe consumiendo. Así como, explorar los beneficios percibidos con el uso de la droga, los conocimientos y creencias relacionadas con las drogas y la actitud del o la adolescente frente al consumo. Es importante promover la curiosidad y el interés por saber más sobre las consecuencias del consumo de la sustancia que él usa. Se pueden hacer preguntas abiertas que lleven al adolescente a revisar internamente cuánta información maneja y puede consultar directamente si existe alguna información específica que quiera saber y conversar sobre qué aspectos conocía, cuáles no, que le parece más relevante en relación a su vida o proyectos, de manera de aumentar la duda en torno al consumo y las motivaciones que apoyan su conducta actual. Aumentando la autoeficacia y la automotivación.

Adolescentes en etapa de contemplación: En esta etapa las personas están pensando seriamente en intentar un cambio de conducta dentro de los próximos 6 meses. Están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias de sus conductas que los precontempladores, sin embargo pueden permanecer en esta etapa durante años. Por ello, ayude a que el/la adolescente identifique los beneficios derivados del consumo, para luego facilitar la identificación de las posibles consecuencias derivadas de continuar el consumo tanto en lo personal como interpersonal. También se debe facilitar la identificación de los objetivos personales importantes, de manera de aumentar la discrepancia entre los objetivos personales y las consecuencias de su conducta actual. Reforzando el reconocimiento de los beneficios de detener el consumo. En esta fase se recomienda implementar el balance decisional, para evaluar los aspectos positivos y los negativos del consumo para el/la adolescente.

Diego (contemplación): Un joven de 16 años de edad, que asiste a atención Control de Salud Integral. Respondió las preguntas del CRAFFT, el cual indicó que había utilizado alcohol y marihuana durante los últimos 12 meses. Luego el respondió: "Si" a una pregunta de la sección B del CRAFFT. El profesional que lo controló revisó el cuestionario completado e inició una conversación abierta informándole de los resultados de este cuestionario e invitándolo a reflexionar sobre sus objetivos personales (proyecto de vida) y sobre su motivación de consumo. Diego me puedes contar ¿qué te motivó a consumir la primera vez? y ¿qué te ha motivado a seguir consumiendo? Luego el profesional le señala "me has comentado que te gustaría hacer deportes... hablemos de esto unos instantes. ¿en qué deporte has pensado? ¿Cómo crees que te iría haciendo?".

Adolescentes en etapas de determinación (dispuestos a cambiar), acción (ha iniciado el cambio), se deben apoyar para que verbalicen el compromiso de cambio y aumenten su autoeficacia. En esta fase se deben reforzar las ideas que sostienen la idea de cambio en el/la adolescente. Si ha realizado ya algunos pequeños cambios, estos se deben reforzar y valorar positivamente para fortalecer la autoeficacia. Si está dispuesto a cambiar, apoyar la identificación de metas y un plan específico para el cambio.

Cualquiera sea la etapa de cambio en que se encuentre el o la adolescente, se debe siempre negociar y elaborar un plan de acción en conjunto, que incluye la derivación asistida a una evaluación y/o tratamiento por un equipo de profesionales capacitados en esta temática.

Un aspecto importante de la intervención es explicitar apoyo incondicional independiente de cuál sea su decisión dentro del marco ético del desempeño profesional (confidencialidad y límites y principio de no maleficencia).

Una puntuación de 2 o superior es un screening “positivo” e indica que él o la adolescente tiene un alto riesgo de tener o desarrollar un trastorno relacionado con el abuso de sustancias ya sea alcohol u otras drogas y requiere una evaluación más especializada por un profesional de la salud mental.

El o la adolescente debe ser alentado/a a recibir una evaluación más específica sobre el consumo de drogas y a la vez realizar una intervención motivacional para incentivarlo/a a iniciar un proceso de cambio de conducta de consumo a través de una intervención motivacional. Generar discrepancia entre los objetivos personales y las consecuencias de su conducta actual. Ayudarle a la identificación de los costos personales e interpersonales de continuar o detener con el consumo y a elaborar un plan inicial de acción para superarlos. Es la oportunidad para reforzar el conocimiento de los beneficios de dejar de consumir y ayudar a la identificación de factores protectores en el ámbito individual, familiar y social.

DERIVACIÓN ASISTIDA

Los adolescentes que puntúan con alto riesgo (puntuación CRAFFT de 2 o más) deben recibir una evaluación para confirmar si tienen consumo perjudicial o dependencia al alcohol u otras drogas, e iniciar tratamiento oportunamente si así es.

Juan: Un joven de 19 años de edad se presentó al Espacio Amigable de su Centro de salud derivado por la escuela por actividad sexual no protegida. La matrona que lo recibió le invitó a contestar el CRAFFT. En las 3 preguntas iniciales del CRAFFT, Juan respondió que había consumido alcohol, marihuana y otras drogas durante los últimos 12 meses. La matrona continuó con las preguntas del CRAFFT, documentando que Juan respondió “Sí” a 4 de las 6 preguntas de la PARTE B. Explicando a Juan el resultado del CRAFFT y la necesidad de ser evaluado en profundidad por un profesional a raíz de la puntuación arrojada en el tamizaje, desarrolla en conjunto con él un plan de derivación asistida, explicándole los resultados del CRAFFT, dando espacio para expresar sus inquietudes y reflexionar sobre su consumo ¿Qué te preocupa de este resultado? ¿Qué más?, ¿Cómo te sientes con tu forma de consumo?... invitándolo para que asista con el profesional a partir del desarrollo de sus propias argumentaciones y respondiéndole todas sus dudas sobre esta derivación. Luego ella se coordinó con un profesional de salud mental para que lo recibiera.

Con este fin, primero se debe construir junto con el adolescente un plan de derivación asistida, clarificando todas las dudas e inquietudes respecto a esta acción. Este plan puede que contemple la necesidad de realizar algunas sesiones adicionales de intervención motivacional (máximo 3), con el fin de mantener o incentivar la intención de cambio y restringir la ventana de vulnerabilidad.

Posterior a la conversación con adolescente, el profesional que realizó la primera intervención e identificó un alto riesgo de consumo perjudicial o dependencia emitirá un informe, con la hipótesis diagnóstica e indicadores de consumo CRAFFT y se pondrá en contacto con el profesional de salud mental correspondiente al centro de atención primaria, para asegurar el vínculo entre el adolescente y el centro de salud y facilitar la primera evaluación y el inicio de tratamiento si corresponde.

PRIVACIDAD

Con el fin de maximizar la eficacia del CRAFFT es importante tener algunas consideraciones: Se recomienda administrar el CRAFFT a él o la adolescente cuando no están los padres o terceras personas, y en un lugar donde se asegure la privacidad, de esta manera habrá una mayor disposición para responderlo. Si es administrado directamente por un profesional o técnico capacitado durante la atención de salud es posible hacerle las preguntas, por ejemplo, en el momento de la entrevista a solas. También, puede pedirles a los padres o acompañante directamente que por favor salgan de la habitación durante unos minutos, para que se le puedan realizar las preguntas confidencialmente al adolescente. Para ello, es importante antes aclararles el principio de confidencialidad en la atención de adolescentes y sus límites, es decir explicitando a ambos (adolescente y padres) en qué situaciones la confidencialidad se rompe: casos de riesgo vital (suicidio, maltrato, situación grave de salud) y los procedimientos a realizar en ese caso, que incluye informar a los padres, cuidando de mantener una actitud empática.

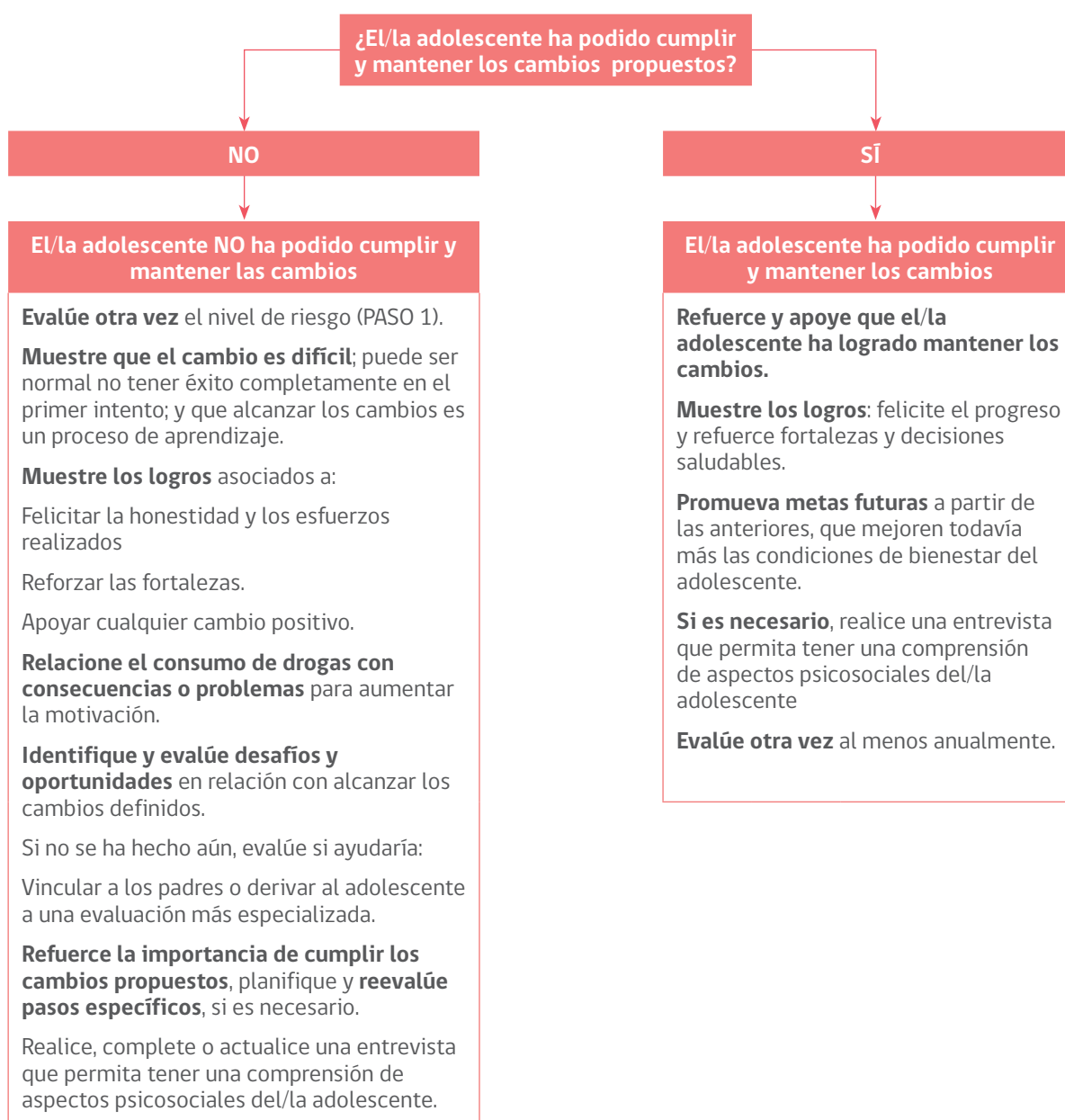
Las necesidades de privacidad de los adolescentes pueden presentar un desafío para los equipos de salud, quienes deben garantizar esta confidencialidad que se basa en el reconocimiento de la autonomía progresiva, en un enfoque de Derechos. En algunos casos, puede que los padres se nieguen a dejar a solas al adolescente en la consulta, lo que puede alterar el resultado del instrumento en tanto, los adolescentes con frecuencia no responden verazmente si se les hacen preguntas acerca del uso de drogas u otros comportamientos desaprobados cuando un padre está presente. Por lo tanto, una opción recomendable es tratar estas resistencias y clarificar dudas respecto a la confidencialidad y sus límites y/o citar nuevamente al adolescente y entregar el CRAFFT para llenar de manera auto administrada en privado y traerlo a la consulta.

Un resultado positivo del screening (\geq a 2) debiera abordarse rápidamente entre el profesional de la salud y el o la adolescente en la consulta, para profundizar y detectar posibles riesgos en la salud de los y las adolescentes (por ejemplo, el uso de drogas inyectables, comportamientos ilegales, la ingestión de cantidades potencialmente fatales de alcohol), que requieren una referencia urgente a tratamiento. En estos casos se rompe la confidencialidad, explicándole al adolescente las razones para hacerlo: revelar la situación a otros busca el beneficio del adolescente y el apoyo o supervisión de un adulto. La determinación de lo que constituye un riesgo para la seguridad de la persona depende del juicio clínico del profesional y en base a toda la información disponible, no sólo de los resultados de CRAFFT. Es importante recordar que el CRAFFT es un instrumento de tamizaje y no diagnóstico. Por ello, es importante construir junto con el o la adolescente (con 2 o más puntos en CRAFFT) la derivación a profesionales de Salud Mental o Programa de Drogas, para una evaluación diagnóstica e iniciar un plan de tratamiento.

Paso 3 Acompañar y Seguir Apoyando

Puede ser poco habitual que los adolescentes regresen para un seguimiento de la intervención en aquellos casos de riesgo intermedio. Aun así, cuando los consultantes vuelvan al establecimiento de salud u otra instancia por cualquier motivo (o a tomar contacto con el dispositivo que realizó la intervención), usted tendrá la oportunidad de fortalecer los efectos de la intervención previa. Comience preguntando acerca del consumo actual y cualquier problema asociado; recordar que es necesario re-evaluar el estadio motivacional de manera de entregar el apoyo apropiado y hacer la intervención correcta. Entonces, revise las metas que se definieron junto con el adolescente y evalúe si él o ella ha sido capaz de cumplirlas y mantenerlas, siempre a través de un estilo comunicacional no directivo, comprensivo y colaborativo. Este paso debiera contemplar máximo dos sesiones.

El siguiente modelo(24) puede apoyar la realización de acompañamiento para las intervenciones motivacionales.



VI. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los y las adolescentes pueden ser pesquisados a través de la aplicación del CRAFFT, en los Espacios Amigables o Control del Joven Sano, pero también en cualquier instancia de contacto con el adolescente (por ejemplo, control de morbilidad).

Se espera que la intervención motivacional sea realizada inmediatamente después de detectado el riesgo. Sin embargo, es posible que cuando el proceso de detección se realiza a través del Control de Salud Integral del Adolescente, no se pueda efectuar la intervención correspondiente en el mismo momento. Para evitar que esto suceda, el equipo del sector y especialmente el equipo de espacio amigable requieren programar prestaciones de **Intervención Preventiva en alcohol y drogas**, para que puedan realizar la intervención motivacional inmediatamente después de detectado el riesgo. En situación excepcional citar al adolescente para no más de 48 horas, con el fin de realizar la intervención motivacional.

Por otra parte, es fundamental el trabajo coordinado con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA) en aquellos caso en que se requiera la derivación de los adolescentes a otras instancias preventivas como los Programas de Prevención Selectiva o Indica-da² que se implementan en el establecimiento educacional o en el barrio.

Finalmente, en caso de puntuación CRAFFT de 2 o más, la derivación asistida a consulta de salud mental no debe tardar más de 24 horas.

Es importante recordar que una vez realizada la confirmación diagnóstica de Consumo Perjudicial o Dependencia y cumpliendo con los criterios de ingreso GES, no deben pasar más de 10 días para su ingreso tratamiento. Por otra parte, para aquellos adolescentes que no cumplen con los criterios GES, como ser menor de 20 años o tener un consumo de riesgo leve moderado, es fundamental la articulación con otras instancias de tratamiento local. Es importante señalar que aun cuando en determinados territorios no exista toda la oferta programática de atención requerida por los adolescentes, nos permite estimar las brechas de demanda y atención que se necesita.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	máximo 4 sesiones	2 consultas por hora	Recurso profesional o técnico capacitado	Intervención Preventiva Alcohol y Drogas

² La Prevención Selectiva se refiere estrategias* dirigidas a grupos, comunidades y/o sectores de la población, tendientes a evitar el consumo y el consumo de riesgo de drogas y alcohol, atendiendo a la confluencia de condiciones y/o factores de riesgo específicos que estos presentan en función de los Determinantes Sociales de la Salud. La Prevención Indicada se refiere a estrategias * dirigidas a personas que presentan un alta confluencia de condiciones o factores de riesgo, atendiendo a sus condiciones particulares de vulnerabilidad desde un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud para evitar el consumo de riesgo de drogas y alcohol, o que éste se torne un consumo problemático.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Chile; 2011.
2. Committee on Substance Abuse. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. PEDIATRICS. 1 de noviembre de 2011;128(5):e1330-40.
3. OMS | Riesgos para la salud de los jóvenes [Internet]. WHO. [citado 20 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
4. Babor T. Drug Policy and the Public Good. OUP Oxford; 2010. 352 p.
5. SENDA. Décimo Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile. Chile; 2013.
6. SENDA. Noveno Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile. 2011.
7. Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF. The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development. Clin EEG Neurosci Off J EEG Clin Neurosci Soc ENCS. enero de 2009;40(1):31-8.
8. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse Health Effects of Marijuana Use. N Engl J Med. 5 de junio de 2014;370(23):2219-27.
9. DuPon R, Jeffrey A, Lieberman J. Young Brains on Drugs. 2014; Recuperado a partir de: <http://www.sciencemag.org/content/344/6184/557.full>
10. Arbex C. Guía de intervención: menores y consumos de drogas. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales; 2002.
11. National Institute on Drug Abuse. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes. 2003;
12. Knigh J, Roberts T, Gabrielli J. Adolescent alcohol and substance use and abuse. Performing preventive service s : a bright future s handbook.
13. Maturana A. Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011;22(1):98-109.
14. Prochaska J, DiClemente C. The Transtheoretical Approach. Nueva York: Dow Jones; 1984.
15. Lizarra S, Araya M. ANALES Sis. San Navarra. 2001 p. 24 supl 2:S43-53.
16. Naar-King S, Suarez M. Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults. Edición: 1. Guilford Press; 2011. 224 p.
17. William MR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3 edition. Guilford Press; 2012. 482 p.
18. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. Addict Behav. diciembre de 2012;37(12):1325-34.
19. David B. Rosengren. Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook [Inter-

- net]. [citado 25 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.guilford.com/books/Building-Motivational-Interviewing-Skills/David-Rosengren/9781606232996>
20. NIDA-SAMHSA. MIA STEP: Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency. 2006.
 21. Ministerio de Salud. Chile. Guía técnica para APS: Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. 2011.
 22. Rogers C. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory [Internet]. [citado 25 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.amazon.com/Client-Centered-Therapy-Current-Practice-Implications/dp/0094539901>
 23. Echegoyen C., Galdames A., Castañón C. Validación de un instrumento de detección de riesgos asociados a la salud en adolescentes. 2012.
 24. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide - YouthGuide. 2011.
 25. Overview of Alcohol Consumption. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption>
 26. DrugFacts: Marijuana | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [citado 27 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
 27. Letter to Teens | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [citado 28 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.drugabuse.gov/publications/marijuana-facts-teens/letter-to-teens>
 28. DrugFacts: La cocaína | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
 29. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Información sobre drogas. Cocaína [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.senda.gob.cl/?page_id=1365

VIII. ANEXOS

Grupo de Trabajo

Redacción y Edición

María Paz Araya Álvarez - Psicóloga
Departamento de Salud Mental
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

Colaboradores principales

<p>Lorena Ramírez Matrona Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud</p>	<p>Lorena Contreras Escudero Consultora Mannis, Nuevas Ideas en Salud Mental</p>
--	--

Revisores

<p>Alfredo Pemjean Gallardo Departamento de Salud Mental DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud</p> <p>Cettina D'Angelo Q. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes Departamento de Ciclo Vital DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud</p> <p>Claudia Quinteros López Asesora Área de Tratamiento Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol</p> <p>Gonzalo Soto Brandt Depto. Modelo de Atención Primaria División de Atención Primaria Ministerio de Salud</p> <p>Ítalo García Jara Asesor Nacional Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol</p> <p>Maribel Bustos Costa Psicóloga Encargada Regional Programa Salud Mental SEREMI de Salud Magallanes</p> <p>Mauricio Gómez Chamorro Jefe Departamento de Salud Mental DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud</p>	<p>Mila Urrutia Consultora Mannis, Nuevas Ideas en Salud Mental</p> <p>Pablo Norambuena Psicólogo Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud</p> <p>Pamela Meneses Profesional Asesora Departamento Modelo de Atención Primaria División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p> <p>Romina Oro Lavín Psicóloga Encargada Regional Programa Salud Mental SEREMI de Salud Región Metropolitana</p> <p>Selva Careaga Núñez Jefa Área de Prevención Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol</p> <p>Ximena Oettinger Palma Encargada Regional Salud Mental y Programa de Adolescentes y Jóvenes SEREMI de Salud Los Lagos</p>
--	--

Instrumento de Detección: CRAFFT

CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, truble)

Preguntas para el screening de consumo de drogas y alcohol en adolescentes

Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	NO	SI
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	NO	SI
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	NO	SI

NO
(a todas las preguntas anteriores)
Pasar a la pregunta B1 solamente

SI
(a cualquier pregunta anterior)
Pasar a las 6 preguntas CRAFFT

PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	NO	SI
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	NO	SI
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?	NO	SI
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	NO	SI
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	NO	SI
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	NO	SI

PUNTAJE CRAFFT (Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

Recursos complementarios para evaluar consumo de alcohol en adolescentes

La investigación indica que dos preguntas de evaluación, específicas según edad (acerca del consumo de amigos/as y del consumo del o la adolescente), son predictores poderosos de problemas actuales o futuros relacionados con el consumo de alcohol. Usted puede, entonces, indagar en la entrevista por esos indicadores y así complementar los resultados del CRAFFT, cuando el consumo de alcohol es la única sustancia en uso o la principal.

9 - 11 años	Amigos: ¿Algún consumo?	Adolescente: ¿Algún consumo?
4º Básico - 6º Básico Realice la pregunta por el consumo de amigos primero	<i>"¿Tienes algunos amigos que hayan tomado cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol durante el último año?"</i> Cualquier consumo de amigos debe generar preocupación	<i>"¿Y tú?. ¿Alguna vez en tu vida, has tomado más que unos sorbos de cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol?"</i> Cualquier consumo: Consumo de ALTO RIESGO
11 - 14 años	Amigos: ¿Algún consumo?	Paciente: ¿Cuántos días?
6º Básico - 1º Medio Realice la pregunta por el consumo de amigos primero	<i>"¿Tienes algunos amigos que hayan tomado cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol durante el último año?"</i> Cualquier consumo de amigos debe generar preocupación	<i>"¿Y tú?. ¿En el último año, cuántos días has tomado más que unos sorbos de cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol?"</i> Consumo de RIESGO o consumo de ALTO RIESGO
14 - 18 años	Paciente: ¿Algún consumo?	Amigos: ¿Cuánto?
1º Medio - 4º Medio Realice la pregunta por el consumo del paciente primero	<i>"¿Y tú?. ¿En el último año, cuántos días has tomado más que unos sorbos de cerveza, vino o cualquier bebida que contenga alcohol?"</i> Consumo de BAJO RIESGO , consumo de RIESGO o consumo de ALTO RIESGO	<i>"Si tus amigos beben, cuántos tragos beben en cada ocasión?"</i> Consumo excesivo episódico de los amigos debe generar preocupación

La siguiente tabla indica niveles de riesgo de acuerdo a edad y frecuencia del consumo.

¿Cuántos DÍAS en el ÚLTIMO AÑO el adolescente consumió alcohol?					
	1-5 días	6-11 días	12-23 días	24-51 días	52 días o más
9-11 años	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
12-15 años	INTERMEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
16 años	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
17 años	BAJO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	ALTO	ALTO
18 años	BAJO	BAJO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	ALTO

Alcohol

El siguiente contenido fue extraído principalmente del documento Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide - YouthGuide del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (24) y de Overview of Alcohol Consumption del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (25)

El alcohol entra en el torrente sanguíneo, tan pronto se toma el primer sorbo. Los efectos inmediatos del alcohol pueden aparecer dentro de unos 10 minutos. Cuanto mayor sea la cantidad de alcohol presente en la sangre, más intensos pueden ser sus efectos. Estos efectos pueden incluir:

- inhibiciones reducidas
- dificultad para hablar
- discapacidad motriz
- confusión
- problemas de memoria
- problemas de concentración
- coma
- problemas respiratorios
- fallecimiento

Otros riesgos del consumo de alcohol pueden incluir:

- accidentes automovilísticos y otros accidentes
- conductas de riesgo
- comportamiento violento
- suicidio y homicidio

¿Qué es el consumo de riesgo de alcohol?

Es importante comprender que el "consumo perjudicial" y la "dependencia" son las formas más graves de uso de alcohol, que genera daños y consecuencias de salud y sociales para la persona y para su entorno, que comúnmente son evidentes y reconocibles.

Estas personas ya han visto su salud física y mental afectada por el consumo de alcohol, su vida social o familiar ha resultado dañada, han perdido el control del consumo, tienen dificultad o incapacidad para detenerse una vez que han comenzado a beber, entre otras consecuencias. Estas personas son las que consultan a los establecimientos de salud directamente por su problema con el alcohol (por sí mismos o movilizados por alguien más que se preocupa por su estado).

Sin embargo, no es necesario que una persona beba al grado de ser dependiente o de tener un consumo perjudicial para que su relación con el alcohol tenga consecuencias negativas para su salud u otras áreas de su vida o también para otras personas. Es por eso que usamos el concepto de **consumo de riesgo de alcohol**.

En el caso particular de la población adolescente, sabemos que la dependencia o el consumo perjudicial, estrictamente hablando, se dan en casos más aislados y escasos. Como problema, es mayor la proporción de consumo de riesgo de alcohol.

El consumo de riesgo de alcohol es una manera de beber que aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud, sin ser un trastorno (dependencia o consumo perjudicial).

El consumo de alcohol afecta mucho más a niños y adolescentes que a adultos, y uno de los problemas importantes de resolver, es que el concepto de consumo de riesgo es distinto que en adultos. En el caso de los adolescentes, es mucho más difícil hablar de un consumo de bajo riesgo o de menor riesgo y, por otro lado, podría decirse que todo consumo constituye algún nivel de riesgo.

¿Cuáles son los riesgos de esta manera de beber?

El alcohol se asocia directamente a la causa o agravamiento de 60 tipos distintos de enfermedades, trastornos y daños. Se relaciona directamente con la mayor parte de las enfermedades que en Chile causan más muertes o discapacidad: enfermedad hipertensiva del corazón, cirrosis hepática, trastornos depresivos, úlcera péptica, así como diversas formas de cáncer. Eso explica que en Chile sea el primer factor de riesgo que origina más muertes y discapacidad.

Para que estas enfermedades o daños aparezcan no es necesario que las personas beban en mucha cantidad o por mucho tiempo continuado, por ejemplo en los accidentes de tránsito, agresiones y otras formas de violencia que también están dentro de las principales causas de muerte y discapacidad en Chile: están fuertemente relacionadas con el consumo de alcohol, y usualmente ocurren en personas que beben de manera riesgosa y sin tener dependencia del alcohol o un consumo perjudicial.

¿Cómo afecta el consumo de alcohol la vida de los adolescentes?

A corto plazo, el consumo de alcohol en adolescentes a menudo se traduce en lesiones no intencionales y muerte; tendencias suicidas; agresión y victimización; infecciones y embarazos no planificados, relaciones sexuales sin protección; y problemas académicos y sociales.

A largo plazo, beber alcohol en la adolescencia se asocia con mayor riesgo de desarrollar dependencia más adelante en la vida. Además, el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia puede producir cambios funcionales y estructurales de larga duración en el cerebro.

Marihuana

El siguiente contenido fue sustraído principalmente del documento DrugFacts: Marijuana y Marijuana: Facts for Teens del National Institute on Drug Abuse (NIDA) (26)(27).

¿Cómo afecta la marihuana al cerebro?

Al fumar marihuana, el tetrahidrocanabinol o THC pasa rápidamente de los pulmones a la sangre, transportándolo al cerebro y a otros órganos de todo el cuerpo. Cuando se ingiere en comidas o bebidas es más lenta su absorción.

El THC, independientemente de cómo se ingiera, actúa sobre los receptores cannabinoides del cerebro. Estos puntos moleculares específicos en las células cerebrales se activan generalmente mediante sustancias químicas, similares al THC, que son producidas de forma natural en el cuerpo formando una red de comunicación neuronal llamada sistema endocannabinoide. Este sistema desempeña un papel importante en el desarrollo del cerebro y en su funcionamiento normal, principalmente en funciones que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, la percepción sensorial y del tiempo y el movimiento coordinado.

Desde el período prenatal hasta la niñez y la adolescencia, el cerebro se mantiene en un estado de desarrollo activo. Por este motivo, durante estos períodos de desarrollo son intrínsecamente más vulnerables que un cerebro maduro a los efectos adversos a largo plazo de las agresiones químicas o ambientales, como la exposición al THC (5).

Es así que los estudios vigentes, señalan que a esta edad el consumo puede provocar anomalías en el funcionamiento del cerebro, vinculadas a cambios en el tiempo en la neuro-cognición (en el volumen de las estructuras del cerebro y la activación de las tareas cognitivas)(7).

¿Qué efectos negativos tiene el consumo de marihuana?

Cuando se consume marihuana, el sistema endocannabinoide se sobreactiva y provoca los siguientes efectos:

A corto plazo

- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
- Deterioro de la coordinación y el equilibrio
- Aumento en el ritmo cardiaco
- Episodios psicóticos.

Persistentes (duran más que durante su consumo pero no siempre son permanentes)

- Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje
- Deterioro en el sueño.

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

- Puede llevar a la adicción
- Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
- Aumento en el riesgo de precipitación de esquizofrenia en personas susceptibles
- Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional.

En los adolescentes principalmente se han observado otros efectos, tales como el retraso en el desarrollo de funciones ejecutivas, como son el criterio, la capacidad de planificación, la realización de tareas y el cumplimiento de metas, y las respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones.

¿El consumo de marihuana durante el embarazo puede afectar el desarrollo del bebé?

De acuerdo a la investigación, el consumo de marihuana por parte de mujeres embarazadas podría alterar el sistema endocannabinoide que se está desarrollando en el cerebro del feto y tener consecuencias en el niño tales como problemas de atención, memoria y resolución de problemas.

¿Produce adicción la marihuana?

El uso continuo de marihuana puede llevar a la adicción, es decir que a la persona se le puede dificultar controlar el consumo y si quiere parar, usualmente no puede hacerlo. La investigación reciente señala que aproximadamente el 9 por ciento de los consumidores se vuelven adictos a la marihuana. Este número aumenta hasta un 17% (1 de cada 6) en quienes comienzan a edad temprana y de 25% a 50% en las personas que consumen marihuana a diario.

Cuando se consume marihuana después de mucho tiempo y se intenta dejarla se manifiestan una serie de síntomas de abstinencia que pueden hacer más difícil abstenerse, tales como:

- irritabilidad
- insomnio
- disminución del apetito
- ansiedad
- ansia por consumir

¿Cómo afecta la marihuana la vida de un adolescente?

En general, quienes consumen frecuentemente marihuana señalan una menor satisfacción con sus vidas, tienen una salud física y mental más deficiente, más problemas en sus relaciones y menos éxitos académicos y profesionales en comparación con sus pares que no consumen.

En los adolescentes, el consumo de marihuana está relacionado con el fracaso escolar, ya que los efectos en la memoria, la atención y el aprendizaje pueden durar días y hasta semanas si se consume con frecuencia. Así, cuando se consume a diario, se tiene una mente “nublada” permanentemente. Estudios muestran que quienes consumen, en comparación con los que no, tienen notas más

bajas y son más proclives a abandonar la escuela. Incluso, en aquellos adolescentes que consumen con regularidad, se han observado disminución de su coeficiente intelectual.

El consumo de marihuana afecta el aprendizaje, ya que sus efectos en la atención y la memoria hacen que sea difícil aprender algo nuevo o hacer labores que requieren atención y concentración.

También puede tener consecuencias en el desempeño deportivo, ya que afecta el ritmo, el movimiento y la coordinación. La marihuana, al igual que la mayoría de las drogas, puede alterar el juicio, lo que puede llevar al adolescente a conductas riesgosas, exponiéndolo a enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

¿El consumo de marihuana afecta la conducción?

El consumo de marihuana afecta gravemente las habilidades necesarias para poder conducir, como son la atención, la concentración, la coordinación y el tiempo de reacción. Además bajo su uso es más difícil poder evaluar las distancias y reaccionar ante las señales visuales y auditivas en la carretera. Por lo tanto, marihuana favorece al riesgo de lesiones o muerte al conducir un automóvil, duplicando el riesgo en comparación con quienes no están bajo sus efectos. La combinación de marihuana y alcohol es peor que cada una de estas drogas por separado en relación a las dificultades motrices.

Cocaína

El siguiente contenido fue sustraído principalmente del documento DrugFacts: Cocaína del National Institute on Drug Abuse (NIDA)(28) y de Información sobre drogas de SENDA(29).

La cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva que se fabrica a partir de las hojas de la planta de coca, originaria de América del Sur. Cuando se inyecta o se fuma la cocaína, la droga pasa rápidamente al torrente sanguíneo y al cerebro, produciendo una euforia más fuerte y más rápida, pero de más corta duración (5 a 10 minutos), que al inhalarla (15 a 30 minutos). Para mantener la euforia, quienes consumen cocaína por lo general lo hacen siguiendo un patrón de uso repetido en un periodo de tiempo relativamente corto aumentando progresivamente la dosis. Así también, quienes consumen regularmente cocaína generan tolerancia a la sustancia, aumentando la dosis para tratar de producir el mismo placer que sintieron la primera vez que la usaron. Esta acción de búsqueda incontrolable de la droga sin importar las consecuencias, lleva a la adicción e incrementa los riesgos psicológicos y fisiológicos.

En el sistema nervioso, esto se traduce en un incremento de la concentración del neurotransmisor dopamina en los circuitos que regulan el placer y el movimiento, pudiendo generar cambios a largo plazo en el sistema de gratificación así como en otros sistemas del cerebro produciendo la adicción.

¿Qué efectos adversos a la salud tiene la cocaína?

Efectos inmediatos (con dosis moderadas)

- Ausencia de fatiga, sueño y hambre.
- Exaltación del estado de ánimo.
- Mayor seguridad en sí mismo.
- La persona se percibe como alguien sumamente competente y capaz, disminuyen las inhibiciones.
- Aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la presión arterial.
- Aumento de la temperatura corporal y la sudoración.
- Reacción general de euforia e intenso bienestar.
- Cuando el uso es ocasional, puede incrementar el deseo sexual y demorar la eyaculación, aunque es posible que dificulte la erección.

Con dosis altas, algunos efectos pueden ser:

- Ansiedad intensa y agresividad.
- Ilusiones y alucinaciones.
- Temblores y movimientos convulsivos.
- La sensación de bienestar inicial suele ir seguida por una bajada que se caracteriza por cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.

Riesgos:

- Complicaciones psiquiátricas: irritabilidad, crisis de ansiedad, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración.
- “Sicosis cocaínica”: consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, pudiendo producir crisis de pánico y alucinaciones.
- Apatía sexual o impotencia.
- Trastornos nutricionales (alteración del apetito).
- Alteraciones neurológicas (dolores de cabeza o accidentes vasculares, como infarto cerebral).
- Cardiopatías (arritmias, infartos e isquemias).
- Problemas respiratorios (disnea o dificultad para respirar, perforación del tabique nasal).
- Importantes secuelas sobre el feto durante y después del embarazo (aumento de la mortalidad en el período cercano y posterior al parto, aborto y alteraciones nerviosas en el recién nacido).
- Puede provocar dependencia.

Pasta Base de Cocaína

El siguiente contenido fue sustraído principalmente del documento Información sobre drogas. Pasta Base. de SENDA(29).

La Pasta Base de Cocaína (PBC) se fuma mezclada con tabaco (mono) o con marihuana (marciano). Cuando se fuma, el efecto es rápido e intenso (entre 8 y 40 segundos en aparecer y dura sólo unos minutos). También se consume en pipas o en antenas de televisión ahuecadas. Es una sustancia **altamente adictiva**, debido a que la euforia y bienestar que provoca son muy breves, lo que se acompaña inmediatamente de una fuerte angustia, y evitar esta sensación es la razón para seguir consumiendo PBC.

Sus efectos dependen de muchas variables como el tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, las impurezas y adulteraciones que contenga, la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva), entre otras. Los efectos que produce el consumo de PBC se pueden dividir en cuatro etapas:

1. Etapa de euforia

- Euforia.
- Disminución de inhibiciones.
- Sensación de placer.
- Éxtasis.
- Intensificación del estado de ánimo.
- Cambios en los niveles de atención.
- Hiperexcitabilidad.
- Sensación de ser muy competente y capaz.
- Aceleración de los procesos de pensamiento.
- Disminución del hambre, el sueño y la fatiga.
- Aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio.

2. Etapa de disforia

- Sensación de angustia, depresión e inseguridad.
- Deseo incontenible de seguir fumando.
- Tristeza.
- Apatía.
- Indiferencia sexual.

3. Etapa en que la persona empieza a consumir ininterrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.

4. Etapa de sicosis y alucinaciones

El consumo de PBC puede provocar sicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.

Otros efectos físicos:

- Pérdida de peso.
- Palidez.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Verborrea.
- Midriasis (dilatación de las pupilas).
- Náuseas y/o vómitos.
- Sequedad de la boca.
- Temblor.
- Hipertensión arterial.
- Falta de coordinación.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Picazón.



APRUEBA ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL Y REFERENCIA A TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES.

EXENTA N° 918

SANTIAGO, 30 NOV. 2015

VISTO: estos antecedentes, lo dispuesto en los artículos 6º y 7º del D.F.L N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763 de 1979 y las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el artículo 6º del decreto N° 136 de 2004, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; lo solicitado por el Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades de esta Cartera de Estado conforme memorándum B-2/620 de 2015; lo dispuesto en la Resolución N° 1.600 de 2008, de Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como coordinar, controlar y cuando corresponda ejecutar tales acciones.
2. Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, teniendo la función de ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias; la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud; la definición de objetivos sanitarios nacionales; la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
3. Que, la Organización Mundial de la Salud señala que el consumo nocivo de alcohol en adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, siendo causa fundamental de traumatismos, en específico los causados en accidentes de tránsito, violencia y muertes prematuras.
4. Que, la Organización Mundial de la Salud dispone que la etapa de la adolescencia es un proceso de desarrollo neurológico, siendo vulnerable frente a diversos factores, como el consumo de alcohol y otras drogas.
5. Que, nuestro país desarrolló la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cuya finalidad es la prevención de enfermedades y el fomento de hábitos de vida más sanos, incluyendo como una de sus metas el reducir la discapacidad asociada a trastornos mentales, esto es, aquellos asociados al consumo de sustancias ilícitas y el consumo de alcohol, identificando como herramienta para el cumplimiento del objetivo, el ingreso al tratamiento de adolescentes con trastornos asociados al consumo de las mencionadas sustancias.
6. Que, se solicita en el memorándum B-2 N° 62, de 2015, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de esta Secretaría de Estado, la aprobación de las Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes.

7. Que, las mencionadas Orientaciones tienen como finalidad ser una herramienta práctica de apoyo a los equipos de salud para la atención de adolescentes, destinadas a la detección, intervención motivacional y en su caso a la posterior referencia oportuna al tratamiento para el consumo de alcohol y drogas.

8. Que, en atención a lo anterior y las facultades que me otorga la ley, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRÚEBASE** las Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, las que se adjuntan a la presente resolución, y se entiende forma parte de ésta para todos los efectos legales.

2. Las Orientaciones aprobadas por la presente resolución constan de un documento de cuarenta y cuatro (44) páginas, cuyo original, visado cada hoja por la Subsecretaría de Salud Pública, se mantendrá en poder de la Jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Todas las copias de las Orientaciones deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3. **PUBLÍQUESE** el texto de las Orientaciones en el sitio web del

Ministerio de Salud, www.minsal.cl



DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Departamento de Salud Mental
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (15)
- Servicios de Salud del país (29)
- Archivo 02.11.2015



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile