

## Uso de drogas ilícitas y alcohol: ¿cómo detectarlas e iniciar el tratamiento?

### *Use of Illegal Drugs and Alcohol: How to Detect Them and Initiate Treatment?*

*La mayoría de los profesionales médicos que deberían proporcionar tratamiento de la adicción no están suficientemente adiestrados para diagnosticarla y tratarla.*

CENTRO NACIONAL DE ADICCIÓN Y ABUSO DE SUSTANCIAS  
(Universidad de Columbia)

#### INTRODUCCIÓN

Aunque los médicos lo desconocemos, las enfermedades por el uso de sustancias ilegales contribuyen sustancialmente a la “carga de enfermedad”. En comunicaciones muy recientes, la carga global de enfermedad atribuible a trastornos mentales y de uso de sustancias (que incluye al alcohol) explica el 7,4% (IC 95% 6,2% a 8,6%) de años de vida perdidos ajustado por invalidez (*disability-adjusted life years*, DALYs) al año 2010; es la quinta causa luego de las enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, alteraciones neonatales y cáncer, en ese orden. A su vez, con el 22,9% (18,6% a 21,2%), es la primera causa de años vividos con invalidez (*years lived with disability*, YLDs) en todo el mundo. (1)

Degenhardt y colaboradores publicaron que, a pesar de una baja prevalencia relativa global del uso de drogas ilícitas, estas condiciones tienen una contribución sustancial en la mortalidad global, dando cuenta del 0,8% (0,6% a 1,0%) de todas las causas globales de DALYs en 2010. (2)

En vista de la naturaleza debilitante y de la gravedad de los trastornos mentales y del uso de drogas ilícitas, su importante contribución a la carga global de enfermedad y la notable carga económica asociada con ellas, es quizás sorprendente que hasta ahora haya sido tan poca la investigación sobre la prevalencia y los riesgos asociados con estos trastornos. (3)

Lo que es peor, aun muchos de nosotros, la llamada comunidad médica, fallamos en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos debidos al uso de sustancias; esto se debe en gran parte al fracaso en educar a los médicos en la medicina de las adicciones.

En las últimas décadas se ha avanzado en nuestra comprensión de la biología de la adicción, lo cual ha llevado a reconocer que la adicción a las drogas y el alcohol son enfermedades crónicas y recidivantes del cerebro, resultantes de diferentes efectos de las drogas sobre los circuitos de recompensa y control cerebrales. Estos efectos implican adaptaciones neuronales que siguen a la exposición crónica de la droga y finalmente funcionan alterando la función de las regiones del cerebro implicadas en la motivación y el autocontrol. (4)

El entendimiento de la neurobiología subyacente en las conductas adictivas y los efectos de las sustancias psicoactivas a los niveles de los neuropéptidos, neurotransmisores y receptores han contribuido al desarrollo de medicaciones que podrían mejorar los resultados en los individuos que abusan de esas sustancias. Entre las medicaciones particularmente efectivas están las del tratamiento de las adicciones por opioides (medicaciones agonistas y antagonistas de los opioides). Existen también medicaciones efectivas para el tratamiento de las adicciones comunes a la nicotina y al alcohol. Aunque no hay actualmente medicaciones aprobadas para el tratamiento de la adicción a drogas estimulantes (p. ej., cocaína y metanfetaminas), marihuana, o drogas sedativas/hipnóticas (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos), en esas situaciones existen intervenciones sobre la conducta que han probado que son efectivas para reducir su consumo. Incluyen intervenciones por profesionales de la salud e intervenciones psicosociales que contribuyen a programas de tratamientos especializados.

Los avances de las últimas décadas hacen que la visión tradicional de la adicción como primariamente una cuestión de moral individual (un vicio o falla de la voluntad) sea un modelo desactualizado. Las nuevas terapias tienen el potencial de inducir un cambio actual en la sociedad, por el cual la adicción es vista ahora primariamente como una cuestión de salud, susceptible de prevención y tratamiento.

En los Estados Unidos está documentado que la calidad de la atención de las adicciones difiere sustancialmente de otras condiciones médicas y que, en el caso de la adicción al alcohol, el porcentaje de recomendación de atención fue aproximadamente del 10%, tan bajo como las intervenciones para dejar de fumar.

Tanto la subprescripción como la sobreprescripción de drogas opioides por los médicos ilustran negativamente la utilización inapropiada de estas medicaciones. Esta deficiencia en el adiestramiento médico contribuye tanto al manejo inapropiado para el dolor como a promover la adicción de analgésicos opioides, que es epidémica en los Estados Unidos.

Una explicación clave de por qué suceden estas cosas, que permanecen poco entendidas aun entre la población y la comunidad médica, es el fracaso de los sistemas de educación en el adiestramiento de los médicos en la medicina de la adicción. Tradicionalmente han sido excepcionales y pocas las oportunidades que

han tenido los médicos de adquirir capacidades y habilidades en esta área.

Por este motivo, la atención de la adicción a menudo es provista por legos no capacitados, es decir, individuos sin el adiestramiento en salud mental o médico requerido para suministrar intervenciones efectivas basadas en evidencias clínicas.

Esta pérdida monumental de oportunidad se debe al fracaso de la profesión médica en todos sus niveles, tanto en la escuela de medicina, en el adiestramiento de la residencia, en la educación continua y en la práctica, para confrontar con una carga cada vez más creciente de enfermedad.

Es debido a este contexto que el American Board of Addiction Medicine (ABAM) ha creado guías y estándares para el desarrollo de programas de becas en medicina de la adicción.

Debido a que la mayoría de los pacientes con adicción continuarán siendo detectados y cuidados por médicos de atención primaria, deberían hacerse los esfuerzos necesarios para evitar una subespecialización que haga que el tratamiento de las adicciones, tanto existentes como nuevas, sea poco accesible a los individuos que se atienden en el primer nivel de atención.

Con una mayor incorporación de la medicina de las adicciones en el espectro del adiestramiento médico, los pacientes tendrán un mejor servicio, estrechando la brecha de calidad en la atención médica del manejo del abuso de sustancias, que permitirá detectar y tratar a los adictos al alcohol y a las drogas con empatía y cuidados apropiados y alejarnos de la dependencia excesiva de los enfoques punitivos que no han servido al interés de los pacientes, a la salud pública o a los ciudadanos. (4)

### **IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, EL USO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS Y EL ALCOHOL**

En 2010, los trastornos mentales y el uso de sustancias ilícitas dan cuenta de 183,9 millones de años de vida perdidos ajustado por invalidez o DALYs, que representan el 7,4% (IC 95% 6,2% a 8,6%) en todo el mundo.

Del total de DALYs, el mayor porcentaje relativo, el 40,5% (31,7-49,2%) está constituido por la enfermedad depresiva, seguida por las alteraciones de ansiedad que explican el 14,6% (11,2-18,4%), la utilización de drogas ilícitas el 10,9% (8,9-13,2%), el alcohol el 9,6% (7,7-11,8%), la esquizofrenia el 7,4% (5,0-9,8%) y las alteraciones bipolares el 7,0% (4,4-10,3%). (1)

Los hombres tienen una carga mayor que las mujeres para el uso de sustancias ilegales en todas las edades.

La mayor proporción de DALYs ocurrió en la adolescencia y la juventud hasta la adultez de mediana edad (10 a 29 años). Para la utilización de alcohol, la mayor carga ocurrió a los 25 a 50 años, seguida por un declive gradual.

Los DALYs por el uso de alcohol variaron más de 10 veces entre las regiones.

Entre 1990 y 2010, la carga por trastornos mentales y uso de sustancias aumentó el 37,6%; este cambio se debió fundamentalmente al crecimiento de la población y al cambio en la estructura de edad.

La prevalencia de la dependencia del alcohol, opioides y cocaína se incrementó notablemente entre 1990 y 2010, mientras que no lo hicieron la mayoría de las alteraciones mentales.

Whiteford dice: “*La combinación del estigma y las brechas muy grandes de tratamientos contribuyen a la exclusión social y la rotura de los derechos humanos básicos de los individuos con trastornos mentales y uso de sustancias.*” (1)

La más alta dependencia de la cocaína se observa en los países de altos ingresos de América del Norte, siguiéndole inmediatamente América Latina. Australasia tiene la más alta prevalencia de dependencia por opioides, aunque la mayor población está en el este y el sur de Asia. La mayor prevalencia de utilización de derivados sintéticos de las anfetaminas ocurre en el sudeste de Asia y Australasia, seguida por América Latina. La prevalencia estimada de drogas ilícitas fue más baja en África.

La dependencia a los opioides creció el 42% en 20 años, con un incremento total del 74%. De las aproximadamente 78.000 muertes debidas a drogas ilícitas en 2010, más de la mitad (55%) se debieron a la dependencia a los opioides. (2)

La utilización de drogas inyectables como factor de riesgo de HIV explica cerca de 2,1 millones de DALYs y con la infección por el virus de la hepatitis C, 502.000 DALYs.

### **DETECCIÓN DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS ILÍCITAS Y ALCOHOL**

Las drogas ilícitas son aquellas drogas cuya utilización no médica ha sido prohibida por los tratados internacionales de control de drogas, desde hace ya más de medio siglo. Y se catalogan como drogas ilícitas porque se cree que presentan un riesgo inaceptable de adicción para los que las utilizan. El control internacional se extendió desde las drogas derivadas de las plantas –heroína, cocaína y cannabis– a las drogas sintéticas, como las anfetaminas y las metanfetaminas, y drogas farmacéuticas tales como la buprenorfina, la metadona y las benzodiazepinas (Tabla 1). (5)

### **LA PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN Y LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS ILÍCITAS**

La estimación precisa de la prevalencia del uso de drogas ilegales y estigmatizadas es un verdadero desafío. Más aún en las culturas en las que comentar a otra persona el consumo de drogas ilícitas puede conducir a prisión; esto impide que los participantes de la investigación se sientan seguros en su confidencialidad y libres de represalias por revelar su conducta con las drogas. Es por ello que los métodos de estimación de

**Tabla 1.** Tipos mayores de drogas ilícitas

<p><b>Drogas derivadas de las plantas</b></p> <p>– <b>Cannabis</b> Es el término genérico para preparaciones de <i>Cannabis sativa</i>, como marihuana, hachís y aceite de has. Consecuencias: estos derivados producen euforia y relajación, exaltan las sensaciones e incrementan la sociabilidad.</p> <p>– <b>Cocaína</b> Derivada de la planta de coca, <i>Erythroxylon coca</i>. Consecuencias: es un alcaloide con un efecto estimulante poderoso del sistema nervioso central.</p> <p>– <b>Opioides</b> Incluyen los derivados de la adormidera (parecida a la amapola común), <i>Papaver somniferum</i>, tales como la heroína y la morfina. También los análogos sintéticos, como la metadona y el fentanilo. Consecuencias: los opioides alivian el dolor, producen euforia y pueden causar coma y depresión respiratoria en dosis altas.</p>
<p><b>Drogas producidas por síntesis</b></p> <p>– <b>Estimulantes tipo anfetamina</b> Son una clase de drogas de síntesis química, del tipo de las aminas simpaticomiméticas. Consecuencias: tienen un poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso central.</p>

la prevalencia de su uso tienen diferentes grados de imperfección y más aún para estimar la dependencia a las drogas. Los mejores datos disponibles vienen de los países desarrollados de Europa, Norteamérica y Australasia.

La United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) estimó que han utilizado una droga ilícita como mínimo una vez, en 2009, entre 149 y 271 millones de personas de 15-64 años, el 3,3% al 6,1% de la población mundial.

La utilización de drogas varía sustancialmente entre las regiones y los países y estos números no son mutuamente excluyentes, porque muchas personas consumen más de un tipo de drogas.

Hay más escasez de estimaciones creíbles y por lo tanto existe mayor incertidumbre en la estimación de la prevalencia del cannabis y las anfetaminas que de la cocaína y los opioides.

El número total de los que utilizan el cannabis se estimó entre 125 y 203 millones de personas, el 2,8% al 4,5% de la población global. Los niveles más altos se registran en las economías de mercado de los países desarrollados.

Se estima que entre 14 y 56 millones de personas de 15-64 años utilizan estimulantes del tipo de las anfetaminas, el 0,3% al 1,3% de toda la población. La más alta utilización ocurre en las cercanías de los países que producen anfetaminas, como en el sudeste de Asia.

El número de los que usan mundialmente cocaína está entre 14 y 21 millones, el 0,3% al 0,5% de la población de 14-64 años y los mayores mercados son Norteamérica, Europa Occidental y Central y Sudamérica.

Los utilizadores globales de opioides se estimaron entre 12 y 21 millones de personas. Más de la mitad de los que los utilizan están en Asia, con los niveles más altos en las principales rutas de tránsito de salida de Afganistán.

En la República Argentina, un estudio de la UNO-DC indica “*que el consumo más frecuente de cocaína (2,7%) y de marihuana (7,2%) se observa entre las personas de 15 a 64 años*”.

Estas cifras revelan que la Argentina tiene el “segundo número de consumidores de cocaína en la región, 600.000 personas, solo después de Brasil”. (6)

El mismo artículo dice: “*Con respecto al consumo de paco en la Argentina, se da principalmente entre los sectores más empobrecidos y marginados de la sociedad.*” (6)

### **SCREENING, INTERVENCIÓN BREVE Y DERIVAR A TRATAMIENTO. UN ESTÁNDAR DE PRÁCTICA QUE RESULTA EN UNA MEJOR ATENCIÓN DE LA SALUD**

*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT) (*screening*, intervención breve y derivar a tratamiento) es un enfoque de salud pública basado en la evidencia que permite identificar por medio de un *screening* universal, comprehensivo e integrado, a los pacientes que necesitan una intervención precoz, debido a que sus patrones de utilización del alcohol y/o el uso de drogas ponen en riesgo su salud. (7, 8)

*Los componentes del SBIRT son:*

1. *Screening* universal utilizando un cuestionario breve, validado, para determinar el uso y el grado de consumo del alcohol, del abuso de drogas ilícitas y conocer el nivel de intervención apropiado. Sin necesidad de pruebas de orina o de sangre. El 75-85% de los encuestados serán negativos, contestando 3 a 4 preguntas simples, que tomarán solamente 1 a 2 minutos.
2. *Intervención breve* motivacional, que suministrará retroalimentación acerca de la utilización de sustancias no saludables. Enfocando en la educación

e incrementando el discernimiento y la conciencia de los riesgos relacionados con la utilización, mejorando a su vez la motivación hacia los cambios a una conducta saludable. La intervención breve es realizada en el mismo lugar luego del *screening* y lleva 5 a 30 minutos.

3. *Derivar a tratamiento* a las personas con riesgo alto o dependencia del uso de sustancias es una ayuda importante que facilita el acceso a la evaluación y el tratamiento de la adicción. Habitualmente solo se deriva a tratamiento a alrededor del 5% de la población que realiza el *screening*.

¿Dónde puede implementarse el SBIRT? En centros de atención primaria, consultorios de los médicos, hospitales, departamentos de emergencia, centros de trauma, colegios y escuelas.

¿Quién puede realizar el SBIRT? Médicos, enfermeras, asistentes médicos, consejeros de salud o sobre el uso de sustancias, especialistas de prevención y otros componentes del equipo de salud.

¿Es efectivo el SBIRT? Como han demostrado Madras y colaboradores, (9) el SBIRT disminuyó el 39% la utilización perjudicial del alcohol y el 68% la de las drogas ilícitas; también decrecieron los eventos costosos de atención de la salud, como son las visitas

al Departamento de Emergencia y la internación hospitalaria.

También se muestra que los que realizaron el SBIRT comunicaron menos arrestos, menos situaciones de calle, aumentaron el empleo y autoevaluaron una mejoría en la salud general y menores problemas de salud mental. (9)

La investigación demostró que se incrementó el porcentaje de personas que asistieron a la primera cita de la clínica de abuso de alcohol del 5% en los controles a entre el 55% y el 65% en aquellos que recibieron los servicios del SBIRT y al 90% a 95% en los que continuaron en alguna clase de tratamiento de abuso de alcohol o reuniones de seguimiento de los 12 pasos. (10)

¿Quién respalda la utilización del SBIRT? La OMS, la United States Prevention Services Task Force (USPSTF), la American Medical Association, el American College of Surgeons y la American Academy of Pediatrics apoyan que se realice el SBIRT en los lugares de atención de la salud. De los 21 servicios preventivos recomendados por la USPSTF, el SBIRT está entre los cinco primeros basados en el beneficio y la costo-efectividad; más alto que el *screening* para presión arterial alta, colesterol alto, cáncer de mama, colon o cervical y osteoporosis. (11)

#### PASO 1: Preguntar por el uso de alcohol y drogas

##### PONER EL SBIRT EN ACCIÓN

*Enfoque estándar* (ideal si las preguntas pueden estar integradas en la Historia Clínica, mejor aún si es electrónica).

##### UTILIZACIÓN DE ALCOHOL

Se define un "trago" a una lata (350 ml) de cerveza, un vaso (140 ml) de vino, un tercio de vaso (40 ml) de licor.

AUDIT-C	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Cuántas veces tomó un trago que contenía alcohol?	Nunca	Mensual o menos	2-4 veces x mes	2-3 veces x semana	4 o más x semana	
2. ¿Cuántos tragos con alcohol tomó en un día característico de bebida?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más	
3. ¿Cuántas veces tomó 5 o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	

##### PUNTAJE

≥ 3 MUJER	≥ 4 HOMBRE	ALCOHOL POSITIVO
--------------	---------------	---------------------

**Si es positivo, vaya al PASO 2A con el AUDIT completo.**

Su paciente tiene al menos uso RIESGOSO de alcohol.

**Si es negativo, refuerce sus decisiones saludables y continúe con el *screening* de las drogas.**

**UTILIZACIÓN DE DROGAS**

**Screen de drogas con ítem único**

¿Cuántas veces en el último año ha utilizado una droga ilegal o usado una medicación prescrita por razones no médicas? (si preguntó qué significa razones no médicas, puede decir que es por la experiencia o la sensación que causa la droga).

**PUNTAJE**

≥ 1 MUJER Y HOMBRE	<b>DROGA POSITIVA</b>
-----------------------	---------------------------

**Si es positivo, vaya al PASO 2B con el DAST-10.**

Su paciente tiene al menos uso RIESGOSO de drogas.

**Si es negativo, refuerce sus decisiones saludables.**

**PASO 2A:** Si el AUDIT-C es positivo, evalúe la gravedad del uso de *alcohol*

Traiga el puntaje de las preguntas del AUDIT-C al inicio, para sumar al puntaje del AUDIT completo.

AUDIT	0	1	2	3	4	Puntos
Puntaje del AUDIT-C						
1. ¿Cuántas veces durante el último año no fue capaz de parar de beber, una vez que comenzó?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	
2. ¿Cuántas veces durante el último año dejó de hacer lo que se esperaba normalmente debido a la bebida?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	
3. ¿Cuántas veces durante el último año necesitó un primer trago en la mañana para conseguir funcionar después de una sesión pesada de bebidas?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	
4. ¿Cuántas veces durante el último año tuvo un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	
5. ¿Cuántas veces durante el último año fue incapaz de recordar lo que sucedió la noche anterior debido a la bebida?	Nunca	Menos 1 mes	Mensual	Semanal	Por día o casi	
6. ¿Usted o alguien más ha sido lesionado debido a que bebe?	No		Sí, no en el último año		Sí, durante el último año	
7. ¿Un pariente, amigo, doctor u otro trabajador de la salud ha estado preocupado por la bebida o sugerido que la deje?	No		Sí, no en el último año		Sí, durante el último año	

**PUNTAJE**

< 13 MUJER < 15 HOMBRE	<b>USO PELIGROSO</b>	≥ 13 MUJER ≥ 15 HOMBRE	<b>MÁS EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DERIVAR</b>
---------------------------------	--------------------------	---------------------------------	---

La respuesta al AUDIT puede ser utilizada en su intervención breve.

**Ir al Paso 3 para hacer la intervención breve.**

Todos los pacientes luego del AUDIT deberían recibir una intervención breve.

**PASO 2B:** Si el *screen de drogas con ítem único es positivo*, evalúe la gravedad del uso de **drogas**.

**DAST-10**

“Las preguntas siguientes atañen a la información acerca de su posible implicación con drogas, que no incluyen las bebidas alcohólicas, durante los últimos 12 meses. En las siguientes declaraciones “abuso de drogas” se refiere: 1) el uso de drogas prescritas o de uso libre en exceso a las instrucciones y 2) cualquier uso de drogas no médicas.

Las diferentes clases de drogas pueden incluir: cannabis (marihuana, hachís), cocaína, heroína, medicación narcótica para el dolor, sedantes (benzodiazepinas), o estimulantes (anfetaminas). Por favor, responda a cada pregunta. Si tiene dificultad con la declaración, elija la respuesta que le parece la más correcta.

**DAST-10****0 | 1**

En los pasados 12 meses

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las requeridas por razones médicas? (si es positivo en el paso 1, entonces la respuesta es automáticamente sí)	<b>No</b>	<b>Sí</b>
2. ¿Abusó más de una droga a la vez?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
3. ¿Es siempre capaz de parar el uso de drogas cuando quiere?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
4. ¿Ha tenido alguna vez “apagones” o “atavismos” como resultado del uso de drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
5. ¿Se sintió alguna vez mal o culpable por el uso de drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
6. ¿Su esposa (o padres) se quejaron alguna vez por su implicación con las drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
7. ¿Ha descuidado a su familia debido al uso de drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
8. ¿Se ha comprometido en actividades ilegales a fin de obtener drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de privación (se sintió enfermo), cuando paró de tomar drogas?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
10. ¿Tiene problemas médicos como resultado del uso de drogas (p. ej., pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados)?	<b>No</b>	<b>Sí</b>

**PUNTAJE**

< 3 MUJER Y HOMBRE	<b>USO PELIGROSO</b>	≥ 3 MUJER Y HOMBRE	<b>MÁS EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DERIVAR</b>
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	---

Las respuestas a las preguntas del DAST-10 pueden ser utilizadas en la intervención breve.

**Ir al Paso 3 para hacer la intervención breve.**

Todos los pacientes luego del DAST-10 deberían recibir una intervención breve.

## INTERVENCIÓN BREVE

### ¿Qué es una intervención breve?

Una intervención breve (IB) es una conversación en colaboración con el paciente con el objetivo principal de facilitar la motivación para lograr cambios de su problema relacionado con el uso de alcohol y/o drogas. Esta conversación se basa en los principios y destrezas de la intervención motivacional, para sonsacar las razones propias que tendría cada persona para cambiar. La conversación de la IB se enfoca en cualquier pequeño paso que el paciente está dispuesto a hacer. Debe ser conducida en colaboración con el paciente, sin juzgar, con interés y curiosidad por la perspectiva del paciente.

### ¿Es el enfoque de la intervención breve diferente para personas que utilizan sustancias diferentes?

El formato y la estructura básica de la IB es la misma, ya sea que se enfoque en el uso del alcohol solamente, el uso de drogas solamente, o ambos. Los pacientes con el uso peligroso de alcohol deben ser alentados a disminuir su bebida y los pacientes que usan drogas quizás están dispuestos a suspender por un período o comenzar un uso decreciente con la meta última de suspender su uso. Los pacientes con abuso y dependencia de sustancias deberían ser alentados a lograr la abstinencia y buscar una ulterior evaluación por especialistas de abuso de sustancias.

La abstinencia debe ser considerada en las siguientes circunstancias: (12)

- *Pacientes < 21 años.* Por razones legales y debido al posible efecto nocivo en el desarrollo cerebral.
- *Embarazo, planeando la concepción o en riesgo de embarazarse.*
- *Consecuencias anteriores* (p. ej., daño relacionado con la sustancia).
- *Fracaso de los intentos previos de reducir su uso.*
- *Condición física o mental secundaria a su utilización.*
- *Tomar una medicación que contraindica cualquier uso de alcohol* (p. ej., warfarina).
- *Historia personal o familiar de desarreglos en el uso de alcohol.*

Más allá del fundamento de los ensayos clínicos en la eficacia de la “entrevista motivacional”, se han hecho avances recientes “mirando debajo del capó” de las intervenciones breves para comprender el mecanismo subyacente por los cuales se producen los cambios de conductas. Tales especificaciones de los aspectos prácticos son vitales para el desarrollo de la teoría y puede mejorar la aplicación del tratamiento y el adiestramiento clínico. William Miller propone una teoría emergente, enfatizando en dos componentes activos específicos: un componente *relacional* enfocado en la empatía y el espíritu interpersonal de la entrevista motivacional y un componente *técnico* que implica la evocación y el refuerzo preferente de la charla de cambio del cliente, de lo que resulta un modelo de cadena causal que une el entrenamiento del terapeuta, al terapeuta y las res-

puestas del cliente durante las sesiones de tratamiento y los resultados del tratamiento. (14)

La discusión con el paciente para que realice cambios es casi una constante para cualquier rama de la medicina; más allá de los “cuatro grandes” hábitos de modo de vida (fumar, exceso de bebida, ausencia de ejercicio y dieta no saludable), también se utiliza para lograr objetivos o metas, indicaciones de aparatos y medicaciones.

Ante un paciente no motivado o aun ambivalente, el médico utiliza ingenuamente un estilo directo, que casi automáticamente genera resistencia o pasividad en el paciente. La entrevista motivacional es un enfoque alternativo para discutir los cambios de conducta que fomentan una relación constructiva entre el médico y el paciente y lleva a resultados más favorables para el paciente. (15)

La entrevista motivacional implica ayudar a los pacientes a decir por qué y cómo ellos pueden cambiar y se basa en el uso de un estilo guiado que sigue tres principios: a) comprometerse con los pacientes y trabajar en colaboración con ellos, b) enfatizar que tienen autonomía en la toma de decisiones y c) dilucidar sus motivaciones para el cambio. Se utilizan tres destrezas claves: 1) “hacer preguntas abiertas”, invitando al paciente a considerar cómo y por qué él puede cambiar, 2) “escuchar” para comprender la experiencia de su paciente, capturando su relato con breves resúmenes o declaraciones de escucha reflexiva; eso expresa empatía y alienta a la elaboración y es el mejor camino para responder a la resistencia, 3) “informar”, pidiendo permiso para suministrar información y entonces preguntar qué implicaciones pueden tener para el paciente.

No se debe entender la entrevista motivacional como un método esquemático con un grupo de técnicas inteligentes que permitirían conseguir que el paciente haga lo que de otro modo no querría hacer. No está realizada “*al*” paciente o “*en*” el paciente, sino “*con*” o “*para*” él. (15)

La intervención motivacional breve en la visita clínica para reducir el uso de cocaína y heroína se evaluó positivamente en un estudio controlado y aleatorizado realizado en una clínica ambulatoria de un hospital de enseñanza. El criterio de entrada y el resultado a los 6 meses se evaluó por radioinmunoensayo del pelo por medio de un investigador ciego. De los que se realizó *screening*, solo el 5% (1.232) fueron elegibles y 1.175 personas se enrolaron en el estudio (edad promedio 38 años).

Era más frecuente que el grupo intervención estuviera abstinentes que el grupo control: para cocaína solamente 22,3% vs. 16,9% ( $p = 0,04$ ), heroína solamente 40,2% vs. 30,5% ( $p = 0,05$ ) y ambas drogas 17,4% vs. 12,8% ( $p = 0,05$ ), con un OR ajustado que va de 1,51 a 1,57. El nivel de cocaína en el pelo se redujo el 29% en el grupo intervención y solamente el 4% en el grupo control. (16)

**PASO 3: Componentes de una intervención breve (IB)**

Basada en la Intervención Negociada Breve desarrollada por el Instituto BNI-ART. (13)

**Muestra de IB para todos los que dan positivo para uso no saludable de alcohol y/o drogas.**

En instancia en que el paciente es positivo para múltiples sustancias, pregunte al paciente si hay una sustancia particular por la cual está más preocupado de hacer "foco" durante la intervención breve.

**PASOS de IB****DIÁLOGO / PROCEDIMIENTOS****1. Comprender los modos de ver el uso del paciente**

Desarrollar las discrepancias entre las metas y valores del paciente y la conducta real

**Preguntas a favor y en contra**

"¿Me gustaría conocer más acerca de su uso de (X). Ayúdeme a entender qué disfruta cuando usa (X)? ¿Qué más?"

"¿Qué disfruta menos cuando usa (X) o deplora cuando la usa?"

**Resumiendo a favor y en contra**

"Así, por un lado usted dice que disfruta (X) debido..."

"Y por el otro lado usted dice..." reitere las consecuencias negativas como las declaró el paciente.

**2. Dar información / Revise riesgos para la salud****retroalimentación**

Pida permiso para dar retroalimentación  
Utilice escucha reflexiva

"¿Está OK si revisamos algunos de los riesgos a la salud por usar X?"

"¿Está enterado de los riesgos de salud relacionados con su uso de X?"

**si Sí:** ¿De qué está enterado?

**si NO:** Indique los problemas. Puede referirse a NIDA

(National Institute of Drug Abuse) a [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)

**Si el foco está en el uso peligroso de alcohol y la abstinencia no está indicada**

"¿Está OK si revisamos lo que considera límite de bebida segura para su edad y género?" (No más que 4/3 tragos en un día y no más que 14/7 tragos en una semana.) "Beber más que esto lo pone en riesgo de experimentar enfermedades o daños debido a su uso del alcohol."

**3. Facilite la motivación para el cambio**

Pregunte por las escalas de disposición y confianza

**Escala de disposición**

"Dado que hemos estado discutiendo, ayúdeme a comprender mejor cómo se siente para hacer un cambio en su uso de X.

En una escala de 0 a 10, ¿cuán dispuesto está a cambiar algún aspecto de su uso de (X)?

Un 10 significaría que está completamente dispuesto a cambiar y 0 significa que no está dispuesto del todo."

Entonces, pregunte: ¿Por qué eligió ese número y no uno más bajo como un 1 o un 2?". El paciente explicará las razones para cambiar. Usted también pregunta por otras razones para cambiar.

"¿Cómo esto se adecua con donde usted mismo se ve en el futuro? Si hace estos cambios, ¿qué sería diferente en su vida?"

Si el paciente responde "0" pregunte: "¿Qué necesitaría que suceda para estar en un número más alto?"

**Escala de confianza**

"¿En la escala de 0 a 10, cuánta confianza siente para hacer estos cambios?"

"Un 10 significaría confianza total y 0 significa ninguna confianza".

"¿Qué necesita que suceda para sentir más confianza? ¿Qué ha cambiado exitosamente en el pasado?"

¿Cómo? ¿Puede utilizar estos métodos para ayudarse con los desafíos de estos cambios!"

**4. Dar consejo y negociar metas****Dar consejo**

Revisar las preocupaciones, como se discutió con el paciente.

Aconseje abstinencia o disminución en el uso, con arreglo a *screening* y evaluación. Dar referencias para evaluación adicional, si es apropiada.

**Negociar metas**

"¿Qué puede hacer para permanecer sano y seguro? ¿Dónde va de aquí?"

RESUMA: "Permitame resumir lo que hemos estado discutiendo..."

¿Es eso exacto? ¿Hay algo que perdí o quiere agregar?"

Sugiera discutir los progresos del plan en una próxima cita.

**Cierre:****Agradezca al Paciente**

"Gracias por tomarse el tiempo de discutir esto conmigo y ser tan abierto."

Si el tiempo no permite una IB estructurada durante la visita actual, una oferta de consejo breve que incluye retroalimentación, consejo y escenario de metas es un buen camino para reconocer su preocupación y comenzar una conversación que se puede seguir en la próxima cita. Algunos conceptos importantes de concepto breve son: **pedir permiso, usar lenguaje que no enjuicie, declarar preocupación como proveedor y poner metas** (p. ej., disminuir, abstenerse por un corto período) para discutir en la próxima visita.



## CONCLUSIONES

En la Argentina la presencia de alcohol y drogas está casi invariablemente presente detrás de crímenes muchas veces diferentes, como está comprobado en el estado de Dakota del Sur (Estados Unidos), donde el 59% de las condenas por delitos graves fueron el resultado directo de la dependencia al alcohol o las drogas ilícitas. En los últimos años, el 70% de los hombres y el 47% de las mujeres encarceladas eran dependientes del alcohol y el 35% de los hombres y el 50% de las mujeres eran dependientes de las metaanfetaminas y muchos reclusos sufrían dependencias a múltiples drogas y alcohol. (17)

Ante los delitos cometidos bajo el estado del alcohol y las drogas (accidentes de tránsito, riñas con lesiones, etc.), los sistemas de libertad bajo palabra o de “períodos de prueba” (*probation*) se encuentran con sobrecarga de casos y falta de recursos de los juzgados que no permite un contacto diario y la supervisión se hace laxa, a lo sumo con presentaciones mensuales, con poca posibilidad para una rehabilitación real. La mitad de ellos son arrestados nuevamente y ahora ya prisioneros hacinados en cárceles atestadas, donde las condiciones de vida lo encaminan en la carrera delictiva con pocas posibilidades de recuperación.

En los últimos años se experimentó con un camino mejor para romper ese encadenamiento fatal, el “*Proyecto de Sobriedad 24/7*” (24 horas del día los 7 días de la semana).

Como comenta su director, la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (que depende directamente del presidente Obama) apoya los esfuerzos para reducir la prevalencia de conducir bajo el efecto de las drogas, ya que los datos actuales demuestran que 1 de cada 8 conductores de fin de semana dan positivo a la prueba de drogas ilegales, y aplaude los esfuerzos exitosos de los estados de Dakota del Sur y Hawaii con el “*Proyecto de Sobriedad 24/7*” y “*HOPE*”. (18)

El mensaje usual dado a los transgresores o delincuentes que manejan bajo la influencia de las drogas es: “*Si no deja de beber o drogarse cuando maneja, haremos que deje de manejar*” (retener el vehículo, retirar la licencia de conductor, o encarcelar ante las reiteraciones). El sistema judicial no está diseñado para tratar el problema subyacente de la dependencia o adicción a las drogas y el alcohol.

El mensaje del *Proyecto de Sobriedad 24/7* es: “*Si no deja de beber o drogarse cuando maneja, haremos que deje de beber o drogarse*”. (17) La innovación inteligente es requerir que los ofensores paren de estar bajo la influencia de las drogas y el alcohol, en lugar de que paren de manejar. (19)

¿Cómo funciona? Primero, identifica al demandado con al menos una condena previa por estar bajo la influencia de drogas en los 10 años previos. Debe firmar un acuerdo de las condiciones de fianza que son: 1) el demandado debe abstenerse completamente de consumir alcohol y drogas ilícitas; 2) debe presen-

tarse a la 7 de la mañana y a las 19 horas para realizar una prueba de alcohol (respiración, sangre) y en días aleatorios análisis de orina para drogas ilegales (*kit* de prueba sensible a opiáceos, cocaína, marihuana y diferentes medicaciones de prescripción); 3) el demandado que da alguna prueba positiva o falta al control es inmediatamente encarcelado por 24 horas por violación del contrato de fianza firmado voluntariamente. (17-19)

Como Barry Long dice: “El diseño *Proyecto de Sobriedad 24/7* está basado en el principio de la cerca eléctrica o la estufa caliente. Las personas que tocan una cerca eléctrica o una estufa caliente son penalizadas inmediatamente con un choque eléctrico o una quemadura. La sanción no es severa, pero es inmediata e inevitable. Después de haber tenido un choque o una quemadura una vez, evitarán tocar la cerca o la estufa una segunda vez. El grupo de trabajo cree que los participantes de la *24/7* responderán de manera similar. Después de fallar una vez y pasar un día en prisión, permanecerán sobrios para evitar ser encarcelados una segunda vez. Los datos reunidos de los participantes mostraron resultados positivos. Demandados que no habían estado sobrios por décadas estaban reportándose dos veces por día y probando que estaban limpios.” (17)

Investigadores financiados por el Instituto Nacional de Justicia de los Estados Unidos evaluaron el programa *HOPE* de Hawaii, comparando los individuos del “período de prueba” (*probationers*) con un grupo habitual de control. Después de 1 año en el “período de prueba” era 55% menos probable que las personas fueran arrestadas por un nuevo crimen, el 72% menos probable que usaran drogas, el 61% menos probable que saltaran las citas con el supervisor y el 53% menos probable que se les revocara el “período de prueba” (*probation*). (18)

El *Proyecto de Sobriedad 24/7* también tiene una impresionante adherencia, aproximadamente dos tercios de las personas con pruebas dos veces por día nunca tienen una única prueba positiva o perdida; esa proporción se eleva al 94% cuando se incluyen aquellos con una o dos pruebas positivas o perdidas. El número de pruebas limpias es del 99,6% para las pruebas de alcohol 2 veces por día y del 98% para el análisis urinario de drogas 2 veces por semana. (19)

Estos resultados pueden ser vistos como contrarios a la creencia dominante de que la adicción es un trastorno crónico cerebral recidivante. La mayoría se hace abstinentes cuando el medio ambiente en que se mueve se vuelve intolerante con la utilización continua de alcohol y drogas. La minoría que falla es una población que se autoselecciona para intervenciones más intensivas. El objetivo, por lo tanto, podría ser tratamiento de calidad para pocos, antes que tratamientos inevitablemente mediocres para todos.

El sistema de atención de salud tiene que responsabilizarse en la detección del uso peligroso o la dependencia al alcohol y a las drogas ilícitas. Iniciar

el tratamiento con una entrevista motivacional breve y derivar a un tratamiento integral a los adictos. A su vez, el sistema de justicia debe inducir la adopción de la sobriedad, las 24 horas del día y los siete días de la semana, con pruebas frecuentes y con la responsabilidad inmediata de sus acciones, y conseguir así que hombres y mujeres se libren ellos mismos de la dependencia al alcohol y a las drogas.

**Dr. Hernán C. Doval**<sup>MTSAC</sup>

Director de la Revista Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86. <http://doi.org/nm6>
2. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013;382:1564-74. <http://doi.org/f2nq72>
3. Lynskey MT, Strang J. The global burden of drug use and mental disorders. *Lancet* 2013;382:1540-2. <http://doi.org/f2nq68>
4. Wood E, Samet JH, Volkow ND. Physician education in addiction medicine. *JAMA* 2013;310:1673-4 <http://doi.org/qps>
5. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012;379:55-70. <http://doi.org/fztvg5>
6. Barón A. EE.UU. dice que subió fuerte el consumo de cocaína en el país. *Diario Clarín*. Edición 24442 del 04/03/2011.
7. [www.oasas.ny.gov/admed/sbirt/index.cfm](http://www.oasas.ny.gov/admed/sbirt/index.cfm) [Consultado 13/12/2013]
8. Massachusetts Department of Public Health: SBIRT Screening Toolkit June 2012. Disponible en: <http://www.masbirt.org/sites/www.masbirt.org/files/documents/toolkit.pdf>
9. Madras BK, Compton WA, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend* 2009;99:280-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18929451>.
10. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. SBIRT: Toward a public health approach to the management of substance abuse. Wisconsin Department of Human Services 2007.
11. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottesmesch TJ, Solberg LI. Prioritizing clinical preventive services: a review and framework with implications for community preventive services. *Annu Rev Public Health* 2009;30:341-55. <http://doi.org/cd43pr>
12. Saitz R. Brief intervention for unhealthy alcohol and other drug use. En: Oslin D, Hermann R, editors. *UpToDate*. Waltham, MA; 2012.
13. Boston University School of Public Health. The BNI-ART Institute. Disponible en [www.bu.edu/bniart](http://www.bu.edu/bniart).
14. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol* 2009;64:527-37. <http://doi.org/fdjmn3>
15. Rollnick S, Butler CC, Kinnerley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ* 2010;340:1242-5. <http://doi.org/b6s57d>
16. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005;77:49-59.
17. Long L. The 24/7 sobriety project. *The Public Lawyer* 2009;17:2-5.
18. Kerlikowske RG y Sabet K. Commentary on Voas, et al. Drug-free roadways—can we get there from here? Steps to reducing drugged driving in the United States. *Addiction* 2011;106:1228-9. <http://doi.org/b6swhk>
19. Caulkins JP, Dupont RL. Is 24/7 sobriety a good goal for repeat driving under the influence (DUI) offenders? *Addiction* 2010;105:575-7. <http://doi.org/cgc3xp>