

Niveles de Riesgo asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados al programa de mantenimiento de metadona en el Hospital Mental de Filandia

Juan David Arcila Grajales

Santiago Correa Amariles

Alex Damián Andrade Llantén

Especialización en Adicciones, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó

Trabajo de grado

Mg. Ángela Maritza Lopera Jaramillo

Manizales – Colombia

Mayo 2021

Contenido

Planteamiento del problema	4
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Justificación.....	11
Marco Teórico.....	15
Antecedentes	23
Metodología.....	26
Enfoque	27
Nivel:	27
Método	27
Población y muestra.....	28
Instrumentos de recolección de información.....	28
Riesgo bajo:	29
Riesgo moderado:	30
Riesgo alto:	30
Intervención breve.....	30
Caracterización de la institución en la que se aplica el estudio.....	32
Ubicación geográfica:	32
Habilitación de Servicios:	32
Código y nombre sede:	33
Breve reseña histórica:	33
Misión:	34
Visión:.....	34
Política De Calidad:	35
Valores y Principios Corporativos	35
Edades en que oscila la población sujeta:	36
Modelo de intervención:	36
Análisis de Datos General	39
Tabla 1	40

Tabla 2	41
Tabla 3	42
Tabla 4	43
Tabla 5	44
Tabla 6	45
Tabla 7	46
Tabla 8	47
Tabla 9	48
Tabla 10	50
Tabla 11	50
Tabla 12	51
Recomendaciones	53
Presupuesto para la realización de la Investigación	59
Informe de Recursos	59
Bibliografía	60
Anexo 1 Prueba ASSIST	64
Anexo 2 Consentimiento Informado	79

Planteamiento del problema

El Sociólogo Norteamericano Parsons (1984) a través de su libro "El sistema social", nos aconseja tomar posesión de las ideas de la biología y considerar la sociedad como un sistema abierto y adaptativo, cuyas diferentes partes pueden funcionar para mantenerlo unido; y en esta relación, aparece la enfermedad, con un papel protagónico de dependencia, en la que según él, se "utiliza la incapacidad como base de legitimación de esta pretensión" es un comportamiento individual el cual relaciona a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, quien a través de sus acciones no actúa constreñido desde fuera, sino a partir de la obligación moral interiorizada, alterando su rol dentro del sistema social, en el cual la persona consumidora de sustancias psicoactivas, puede ser visto desde la inconformidad social, con una desviación que se asocia a la alteración de las normas, en donde no se le ve como enfermo, sino como una persona que ejerce un rol negativo contra el orden; es decir, se evalúa su acción, teniendo en cuenta el poder, la fuerza y el control social.

Por lo anterior, es necesario entender que el enfermo por las sustancias psicoactivas, no sólo es afectado de forma física, sino también social y psicológica, ya que, como individuo socialmente activo, promueve estereotipos y genera representaciones sociales entre la población en general, conformando su adicción como una enfermedad que requiere de tratamiento.

Teniendo claro este concepto de enfermedad, traemos a colación la sustancia que requiere de toda nuestra atención, "La heroína"; es un opiáceo y, es derivado del opio (*Papaver somniferum*), fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el

Dr. Heinrich Dresser. Se decía que esta sustancia no producía hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos. Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada su difusión fue enorme, incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China donde hubo las conocidas guerras del opio. Actualmente, la heroína sigue siendo la droga que acarrea más problemas sanitarios, de orden público y de alarma social. (Becoña, 2002)

Es importante retomar a: Becoña (2002) quien cita a “American Psychiatric Association (2000); para dar una descripción paulatina sobre los preocupantes efectos de la heroína; explica cómo el primer consumo de la sustancia produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo durante un tiempo, conocido como la «fase de luna de miel». Refiere también que en la siguiente fase se consume sólo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia, en el que la inyección intravenosa produce inicialmente una sensación de éxtasis muy intensa (el flash) durante 5 a 15 minutos. Después se experimenta una sensación, menos intensa, de satisfacción, euforia y bienestar, que dura de 3 a 6 horas. Después de la misma hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos.

La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler), junto a otros como euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y

deterioro de la capacidad de juicio. Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y, en muchas ocasiones, un estreñimiento pertinaz (Cobos & al, 1996). Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte (Darton, Dilts, Frances, & Miller, 1998).

Becoña 2002 también nos lleva por la trayectoria de la heroína en el consumidor, manifestando como el síndrome de abstinencia de dicha sustancia aparece varias horas después desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las 8 horas desde el último consumo. Alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras siete a diez días.

Otro tema de interés es que el consumo de la heroína lleva a la enfermedad, posicionándose además como un problema social y de salud pública; transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, presentando aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos, alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño; los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días (Cobos & al, 1996).

Por ende, se requieren de estudios en la materia, pues el consumo regular de heroína provoca niveles altos de tolerancia y no suele ser la primera sustancia consumida, que posee efectos psicoactivos, con ello el adicto busca otras drogas para recrear los efectos en su organismo, pues una vez establecido un patrón de dependencia, o abuso de opiáceos, algo que sucede rápidamente, es que la búsqueda de la droga se convierte en el centro de la vida del adicto. (Becoña, 2002).

A esto se le suma un factor de exponerse a contraer enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, hepatitis B, VIH,) considerando como un riesgo, lo que produce una elevada mortalidad (Cadafalch & al, 1993).

Es imperante entonces, como el consumo de sustancias psicoactivas; ha llevado a aceptar la adicción como una enfermedad que requiere atención y seguimiento riguroso por parte de especialistas en la materia, con el fin de comprender comportamientos de tipo dependientes y una gran probabilidad de que estas conductas se puedan volver patológicas en relación con la intensidad, frecuencia, cantidad de tiempo o dinero invertido más la interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales.

En este sentido, es considerable tener en cuenta tres aspectos fundamentales, en cuanto a los tratamientos de metadona: el primero de ellos, es encontrar un modelo de educación para la salud, cuya perspectiva contempla el consumo de drogas como un problema que afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas mediante procedimientos educativos, en especial con información adecuada de los daños específicos de la ingesta de heroína en el organismo del adicto.

Green, Lawrence explica que la educación para la salud es la disciplina que se encarga de transmitir conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud con el consumo de drogas, así al fomentar una estrategia que reduzca el hábito del consumo es necesario que se enseñe de forma oportuna y dar información veraz de los daños que sufre el adicto, y sobre aquellos otros que, por el contrario, favorecen y protegen la salud, es entonces que existe además la posibilidad de hacer una intervención que puede ayudar a que la persona con adicción pueda identificar la

situación de salud por la cual está atravesando. (Green, Joseph, Matarazo, Weiss, & Herd, 1984).

Este enfoque coincide con el modelo médico tradicional en la confianza depositada sobre la transmisión de información a la sociedad como una estrategia reductora de la incidencia del consumo de sustancias.

El segundo aspecto de importancia tiene que ver con la población enferma que es atendida en los programas de metadona; los cuales han sido diseñados e implementados en diferentes partes del mundo.

El tercer punto, hace referencia a la sustancia (heroína), que implica una batalla difícil de enfrentar, no solo para las personas que la consumen, también para el personal de salud que acompaña los procesos de rehabilitación en los programas de metadona, considerándose importante tener en cuenta el acompañamiento del instrumento ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias), en este tipo de tratamiento, pues permitirá dar soporte a los procesos de diagnóstico e intervención (Grupo de trabajo Who ASSIST, 2002).

En este punto, es imperante la necesidad de conocer en los programas de metadona los niveles de riesgo por el consumo de heroína, sobre todo, cuando la dependencia de opiáceos es una enfermedad multifactorial, crónica y con reagudizaciones.

El tratamiento combina intervenciones farmacológicas y psicosociales a largo plazo y aunque el enfoque de estos tratamientos ha evolucionado desde que inicio en los ochenta, con programas libres de drogas que buscaban la abstinencia, es hasta la actualidad donde se incluyen medidas de reducción de daños, dirigidas a pacientes que no pueden mantenerse

en abstinencia y precisan de programas de tratamiento sustitutivo con prescripción de cantidades controladas de opioides (Albertín Carbó, 2000)

El interés que tiene este estudio, es identificar la importancia que puede producir en el programa de metadona, la vinculación de la “prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, ASSIST, con el fin de facilitar a los profesionales de la salud , conocer sobre el consumo de sustancias de sus pacientes a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses, pero como interés fundamental, poder especificar los niveles de consumo por la sustancia, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’.

Desde todo lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta, en torno a la cual girará el presente proyecto:

¿Cuáles son los niveles de riesgo asociados al consumo de heroína en los pacientes vinculados al programa de mantenimiento con metadona del Hospital Mental de Filandia, Quindío, durante el año 2020-2021?

Objetivo General

Determinar los niveles de riesgo asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados al programa de mantenimiento con metadona de la ESE Hospital Mental de Filandia

Objetivos Específicos

- Identificar el consumo de sustancias a lo largo de la vida, con relación a los últimos tres meses, en pacientes vinculados al programa de metadona.
- Conocer los niveles de riesgos asociados al consumo de heroína en los pacientes del programa de mantenimiento con metadona.
- Proporcionar herramientas que permitan la prevención temprana de riesgos asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados al programa de metadona.

Justificación

Cuando se decide optar por un tema para elaborar el trabajo de grado, se considera importante que sea de mayor interés, pasión y motivación para realizar una propuesta de intervención que dé cuenta de la complejidad y variabilidad de la conducta humana en el mundo de las adicciones por consumo de heroína y de la misma manera contar con la prueba ASSISTS de detección de consumo que permita asignar categorías de riesgo (Bajo, Moderado, Alto) en el que el nivel de consumo de heroína; igualmente considerar que el consumo, pudiera estar relacionado con problemas de salud mental y físicos, causando de esta manera problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía, y como puede influir la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo con las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive, ya que este proceso de acomodación se ve afectado por las relaciones que se establecen entre esos entornos y los contextos más amplios en los que están incluidos (Bronfenbrenner V. , 1979). Ya que, puede ser de alta importancia en la adecuada adherencia al tratamiento de pacientes vinculados a un programa de mantenimiento con metadona.

En Colombia hasta 2017 se contaba con 13 programas en diferentes partes del país, los cuales son escasos para el gran consumo de sustancias psicoactivas; cobertura que pone en riesgo a toda la sociedad en general, busca identificar y sistematizar los pacientes que requieren de seguimiento desde atención primaria social y generar conciencia sobre la importancia de abordar de manera oportuna los niveles de riesgo del consumo, con el fin de reconocer los factores poco generativos asociados a la población vinculada en los programas de metadona, y que podrían influir negativamente sobre la salud, relaciones

sociales, aspectos económicos, legales , familiares y/o consecuencias como recaídas en el consumo, sobredosis, condición de calle; mediante diferentes mecanismos de prevención que faciliten la permanencia o en caso de deserción, el reintegro a estos programas (Gonzalez, 2019).

De tal manera la razón de ser de este estudio son las personas que están enfermas por consumo de heroína y se encuentran vinculadas al programa de tratamiento con metadona y la posibilidad de aplicar el instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), permitirá contribuir al conocimiento de los riesgos que conllevan cada sustancia, en especial la heroína, en donde los usuarios entrevistados, mediante un dialogo profesional, informan detalles de su consumo, permitiendo no solo tener un acercamiento con las personas y su medio social, sino también, realizar una clasificación a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente) (Organización Mundial de la Salud , 2011).

Es importante mencionar que la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, ASSIST por sus siglas en inglés, fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo, proporcionando información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse. (Organización Mundial de la Salud , 2011)

La prueba mencionada contribuye, además, a un modelo prevención más humanizada, en el que los modelos teóricos y programas prácticos de una auténtica prevención que ayudan a la persona a descubrir el sentido del respeto de sí misma y de los demás, el sentido de su libertad y de su responsabilidad, el valor de la vida ética (veracidad, honestidad, etc.), la comunicación y el encuentro con los demás, el auténtico placer y el auténtico sufrimiento y considerando de esta manera que la metodología inmersa en la aplicación del ASSIST, puede proporcionar ese toque de humanización, que no solo genera seguridad al paciente, si no que proporciona elementos positivos que pueden beneficiar una intervención oportuna y exitosa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Por tal motivo, es substancial y pertinente realizar un estudio de esta naturaleza, reconociendo la necesidad de conformar programas adecuadamente estructurados, que cuenten con estándares de medición, confiabilidad y que por su puesto, aporten a la reducción del riesgo y daño por el consumo de la heroína y la adaptación a los programas de mantenimiento con metadona, generando conciencia que el consumo de los opioides está en mayor escala en el mundo, debido a la facilidad en que estas sustancias generan una dependencia con pequeñas dosis, incluyendo los efectos perjudiciales en la salud. Intervenciones que pueden ser catalogadas como preventivas, pues advierten sobre la estrecha relación que existe entre el consumo de este tipo de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, la propagación de infecciones y conductas de riesgo generalizadas; lo cual está llevando a los consumidores a optar por otras vías de ingesta de la droga que pueden llevar a problemas más severos en su salud; aspectos que no se pueden conocer de manera inmediata en los programas de metadona y que desde este aporte, con el apoyo de este instrumento de medición, facilitarán no solo la adherencia al tratamiento, sino también la identificación de variables psicológicas que pueden actuar como factores predisponentes

en la comprensión de los factores de riesgo que permiten contemplar el problema asociado a sus antecedentes más probables, y articular de este modo, explicaciones causales de la vulnerabilidad individual al consumo abusivo o adictivo de heroína en los pacientes vinculados al programa de mantenimiento de metadona.

Marco Teórico

Se consideran en este punto a nivel nacional, algunos estudios del consumo de la heroína, con el fin de tener una idea general del problema que representa en Colombia el incremento de la adicción a esta droga; como también se han elaborado estudios de la eficacia de los tratamientos de mantenimiento con metadona, como una forma de atención y mitigación del daño; algunas políticas nacionales sobre la atención de la población con adicción a estas sustancias psicoactivas; como también algunos estudios internacionales sobre la implementación y beneficios que tienen los programas de metadona, teniendo en cuenta una apreciación de los cambios que los pacientes de dichos programas evidencian en su estilo de vida.

En el libro *La Heroína en Colombia. Producción, Uso e Impacto en la Salud Pública* elaborado por el ministerio de Justicia (2018) se muestra el impacto que tiene el consumo de heroína en el territorio colombiano; se hace énfasis de forma directa a las complicaciones que trae en la salud pública, además de las consecuencias que existen en las personas adictas a esta droga, se observan enfermedades como la hepatitis C o el VIH, teniendo en cuenta que el modo de administración es inyectada; con ello se reconoce la necesidad de implementar un tratamiento acorde a esta adicción.

La ausencia de guías clínicas y de atención integral han llevado a que las instituciones que prestan los servicios y los profesionales a cargo, apliquen criterios que no necesariamente se ajustan a los estándares internacionales emitidos por la Organización Mundial de la Salud, afrontando con ello, pobres resultados, limitada adherencia y altas tasas de deserción y fracaso en los tratamientos. (Gobierno Nacional de Colombia, Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia, 2013)

Los programas de mantenimiento con metadona (PPM), en Colombia iniciaron en el año 2002, teniendo en cuenta el gran auge de consumo de Heroína por vía inyectada, considerando necesario, construir e incorporar programas que ayudaran a pacientes en condiciones de adicción específica como la heroína, analizando su gran demanda, e iniciando con estudios de pacientes vinculados a programas de metadona e incorporando bases y protocolos de países como Australia y Canadá, para realizar reducción de riesgos y daños en personas consumidores de heroína, priorizando esta población de alto riesgo, y desarrollando una serie de herramientas de evaluación para saber la efectividad que tenían los programas de mantenimiento con metadona y en el tratamiento farmacológico y terapéutico que se brinda al paciente, y así reducir sus factores de riesgo. (Giraldo, 2012)

En el territorio colombiano se están implementando tratamientos con metadona que es un opiáceo de mejor manejo que ayuda al adicto en heroína a mermar los riesgos del consumo y poder lograr un estilo de vida más estable con lo cual se hace una caracterización de las personas que asisten a estos programas, demostrando que en su mayoría son varones, y a su vez, presentan comorbilidad psiquiátrica y riesgo en infección por VIH y hepatitis (González, Giraldo, DiGirolamo, & al, 2019).

Los modelos de reducción de riesgos y daños se realizan para mitigar el daño a la persona en condiciones de consumo de sustancias psicoactivas, las personas que se inyectan droga (PID), en su mayoría son poli consumidores con gran historial de consumo, y mitigar este problema de salud pública es de gran importancia, un enfoque libre de estigma y permita un acercamiento directo e integral para esta población, implementando reducción de riesgos y daños donde puedan adquirir, preservativos, material de consumo para la inyección, y manuales instructivos de información preventiva, la cual se da una acogida a la

población y dar a un tratamiento hasta disminuir o mitigar el consumo de heroína, por tratamiento farmacológico e integral. (Minsalud, 2016)

La respuesta oficial en Colombia al consumo endovenoso de heroína y sus riesgos incluye legislación (Ley 1566 de 2012) que garantiza la atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas, y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, que definen los lineamientos sectoriales frente a este problema, que operativamente se traduce en el Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína en el desarrollo de la Política de Salud Mental (González, Giraldo, DiGirolamo, & al, 2019).

El tratamiento farmacológico, para el control del uso y abuso de la heroína, es el medicamento, metadona, el cual está en función de reducir la ansiedad ante el consumo, pero, un buen tratamiento dura mínimo doce meses. Es un tratamiento farmacológico formulado por un médico psiquiatra, en cantidades según el uso de la heroína, para ir disminuyendo poco a poco. Este periodo de tratamiento depende tanto del paciente como el equipo multidisciplinario para mayor efectividad del mismo. (Department of Health and Human Services, 2013)

Reemplazar la heroína por agonistas opioides de larga acción, como la metadona, la cual bloquea los efectos euforizantes de la heroína y previene el síndrome de abstinencia y la búsqueda compulsiva de droga (Craving); en consecuencia, se asocia con disminución del uso de heroína, reducción de conductas criminales, mejor desempeño social y reducción de la morbimortalidad. (Isaza S. V., 2014)

Este tratamiento, además, tiene garantías para la recuperación del adicto a heroína. (Albertín Carbó, 2000) Realiza un estudio donde se evidencia las ganancias que tienen las personas en tratamiento de mantenimiento de metadona en España, evidenciando una importante reinserción a su actividad laboral, académica y existe una mejor vinculación en la sociedad, debido a que se cumplen algunas normas para mantener la abstinencia y así poder recibir la dosis de metadona.

Es de importancia, como las personas que tienen acceso al tratamiento de metadona, mejoran también en su calidad de vida, evitando presentar episodios depresivos severos, y mantener un estado anímico estable, que muestra la eficacia del tratamiento. (Tirado Otálvaro, y otros, 2012)

Ahora bien, ya teniendo en cuenta que la "Reducción de Daños" es una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas, más que de prevención del uso de drogas en sí mismo y se puede ver como una política social que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producidos por el uso de drogas; es necesario invitar a este diálogo a Graciela Touzé Presidenta ejecutiva de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños, trabajadora Social, especialista en Ciencias Sociales y Salud, y a Guillermo Castaño Magíster en Drogodependencia, Coordinador Nacional del Postgrado en Farmacodependencia en la Fundación Universitaria Luis Amigó quienes nos permite conocer cómo se han desarrollado esfuerzos preventivos y está creciendo la implementación de estrategias de Reducción de Daños en América Latina, mencionan que en Colombia, a finales de 1996, en la Primera Cumbre Internacional "Las Grandes Ciudades y los Planes sobre Drogas" realizada en la ciudad de Medellín, a la cual asistieron representantes de las principales ciudades capitales Latinoamericanas y en donde

se firmó el documento “La declaración de la ciudad de Medellín”, se hizo énfasis por primera vez en la temática de Reducción de Daños. Muchas fueron las reacciones de entes oficiales y no oficiales locales, regionales, nacionales e internacionales e incluso de asociaciones de padres y del clero, oponiéndose y criticando severamente este tipo de estrategias y políticas (Touze, G; Castaño, G, 2001).

Su postura nos aclara que, desde los diversos enfoques de las políticas preventivas, se evidencia un debate que excede en mucho la discusión acerca de qué hacer con las sustancias y los adictos a la misma, buscando así definir desde que concepto de hombre y especialmente de su existencia social, se pueden observar. Esto coloca a quienes trabajamos en estos tópicos, con la responsabilidad y desafío de diseñar estrategias que permitan mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen drogas, afirmando su condición de ciudadanos, cuyos derechos deben ser asegurados (Touze, G; Castaño, G, 2001).

Por otra parte, la Resolución 2358 de junio de 1998, emanada del Ministerio de Salud de Colombia, mediante la cual se determina la Política Nacional de Salud Mental, incluye propuestas desde la Salud para la Reducción del Riesgo y cita que es función del Ministerio de Salud, dictar normas científicas que regulen la calidad de los servicios, la prevención de la enfermedad mental mediante la intervención de los factores de riesgo a enfermar, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades de salud y por las instituciones prestadoras de servicio de salud y por las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud (MinSalud, 1998).

Otro punto importante de dicha resolución, es el que trae a colación el contexto del desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental donde se estipula que: Se deben

fortalecer los mecanismos protectores que impulsen la cultura de la Salud Mental, consecuentes con la heterogeneidad y especificidad territorial, para reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus efectos, son los principios fundamentales en que se centra esta aproximación al problema, aclarando que La reducción del riesgo se centra entonces en minimizar los posibles problemas relacionados con el consumo y no necesariamente en la abstinencia a la sustancia, que continúa siendo lo ideal. Existe buena evidencia de que esta aproximación tiene efectividad en reducir los problemas y se parte del principio ético de “no hacer daño”, que se traduce que, entre dos riesgos relativos, se debe fomentar aquel que pueda tener menos consecuencias serias (MinSalud, 1998).

Se agrega que la evidenciada epidemia del consumo de heroína con el riesgo de un cambio de patrón de consumo a uso endovenoso, requiere de una actitud política que permita al Estado: ejercer una vigilancia epidemiológica para identificar los cambios de patrones de consumo; promover en los consumidores patrones de consumo de menor riesgo; facilitar el acceso a las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas mediante tratamientos desintoxicación y/o mantenimiento con Metadona, y así mismo, responder a las necesidades individuales de los que se retienen en los servicios de tratamiento (MinSalud, 1998).

Lo anterior, se constituirá como recurso de aplicación, pues desde mayo de 1993, los gobiernos latinoamericanos firmaron el documento producido por la Conferencia de Ministros de Salud de los países iberoamericanos, refrendado por la reunión de Jefes de Estado realizada a fines de ese mismo año. Coincidieron allí en la preocupación por "la importancia del uso de drogas inyectables en la expansión de la epidemia del SIDA en la región iberoamericana, así como las posturas políticas y las normas jurídicas en relación con el uso de drogas, que han limitado la implantación de medidas eficaces de prevención y

control de VIH/SIDA entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales". (Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno, 1993))

Por otra parte, tenemos la Resolución 089 de 2019 cuyo objeto es Adoptar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, contenida en el Anexo Técnico que se incluye en la presente resolución, como parte de la atención integral se han implementado estrategias de reducción del daño con personas que se inyectan drogas en: Bogotá, Cali, Pereira, Dosquebradas, Cúcuta y Armenia, Santander de Quilichao y Medellín, basadas en la evidencia científica el cual en el plan de Beneficios en Salud incluye actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos para enfermedades o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las cuales se encuentra la internación total o parcial, desintoxicación, atención institucional no hospitalaria y atención ambulatoria, que garantizan que las instituciones de salud tengan condiciones de calidad esperadas (Minsalud, 2016).

Los programas de reducción del daño se constituyen entonces como acciones sanitarias y sociales que tienen como objetivo la prevención, la reducción de daños, el tratamiento o la reinserción social. Teniendo claro esto, los estados y gobiernos que lo implementen según lo recomienda la Resolución 2358, están invitados a desarrollar técnicas de formación, conocimiento, contenido y participación que permitan no solo defender y poner en práctica políticas públicas, servicios y programas imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo; también se deja ver la necesidad de conformar escenarios de participación ciudadana que reflejen un aprendizaje intersectorial sobre el consumo de sustancias, con el fin de movilizar recursos colaborativos bajo una misma línea de acción que se involucren, incluyan y apliquen con los objetivos misionales institucionales del orden público, permitiendo disminuir barreras que se basan en la estigmatización y

por ende limitar los riesgos sanitarios (transmisión del VIH y de las hepatitis) no solamente de las personas usuarias de drogas, sino también, y por extensión, del conjunto de la población, en donde simultáneamente, juegan un papel protagónico los programas de mantenimiento con metadona en personas que consumen heroína de manera inyectada (MinSalud, 1998).

Antecedentes

Dentro de los antecedentes más significativos que hacen alusión a la presente propuesta, se encuentra el estudio de “Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona”, elaborado por Juan José Fernández Miranda de la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Servicios de Salud Mental de Asturias. Área III. Avilés. Asturias, en el que indica la efectividad de los programas de mantenimiento con metadona, adjudicándoles evidente éxito en capacidad de retención en el tratamiento; disminución del consumo de drogas ilegales, de las prácticas de riesgo en su uso, de la comorbilidad (VIH, hepatitis virales), de la mortalidad y de la criminalidad asociada, y aumento en general de la calidad de vida del adicto (Fernandez, 2005)

En un estudio con metodología de meta análisis, que revisaba más de 40 estudios en EE.UU. de evaluación de diversos resultados de Programas con metadona (uso de drogas, riesgo de infección de VIH, conductas criminales) se concluye que la efectividad de estos programas es evidente. (Fernandez, 2005) Se identificó que los programas de mantenimiento con metadona son efectivos en el tratamiento de la dependencia de heroína, y retienen a los pacientes y disminuyen el uso de heroína en mayor medida que los tratamientos que no utilizan mantenimiento opioide. También señala que no han demostrado mayor reducción en la criminalidad que en esos otros tratamientos (Fernandez, 2005).

Por su parte, y como aporte colombiano, se conoce que la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira (UTP) en el 2014, Hospital Mental Universitario de Risaralda (HOMERIS), publicó un estudio que realizó sobre la validación de un nuevo método de dosificación de metadona en pacientes del Programa de

Mantenimiento con Metadona, considerando como la sustitución de heroína por metadona disminuye el consumo y la disfuncionalidad, pero la metadona es costosa y con estrecho margen de seguridad. Como conclusiones del presente estudio se pudo identificar que hubo importante reducción en los consumos de heroína y otros psicoactivos y reinserción social de los pacientes; sin embargo, la amplia superposición entre las dosis efectivas e inefectivas de metadona apunta a la presencia de variables personales y sociales que trascienden el simple manejo farmacológico y probablemente deban ser abordadas con más éxito desde lo psicosocial, particularmente en lo que tiene que ver con la identificación y superación de las experiencias detonantes de recaídas y con ciertos rasgos del paciente, tales como su nivel de estrés psicológico o sus trastornos psiquiátricos (Isaza S. V., 2014).

Como complemento de los anteriores estudios se conoce el programa ULISES para Mantenimiento con Metadona, Centro de Solidaridad de Zaragoza, que es una propuesta funcional, de evaluación y situación actual. La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza se constituye en 1985 con la finalidad de promover la atención a mujeres y hombres ante los problemas asociados a distintos tipos de adicciones por medio del Programa terapéutico-educativo PROYECTO HOMBRE. Transcurridos más de 20 años, la Fundación ha incorporado nuevos ámbitos de intervención a las nuevas realidades que la evolución social y los cambios de consumos que las drogas nos presentan (García, Yzuel, Nieves, & al., 2010).

El objetivo misional relacionado con la metadona para el programa ULICES es triple: bloquear los efectos euforizantes y de refuerzo de otros opiáceos, evitar el deseo de consumo, evitar un síndrome de abstinencia. En general la administración de metadona en una sola toma diaria es suficiente para prevenir la aparición de síndrome de abstinencia, el proceso de mantenimiento con metadona no tiene una duración determinada, aunque es generalmente un

tratamiento prolongado que en algunos pacientes puede durar toda la vida (García, Yzuel, Nieves, & al., 2010).

Tras la realización de la revisión externa del Programa Ulises y la valoración del resultado, se llega a la conclusión de que este programa cumple con las funciones y objetivos planteados y para los usuarios que están con tratamiento con metadona en la Comunidad Terapéutica del Centro de Solidaridad de Zaragoza ha posibilitado aplicarles un decalaje a niveles más óptimos, ya que las condiciones de la propia Comunidad Terapéutica son muy favorables para el desarrollo de esta propuesta (García, Yzuel, Nieves, & al., 2010).

Metodología.

Para el desarrollo de esta investigación, se tuvo en cuenta la siguiente normatividad, cómo base para realizar un adecuado acercamiento y aplicación del ejercicio en los participantes. El código deontológico del psicólogo ley 1090 del 2006, capítulo 4, artículo 33 al 38, el cual manifiesta la contribución al progreso de la ciencia y profesión psicológica por medio de la investigación y docencia, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico. También, se actuó bajo la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas, para llevar adecuadamente este ejercicio.

Se cita también la Resolución 2358 de junio de 1998, que en el contexto del desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental donde se estipula que: Se deben fortalecer los mecanismos protectores que impulsen la cultura de la Salud Mental, consecuentes con la heterogeneidad y especificidad territorial, para reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus efectos, son los principios fundamentales en que se centra esta aproximación al problema, aclarando que la reducción del riesgo se centra entonces en minimizar los posibles problemas relacionados con el consumo y no necesariamente en la abstinencia a la sustancia, que continúa siendo lo ideal.

Por otra parte, para realizar esta investigación, será necesario solicitar autorización del hospital mental de Filandia, para la aplicación del instrumento ASSIST, bajo la condición del anonimato y además que esta diera oportunidad de soluciones en el programa de mantenimiento con Metadona. Por lo tanto, al aplicar el instrumento de investigación, se establecerá como condición que la información obtenida se mantuviera bajo protección, de igual manera se informa a los participantes el objetivo de esta investigación, la cual no afectaría su proceso en la institución.

Enfoque

En esta investigación se utilizará el enfoque cuantitativo con el fin de recolectar información, para luego analizar y contrastar los resultados con las teorías seleccionadas, que permitan identificar los niveles de riesgo asociados al consumo de heroína. Debido a que este enfoque permite encontrar hechos o causas del fenómeno social, a través de la comparación de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio (Tamayo, 2007).

Nivel:

Descriptivo. Se describirán los resultados a partir del análisis cuantitativo, que permita responder al planteamiento del problema, interpretándose por medio de predicciones basadas en hipótesis y los estudios previos (Creswell, 2005). Estudios descriptivos presentan la descripción de las variables tal como se presentan a partir de su respectiva medición. El presente estudio está orientado, de esta forma, a describir los niveles de riesgo asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados a un programa de mantenimiento con metadona.

Método

No experimental, ex post facto. Este método busca inferencias frente a la relación que puedan tener variables, sin que haya intervención directa, a partir de la variación de las variables independientes y las variables dependientes. Este método permite que las investigaciones se realicen en situaciones más naturales en cuanto a sujetos y las variables identificadas (Kerlinger, 1985)

Población y muestra

La investigación se realizó con Veinte (20) pacientes que se encuentran vinculados al programa de mantenimiento con metadona del hospital mental de Filandia, Adultos jóvenes de 19 años- 35 años y Adultos de 36 años – 45 años. Los pacientes deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión: 20 pacientes entre los entre 19 y 54 años, que se encuentren en tratamiento activo de metadona en el hospital mental de Filandia durante el año 2020 y 2021.

Instrumentos de recolección de información

Para el presente estudio se utilizará La prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), avalada por la Organización Mundial de la Salud, 2011, con las directrices de aplicación e interpretación referidas por el Manual para uso en la atención primaria que dentro del marco de trabajo del proyecto ASSIST de la OMS, se encuentra debidamente coordinado, patrocinado e implementado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Administración del Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud , 2011).

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo (Organización Mundial de la Salud , 2011)

La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o

empeorar. La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. (Organización Mundial de la Salud , 2011)

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos etc. (Organización Mundial de la Salud , 2011)

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente). (Organización Mundial de la Salud , 2011)

El presente estudio pretende identificar los Niveles de riesgo explicados a continuación:

Riesgo bajo:

Los usuarios que obtengan puntuaciones de ‘tres o menos’, tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas. Los usuarios de riesgo bajo deben recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones. (Organización Mundial de la Salud , 2011)

Riesgo moderado:

Los usuarios que obtengan una puntuación de ‘entre 4 y 26’ aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. Los usuarios de riesgo moderado deben recibir una intervención breve con una duración de tres a 15 minutos (Organización Mundial de la Salud , 2011).

Riesgo alto:

Una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo, la intervención breve debe proporcionarse también a los usuarios que presentan riesgo alto, aunque no es viable como un solo tratamiento para los usuarios con este tipo de riesgo. En este caso, la intervención breve puede ser útil para alentar a los usuarios a tener una evaluación clínica detallada y tratamiento adecuado especializado (Organización Mundial de la Salud , 2011).

Intervención breve

La prueba se considera una herramienta clave para medir el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. La técnica de intervención breve que se describe en este manual se centra principalmente en modificar la conducta de los usuarios en relación con la sustancia

más frecuentemente usada o la que les causa la mayoría de los problemas (la identificada por el usuario o la que obtuvo la puntuación más alta del ASSIST). Sin embargo, estas técnicas también pueden utilizarse para tratar el consumo de alcohol y tabaco, en particular el consumo combinado, aunque es probable que esto tome más de tres minutos (Organización Mundial de la Salud , 2011).

La intervención breve vinculada a ASSIST dura de tres a 15 minutos y se proporciona a los pacientes que hicieron la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) con un trabajador de la salud (Organización Mundial de la Salud , 2011).

Según lo descrito en La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria, las puntuaciones del ASSIST están vinculadas a las siguientes categorías de riesgo y a las intervenciones asociadas recomendadas (Organización Mundial de la Salud , 2011). (Véase la Tabla 1).

TABLA 1 Puntuación de riesgo del ASSIST, nivel de riesgo asociado e intervención			
Alcohol	Todas las demás sustancias^a	Nivel de riesgo	Intervención
0 - 10	0 - 3	Bajo	I Consejos de salud generales
11 - 26	4 - 26	Moderado	I Intervención breve I Folletos de información para llevar a la casa
27+	27+	Alto	I Intervención breve I Folletos de información para llevar a la casa I Derivación para evaluación y tratamiento especializado
Drogas inyectadas en los últimos tres meses		Moderado y alto ^b	I Intervención breve I Folletos de información para llevar a la casa I Derivación para pruebas de virus en la sangre ^c I Derivación para evaluación y tratamiento especializado

Caracterización de la institución en la que se aplica el estudio

Nombre de la Institución: ESE Hospital Mental de Filandia

Nombre del representante legal: Jhon Carlos BUITRAGO MONCALEANO C.C No.

89.004.607 de Armenia

Razón social: ESE Hospital Mental de Filandia

NIT: 890000992-0

Ubicación geográfica:

Sede Filandia Quindío, Servicios Hospitalarios Calle 8 No. 7-55 Horario de atención:

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 5:00 p.m., Jornada Continua

Sede Armenia Quindío, Área Administrativa y Servicios Ambulatorios de consulta externa:

Calle 5 No. 22-06 Barrio Sesenta Casas. Horario de atención: Lunes a Viernes 7:00 a.m. a

5:00 p.m., Jornada

Correo institucional: contactenos@hmf.gov.co

[https://www.google.com.co/maps/search/hospital+mental++de+filandia/@4.6107259,-](https://www.google.com.co/maps/search/hospital+mental++de+filandia/@4.6107259,-75.7341931,28691m/data=!3m2!1e3!4b1?hl=es-419&authuser=0)

[75.7341931,28691m/data=!3m2!1e3!4b1?hl=es-419&authuser=0](https://www.google.com.co/maps/search/hospital+mental++de+filandia/@4.6107259,-75.7341931,28691m/data=!3m2!1e3!4b1?hl=es-419&authuser=0)

Habilitación de Servicios:

El prestador de servicios de salud Hospital Mental de Filandia Quindío, en su sede de prestador Empresa Social del Estado del municipio de Filandia- departamento de Quindío, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de gobernación del Quindío y se considera inscrito como clase de

prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

Código y Nombre del Prestador: 6327200436 - E.S.E Hospital Mental de Filandia, Quindío

NI:Nit / CC: NI:890000992-0 Nombre o razón social: Empresa Social del Estado Hospital Mental de Filandia.

Fecha de inscripción: 2003/04/11 Fecha de vencimiento: 2021/08/31

Clase de prestador: Instituciones – IPS, clase de persona: Jurídico, Naturaleza Jurídica:

Pública, Nivel de Atención del Prestador: 2, Empresa Social del Estado: Si -Carácter

Territorial de la Entidad: Departamental, Dirección administrativa: Calle 8 Nro. 7-55

Teléfono: (57) (6)74933 70 - (57) (6)75821 88 - 3113904892 Fax: Email:

contactenos@hmf.gov.co Municipio: Filandia.

Código y nombre sede:

632720043603 - unidad de atención integral a conductas adictivas (UAICA) dirección:

carrera 8 no. 8-16 barrio: centro teléfono: (57) (6)75826 76 - (57) 311 390 48 92 fax: email:

contactenos@hmf.gov.co

Internación 127 internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas

Breve reseña histórica:

La E.S.E HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, es una institución de mediana complejidad, de orden departamental que ofrece servicios complementarios en salud mental en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, desde los servicios ambulatorios, hospitalarios y de internación parcial; cuenta con tres sedes habilitadas: dos sedes en el municipio de Filandia Quindío y una sede en la ciudad de Armenia Quindío.

Inició sus labores el día 1° de septiembre de 1.969 y mediante la ordenanza 012 de mayo de 1.995 emanada de la honorable asamblea departamental del Quindío, fue transformada en empresa social del estado, teniendo como objeto los principios básicos señalados en el sistema de seguridad social en salud.

Se rige por las normas de derechos privados y público, dedicada principalmente a la prestación de servicios de salud, dotada de personería jurídica, patrimonio propio e independiente y autonomía administrativa y financiera.

Con la expedición de la ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios, la E.S.E comenzó un proceso de modernización, fortaleciendo sus áreas directivas, atención al usuario y logística, tendientes a prestar servicios con eficiencia, oportunidad y calidad, enmarcados dentro de los principios de universalidad, solidaridad, integridad, unidad, eficiencia y participación ciudadana (Hospital Mental de Filandia, 2020).

Misión:

La E.S.E Hospital Mental de Filandia Quindío, es una institución del Departamento del Quindío que brinda a la comunidad servicios de manejo integral de la enfermedad mental en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con calidad y oportunidad, fundamentados en el respeto a la dignidad y los derechos humanos, favoreciendo la adaptación al entorno familiar, social, y ocupacional de sus usuarios, contando para ello con personas altamente calificadas en todas las áreas del comportamiento humano (Hospital Mental de Filandia, 2020).

Visión:

Al 2020 la E.S.E Hospital Mental de Filandia será reconocida como referente en el ámbito nacional, por su labor humanizada y transparente de servicio a la comunidad, mediante un modelo financieramente sostenible, destacándose por los impactos alcanzados en la

atención integral, desde un enfoque basado en la evidencia científica y las mejores prácticas en cuanto a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación e investigación en salud mental a la población usuaria (Hospital Mental de Filandia, 2020).

La E.S.E Hospital Mental de Filandia cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad certificado por el ICONTEC, TC ISO 9001:2015, desde el año 2007.

Política De Calidad:

“nuestro compromiso es brindar atención en salud mental, apoyados en la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), con un equipo humano competente y comprometido con la satisfacción de todas las partes interesadas, y sustentado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Prestación de servicios complementarios en salud mental en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, desde los servicios ambulatorios, hospitalarios y de internación parcial; este alcance abarca todos los procesos de la E.S.E cumpliendo con todos los requisitos de ley, internos y de la norma NTC ISO 9001:2015, respondiendo a cada una de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Valores y Principios Corporativos

Población sujeto – perfil de los beneficiarios:

Población con alteraciones de la salud mental en la población general, y el consumo de sustancias psicoactivas. Problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades.

AMB: Intramural

Ambulatorio HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

Edades en que oscila la población sujeta:

El Hospital mental de Filandia, presta sus servicios a todos los ciclos vitales. La investigación de realizaría con 20 pacientes que se encuentran vinculados al programa de mantenimiento con metadona del hospital mental de Filandia, Adultos jóvenes de 19 años-35 años y Adultos de 36 años – 45 años. Los pacientes deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión: 10 pacientes de género masculino entre los entre 19 y 54 años. 10 pacientes del género femenino entre los entre 19 y 54 años, que se encuentren en tratamiento activo de metadona en el hospital mental de Filandia durante el año 2020 y 2021.

Tiempo de existencia: Inició sus labores el día 1º de septiembre de 1.969 y mediante la ordenanza 012 de mayo de 1.995 emanada de la honorable asamblea departamental del Quindío, fue transformada en empresa social del estado, teniendo como objeto los principios básicos señalados en el sistema de seguridad social en salud.

Tipo de adicciones que atiende: Adicciones químicas y comportamentales

Modelo de intervención:

El hospital mental de Filandia reconoce el modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas, en la que se involucran modelos de reducción del riesgo, modelo

médico y biopsicosocial además de corrientes generales para realizar una intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas:

1. Los programas libres de drogas.
2. Los programas de mantenimiento opiáceo asociados a un fuerte componente psicosocial (para los dependientes a opiáceos).

Sus actividades se centran en:

- Prevención primaria se define como aquel conjunto de actividades dirigidas a evitar la aparición de un problema. Identificando e interviniendo aquellos factores de mayor riesgo, dirigido a los potenciales consumidores (la población general), realizando actividades como:
 - La promoción de la salud y la protección de la salud.
 - La prevención primaria requiere de la elaboración de una normatividad clara, la información y la educación son su eje principal; plantea alternativas, incluso con perspectivas de intervención específica e integral. Población objetivo: Población normal.
 - La prevención secundaria busca evitar en el consumidor complicaciones y prolongar su vida; se dirige a consumidores ocasionales, emplea la detección precoz y la atención oportuna a nivel individual y familiar.

Sus actividades principales son:

- El Diagnóstico y el Tratamiento.
- Población objetivo: La población sintomática.
- La prevención terciaria, o rehabilitación propiamente dicha se dirige a las personas que han desarrollado ya dependencia a la droga. Se llama prevención puesto que

busca detener el deterioro del consumidor adicto al tiempo que evita su propagación social.

- ✓ Modelo de reducción del riesgo
- ✓ El modelo jurídico
- ✓ El modelo médico tradicional
- ✓ Médico-Psiquiátrico.
- ✓ Clínico Psicológico.
- ✓ Grupal de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos

Enfoque que se dará de manera inicial en la propuesta de intervención: La investigación está soportada en el modelo de reducción de daños, en el modelo de educación para la salud, cuya perspectiva contempla el consumo de drogas como un problema que afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas mediante procedimientos educativos. El interés es la población enferma que es atendida en los programas de metadona en el hospital mental de Filandia; y cuya sustancia (heroína), implica una batalla difícil de enfrentar, no solo para las personas que la consumen, también para el personal de salud que acompaña los procesos de rehabilitación en los programas de metadona.

Es importante tener en cuenta el acompañamiento del instrumento ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias), en este tipo de tratamiento, pues permitirá dar soporte a los procesos de diagnóstico e intervención.

Análisis de Datos General

Según se establece al inicio de la prueba, se da claridad al usuario sobre las preguntas del ASSIST y la intención de conocer a través de su experiencia el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses; se deja claro a todos los usuarios y para efectos de la presente interpretación, que algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Se aclaró que para dar respuesta, a la prueba no se deben registrar ñas medicinas que han sido recetadas por el medico como es el caso de la “metadona”. Sin embargo, se deja claro que, si se han tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las han tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, se debe realizar la aclaración.

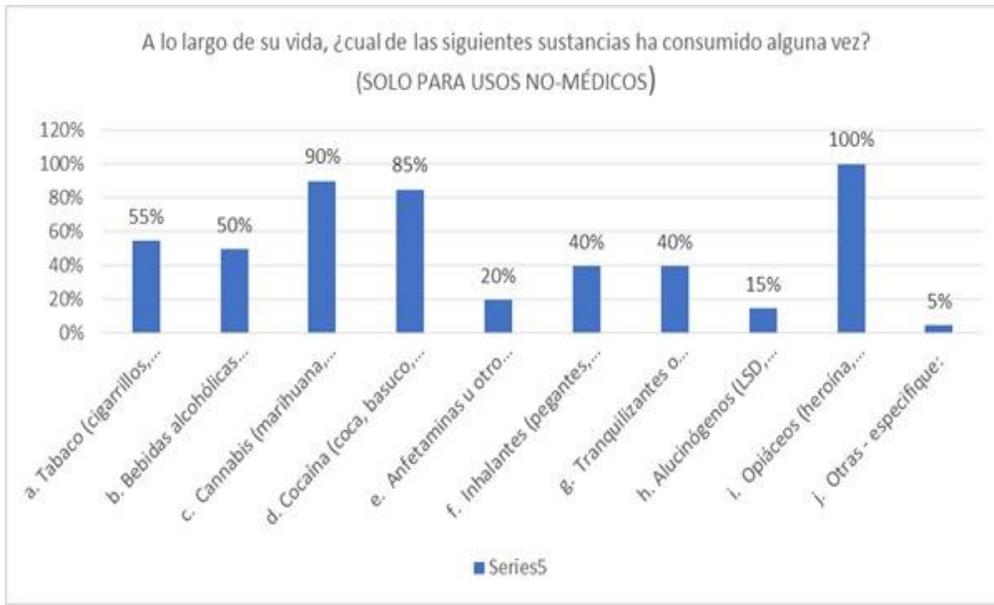
Para cada sustancia y según establece el manual para calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica, se sumaron las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Sin incluir como dice el instructivo, los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Con relación a la pregunta 5 “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (Primera Droga, Segunda Droga, etc.)? La recomendación para tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a + P3a + P4a + P6a + P7$, ahora bien, establece el manual del ASSIST que la pregunta 5 se hace solo para las sustancias que han sido consumidas en los últimos tres meses según se indicó en la pregunta 2. Esta pregunta está diseñada para averiguar si el usuario tiene problemas para cumplir sus obligaciones habituales debido al consumo de sustancias, lo que por lo regular conlleva repercusiones o consecuencias. La falta de cumplimiento de las obligaciones habituales puede deberse a la intoxicación por la

sustancia, la recuperación por el consumo de la sustancia o por pasar todo el tiempo disponible buscando la sustancia (Organización Mundial de la Salud , 2011).

En el desarrollo de esta investigación, se consideró tener en cuenta este ítem, pues a pesar de que como dice el manual el tabaco no está incluido en la pregunta 5 porque, en general, los fumadores no dejan de cumplir sus obligaciones también deja claro que, si el usuario está en alto riesgo por consumir tabaco, es probable que el cuestionario identifique la necesidad de derivarlo a un servicio de tratamiento especializado (pag.29). además, se tiene en cuenta la Ley 1335 de 2009 Capítulo V. (Art. 18-21) Disposiciones para garantizar los derechos de los no fumadores frente al consumo de tabaco, en el que puede influir en el incumplimiento de responsabilidades, la prohibición en el consumo de tabaco en las áreas cerradas tanto de los lugares de trabajo, como en los lugares públicos como como bares, restaurantes, centros comerciales, tiendas, parques, estadios, cafeterías, discotecas, hoteles, ferias y casinos, entre otros, también prohíbe fumar en los lugares donde se realicen eventos masivos. Adicionalmente, sitios donde se atienden menores de edad, medios de transporte público, oficial, escolar y privado. Espacios deportivos y culturales entre otros (Congreso de la Republica, 2009).

Tabla 1

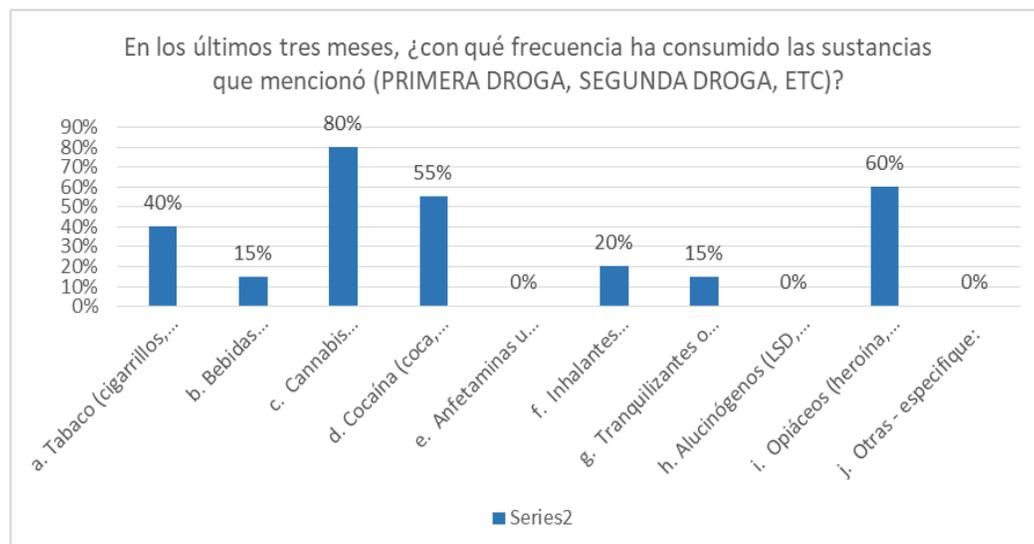
Consumo de Sustancia a lo largo de la vida



Todos los usuarios han consumido alguna sustancia en su vida, siendo de mayor incidencia los opiáceos que la totalidad de los encuestados han consumido, seguido por el cannabis y la cocaína. Las demás sustancias también son representativas por lo cual requieren de intervención ya que se presenta un poli consumo a lo largo de su vida.

Tabla 2

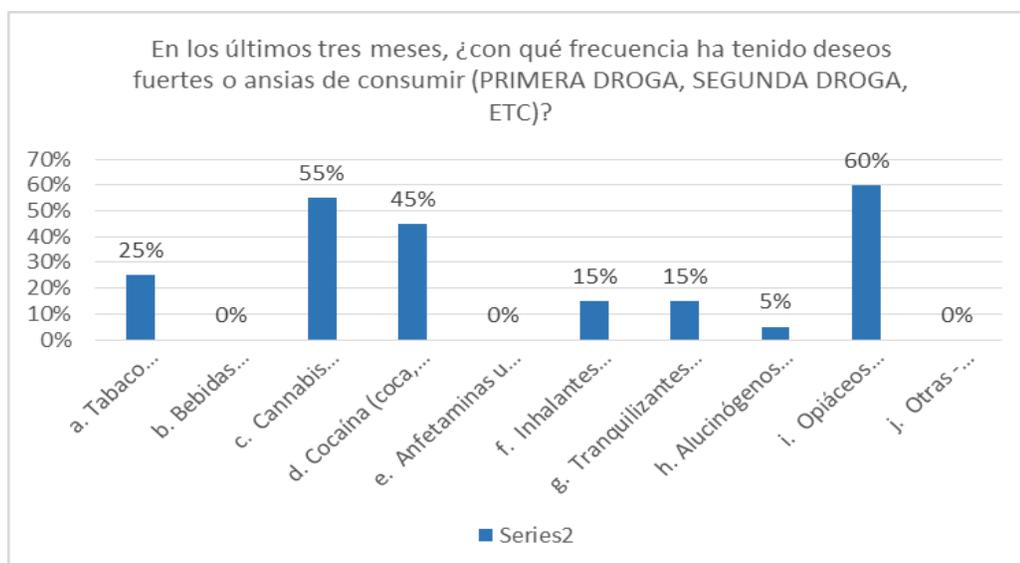
Consumo de Sustancias en los últimos tres meses



De los usuarios encuestados, la mayor concentración de consumo en los últimos tres meses está dominada por el cannabis quien logra un puntaje superior, seguido de cerca por los opiáceos y la cocaína. En la mayoría de las sustancias evidencia consumo, solo para las anfetaminas y los alucinógenos no se presenta consumo en los últimos tres meses.

Tabla 3

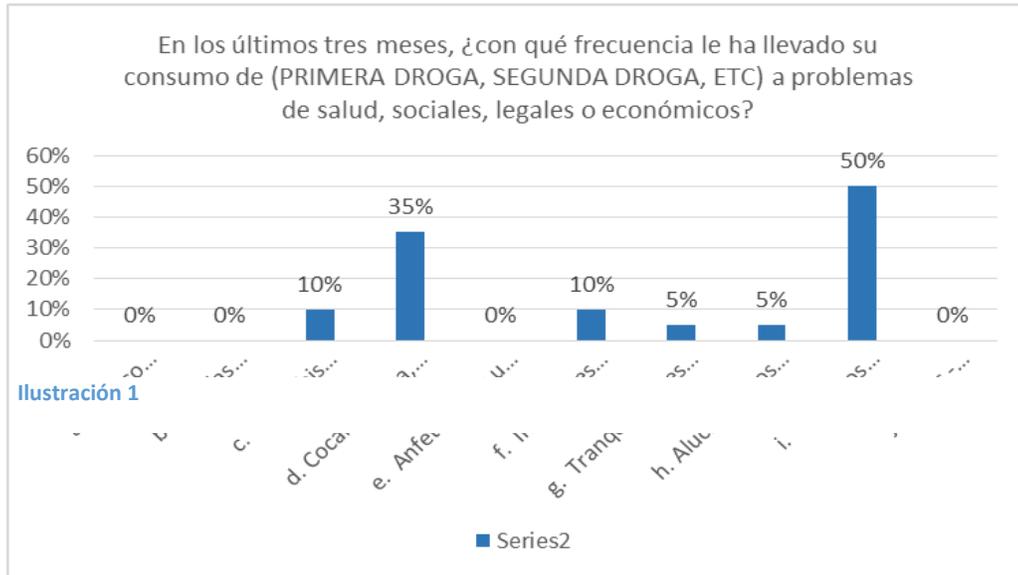
Consumo de alto riesgo o dependencia de una sustancia en los últimos tres meses



Los opiáceos, el cannabis y la cocaína son las sustancias de alto riesgo o dependencia que más deseos fuertes y ansias de consumir generan en los encuestados; sin ignorar que las otras sustancias como el tabaco, también generan un nivel importante de deseos o ansiedad. No se registran deseos o ansiedad por el consumo de bebidas alcohólicas y anfetaminas.

Tabla 4

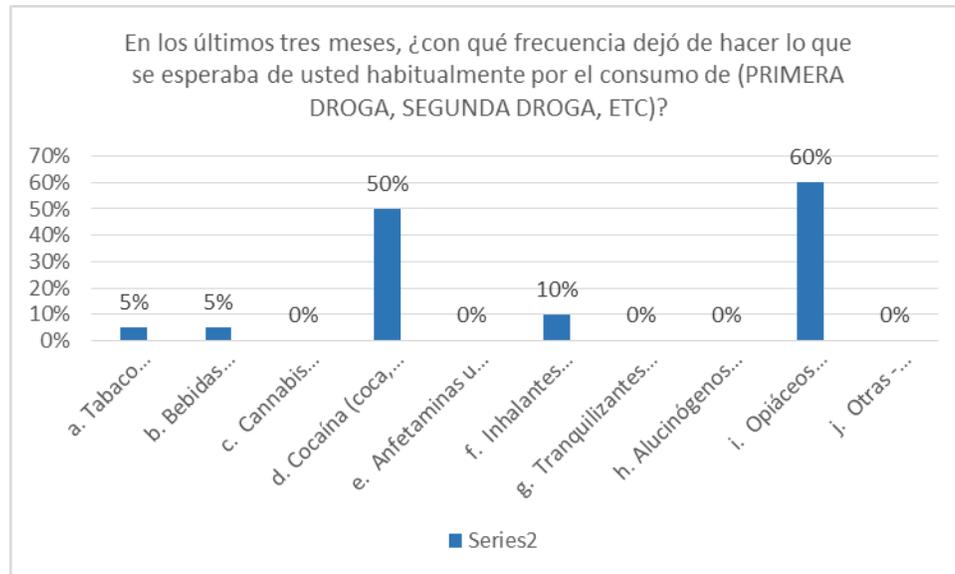
Problemas causados al usuario según la frecuencia del consumo en los últimos tres meses



Los opiáceos y la cocaína son las sustancias que mayores problemas de salud, sociales, legales o económicos generan en los encuestados y de acuerdo a su frecuencia en los últimos tres meses.

Tabla 5

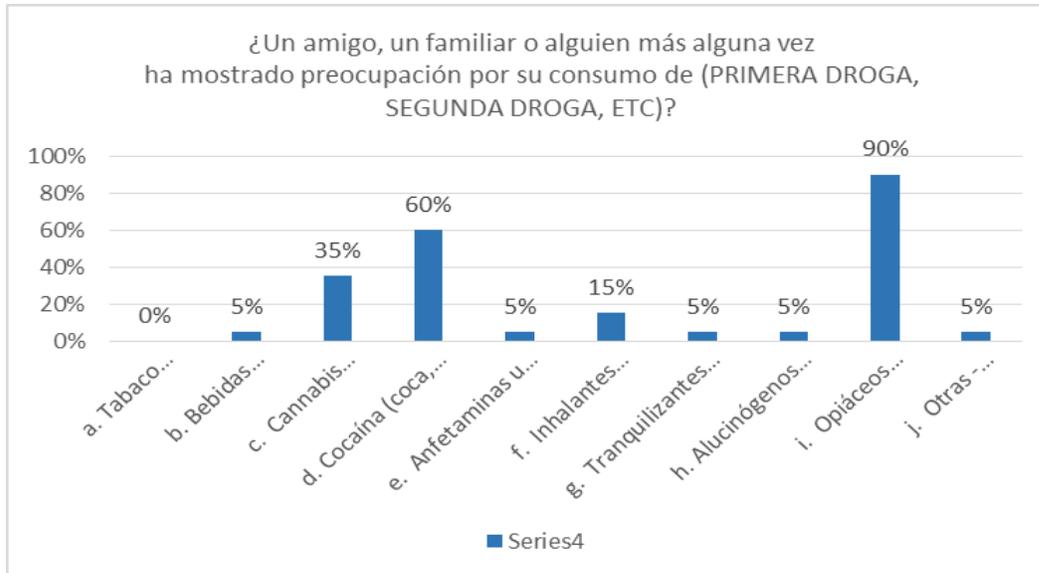
Problemas para cumplir obligaciones habituales debido al consumo de sustancias



Los opiáceos y la cocaína son las sustancias que mayor interferencia generan en el desempeño habitual de los usuarios. Con relación al manual del ASSIST, se tuvieron en cuenta como problemas, faltar al trabajo y perder el pago, o meterse en problemas con el empleador, tener problemas para estar al día con el trabajo, mal desempeño, negligencia, despido; faltar a la escuela o a la universidad y retrasarse en sus trabajos, reprobar o salir mal en las evaluaciones o suspensión o expulsión; no poder mantener compromisos familiares normales, descuidar las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos, descuidar la limpieza de la casa o el pago de las cuentas, dificultad para mantener relaciones con la pareja/amigos/familia o faltar a eventos familiares importante.

Tabla 6

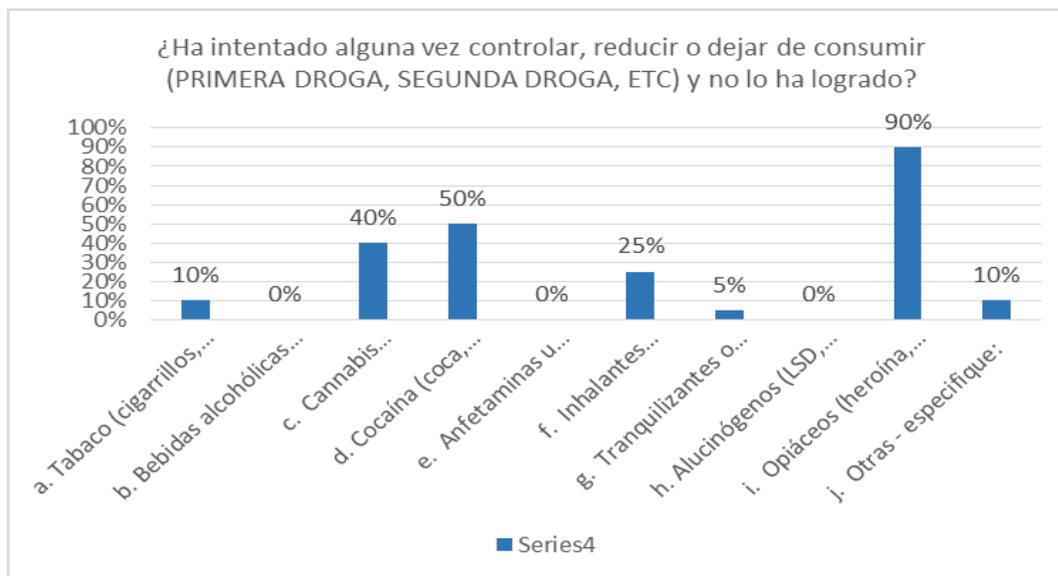
Preocupación de otra persona por el consumo de cada sustancia del usuario



Los encuestados expresan que dentro de su entorno social existe preocupación por el consumo de sustancias, siendo los opiáceos el de mayor incidencia, seguido por la cocaína y el cannabis. Importante resaltar que en alguna medida todas las sustancias, resultan preocupantes para ellos. Los motivos de preocupación definidos por el ASSIST que se tuvieron en cuenta fueron: discusiones, cuestionamientos, quejas, consejos, preocupación, enojo, etc. por parte de la otra persona hacia el usuario.

Tabla 7

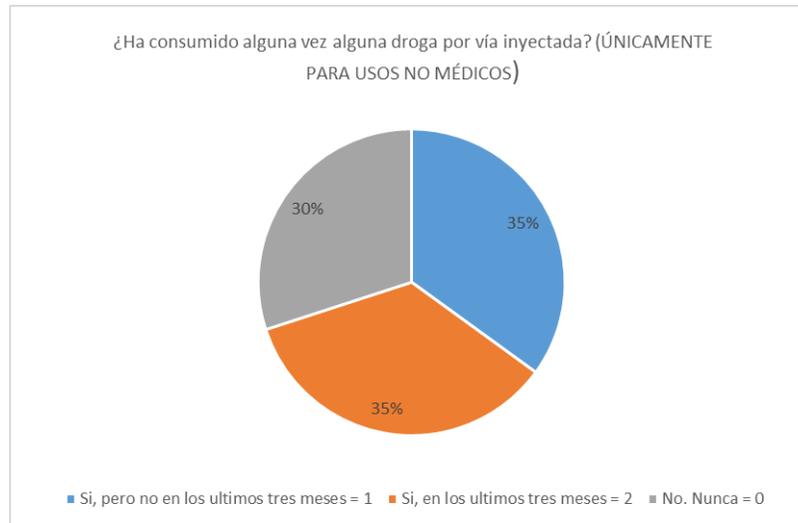
Intentos de reducir cada sustancia en el usuario



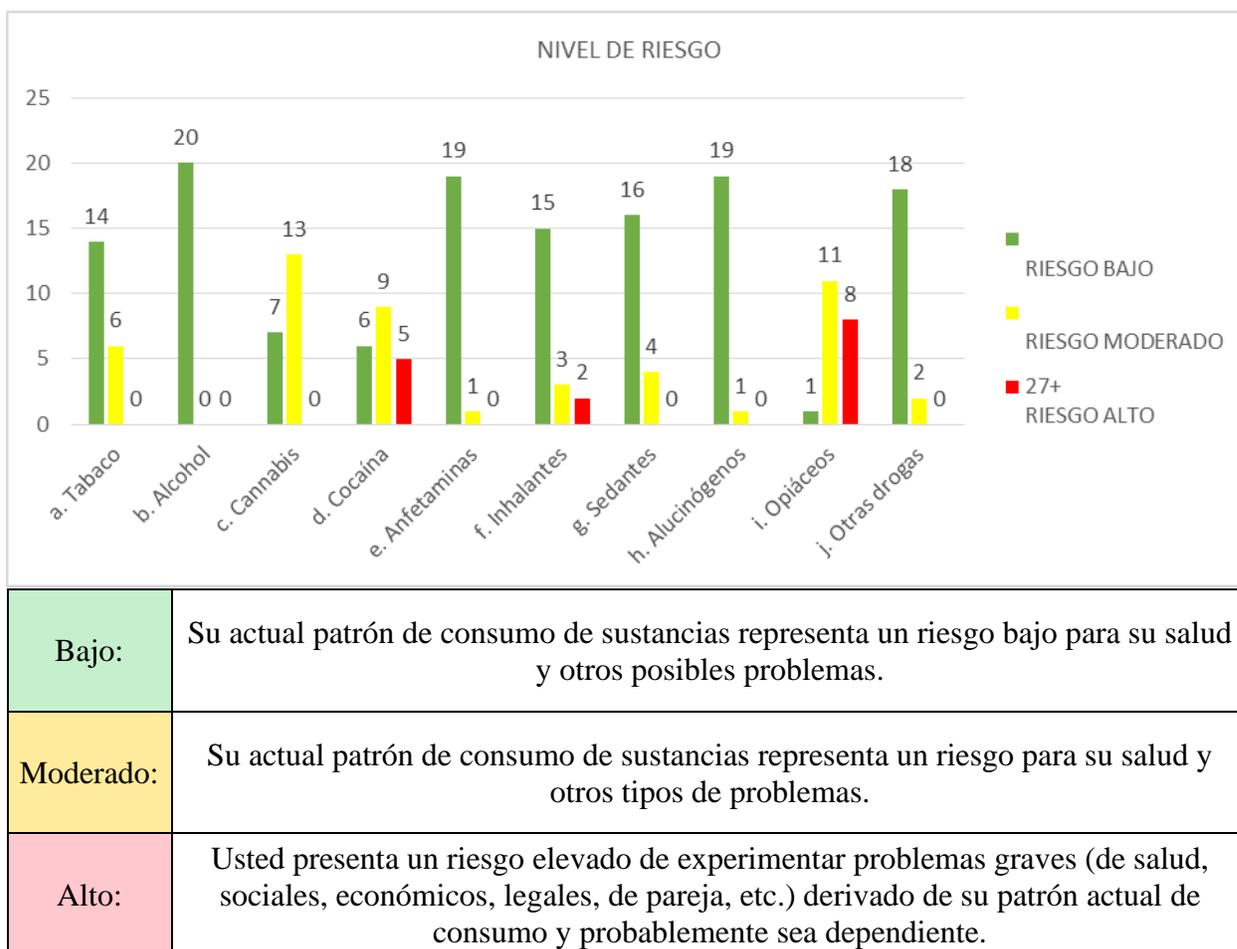
Los opiáceos son las sustancias más adictivas para los encuestados, vista a través del presente resultado como sustancia de alto riesgo. En cuanto a la cocaína y el cannabis, la situación se presenta en cerca de la mitad de los encuestados. En menor medida, aunque importante, se presentan las demás sustancias a excepción de las bebidas alcohólicas, las anfetaminas y los alucinógenos.

Tabla 8

Experiencia de consumo de sustancias inyectadas en la vida del usuario



Una situación importante que debe considerarse es que en el corto plazo el 70 % de los encuestados ha usado drogas inyectables. Para los usuarios que refirieron El uso en los últimos tres meses (35%) y como recomienda el manual del ASSISIT, se repasó con la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse y los procedimientos para inyectarse con menos riesgo, se otorgaron recomendaciones para la prueba de VIH y hepatitis B y C. Se pudo además constatar la frecuencia y los hábitos de inyectarse en los últimos tres meses de la droga inyectada con más frecuencia, derivado a servicio de tratamiento especializado.

Tabla 9*Niveles de riesgo*

Se identifica a través de la aplicación del instrumento ASSIST en el programa de Metadona del Hospital Mental de Filandia, los siguientes niveles de riesgo asociados a cada sustancia y por número de pacientes. La sustancia Tabaco, cuenta con catorce (14) usuarios clasificados en Nivel de Riesgo bajo y seis (6) de ellos en nivel de riesgo moderado, Con referencia la sustancia Alcohol dos (2) de los usuarios encuestados se encuentran en riesgo bajo; la sustancia cannabis alcanza una puntuación para siete (7) usuarios en nivel de riesgo bajo y trece (13) usuarios en riesgo moderado. La sustancia Cocaína, llama la atención,

pues se observan los tres niveles de riesgo, seis (6) usuarios para riesgo bajo, nueve (9) usuarios para riesgo moderado y cinco (5) usuarios para riesgo Alto. Es importante mencionar que el 100% de los usuarios manifestaron en este ítem, el consumo de bazuco y la adicción al bazuco se presenta como una experiencia dolorosa y difícil para todos los miembros del grupo familiar, es un proceso progresivo donde el consumidor experimenta deterioro físico y cognitivo que va teniendo efectos en la relación con su entorno social, al perder las habilidades de interacción (Moreno Baptista C, 2019).

La sustancia Anfetaminas, alcanza una puntuación de diecinueve (19) usuarios encuestados en nivel de riesgo bajo y uno (1) de ellos en Nivel de riesgo Moderado, Los inhalantes alcanzan al igual que la cocaína los tres niveles de riesgo, pero con puntuaciones diferentes; quince (15) usuarios se encuentran en riesgo bajo, tres (3) en riesgo moderado y dos (2) en riesgo alto. Los sedantes muestran que (dieciséis) 16 usuarios se encuentran en riesgo bajo y cuatro (4) de ellos en riesgo moderado; por su parte los alucinógenos muestran (diecinueve) 19 usuarios en riesgo bajo y uno (1) de ellos en riesgo Moderado. Como una de las sustancias de mayor consumo para los usuarios encuestados en el programa de mantenimiento con metadona, se encuentran los opiáceos, mostrando una puntuación de un (1) usuario en riesgo bajo, once (11) usuarios en riesgo moderado, y ocho (8) usuarios en nivel de riesgo alto. Otras sustancias, reflejan una puntuación de dieciocho (18) usuarios en nivel de riesgo bajo y dos (2) de ellos en nivel de riesgo moderado.

Con referencia al tipo de intervención, y aunque en el anterior punto se deja una claridad sobre el escenario del mismo, la puntuación específica para cada sustancia, muestra lo siguiente:

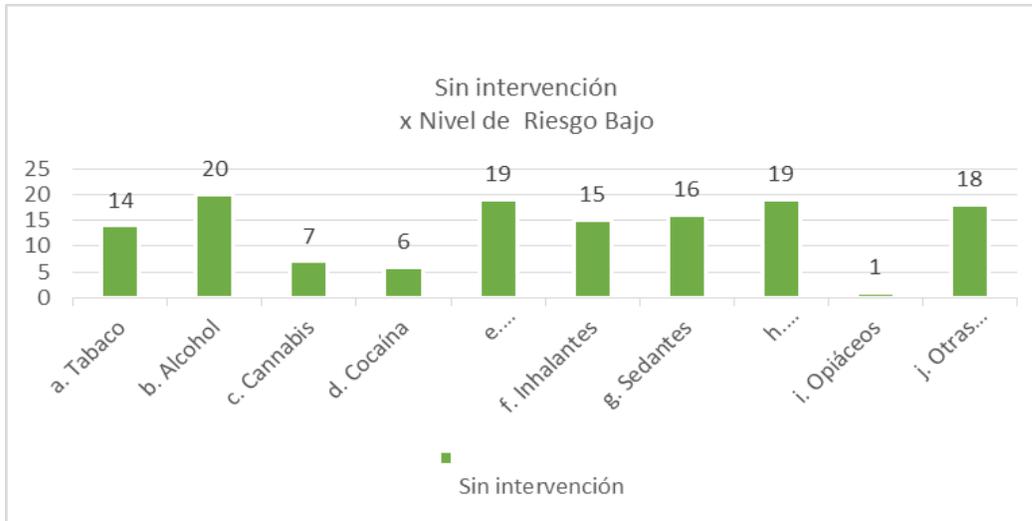
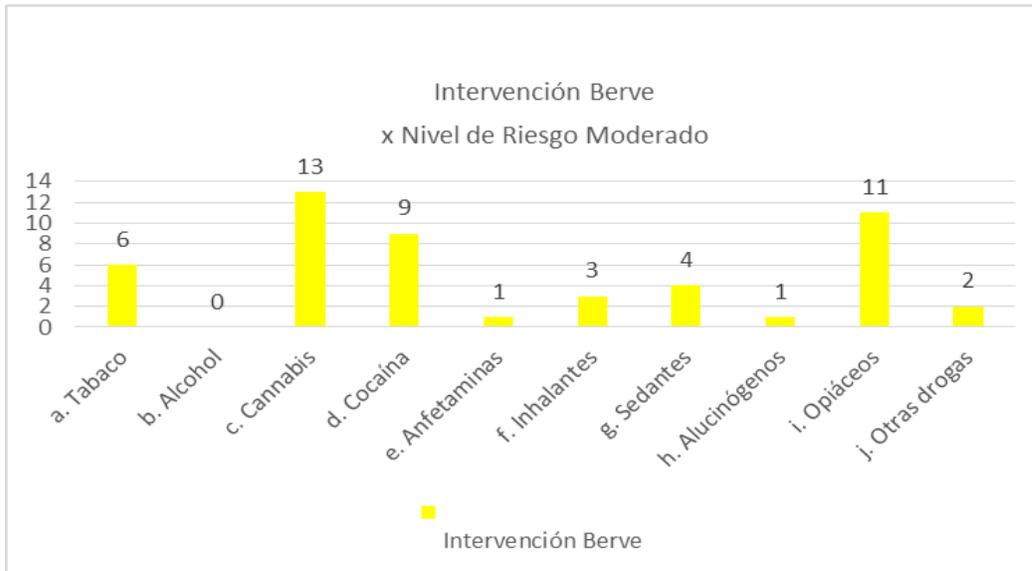
Tabla 10*Sin Intervención x Niveles de Riesgo Bajo***Tabla 11***Intervención Breve x Niveles de Riesgo Moderado*

Tabla 12*Tratamiento más Intenso*

Los opiáceos, la cocaína y los inhalantes son las sustancias que más requieren de tratamiento intensivo y que mayor riesgo representan para los usuarios vinculados al programa de mantenimiento de metadona, siendo estos, ocho (8) usuarios con alto riesgo por consumo de opiáceos (heroína), cinco (5) usuario por consumo de cocaína (bazuco) de alto riesgo y finalmente dos (2) usuarios por consumo de alto riesgo por inhalantes.

Se recomienda tratamiento intensivo por riesgo “Alto”, (Intervención breve, folletos de información para llevar a la casa, derivación para evaluación y tratamiento especializado) pues según se establece en el análisis anterior quince (15) usuarios del programa de metadona del Hospital Mental de Filandia, “corren riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo.

Como establece la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), la intervención breve debe proporcionarse también a los usuarios que presentan

riesgo alto, aunque no es viable como un solo tratamiento para los usuarios con este tipo de riesgo. En este caso, la intervención breve puede ser útil para alentar a los usuarios a tener una evaluación clínica detallada y tratamiento adecuado especializado (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

De la misma manera se recomienda Intervención Breve para los usuarios que obtuvieron un nivel de riesgo Moderado frente al consumo del resto de sustancias, pues estos usuarios obtuvieron una puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Ahora bien, para los usuarios que requieren de intervención breve, esta consiste en proporcionar retroalimentación por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación, aportada por la prueba ASSIST y que será entregada con el análisis al programa de mantenimiento con metadona, con el fin de emplear una estructura simple de entrevista motivacional. Se ha comprobado que la intervención breve vinculada a ASSIST resulta ser eficaz para que los usuarios reduzcan considerablemente el consumo de sustancias (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Recomendaciones

Al finalizar con la implementación del instrumento prueba ASSISTS a los veinte usuarios del programa de mantenimiento de metadona, que es la totalidad de la población de estudio, se identifica como el objetivo del programa de mantenimiento con metadona este destinado a intervenir, mediante la modalidad de reducción del riesgo el consumo de heroína, en el cual, existe un alto nivel de experiencias con otras sustancias, lo que puede generar repercusiones de diversa índole social. Esta relación, debido a que el poli consumo es definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) como la dependencia de varias sustancias que experimenta un individuo, reservándolo para aquellos casos en los que durante un periodo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo tres grupos de sustancias (la cafeína y la nicotina no se incluyen), sin que predomine una sustancia sobre otra.

La prueba nos clarifica además de los niveles de riesgo, seleccionados en datos anteriores, como en la población vinculada al programa de metadona del Hospital Mental de Filandia, existe el consumo de diferentes sustancias. Esto es importante conocerlo, pues cada sustancia produce diversos efectos en los organismos, pero estos pueden variar según su administración. Por regla general, el uso y abuso de drogas puede generar dependencia debido al fenómeno de la neuroadaptación, que consiste en un cambio de la estructura y funcionamiento de las neuronas sobre las cuales actúan sus efectos (Monselhy & Telfer, 2002). En niveles más complejos, hay otros mecanismos de adaptación que involucran lo emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Así, los cambios que se producen en una persona por el uso de drogas no se limitan a la mera acción de la sustancia sobre la célula

nerviosa, sino que supone una transformación que se define en el marco de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto (Monselhy & Telfer, 2002).

Es evidente, de acuerdo a la anterior información, la existencia del fenómeno del poli consumo en toda su extensión, resulta indudable que este es un proceso neurobiológicamente complejo que implica el compromiso de un gran número de estructuras cerebrales relacionadas no solo con la actividad del sistema dopaminérgico, sino con un sustrato emocional-motivacional que involucra al individuo en una conducta reiterativa y difícilmente controlable (Acosta & al, 2011).

Podríamos considerar hasta este punto, como el programa de Metadona, al cumplir su función de instaurar recursos para la reducción de daños en relación con el consumo de Heroína, debe evaluar también el significado de un “consumo responsable” con otras sustancias, pues “La transición del consumo de una sustancia al poli consumo simultaneo podría incrementar la carga de toxicidad para el cuerpo humano, así como las implicaciones familiares, sociales y legales (Prieto & al., 2012).

El ejercicio no da claridad sobre la necesidad de consolidar una red de apoyo a través del paciente vinculado al programa, pues aunque algunos sujetos que abusan de las drogas, puedan mantener cierta funcionalidad en su estilo de vida, a menudo manifiestan importantes problemas psicológicos, médicos, sociales, legales, económicos, familiares y laborales, es recomendable un entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzantes, pues la intoxicación conlleva la pérdida de estos reforzadores (Hunt & Azrin, 1973).

En consideración, es importante recordar que en los sistemas familiares, el cambio de un subsistema promueve un adecuado o nulo funcionamiento; de la misma manera,

vemos un funcionamiento similar en un sistema social; por tanto, la importancia de propiciar escenarios que reconfiguren, estructuren y consoliden tejidos sociales de apoyo para las personas vinculadas al programa de metadona con fin de identificar a través de sus interacciones, en que se basa la preocupación por el consumo de ciertas sustancias; con el fin de promover espacios de intervención, diálogo, rehabilitación y/o programas para el desarrollo de factores protectores en la población analizada, constituyendo de esta manera, sistemas fortalecidos mediante un enfoque determinado que tenga en cuenta factores genéticos, psicosociales y ambientales que expliquen el desarrollo y manifestación de esta conducta nociva; así como de un análisis del contexto ecológico que permita entender la interacción de los microsistemas individual y familiar (Bronfenbrenner, 2005).

Lo dicho es de importancia, ya que las familias de consumidores de sustancias se beneficiarían de orientación y/o tratamiento para superar las experiencias negativas vividas en su hogar y fortalecer sus vínculos afectivos, para que estén en condiciones de aprender a compartir actividades familiares e intelectuales culturales, lo que obviamente no lograrán solos sino mediante la intervención de equipos de salud especializados que incluyan a la familia en el tratamiento (Marcos & Garrido, 2009).

Otro aspecto a citar y que puede facilitar los procesos del programa de metadona, sobre todo en la reducción de niveles de riesgos asociados al consumo, es el referido por (Nowlis & Parker, 1982) quienes reconoce la importancia de un modelo que ponga énfasis en el individuo contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. En este sentido el consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose aplicar a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento. (Pons, 2008) la conducta de consumo de drogas no

puede interpretarse, desde este modelo, sin estudiar los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta o los estilos de relación social del individuo consumidor.

Otro aspecto a resaltar dentro de la prueba tiene que ver con que el 70% de los encuestados manifestó haber experimentado el consumo inyectable de drogas, lo que puede generar riesgo adicional por contraer infección por el VIH u otras enfermedades. Este punto, nos explica la vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales de acuerdo a su alto grado de exposición, en el caso que nos concierne, los usuarios de drogas inyectables; no obstante, y según ONUSIDA, existe suficiente evidencia que demuestra que los programas de reducción de daños pueden disminuir significativamente la transmisión de infecciones como el VIH y VHC entre usuarios de drogas inyectables (UNODC, 2016).de esta manera la identificación oportuna de estas prácticas de riesgo, en personas vinculadas al programa de Metadona del Hospital mental de Filandia, puede promover la identificación de factores de riesgo por lo que se sugieren acciones de manera pronta que se ajusten al programa, a las políticas de reducción de daños y estrategias de prevención de la hepatitis C y el VIH para usuarios de drogas inyectables, considerando de la misma manera poner especial interés en la capacidad persuasiva de un oportuno mensaje educativo o comunicativo, en la metodología comunicativa y pedagógica utilizada y, en general, en la calidad del proceso de transmisión de información dirigida a modificar las intenciones conductuales de las personas (Pons, 2008).

Ahora bien, y teniendo en cuenta la repercusión biopsicosocial que se identifica dentro del programa de mantenimiento de metadona en el Hospital Mental de Filandia a través de la aplicación de la prueba ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias), se recomienda la implementación o el reforzamiento de un modelo

de tipo biopsicosocial; puesto que el modelo explica la drogodependencia y su causalidad la cual es multifactorial ya que este flagelo continúa trayendo consecuencias a las sociedades del mundo, impactando negativamente todas las esferas: culturales, sociales, económicas, políticas, familiares y personales. En términos generales, una intervención biopsicosocial puede definirse como el conjunto de acciones encaminadas a mitigar o desaparecer los riesgos y procesos sociales, psíquicos y biológicos problemáticos para un individuo y su grupo social, ya sea este la familia, la comunidad o el grupo de trabajo, entre otros; a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto individual como colectivo (UNODC, 2016).

En concordancia con esta parte de atención clínica clásica, se considera que el complemento a ésta, tiene que ver con propiciar espacios donde los sujetos sociales tomen conciencia de sus derechos para que puedan hacerlos valer, y tomen un rol más activo en la construcción de su ciudadanía, para lo cual es fundamental, desde nuestro punto de vista, generar procesos colaborativos y de promoción de las redes sociales (UNODC, 2016).

Es de saber, que el modelo biopsicosocial, desde el ámbito de la salud y específicamente en la aproximación al fenómeno del consumo de drogas, es solo a partir de los postulados del psiquiatra estadounidense George Libman Ángel, quien ha podido dar una reflexión permanente y dinámica sobre los modelos explicativos más adecuados para dar cuenta de la intervención en la salud humana y en las variables que la determinan. También, resulta de la evolución y aplicación de la teoría general de sistemas, al fenómeno del consumo de drogas es así, que, a partir de esta perspectiva biopsicosocial, los seres humanos son sistemas complejos, y las adicciones son multifactoriales; esto último, debido a que se combinan la causalidad circular. Por lo tanto, los factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta resultante, lo que ayuda a caracterizar un fenómeno

complejo como la adicción (en los niveles de consumo, abuso o dependencia), y la causalidad estructural que diferencia las causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas. Ambas deben combinarse en el abordaje del análisis y la intervención de los problemas relacionados con las drogas (UNODC, 2016).

Así pues, el modelo biopsicosocial explica cada uno de sus componentes como el biológico donde busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo, el componente social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas y el componente psicológico donde encuentra causas psicológicas, como la falta de auto-control, confusión emocional, y los pensamientos negativos, también incluye historia de traumas emocionales, manejo de la ira, reacciones ante pérdidas, autoestima y el funcionamiento en las principales áreas de la vida diaria (UNODC, 2016)

Presupuesto para la realización de la Investigación

Tabla 13

Informe de Recursos

Informe de Recursos			
ACTIVIDAD	DURACION	GASTOS	
Solicitud ante la Gerencia	5 horas	Elementos de protección personal (covid-19)	65.000
		papelería	30.000
		transporte	75.000
		Estadía	80.000
		Alimentación	80.000
Primera aplicación	16 horas	Elementos de protección personal (covid-19)	65.000
		papelería	60.000
		transporte	120.000
		Estadía	240.000
		Alimentación	300.000
Segunda aplicación	16 horas	Elementos de protección personal (covid-19)	130.000
		papelería	60.000
		transporte	120.000
		Estadía	240.000
		Alimentación	300.000
Planificación del seguimiento y evaluación	250 horas	virtuales	0
	50 Horas	Presenciales (movilización en zona, estadía, alimentación, elementos de protección personal, papelería, estadía.	960.000
Personas	Sin Definir	20 usuarios del programa de metadona	0
		integrantes comité ético médica Hospital Mental de Filandia	0
		3 estudiantes especialización en Adicciones Universidad católica Luis Amigó	0
TOTAL, DE RECURSOS ECONÓMICOS			2.595.000

Bibliografía

- Acosta, & al, e. (2011). *Policonsumo desde una perspectiva neuropsicologica*. Obtenido de www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552358015
- Albertín Carbó, P. (2000). La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos. *Intervencion psicosocial*, 217-231.
- Becoña, E. (2020). *Bases Cientificas de la Prevencion de las Drogodependencias*. Recuperado el 24 de 10 de 2020, de Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España, Madrid, Imprenta Nacional del Boletin Oficial del Estado.
- Becoña, E., Belloch, B., & Sandin, F. (1995). *Drogodependencias*. Recuperado el 14 de 10 de 2020, de La Prevencion de las Drogodependencias, Introduccion a algunas cuestiones actuales.
- Borkover, Pruzinski, & Depree. (1983). *Preliminary exploration of worry*. Obtenido de www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796783901213
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings*. Obtenido de www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1667577
- Bronfenbrenner, V. (1979). *The experimental echology of human development*. Cambridge, Mass; Harvard University Press.
- Cadafalch, J., Domingo, P., & Lopez, A. (1993). *Hepatitis en adictos a drogas*. Recuperado el 18 de 10 de 2020
- Com, B. -G. (s.f.). *La drogodependencia*. Obtenido de biologia-geologia.com/BG3/78_la_drogodependencia.html
- Congreso de la Republica. (21 de 07 de 2009). *LEY 1335 DE 2009*. Obtenido de www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1335_2009.html
- Creswell, J. (2005). *Investigacion Educativa*. Recuperado el 26 de 09 de 2020, de Planificacion, Realizacion y Evaluacion de Investigaciones Cuantitativas y Cualitativas. Educacion de pearson.
- Darton, L., Dilts, S., Frances, J., & Miller, I. (1998). *Clinical Textbook of Addictive Behavions*. Recuperado el 04 de 10 de 2020
- Department of Health and Human Services. (06 de 2013). *TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA*.
- Escohatado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid. Obtenido de Efectos del Alcohol en la Fisiologia Humana.

- Fernandez, J. (2005). *Efectividades de los Programas de Mantenimiento con Metadona*. Recuperado el 23 de 10 de 2020, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=2891/289122022007
- Fernandez, R. y. (1999). La evaluacion de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema vol.11*, 279-291.
- Garcia, Yzuel, Nieves, & al., e. (2010). *ULISES Programa de mantenimiento con metadona Centro de Solidaridad de Zaragoza*.
- Giraldo, M. A.-L. (12 de 2012). *Tratamiento de sustitución con Metadona para la adicción a la Heroína*. Obtenido de www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/119/115
- Gobierno Nacional de Colombia, Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *La heroína en Colombia. Producción, uso e impacto en la Salud Pública*.
- Gonzalez, G. D. (2019). Enfrentando el problema emergente de consumo de heroína en colombia. *Los nuevos programas de tratamiento asistido con metadona*, 96 - 104. Recuperado el 16 de 08 de 2020
- González, G., Giraldo, L. F., DiGirolamo, & al, e. (2019). Enfrentando el problema emergente de consumo de heroína en Colombia: los nuevos programas de tratamiento asistido con metadona. *Revista colombiana de psiquiatria*, 96-104.
- Gracia Pastor , J., Yzuel Sanz, M., Nieves Martín, Y., Ortega Artigas, J., Jordan Gracia, J., & Montesa Lou, B. (2010). *ULISES Programa de mantenimiento con Metadona Centro de Solidaridad de Zaragoza. Propuesta funcional, evaluación y situación actual*. Zaragoza: Fundacion Atenea.
- Green, L., Joseph, D., Matarazo, S., Weiss, J., & Herd, N. e. (1984). *Salud Conductual: un manual de mejora de la salud y prevencion de enfermedades*. Recuperado el 2020
- Grupo de trabajo Who ASSIST. (2002). Obtenido de El alcohol, el tabaquismo y la sustancia prueba de deteccion de participacion.
- Hospital Mental de Filandia. (2020). *ESE Hospital Mental de Filandia*. Obtenido de www.hmf.gov.co
- Hunt, & Azrin. (1973). *A community - reinforcement approach to alcoholism Behaviour Research and Therapy*. Obtenido de www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796773900727
- i.ytimg.com/vi/HbmrxFaOsk4/hqdefault.jpg. (s.f.).
- Isaza, e. a. (2014). Evaluacion del programa de mantenimiento con metadona del Hospital Mental de Risaralda. *Revista colombian de Psiquiatria*, 96-105.
- Isaza, e. a. (2014). Niveles de citoquinas en suero de adictos. *Investigaciones Andinas*, 922-931.
- Isaza, S. V. (2014). Niveles de citoquinas en suero de adictos. *Investigaciones Andinas*, 922-931.
- Kerlinger, F. (1985). *Investigacion del Comportamiento*. Nueva Editorial Interamericana.

- Kerlinger, F. (1985). *Investigacion del Comportamiento*. Obtenido de Editorial Interamericana.
- Marcos, & Garrido. (2009). *La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones*. Obtenido de idus.us.es/bitstream/handle/11441/59490/tratamiento%20de%20adicciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2015). *Lineamientos para operar programas preventivos*. Recuperado el 16 de 08 de 2020, de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf
- Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Gobierno de España. (19 de 08 de 2010). *Manual de Adicciones para Psicologos Especialistas en Psicologia Clinica en Formacion*. Obtenido de www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf
- MinSalud. (1998). *Investigacion sobre la Prevencion del Sida en Usuarios de Drogas*.
- Minsalud. (2016). *LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACION DE INTERVENCIONES DE REDUCCION DE DAÑOS Y RIESGOS POR USO DE DROGAS POR VIA INYECTADA*. Obtenido de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-tecnicos-uso-drogas-inyectadas.pdf
- Miranda, F. (2000). Efectividad d elos programas de mantenimiento con metadona. una revision de los resultados de evaluacion. *Servicios de Saaalud de Asturias*, 150.
- Monselhy, & Telfer. (2002). *Modelo de consumo de drogas entre minorias etnicas en un ambiente comunitario de drogadiccion*. Obtenido de scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000400005
- Moreno Baptista C, E. H. (2019). *CONSUMO DE BAZUCO Y LA RUTA HACIA LA SITUACIÓN DE CALLE: CRÓNICAS Y ESCENARIOS DE LA VIVENCIA FAMILIAR*. Obtenido de www.redalyc.org/articulo.oa?id=239066210020
- Nowlis, & Parker. (1982). *A critique of the distribution of consumption model of prevention*. Obtenido de pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/651353/
- Organización Mundial de la Salud . (2011). *ASSIST*. Recuperado el 16 de 08 de 2020, de www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Obtenido de Manual para uso en la atención primaria: www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Parsons, T. (1984). *El Sistema Social*. Obtenido de [theomai.unq.edu.ar/Conflictos_sociales/PARSONS%20-%20El%20sistema%20social_\(Pref-Cap1\).pdf](http://theomai.unq.edu.ar/Conflictos_sociales/PARSONS%20-%20El%20sistema%20social_(Pref-Cap1).pdf)
- Perez de los Cobos, J., Becoña, A., & Rodriguez, I. (1996). *La Drogodependencia de opioides*. Recuperado el 10 de 10 de 2020, de Servicio de publicaciones e Intercambio Cientifico de la Universidad de Santiago de Compostela.

- Perez, A. (2010). *HEROÍNA: CONSUMO, TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL MICROTRÁFICO EN BOGOTÁ Y MEDELLIN*. Bogota: Ministerio de la Protección Social.
- Pons, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas polis*. Obtenido de www.redalyc.org/articulo.oa?id=72611519006
- Prieto, & al., e. (2012). *Diversidad y complejidad en el fenómeno de las drogas el policonsumo simultaneo en estudiantes universitarios en una universidad*. Obtenido de www.redalyc.org/articulo.oa?id=71423223006
- Sainz, M. T., Rosete-Mohedano, M. G., & Rey, G. N. (2015). *Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de*. Recuperado el 16 de 08 de 2020, de Downloads/786-1580-1-SM.pdf
- Sidibé, M. (2012). *Global Report*. Obtenido de files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
- Tamayo, M. (2007). *El Proceso de la Investigación Científica*. Recuperado el 17 de 10 de 2020
- Tirado Otálvaro, A., Álvarez Gómez, M., Velásquez Tirado, J., Lugo Agudelo, L., Giraldo Ferrer, L., Suarez Bermúdez, A., & Wiedemann Rivera, J. (2012). Calidad de vida de pacientes con dependencia. *Invest Educ Enferm*, 35-43.
- Touze, G; Castaño, G. (2001). *Drogodependencias, Reduccion Daños y Riesgos*.
- UNODC. (2016). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogota*. Obtenido de Alcaldía Mayor de Bogota y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5802/Estudio-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-Bogot225-DC-2016
- UNODC. (2016). *Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en colombia*. Obtenido de drive.google.com/file/d/1oPJ1fs_gilPBeiBBdZXPVdMyt1SLpls5/view?pli=1
- Vasey, & Daleiden. (1994). *Perspectives on theory, assessment and treatment*. Obtenido de www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/worrying-perspectives-on-theory-assessment-and-treatment-edited-by-daveyg-c-l-and-tallif-pp-311-2495-wiley-chichester-1994/0AB94058D0D470C351466030026774E0
- whitesandstreatment.com/wp-content/uploads/2016/12/most-commonly-abused-drugs-2.jpg. (s.f.).

Anexo 1 Prueba ASSIST

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR _____ PAÍS _____ CLÍNICA _____
 No. CONSULTANTE _____ FECHA _____

INTRODUCCIÓN *(Léala al consultante o paciente)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez?</u> (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO = 0	SI = 3
---	--------	--------

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Otras - especifique:		

Compruebe si todas las respuestas son negativas: Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 2	Cada mes = 3	Cada semana = 4	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					x
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)				x	
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 3	Cada mes = 4	Cada semana = 5	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					x
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca = 0	1 ó 2 veces =4	Cada mes = 5	Cada semana = 6	A diario o casi a diario = 7
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					x
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 5	Cada mes = 6	Cada semana = 7	A diario o casi a diario = 8
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez han mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Sí, pero no en los últimos tres meses = 3
--	---------------	-----------------------------------	---

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		x	
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Pregunta 7

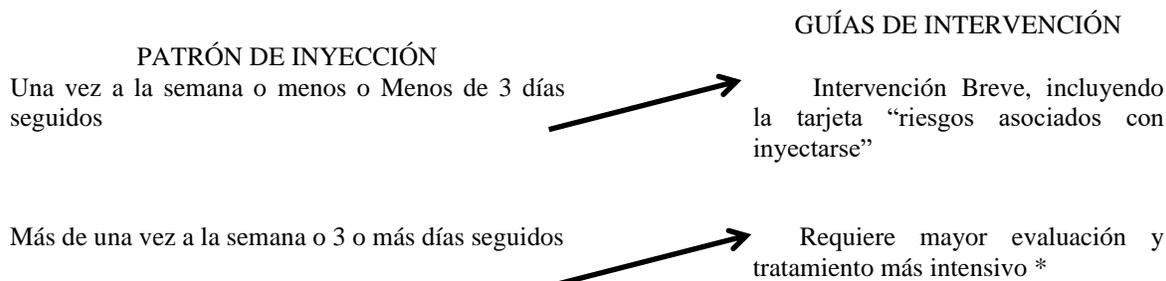
	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Sí, pero no en los últimos tres meses = 3
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?			
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			x
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Pregunta 8

	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 2	Sí, pero no en los últim os tres meses = 1
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

**CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	28	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	7	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	0	0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	0	0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	0	0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

Tarjeta de respuestas - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, idal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)
j. Otras - especifique:

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Sí, pero no en los últimos 3 meses

Sí, en los últimos 3 meses

OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

Nombre _____

Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco	28	0-3 Bajo 
		4-26 Moderado 
		27+ Alto 
b. Bebidas alcohólicas	7	0-10 Bajo 
		11-26 Moderado 
		27+ Alto 
c. Cannabis	0	0-3 Bajo 
		4-26 Moderado 
		27+ Alto 
d. Cocaína	0	0-3 Bajo 
		4-26 Moderado 
		27+ Alto 
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	0	0-3 Bajo 
		4-26 Moderado 
		27+ Alto 
f. Inhalantes	0	0-3 Bajo 
		4-26 Moderado 
		27+ Alto 
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	0-3 Bajo 
		

		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
		0-3 Bajo	
		4-26 Moderado	
		27+ Alto	
h. Alucinógenos	0		
i. Opiáceos	0		
j. Otras – especificar	0		

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo:	Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.
Moderado:	Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.
Alto:	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	ALTO
El consumo habitual de tabaco se asocia con:		
Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel		
Infecciones respiratorias y asma		
Aumento de la presión arterial, diabetes		
Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores		
Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores		
Enfermedades renales		
Enfermedad respiratoria obstructiva crónica		

Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares Cánceres		
b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	MODERADO
El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con: Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales Dificultad para recordar y solucionar problemas Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico Enfermedad hepática, enfermedad pancreática Cánceres, suicidio		
c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	BAJO
El consumo habitual de cannabis se asocia con: Problemas de atención y motivación Ansiedad, paranoia, pánico, depresión Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas Aumento de la presión arterial Asma, bronquitis Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica Cánceres		
d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	BAJO
El consumo habitual de cocaína se asocia con: Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel Accidentes y lesiones, problemas económicos Pensamientos irracionales Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía Agresividad y paranoia Ansias o deseo intenso de consumir, estrés Psicosis por consumo repetido de dosis altas Muerte súbita debido a problemas cardiacos		
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	BAJO
El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con: Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea Agresividad y conducta violenta Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas Daño cerebral permanente Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras		
f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	BAJO

<p>El consumo habitual de inhalantes se asocia con: Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales Indigestión, úlceras estomacales</p> <p>Accidentes y lesiones Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones) Muerte por fallo cardíaco</p>		
<p>g. Sedantes</p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:...</p>	<p>BAJO</p>
<p>El consumo habitual de sedantes se asocia con: Sedación, mareo y confusión Dificultad para concentrarse y recordar cosas Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar Problemas de sueño</p> <p>Ansiedad y depresión Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo Síntomas severos de abstinencia Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras</p>		
<p>h. Alucinógenos</p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:...</p>	<p>BAJO</p>
<p>El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con: Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias Dificultades para dormir Náuseas y vómitos Aumento en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial Cambios de humor Ansiedad, pánico, paranoia <i>Flash-backs</i> Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia</p>		
<p>i. opiáceos</p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:...</p>	<p>BAJO</p>
<p>El consumo habitual de opiáceos se asocia con: Escozor, náusea y vómitos Mareos Estreñimiento, deterioro de los dientes Dificultad para concentrarse y recordar cosas Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual Dificultades de pareja</p> <p>Problemas económicos y laborales, delincuencia Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia Sobredosis y muerte por depresión respiratoria</p>		

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse
Información para CONSULTANTES O pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias

El daño puede provenir de:

La sustancia

- Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
- Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
- Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

La conducta de inyectarse

- Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
- Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
- Sus venas pueden colapsar.
- Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

Compartir material de inyección

- Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones vírales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

Es más seguro no inyectarse

Si se inyecta:

- use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- no comparta el material con otras personas
- limpie el área de preparación
- lávese las manos
- limpie la piel en el punto de inyección
- utilice un punto de inyección distinto cada vez
- inyéctese lentamente
- ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

- Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**
 - evite inyectarse y fumar
 - evite consumir a diario

- Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**
 - evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol

- consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
- tenga a alguien cerca cuando consume
- evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
- tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia

Anexo 2 Consentimiento Informado

TÍTULO DEL PROYECTO:

Niveles de Riesgo asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados al programa de mantenimiento de metadona

NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Santiago Correa Amariles
CC. 1097405529
Profesional en seguridad y Salud en el Trabajo
Estudiante de la especialización en Adicciones
Universidad Católica Luis Amigo

Juan David Arcila Grajales
CC. 16055313
Psicólogo
Estudiante de la especialización en Adicciones
Universidad Católica Luis Amigo

Alex Damián Andrade Iltán
CC. 4615775
Filósofo- Operador terapéutico
Estudiante de la Especialización en Adicciones
Universidad Católica Luis Amigo

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

La especialización en adicciones de la universidad católica Luis Amigo, promueve la investigación a través del curso académico Trabajo de Grado. De esta manera, mediante la aplicación del instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), tres estudiantes inscritos en dicha especialización, buscan contribuir al conocimiento de los riesgos que conllevan cada sustancia, en especial la heroína, en donde los usuarios entrevistados, mediante un dialogo profesional, informan detalles de su consumo, permitiendo no solo tener un acercamiento con las personas y su medio social, sino también, realizar una clasificación a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente).

Si acepta participar en este estudio, se la hará una serie de preguntas. Su participación es completamente voluntaria. Así pues, el Consentimiento Informado es un acuerdo mediante el cual usted acepta su participación. Este acuerdo se basará en los principios de respeto y confidencialidad.

Se le garantiza recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Si en el presente formulario de consentimiento hay palabras o conceptos que usted no entienda, por favor pídale a los investigadores que le expliquen. Igualmente, puede realizar todas las preguntas que considere sean necesarias para tomar la decisión. La investigación de realizaría con 20 pacientes que se encuentran vinculados al programa de mantenimiento con metadona del hospital mental de Filandia, Adultos jóvenes de 19 años- 35 años y Adultos de 36 años – 45 años. Los pacientes deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión: 10 pacientes de género masculino entre los 19 y 54 años. 10 pacientes del género femenino entre los 19 y 54 años, que se encuentren en tratamiento activo de metadona en el hospital mental de Filandia durante el año 2020 y 2021.

Si usted acepta, se le aplicará el cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), que consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Posteriormente los datos serán sistematizados y analizados según el objetivo de la investigación. Por su parte, usted estará en plena libertad de no contestar algunas preguntas o contestarlas selectivamente.

En el momento en que a usted se le solicite hablar de las experiencias que ha vivido y vive, se conservará el respeto y la prudencia para escuchar y manejar situaciones en las que sea posible que surjan situaciones emocionales difíciles o aún no resueltas. Si esto sucede y se presentan condiciones que ameriten una intervención se le brindará un apoyo emocional y se le invitará a buscar ayuda; además se realizará la mediación necesaria para lograr la intervención que corresponda, por medio de su entidad de salud (EPS)

Para su participación se tendrá en cuenta que ésta es una decisión libre y autónoma de parte suya. La relación entre el investigador y usted, estará mediada por la verdad y se basará en su consentimiento libre y voluntario; esto significa que se le explicará tan exacto como sea posible y en términos en que usted entienda, los propósitos de la investigación, la forma como se llevará a cabo y las formas de divulgación. Asimismo tendrá la libertad de retirarse de la investigación si usted lo considera necesario.

Para procesar la información recolectada se posee un plan de análisis de comparación constante. Los investigadores se comprometen a no informar en sus publicaciones ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que haga posible su identificación, y de ser necesario colocar algún nombre, se utilizará un seudónimo; de esta forma también se mantendrá en secreto la identidad de los participantes.

Su participación en la investigación terminará cuando ya no sea necesario realizar más preguntas relacionadas con el instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), porque la información que usted nos ha brindado, será suficiente y puede responder a cabalidad con la pregunta de investigación que se tiene.

Los resultados obtenidos serán usados únicamente para esta investigación, que les permitirá a los estudiantes, obtener el título de ESPECIALISTAS EN ADICCIONES.

La persona que realizará la entrevista es un profesional capacitado y conocedor de las responsabilidades que les confiere este tipo de investigaciones con personas.

BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE.

Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento; Asimismo tendrá el derecho y la oportunidad de escuchar la devolución que los investigadores realizarán para confirmar la fidelidad de los datos.

Escuchará además un informe general de los resultados obtenidos y se aclararán inquietudes expresadas durante la aplicación de la prueba que no pudieron ser resueltas en forma previa. La investigación no busca obtener beneficios económicos para los investigadores ni para las personas que participen de dicho proyecto.

Obligaciones de los investigadores:

- Solucionar los problemas que surjan de la investigación.
- Guardar la confidencialidad de los datos del participante y no acceder a información específica de los casos atendidos por los terapeutas consultados.
- Aclarar la situación de la investigación y de la investigadora frente a las personas que van a participar en la prueba y a las instancias legales pertinentes.
- Ejecutar una actividad devolutiva de los hallazgos con los participantes, para validar y retornar la información a los mismos como compromiso ético para una investigación no extractiva.

Resultados esperados:

- Informe de investigación.
- Presentación pública de los hallazgos de la investigación.

Personas a contactar para información

Juan David Arcila Grajales, teléfono: 3152002912. Santiago Correa Amariles, teléfono: 3232872665. Alex Damián Andrade llantén, teléfono: 3235802782.

ACEPTACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Después de haber leído y comprendido toda la información contenida en este documento con relación a la investigación: Niveles de Riesgo asociados al consumo de heroína en pacientes vinculados al programa de mantenimiento de metadona; de haber recibido de los investigadores Juan David Arcila Grajales, Santiago Correa Amariles y Alex Damián Andrade llantén, explicaciones verbales sobre ella y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que yo _____ he resuelto participar en la misma.

Además, expresamente autorizo a los investigadores para utilizar los resultados de esta propuesta en otras futuras investigaciones.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado en el Municipio de _____ el día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento del participante y entrevistado:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____

De: _____

Nombre, firma y documento del investigador:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía _____

De: _____