

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 213 -2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 29 de diciembre de 2017

Visto; la Nota Informativa Nº 187-2017-OEPE/HVLH emitida por el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, en las disposiciones complementarias del Decreto Legislativo Nº 1161 que aprueba la Ley de Organización del Ministerio de Salud señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley Nº 26842 – Ley General de la Salud, teniendo a cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población;

Que, conforme lo establecido en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, inciso d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", siendo entre ellas, las Guías Técnicas que pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario, tal como lo señala en el numeral 6.1.3 Guía Técnica;

Que, con la finalidad de establecer pautas y optimizar la atención para el manejo de los pacientes con trastornos asociados al consumo de alcohol basándose en la revisión sistemática de la mejor evidencia disponible y en la valoración de los beneficios y riesgos, para que el médico adopte las mejores decisiones terapéuticas en beneficio del paciente, teniendo en cuenta las condiciones particulares en cada caso; el Departamento de Adicciones ha elaborado la "Guía Técnica para la atención de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol" del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través de la Nota Informativa Nº 187-2017-OEPE/HVLH, por la cual solicita su aprobación mediante acto resolutorio; por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Adicciones, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar la "GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL" el mismo que en documento adjunto a folios (41), forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- El Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento.

Artículo 3º.- Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 4º.- Disponer, la publicación de la presente resolución en el portal institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y Comuníquese



Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693



EMRCH/MYRV/agfb

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento de Adicciones
- C.C Archivo.



PER

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL (F.10 –ICD-10)

Autores:

Gloria Grados Ramírez
Luis Villanueva Padilla
Departamento de Adicciones

Apoyo Técnico:
Lindsey Multhauptff Palomino
Oficina de Gestión de la Calidad

Colaboración de Expertos, en adicciones.
Dra Alicia Chu Esquerre

Lima- Perú

2017





PER

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INDICE

TITULO	3
I. FINALIDAD	3
II. OBJETIVO	3
III. AMBITO DE APLICACION	4
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	4
4.1 NOMBRE Y CODIGO	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES	4
5.1 DEFINICIÓN	4
5.2 ETIOLOGÍA	6
5.3 FISIOPATOLOGIA	6
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	7
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	9
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	11
<i>PERFIL DEL DEPENDIENTE A SUSTANCIAS</i>	11
6.1 CUADRO CLINICO	12
6.2.1 <i>LA INTOXICACIÓN AGUDA (F10.0)</i>	13
6.2.2 <i>CONSUMO PERJUDICIAL (F10.1)</i>	14
6.2.3 <i>SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F10.2)</i>	14
6.2.4 <i>SINDROME DE ABSTINENCIA (F10.3)</i>	14
<i>EL CONCEPTO DE COADICCIÓN</i>	15
<i>CONCEPTO DE RECAIDA</i>	15
6.3 DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES	18
6.4 EVALUACIÓN DEL PACIENTE:	18
A. PRIMERA ETAPA: ADMISION Y ATENCION DE PACIENTES	18
A.1. <i>INTERVENCION EN CRISIS (EMERGENCIA)</i>	19
A.2 <i>AMBULATORIO</i>	19
<i>GRUPO DE MOTIVACIÓN</i>	20
B. SEGUNDA ETAPA: HOSPITALIZACION- DEPARTAMENTO DE ADICCIONES	20
(PABELLÓN 18)	20
<i>CRITERIOS DE EXCLUSION</i>	21





PER

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INSTRUMENTOS 21

6.5 EXAMENES AUXILIARES 22

6.6 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 22

6.6.2 TERAPEUTICA 22

 A. *EL MODELO DE TRATAMIENTO* 23

 B. *ABORDAJE DE LAS RECAÍDAS* 23

SISTEMA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA 25

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL 27

6.6.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: FASE AGUDA 28

 A. *SÍNDROME DE ABSTINENCIA:* 28

 B. *SÍNDROME DE INTOXICACIÓN AGUDA:* 28

 C. *TRATAMIENTO EN RECAIDAS* 28

6.6.4 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: FASE DE ESTABILIZACIÓN: 29

6.6.5 SEGUIMIENTO 29

6.6.6 SIGNOS DE ALARMA 30

6.6.7 CRITERIOS DE ALTA 30

6.6.8 PRONOSTICO 31

6.7 COMPLICACIONES 31

FARMACOLOGICAS 31

NO FARMACOLOGICAS 32

6.8 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 34

6.9 FLUJOGRAMA 34

VII. ANEXOS 35

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 39





PER

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

TITULO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL

I. FINALIDAD

La prevalencia de consumo en el Perú, del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), realizó un estudio denominado Epidemiología de las drogas en la población Urbana Peruana el año 2013, mediante encuestas aplicadas a 8326 residentes habituales hombres y mujeres entre los 12 y 64 años en Lima Metropolitana y 12 ciudades, encontró que la prevalencia de vida (alguna vez en la vida) de uso de drogas legales fue del 82.1 % en el caso de bebidas alcohólicas seguido del 54.8 % del uso del tabaco. El estudio mostró mayor prevalencia de consumo de todas las drogas en Lima Metropolitana que en otras regiones. Respecto a la edad de inicio en el empleo de tabaco y alcohol, estuvo alrededor de los 18 años.

El tipo de sustancia consumida de mayor prevalencia en un estudio realizado en nuestro hospital en el Departamento de Adicciones 2010- 2014, fue la Cocaína con un 42,6%, seguido por el alcohol con un 26,1% y en tercer lugar el consumo de múltiples drogas con un 23%. La mayoría de pacientes se presentaron en el grupo de edades de 25 a 34 años, así mismo el estado civil soltero, el grado de instrucción secundaria completa y aquellos con trabajo ocasional fueron los grupos de mayor frecuencia (E. Santos, 2016).

En el último quinquenio, Análisis de la Situación de Salud de Establecimientos Hospitalarios de nuestro hospital del año 2016, en relación a consumo de alcohol según morbilidad específica es de 1.9 % ubicándose en el décimo quinto lugar en comparación a otros cuadros psiquiátricos que atiende el hospital y ocupa el primer lugar en el grupo de los trastornos por consumo de sustancias. Según el análisis de un estudio.

Según un estudio de DEVIDA 2013, en la población general de Lima y Callao, las mujeres encuestadas entre los 41 a 50 años representaban el 57.8 % respecto a los varones. En nuestro hospital según la ASEH 2016, el sexo femenino representa el 54.8 % de la población atendida en consulta externa de adicciones.

La presente guía técnica tiene como propósito establecer pautas y optimizar la atención para el manejo de los pacientes con trastornos asociados al consumo de alcohol basándonos en la revisión sistemática de la mejor evidencia disponible y en la valoración de los beneficios y riesgos, para que el medico adopte las mejores decisiones terapéuticas en beneficio del paciente., teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada caso.

II. OBJETIVO

Establecer una guía técnica de manejo clínico y de tratamiento de los trastornos mentales y comportamiento debido al consumo de alcohol en el Hospital Víctor Larco Herrera.





PER

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

III. AMBITO DE APLICACION

La presente Guía es de aplicación en el Departamento de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización del Departamento de ADICCIONES del Hospital "Víctor Larco Herrera"

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION en el HVLH.

4.1 NOMBRE Y CODIGO

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL CIE -10: F10

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

A su vez, el tipo de trastornos mental se codifica añadiendo un cuarto dígito del siguiente modo:

F10.0 Intoxicación aguda.

F10.1 Consumo perjudicial

F10.2 Síndrome de dependencia.

F10.3 Síndrome de abstinencia.

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F10.5 Trastorno psicótico.

F10.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol.

F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol

F10.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol sin especificación.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

El término alcoholismo incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina consumo perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica provocando disfunción en el ámbito familiar, laboral y social.



El TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL cursa con períodos de remisión y recaídas. Su edad de inicio suele situarse entre los 18 y los 25 años. Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otros van a necesitar de un tratamiento de desintoxicación y deshabitación.

ADEMÁS el consumo excesivo de alcohol puede causar o exacerbar hasta 60 enfermedades diversas y además constituye un factor determinante de incidentes de violencia familiar y de género, accidentes laborales y de circulación (J. Guardia Serecigni, 2015)

JUSTIFICACIÓN.- Es una causa de morbilidad por consumo de sustancias psicoactivas y una de las patologías más frecuente en la demanda ambulatoria y de HOSPITALIZACIÓN en el departamento de ADICCIONES del HVLH.

CARACTERÍSTICAS DE LA SUSTANCIA ALCOHOL

El alcohol ha estado ligado a la cultura de la humanidad desde hace más de 10.000 años, cuando los hombres aprendieron a fabricar vasijas en donde podían fermentar los granos y frutos machacados. En un principio, como casi todas las drogas, tuvo una utilización místico-religiosa.

El alcohol desde un punto de vista químico, aquel compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo unido a un radical alifático o a alguno de sus derivados, se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej., granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones (Echeburúa, 1996), dado que se trata de un compuesto, existen diversos tipos de alcoholes.

El alcohol metílico es el alcohol más sencillo cuya fórmula es CH_3OH , es un líquido incoloro, ligero, volátil, inflamable, tóxico y soluble en el agua, cuyo punto de ebullición es $64,7^\circ\text{C}$. Sus denominaciones son las siguientes, pudiendo existir otras comerciales, técnicas o comunes que también son controladas:

Metanol (alcohol de madera), Carbinol (Monohidroximetanol), Nafta de madera (Hidróxido de metilo).

El alcohol o etanol, fácilmente atraviesa las membranas celulares, equilibrando con suma rapidez los niveles sanguíneos y tisulares. (Marco, C.; Kelen, G. 1990; Longo, D., y col., 2012). Un gramo de etanol provee 7.1 kcl. y se distribuye en el agua total corporal a razón de 0.6 a 0.8 L/kg. La dosis letal del alcohol es variable. La muerte suele ocurrir por lo general con niveles mayores de 400 mg/dl, no obstante casos fatales han sido reportados con niveles tan bajos como de 300 mg/dl, especialmente en individuos no tolerantes (Marco, C., y col., 1990; Schuckit, M., 1994; Schuckit, M., 1995; Longo, D., 2012).

De otro lado, recuperaciones completas han sido reportadas con niveles tan altos en pacientes tolerantes como de 1127 mg/dl y 1500 mg/dl (Marco, C. 1990).

El etanol está disponible en una gran variedad de concentraciones, hay aproximadamente 10-12 gm de etanol en una lata de cerveza de 350 ml (12 onzas) que en general tiene 3.6% de etanol, en 115 ml (4 onzas) de vino no fortificado (con 12% de etanol), o en 43 ml (1.5 onza) - un trago- de whisky, gin, vodka cada uno con 10-15 gm de etanol (con un equivalente a 40% de etanol) (Schuckit, M., 2009). Dicha cantidad va a generar un incremento en los niveles de alcohol sanguíneo de 20 a 25 mg/dl en una persona (varón) sana de 70 kg. (Schuckit, M., 1994, 2009; Longo, D., 2012). De otro lado, las diversas bebidas alcohólicas suelen contener congéneres que contribuyen al daño corporal cuando la ingesta es intensa; entre estos están alcoholes de bajo peso molecular (metanol y butanol), aldehídos, ésteres, histamina, fenoles,

taninas, fierro, plomo y cobalto. Longo,D.,2012).

El alcohol es absorbido de las mucosas de la boca y esófago (mínimamente), del estómago y del intestino grueso(en cantidades moderadas) y de la porción proximal del intestino delgado(la mayor cantidad). La tasa de absorción se incrementa con: vaciado gástrico rápido, la ausencia de proteínas, grasas o carbohidratos (que interfieren con la absorción); la ausencia de congéneres; la dilución al porcentaje más bajo de etanol (la absorción máxima es observada en el 20% aproximadamente por volumen); y carbonación (champagne), (Longo,D.,2012).

El inicio de los efectos del etanol es relativamente rápido. El pico de las concentraciones séricas ocurre entre los 30 min a 90 min, tras la ingestión (MacMath, T.,1990; Rall, Th., 1991).

5.2 ETIOLOGÍA

Dentro de una concepción etiológica multicausal, se incluyen:

- La sustancias psicótropa que actúa principalmente sobre el sistema nervioso central (*), provocando efectos agudos (intoxicación aguda) y crónicos (intoxicación crónica), induciendo en el organismo significativos cambios bioquímicos, fisiológicos y orgánicos.
- Factores propios del consumidor, entre los cuales pueden citarse predisposición genético/hereditaria (**) y la personalidad pre-mórbida de particular importancia en lo referente a grupos de riesgo (adolescentes y adultos jóvenes).
- Factores ambientales, culturales y sociales, que incluyen la disfuncionalidad familiar, el proceso de aprendizaje social del consumo de sustancias (especialmente de drogas legales), el incremento de la producción, tráfico de drogas y el deterioro social consecutivo.

*Sin dejar de considerar que actúa sobre todo el organismo.

** Particularmente estudiada para el caso de alcohol.

- Hoy en día la participación genética en el desarrollo de las adicciones es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones. Los estudios más actualizados sobre la tasa de herencia general para las adicciones fluctúa entre el 40% y el 60%, (Schuckit, M.,2009;2009;NIDA,2014). Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno.(Schuckit,M.,Smith,T.1996)
- Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se han encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo. (Kumpfer,K.,1993; Harrison's, y col; 1994; Schuckit, M.,Smith,T.,1996).

5.3 FISIOPATOLOGIA

El consumo de sustancias psicótropas genera cambios en la neurotransmisión cerebral, afectando el sistema límbico, área tegmental ventral y diversas áreas de la corteza,

desencadenando síntomas y signos característicos de cada sustancia según sea acción sobre los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico u otros. En individuos predispuestos, la intoxicación aguda puede ocasionar alteraciones patológicas más severas, generando trastornos psicóticos específicos para cada sustancia y que en algunos casos pueden estar relacionados con comorbilidad. (Para el caso de alcohol reviste particular importancia la Intoxicación Patológica). La repetición de los fenómenos, de intoxicación aguda, con un acortamiento progresivo de los periodos intercríticos, conduce a nivel DEL SNC a procesos de neuroadaptación y neurosensibilización que gradualmente generan en el individuo la demanda obsesiva del consumo, ASOCIADA A la aparición de problemas comportamentales, familiares, laborales y sociales. La presentación del síndrome de abstinencia (como expresión del fenómeno de intoxicación crónica) generará la repetición compulsiva del consumo, constituyendo un cuadro clínico de patología de la voluntad.

Los efectos sobre el SNC descritos, se expresan GRADUALMENTE en modificaciones comportamentales en el individuo, que incluyen el abandono progresivo de sus actividades cotidianas, el protagonismo es CADA VEZ MAS CRECIENTE QUE la sustancia adquiere para él, y la conducta disfuncional en el seno familiar, laboral y social.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las sustancias psicotropas de mayor consumo en el país (Perú) son las de tipo legal: alcohol y tabaco. Para el caso del alcohol, se considera que un 10% de la población económica activa (PEA), enfrenta problemas de abuso-dependencia (variable según región, lugar de residencia y estrato socioeconómico).

En cuanto a consumo de alcohol, en los últimos cincuenta años, el consumo de bebidas alcohólicas ha experimentado un incremento acelerado. Dicho incremento se ha dado sin guardar relación con el crecimiento poblacional. Así para el año de 1940 el consumo per cápita expresado en alcohol absoluto fue de 2.96 lt, en 1970 de 7.22 lt, en 1980 de 7.65 lt (Saavedra Castillo, A., 1994), para el 2011, los peruanos batieron récord histórico de consumo anual de cerveza, alcanzando los 42 litros per cápita, informó en medios mediáticos el vicepresidente de Asuntos Corporativos de Backus y Johnston, Felipe Cantuarias Salaverry.

Desde la perspectiva de los estudios poblacionales nacionales con el indicador de Prevalencia de Vida (PV) (consumo por lo menos 1 vez en la vida) el alcohol es la droga más consumida en nuestro medio, y la impresión es que sus tendencias han sido progresivas desde la fines de la década del 80 hasta la actualidad con cifras que rebasan el 80 %. Si apreciamos el indicador de Prevalencia actual (consumo en los últimos 30 días), las cifras van a oscilar entre el 40% y el 60%, por lo cual podemos afirmar que más del 50% de personas entre los 15 y los 64 años toman alcohol. (Jutkowitz, 1986; Ferrando, D., 1990; Rojas, A., 1999; Cedro, 2004; DEVIDA, 2002; Cedro, 2011).

En cuanto al tipo de alcohol, según los estudios en referencia, la cerveza es la más consumida con tasas de 54% (1986) a 90% (1999), siguiéndole el vino (11%-12%), el pisco, aguardiente y ron (3,1%- 5%) y finalmente los alcoholes no rectificadas altamente tóxicos con tasas de 4.4%. (Jutkowitz, 1986; Ferrando, D., 1990; Cedro, 1993; Rojas, A., 1999.)

En torno a los índices de abuso/dependencia o alcoholismo, a partir del estudio de Contradrogas en 1998, es que se disponen en primera instancia de cifras de dependencia actual (en últimos 30 días) según los criterios del CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los mismos que fluctúan entre el 5% al 10,6%, que en términos absolutos posicionado en 10% representan entre 500 000 a 1 millón de alcohólicos peruanos entre los 12 a 64 años.(Contradrogas, 1998; DEVIDA,2002,2006). Si nosotros inferimos el impacto de este grupo a nivel de la familia peruana, apreciamos que ese millón de alcohólicos está impactando en aproximadamente 4 millones de peruanos, si calculamos que en promedio la familia peruana según los censos nacionales es de 5 integrantes, con lo cual apreciamos mejor el impacto de esta condición.

Adicionalmente el estudio de Contradrogas fue el que logró analizar la distribución del indicador de dependencia actual en la población general según género, obteniendo en la edad adulta para varones de 18 a 39 años, la cifra de 21.6%, para luego descender entre los 41 a 59 años a 12.5% y finalmente en las edades de 60 a 64 años la cifra se despunta nuevamente para alcanzar el 18.8% en varones y no hallar mujer con ese cuadro. Asimismo el estudio en mención cruzó las variables socioeconómicas hallando en el estrato alto y bajo cifras en varones de 17% y 17,6% mientras que en mujeres alcanzaron los guarismos de 6.7% y 4.8% en los estratos altos y bajos respectivamente (Contradrogas,1999).

En el análisis de la situación de establecimientos hospitalarios del hospital Víctor Larco Herrera, (ASEH – 2016), menciona que la demanda de atención en consulta externa en el departamento de adicciones, el género masculino sigue ocupando el primer lugar 92 % en el consumo de alcohol.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado brinda datos de sus estudios poblacionales por regiones y por género, dando cifras de Abuso/dependencia de 5.3% total en Lima Metropolitana, con cifras de 8.5% en varones (INSMHNHD,2002). A nivel de la Selva Peruana las cifras de dependencia fueron de 8.8% global con cifras de 17.5% en varones (INSMHDHN,2005); mientras que en la Sierra peruana estas alcanzaron a 10% global con cifras de 19.1% en varones.(INSMHDHN,2003). Finalmente en el estudios de ciudades de la Costa peruana excluyendo Lima Metropolitana, las cifras de dependencia fueron de 5.5% global, con guarismos de 9.7% en varones (INSM HNHN,2007). Si sacamos un promedio en el ámbito nacional de tales estudios encontramos que la cifra de abuso/dependencia es de 13.7%.

En cuanto a los indicadores de abuso, disponemos de dos indicadores, de un lado, el de bebedor problema (más de 3 tragos en menos de 3 horas en más de 3 ocasiones por año), que fuera introducido en el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en Lima, Metropolitana, en el 2002, donde halló una Prevalencia anual del 21,8% siendo 36% para varones.

Posteriormente DEVIDA, en su estudio nacional introdujo el Bebedor Problemático, usando la Escala Breve de Beber Anormal (mediante la escala EBBA), hallando una Prevalencia actual (últimos 30 días) a nivel nacional del 16%, no dando cifras diferenciales según sexo. A su vez, este estudio evaluó la proporción de personas con EBBA positivos que tenían índices de dependencia, alcanzando un 50% (DEVIDA, 2006).

En resumen podríamos decir que las cifras poblacionales aproximadas de consumo de alcohol en varones en el Perú serían:

- No consumo de Alcohol: 20%



- Consumo No problemático: 34%
- Consumo Excesivo: 36% (Indicador INSM HD-HN)
- Consumo de Abuso/Dependencia: 10%

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Se sabe que cualquier comportamiento humano obedece a diversas causas que interaccionan e influyen entre sí. Se considera que son el resultado de cinco grupos de factores:

1. Medio Ambiente

A. Sociales: Nuestra sociedad culturalmente es permisiva con el alcohol y en tal sentido desde que nacemos hasta nuestra muerte los eventos circundantes a la vida cotidiana están entremezclados con el alcohol. Adicionalmente la disponibilidad de las bebidas etílicas juega otro rol importante para su consumo. El machismo es otro atributo psicológico de base cultural que tiene mucha relevancia en los patrones de consumo de nuestra sociedad. Aspecto adicional a considerar es el vínculo con amistades malsanas o con tendencias antisociales donde la presión de grupo ya sea en contextos sociales, laborales o académicos es muchas veces la que precipita el desarrollo de consumos excesivos y finalmente la dependencia etílica. (Contradrogas,1999; Strain, E.,2009)

B. Familiares: Son los factores de riesgo más frecuentes en especial en el alcoholismo temprano. Por lo general hay permisividad por la ingesta de alcohol en el seno familiar, problemas de comunicación (falta o comunicación disfuncional, maltratos, insultos, dominancia), pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, abuso físico y sexual; hogares desintegrados (divorcio, separaciones), así como la falta de adecuada supervisión familiar. (Schuckit, M.,2009).

2. Estilo de Vida Saludable

A. Estilo de Vida Estresado: El estrés es otra condición muy frecuente de antesala para los excesos etílicos. El estrés definido como el estado de tensión generado por los múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc.) que la persona puede estar enfrentando y que es el resultado de la forma como esta aprecia tales estresores y de los mecanismos de afrontamiento que dispone a través de su experiencia de vida. (Goetsch, V., 1993). El estrés es una condición altamente relacionado con los consumos problemáticos de alcohol tanto en su iniciación como tras el desarrollo de la dependencia al alcohol. Se sabe a través de los estudios del INSN HD-HN, que el nivel de estrés significativo (mucho estrés, considerando las dimensiones de trabajo, estudio, economía, familia, pareja y salud) es del orden del 31.7% en el ámbito nacional, alcanzando en el varón el 27.6%. (INSM HD.HN, 2002- 2006).

B. Violencia Doméstica: Se sabe que actualmente la violencia doméstica en el adulto en el plano nacional, tanto en sus variantes de violencias psicológica, física y sexual, es un problema de salud pública con prevalencias nacionales del orden del 40 a 60% (violencia física), siendo las últimas cifras referidas a los contextos de la zona rural del país, donde la participación de las adicciones, en particular el alcoholismo asciende a un 30 a 40% en los casos de violencia conyugal, testificado tanto en los estudios poblacionales como los registros de Anuarios estadísticos de la Policía Nacional así como en las denuncias de la Policía Nacional sobre violencia contra la mujer en estado etílico o drogado (PNP, 2011;Endes, 2004, 2005).



C. Involucramiento con Grupos Sociales Disfuncionales: Los barrios en el Perú se hallan vulnerables por la gran penetrancia de alcohol y sustancias, evidenciado por el estudio nacional sobre Seguridad Ciudadana, donde el alcoholismo se halla dentro de la principal causa de inseguridad en el barrio con cifras del 38,7%; para luego seguirle los robos callejeros con 32%; la drogadicción callejera con 25%, las peleas de la calle con 23,8%; el pandillaje con 23,3% y la prostitución con el 4,2%. A su vez, a nivel de las distintas regiones del país se puede afirmar que los problemas de seguridad pública son más marcados a nivel de Lima Metropolitana, en la región de la costa y en las zonas urbanas del país. De otro lado, en cuanto a los factores de iniciación en el consumo del alcohol en el ámbito nacional, se ha encontrado que los amigos ya sea de barrio o estudio han influido en el 53.4% de la iniciación del alcohol, mientras que la familia, lo ha hecho en el 41.1% de los casos, aspecto que evidencia la necesidad de incidir en prácticas saludables de protección del alcohol en el seno familiar, así como en el contexto social (DEVIDA, 2007). Dado que el alcoholismo juvenil se asocia al consumo de drogas ilegales, es importante considerar la variable de iniciación en drogas ilegales donde el 50.9% al 70.6% está relacionada a los amistades de barrio y estudio, mientras que el componente familiar sólo incide en el 4.2% al 5.4% de los casos, con lo cual las acciones preventivas deben ir más centradas en el contextos sociales y personales. (DEVIDA, 2007).

3. Factores Personales

Los factores de riesgo más reconocidos para el desarrollo del alcoholismo se han asociado a estudios en muestras de adolescentes y adultos jóvenes, que resumen en los siguientes acápites (Kumpfer, 1993; Saavedra-Castillo, 1996, 2001).

Trastornos de conducta y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la edad infanto juvenil.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos identificados como factores de riesgo personales se hallan, en primera instancia el Trastorno de Conducta y el Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (DSM-5).

Estos dos trastornos deben ser identificados tempranamente, dado que son los trastornos más asociados con un riesgo elevado, progresar al consumo de alcohol/drogas si no son tratados. A su vez, lo importante a tener en cuenta es que ambos trastornos complican el curso de problema étílico y requieren de intervenciones especializadas adicionales.

Trastornos Depresivos, Ansiosos y Psicóticos. Son entidades bastante frecuentes en personas con problemas de alcohol. Pueden presentarse ya sea antes o después de inicio de los problemas con el alcohol.

4. Biológicas

Desde la perspectiva biológica se ha podido determinar que muchos de los efectos de reforzamiento del consumo del alcohol se debe su acción a nivel del sistema mesolímbico dopamínico, especialmente del núcleo acumbens. Del mismo modo, se ha podido comprobar que diversos receptores cerebrales juegan un papel en el alcoholismo, entre ellos están los receptores opioides, el GABA, el N-metil-D-Aspartato e incluso los receptores serotoninérgicos. (Meyer, R., 1996; Gilpin, N., 2008., Jhonson, B., 2010).

5 Hereditarias

Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones. Los estudios más actualizados sobre la tasa de herencia general para el alcoholismo fluctúan entre el 60% y 90%. (Schuckit, M., 2009; 2009). Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno. (Schuckit, M., Smith, T. 1996)

Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se han encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo. (Kumpfer, K., 1993; Harrison's, y col; 1994; Schuckit, M., Smith, T., 1996).

El grado de influencia de cada uno de estos grupos de factores variará de acuerdo al momento histórico y cultural en que se desarrollen.

Por lo tanto no existen factores únicos para volverse un dependiente a sustancias, sino que a partir de la consideración de los tres vértices de un triángulo "sujeto, sustancias y contexto" se puede alcanzar una visión veraz de la realidad y una mejor aproximación terapéutica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

PERFIL DEL DEPENDIENTE A SUSTANCIAS

De acuerdo a nuestra experiencia los trabajos realizados por Navarro, Nizama, Becerra y otros se define las características psicológicas de la persona dependiente a sustancias en los siguientes términos:

1. Presenta un serio trastorno en el área de la voluntad que le impide dejar de consumir, con abulia o hipobulia y compulsión.
2. Presenta cambios de comportamiento caracterizado por:
 - Incapacidad para el autocontrol
 - Tendencia a emitir conductas manipulatorias con la finalidad de consumir la droga.
 - Utiliza con frecuencia conductas evitativas.
 - Puede presentar actos violentos contra sí mismo o terceras personas.
 - Presenta conductas antisociales pudiendo llegar a la mentira y al robo.
3. Trastorno en el área de las emociones: se muestra frío, con incapacidad, para experimentar placer y expresar emociones (anhedonia). Establece relaciones afectivas superficiales.
4. Alteraciones en el contenido y formulación del pensamiento caracterizado por creencias, pensamientos y/o temores irracionales. Puede presentar además ideas delusivas y suspicacia o episodios psicóticos, transitorios.
5. Alteraciones en la memoria e inteligencia: Con presencia de amnesia o hipomnesia para los hechos acaecidos en el periodo de ingesta y gradual disminución de las habilidades sociales (inteligencia social) que puede ser reversible en la medida que abandone el consumo.
6. Se evidencia interrupción en la maduración de la personalidad: con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para resolución de conflictos, para elaborar metas y proyectos de vida y una alteración en su sistema de valores.

7. Presenta trastornos en el área de funcionamiento laboral con abandono de sus responsabilidades que van desde el ausentismo hasta la pérdida del trabajo.
8. Igualmente se altera su funcionamiento en el seno familiar llegando desde el conflicto, el rechazo o la autoexclusión de la vida familiar.
9. En el aspecto social se refugia en una subcultura que refuerza sus conductas psicopáticas pudiendo pasar fácilmente del hurto y la estafa a la micro comercialización o el narcotráfico.
10. En el área legal: con frecuencia puede tener problemas policiales o judiciales pudiendo llegar a la exclusión total con la reclusión en cárcel.
11. Puede presentar episodios de ansiedad y depresión asociadas o independientes del consumo de sustancias.
12. Utiliza con frecuencia mecanismo de defensa para minimizar su problema, y si en algún momento los deja de lado puede caer en la desesperanza y el abandono con sensación de "vacío existencial" que lo puede llevar a pensar en la idea de suicidio o a ejecutar algún intento, en ocasiones con éxito.
13. No tiene conciencia de enfermedad adictiva.
14. En casos extremos puede presentar problemas médicos o psiquiátricos asociados (comorbilidad).

6.1 CUADRO CLINICO

Para el diagnóstico se usa los criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), para los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol mencionan que son trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos o de demencia. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico). A partir de este punto sustancia psicotropa será equivalente a alcohol.

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros), se establece los criterios diagnósticos según CIE- 10.

F10.0 Intoxicación aguda.

F10.1 Consumo perjudicial.

F10.2 Síndrome de dependencia.

F10.3 Síndrome de abstinencia.

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F10.5 Trastorno psicótico.

F10.6 Síndrome amnésico.

F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.

F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.

F10.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 LA INTOXICACIÓN AGUDA (F10.0)

Corresponde a un conjunto de síntomas y signos desencadenados por el consumo del alcohol y su acción directa principalmente sobre el SNC. Está relacionado con:

- Dosis de consumo (pudiendo dar efectos diferentes según la dosis, como en el caso del alcohol que varía de efectos estimulantes a depresores).
- Historia previa de consumo
- El contexto social en el que se produce
- El estado orgánico previo especialmente enfermedades crónicas

F10.0 Intoxicación Aguda debido al consumo de Alcohol

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno o más de los siguientes:

1. Desinhibición
2. Actitud discutidora
3. Agresividad
4. Labilidad del humor
5. Deterioro de la atención
6. Juicio alterado
7. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Al menos uno de los siguientes deben estar presentes:

1. Marcha inestable
2. Dificultad para mantenerse en pie.
3. Habla disártrica (farfullante)
4. Nistagmos
5. Nivel de conciencia disminuido (somnolencia, estupor, coma)
6. Enrojecimiento facial
7. Inyección conjuntival

Puede recurrirse a los cinco caracteres siguientes para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

F1x.00 No complicada. Los síntomas varían según gravedad, habitualmente en relación a la dosis.

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal

F1x.02 Con otras complicaciones médicas, por ejemplo, hematemesis, aspiraciones del vómito.

F1x.03 Con Delirium

F1x.04 Con distorsiones de la percepción

F1x.05 Con Coma

F1x.06 Con Convulsiones

F1x.07 Intoxicaciones patológica (sólo aplicable al alcohol)



Comentarios:

Cuando la intoxicación es grave puede aparecer hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos.

6.2.2 CONSUMO PERJUDICIAL (F10.1)

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.

6.2.3 SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F10.2)**Guías Diagnósticos- ICD 10**

El diagnóstico de dependencia se debe hacer sólo si se encuentra 3 o más de los siguientes criterios en algún período durante el último año:

- 1) Un deseo intenso o sensación de ingesta compulsiva de alcohol.
- 2) Conciencia subjetiva de una perturbación en la capacidad del control del alcohol, en términos de inicio, terminación o niveles de uso de la bebida.
- 3) Uso del alcohol con el fin de reducir o suprimir los síntomas de abstinencia y con conocimiento pleno de la efectividad de tal estrategia.
- 4) Estados de abstinencia fisiológica (síntomas de supresión)
- 5) Evidencia de tolerancia (mayor consumo para obtener el mismo efecto)
- 6) Una reducción del repertorio personal (actividades académicas, laborales) en relación al uso del alcohol.
- 7) Cambio progresivo de las actividades placenteras o intereses personales en favor del uso de la bebida.
- 8) Persistencia en el uso del alcohol, a pesar de haber claras evidencias de las consecuencias dañinas manifiestas de su uso (consecuencias adversas médicas, sociales, laborales o psicológicas).

6.2.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA (F10.3)

- A. Se deben satisfacer los criterios para el síndrome de abstinencia (F1x.3)
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
1. Temblor de la lengua, párpados o manos extendidas
 2. Sudoración
 3. Náuseas o vómitos
 4. Taquicardia o hipertensión
 5. Agitación psicomotriz
 6. Cefalea
 7. Insomnio
 8. Malestar o debilidad
 9. Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles





10. Convulsiones de tipo gran mal

El diagnóstico del síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto dígito:

F1x.30 No complicado

F1x.31 Con convulsiones

Comentario: Si existe delirium el diagnóstico será síndrome de abstinencia al alcohol con delirium: (F10.4)

EL CONCEPTO DE COADICCIÓN

En la medida que el problema de la Dependencia a sustancia no solo depende del tipo de sustancia, las características del sujeto que lo consume y el vínculo que establece con ésta sino también del entorno ambiental en el cual éste se desarrolla, la familia cobra especial importancia cuando se intenta iniciar algún tipo de intervención terapéutica.

El dependiente a sustancias facilita una alteración en el sistema familiar pudiendo ser rechazado por algunos de sus miembros y protegido por otros. Se establece entonces el fenómeno de la coadicción muchas veces asumido por la pareja o la madre del dependiente.

La persona coadicta desconoce las características de la enfermedad adictiva, e intenta mitigar los problemas inmediatos derivados del consumo de la sustancia ya sea encubriendo la conducta, minimizando o proporcionando las facilidades o los medios (dinero, excusas, mentiras) para que el dependiente siga consumiendo justificándose en un sentimiento de "ayuda", conmiseración, miedo oculto, o amor malentendido.

Por lo tanto cualquier programa de tratamiento deberá considerar este aspecto como elemento importante dentro de la rehabilitación del paciente.

CONCEPTO DE RECAIDA

Esta se define como el proceso de retorno al uso de alcohol y otras drogas por lo general al mismo patrón de consumo del ingreso al tratamiento (consumo de 3 a 4 veces por semana), consumo diario, consumo de 3 días seguidos, etc.) Por lo general tal condición se asocia al retorno a los patrones de conducta relacionados al consumo de licor pudiendo regresar a fases motivacionales ya sea pre contemplativo o contemplativo. (Marlatt, G., 1985).

Las tasas de recaída en los primeros meses oscilan entre el 40% a 60% de los casos (NIDA, 2009), mientras que con la diabetes oscilan entre el 30% al 50%, con el asma y la hipertensión al recurrencias se dan entre el 50% y el 70% de los casos (NIDA, 2009).

Ello posiciona a las recaídas como parte del proceso de salida, en la medida que estas se vayan haciendo cada vez más espaciadas, vía las intervenciones terapéuticas específicas. El hacerse más espaciadas es un buen indicador que vamos avanzando y que cada recaída debe servirnos para hacer los ajustes del tratamiento en función a las razones por las cuales la persona volvió a reincidir en el consumo o la conducta adictiva.



En tal sentido, y reconociendo el avance en la conceptualización de recaída, estas se han dividido en dos tipos a saber:

Desliz: Se define como el retorno al consumo de alcohol u otras drogas, pero este consumo es circunscrito en tiempo y cantidad sin resultar en un consumo descontrolado y que no llega a los patrones iniciales de consumo del paciente. Por lo general tal condición no afecta los patrones de conducta adquirido en el proceso de tratamiento, siendo la persona consciente de las necesidades y ayuda para tal situación. (Marlatt, G., 1985; Saavedra, C., 1997).

Los resultados tanto de programas ambulatorios como de hospitalización han demostrado que la mayoría de las recaídas se dieron en los primeros 6 meses de tratamiento.

A su vez, entre el 88% y el 90% de pacientes que lograron una abstinencia en los primeros 6 meses se mantuvieron en tal condición hasta el primer año de tratamiento.

TIPOS DE RECAÍDAS

No todos los pacientes tienen el mismo tipo de recaídas, es por ello necesario que el familiar y el paciente conozcan con claridad la forma particular de recaer en el consumo. En tal sentido, este programa de recuperación puede aplicarse ya sea de manera individual en las sesiones de seguimiento, pero también de manera grupal, donde se constituye en una forma de abordaje de costo - beneficio.

A) RECAÍDAS POR "ESTRÉS"

El estrés es uno de las condiciones más frecuentes con las cuales una persona se enfrenta en el diario vivir. Se define como el estado de tensión generado por múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc.,) que la persona puede estar enfrentado y que es resultado como parecían tales estresores y de los mecanismos de afrontamiento que dispone a través de su experiencia de vida (Goetsch, V., 1993).

Manifestaciones:

- Manifestaciones Psicológicas
- Manifestaciones Físicas
- Preocupación progresiva obsesiva
- Dolores musculares cambiantes
- Ansiedad, temor o sensación de algo malo inminente
- Sudoración excesiva, manos, axilas u otras partes del cuerpo
- Irritabilidad, poca tolerancia, impaciencia
- Palpitaciones
- Inquietud que va desde leve hasta severa con crisis de agitación
- Dolores de cabeza tipo presión
- Inestabilidad emocional
- Frialdad de extremidades
- Problemas con el sueño, dificultad para poder dormirse
- Acentuación de diversas condiciones psicosomáticas
- Alteraciones alimenticias sea de poco apetito o angustia por comer

B) RECAÍDAS POR "ABURRIMIENTO"

Este tipo de recaída se genera como resultado de la falta de autoorganización diaria en la vida de la persona. Por lo general la persona con problemas de alcohol va trastocando progresivamente su vida personal en términos de sus actividades tanto personal, familiar, académicas/laborales y social, a expensas de su consumo y la recuperación de los efectos tras sus ingestas.

C) RECAÍDAS POR "PROBLEMAS"

Lo primero que la persona tiene que saber es que si existe ingesta inmoderada de alcohol y hay problemas la primera posibilidad es que el problema sea el alcohol y las dificultades sean secundarias. Por ello es vital hacer el análisis entre los problemas y la ingesta de alcohol. Si ello es el caso entonces las orientaciones deben ir en torno a la reducción o la abstinencia según el caso.

Si los problemas no son relacionados al alcohol, como por ejemplo problemas de pareja crónicos, problemas de familia disfuncional, problemas sexuales crónicos, problemas psiquiátricos asociados, entonces debe ser derivado a una intervención psicológica o psiquiátrica según el caso.

C) RECAÍDAS POR "CONDICIONAMIENTO AMBIENTAL"

Esta es una de las recaídas más frecuentes al inicio del tratamiento. El alcohólico ha hecho de su vida un condicionante generalizado; es decir todo su entorno se asocia con el licor. Los estímulos se asocian por apareamiento con la ingesta de alcohol y adquieren una capacidad de genera angustia por el licor.

Por ello al inicio del tratamiento es importante que la persona evite todo tipo de estímulo (la presencia de licores, el olor al alcohol, lugares, personas etc.) que se relacione con el alcohol y/o droga alguna. La "angustia" por el consumo es un fenómeno que va a ir desapareciendo progresivamente, pero ello va ser con los meses de no consumo.

D) RECAÍDAS POR EMOCIONES NEGATIVAS O POSITIVAS

Esta es la recaída que es resultado de situaciones en las cuales la persona experimenta un estado emocional ya sea muy negativo o desagradable como frustración, cólera, depresión o en su defecto por situaciones que le generan mucha alegría y que trata de manejarlas tomando alcohol/drogas.

E) RECAÍDAS POR MALTRATO FAMILIAR O DE ENTORNO SOCIAL

Estas recaídas se dan por problemas de codependencia familiar, es decir reacciones de la familia negativas por la desesperación que su familiar no deje de tomar alcohol o consumir sustancias. Las formas clásicas de maltrato es el psicológico, con levantadas de voz, insultos, humillaciones, que muchas veces llegan hasta el maltrato físico. Otras formas más sutiles son la indiferencia, el menosprecio e incluso la marginación familiar

El afronte de tales situaciones es vía intervenciones en la familia ya sea en las sesiones individuales de seguimiento, pero las más eficaces son mediante las terapias multi familiares de grupo, donde el familiar puede percatarse mejor del error de tales actitudes en las familias más avanzadas.

F) RECAÍDAS PARA "PROBARSE"



Estas recaídas son muchas veces producida a mediano y largo plazo, cuando el paciente tiene ya unos meses de abstinencia y por tal situación piensa que "ya se ha curado". Muchas veces a propósito se produce el evento, para ver y probarse a sí mismo si ha superado o no su problema.

6.3 DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Se debe considerar en:

INTOXICACIÓN AGUDA

- Trastornos orgánicos cerebrales agudos (TEC)
- Hipoglicemia

SINDROME DE ABSTINENCIA

- Para el caso del síndrome de abstinencia estará en relación a determinar el tipo de sustancia consumida (o grupo de sustancias en el caso de tolerancia cruzada), aun cuando las características son específicas para cada una de ellas. Debe igualmente diferenciarse entre un cuadro de compulsión de consumo por dependencia (en el cual existe deseo de consumo) y un estado de abstinencia generado por usos médicos (como el caso de opiáceos utilizados para calmar el dolor).
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Trastornos orgánicos que producen temblor o ansiedad.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Múltiples Sustancias Psicotropas (CIE – 10 F19). Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con el diagnóstico: Abuso de sustancias que no producen dependencia (CIE - 10 F 55), con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida.

6.4 EVALUACIÓN DEL PACIENTE:

A. PRIMERA ETAPA: ADMISION Y ATENCION DE PACIENTES

Depende de las características individuales de cada caso.

El contacto inicial se realiza en dos modalidades:

- A.1 Intervención en Crisis: (Emergencia)
- A.2 Ambulatorio (Consultorios Externos): Incluye Terapia Motivacional.



A.1. INTERVENCION EN CRISIS (EMERGENCIA)

Se trata de pacientes que son traídos en contra de su voluntad por familiares y/o la policía o serenazgo por problemas de intoxicación aguda o por conductas violentas que comprometan la vida del paciente, de sus familiares o de terceras personas.

Se debe realizar la historia clínica de Emergencia que incluya además del examen mental un examen físico minucioso procediéndose a derivar oportunamente si hay algún tipo de complicación física a un hospital general.

En caso de agitación psicomotriz se aplicara el procedimiento correspondiente para esos casos.

Luego de resolver el proceso agudo, en el término de 72 horas el Psiquiatra del Departamento de Adicciones reevalúa el caso y determina de acuerdo a la condición clínica y con la aceptación del paciente, su hospitalización o su traslado a Consultorios Externos para continuar con su tratamiento.

A.2 AMBULATORIO

El paciente acude en compañía de un familiar u otra persona no adicta., que le pueda brindar soporte social y emocional en un inicio.

Es evaluado por el médico psiquiatra especialista en Adicciones quien determina la etapa de enfermedad adictiva en que se encuentra el paciente y decide si deberá continuar en tratamiento ambulatorio u hospitalizarse.

En todos los casos se deberá realizar el examen físico correspondiente para descartar otras enfermedades asociadas (Infección de Transmisión Sexual, VIH - SIDA, Tuberculosis, Parasitosis, etc.) y el examen mental y psicopatológico para descartar patología psiquiátrica (Esquizofrenia, Trastorno del Humor, o un Trastorno de Personalidad (Borderline), disociar, etc.) o problemas medico legales. Para ello utilizara los recursos necesarios con tal fin, apoyándose en pruebas psicológicas, exámenes de laboratorio, evaluaciones sociales y otros.

Igualmente deberá evaluar el grado de motivación del paciente (criterio de Prochaska y Di Clemente).

Esta información quedara registrada en la historia clínica correspondiente y se instalara el tratamiento farmacológico pertinente.

Si existe patología asociada realizara oportunamente las derivaciones correspondientes con otros Departamentos del Hospital "VÍCTOR LARCO HERRERA".

Se evaluara además las características del contexto familiar y el grado de aceptación y/o rechazo hacia el paciente (Coadicción).

En estas condiciones se concluirá con un diagnóstico inicial del perfil del paciente y un plan de tratamiento que podría incluir farmacoterapia.



GRUPO DE MOTIVACIÓN

Se realiza con pacientes ambulatorios por el personal de psicología . Incluye:

a) Grupo de Motivación para Familiares

1. Brinda apoyo, información y orientación a los familiares y/o personas que apoyan al paciente para la comprensión y conocimiento de la enfermedad.
2. Se identifican las conductas de coadición
3. Se proporcionan instrumentos para ejercer control social sobre el paciente.
4. Se informan las características del Programa de Tratamiento.

b) Grupo de Motivación para Pacientes

1. Se basa en el modelo de Prochaska y Di Clemente
2. Se identifica el nivel de motivación en que se encuentra el paciente
3. Se brinda información acerca de la enfermedad y las características del programa de Tratamiento.
4. Se identifican los mecanismos de consumo del paciente y las conductas psicopáticas
5. Se le invita a mantener la abstinencia a través del auto control y en caso de recaídas frecuentes se le motiva para acceda a un tratamiento prolongado en el área de hospitalización
6. Se realizan intervenciones terapéuticas preventivas.

B. SEGUNDA ETAPA: HOSPITALIZACION- DEPARTAMENTO DE ADICCIONES (PABELLÓN 18)

El modelo de Tratamiento se caracteriza por ser multimodal, a predominio grupal e individual según la etapa de tratamiento en que se encuentre el paciente, de acuerdo con la realidad del Perú.

Incluye: Desintoxicación, Farmacoterapia, Tratamiento cognitivo conductual y modificación del comportamiento, Psicoterapia, Autoayuda y Comunidad Terapéutica Rehabilitación, Reinserción social y además un trabajo de motivación y cambio de las conductas adictivas de acuerdo al modelo de Prochaska y Di Clemente (1993).

1. Es un programa estructurado con reglas, responsabilidades, límites y principios básicos para el manejo del dependiente a sustancias.
2. La abstinencia total a drogas legales e ilegales.
3. El programa de tratamiento de desenvuelve dentro de un sistema de "Proceso por Etapas" en cada uno de los cuales están definidos tareas y objetivos específicos para éste.
4. El tiempo de duración promedio es de 6 meses a un año.
5. Se presta especial importancia a la valoración diagnóstico multiaxial que permita delimitar el perfil individual de cada caso.
6. Se ofrece una terapia combinada grupal e individual de acuerdo a la fase de tratamiento en que se encuentra el paciente evitando así la masificación del

tratamiento.

7. El diseño de nuestro programa permite una retroalimentación positiva a través de autoevaluaciones permanentes.
8. Permite lograr que el paciente asuma la responsabilidad de su tratamiento y la autodeterminación a través de una sucesión de informaciones y vivencias.
9. Permite la aproximación humanista hacia el paciente que se extiende desde la perspectiva de los principios de la comunidad Terapéutica de Maxwell Jones hasta los principios logoterapéuticos y valorativos de Víctor Frankl y Honorio Delgado.
10. La estructura del programa de tratamiento permite la atención no sólo del paciente sino la participación activa de la familia identificando el fenómeno de Coadicción y reeducándola.
11. Cuenta con un Equipo Multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, técnicos de enfermería) que participan activamente en la atención del paciente, manteniéndose el médico como responsable final de cada individuo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes consumidores menores de 18 años y mayores de 65.
2. Psicóticos Duales Crónicos o con Psicosis severa.
3. Pacientes con Personalidad Borderline
4. Pacientes con Psicopatía Primaria
5. Pacientes con Trastorno del Humor severo.
6. Presencia de enfermedad física, aguda o crónica severa.
7. Pacientes con Retardo Mental o Síndrome Orgánico Cerebral Agudo o Crónico severo.
8. Pacientes con problemas Judiciales (amenaza de prisión efectiva).

INSTRUMENTOS

1. Intervenciones individuales y grupales con el paciente y su familia.
2. Elaboración de la historia clínica completa.
3. Solicitud de análisis y exámenes complementarios según el caso
4. Evaluación psicológica y social.
5. Contrato Terapéutico con el paciente y su familia con aceptación del tratamiento.
6. Elaboración de un plan de tratamiento.
7. Utilización de fármacos cuando sea necesario según criterio médico.

RECURSOS HUMANOS

(Equipo Multidisciplinario)

1. Médicos Psiquiatras CAPACITADOS Y ACTUALIZADOS en el área de Adicciones
2. Psicólogos
3. Enfermeras
4. Asistentes Sociales



5. Técnicos de Enfermería

6.5 EXAMENES AUXILIARES

Historia Clínica y Procedimientos Auxiliares

Estado basal del paciente

- Hemograma, hemoglobina, glucosa, creatinina, colesterol total, transaminasas (T.G.O, T.G.P), gamaglutamil transpeptidasa, VDRL, VIH y otras necesarias.
- Dosaje de Sustancias Psicoactivas
- Examen de orina simple
- Perfil psicológico y social
- Evaluación psicológica.
- Evaluación social.

Otros exámenes según se requiera

- EEG: Descartar organicidad cerebral.
- ECG: Descartar patología cardíaca.

6.6 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Atención en Hospital Víctor Larco Herrera Nivel III-1:

6.6.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- El tratamiento está orientado a obtener la reinserción sociolaboral del paciente.
- Orientar y educar al paciente y su familia en el conocimiento de la enfermedad.
- Detección y selección de casos a ser incorporados al programa.
- DETECCIÓN DE COMORBILIDAD FÍSICA Y PSIQUIÁTRICA
- Programa de motivación para incorporarse al tratamiento
- Programa de tratamiento y rehabilitación para adictos no complicados, en diversas modalidades.
- Programa de seguimiento.
- Servir como centros de referencia para los niveles de menor complejidad. Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
- ELABORAR Y PARTICIPAR EN INVESTIGACIONES RELACIONADAS A ADICCIONES.

6.6.2 TERAPEUTICA

MODELO DE TRATAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HVLH. (QUE INCLUYE LA TÉCNICA DE LA Comunidad terapéutica)

FARMACOTERAPIA
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y / O GRUPAL
Psicoterapia de familia.





PER

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PREVENCIÓN DE RECAÍDA

A. EL MODELO DE TRATAMIENTO

Nuestro modelo de tratamiento se orienta a los pacientes que presentan algún trastorno mental y del comportamiento por el consumo de Sustancias Psicótropas y otras conductas asociadas al consumo (F10 al F19 incluyendo el diagnóstico de Juego Patológico (CIE – F19 F63).

Fundamento

- a) El reconocimiento de que la dependencia a sustancias psicoactivas es enfermedad biogenética y psicosocial crónica, progresiva y potencialmente fatal, caracterizada por una pérdida de control, así como por cambios variados de la personalidad y consecuencias sociales.
- b) El Desarrollo de una nueva forma sana de ser y de vivir.

Luego de haber pasado la primera etapa y definido la necesidad de continuar con un tratamiento residencial o de hospitalización el paciente en forma voluntaria se compromete por escrito a continuar con su proceso de cambio.

Los pacientes reciben intervenciones individuales y/o grupales según lo requieran en diferentes momentos de su permanencia en el programa, se integran gradualmente a la fase residencial mediante el Sistema de Comunidad Terapéutica al interior del cual atraviesa por tres niveles de intervención, de acuerdo a sus características individuales y obtención progresiva de las metas terapéuticas planteadas.

Mientras dure el internamiento el paciente se sujeta a tres principios o reglas básicas:

- A. No consumo de drogas
- B. No realizar actos violentos
- C. Controlar su conducta sexual y erótica

Además debe cumplirse los siguientes criterios de hospitalización:

- Consumo compulsivo e incontrolado de alcohol que no responde a tratamiento ambulatorio.
- Complicaciones psiquiátricas severas como: Intento o ideación suicida o psicosis
- Soporte social muy disfuncional prolongado.
- Edad de 18 a 60 años
- Aceptación de su hospitalización.

B. ABORDAJE DE LAS RECAÍDAS

TÉCNICAS ADECUADAS DE AFRONTE EN SITUACIONES DE ESTRES:

Técnicas de Relajación sin apoyo psicológico:

Terapia física.- Destaca de sobremanera. Hoy en día la actividad física está considerada como una de las formas más importantes de manejar el estrés y casi no existe programa terapéutico en drogas que no incluya como ingrediente en su tratamiento algún tipo de actividad física.

Tipos de actividad física: Disponemos de un abanico de posibilidades que van



desde los clásicos deportes como son el fútbol, vóley, básquet, hasta aquellos menos frecuentes como son el tenis, squash, frontón, natación o simplemente el entrenamiento específico en un gimnasio donde puede darse una rutina variada, que necesariamente debe incorporarse actividades cardiovasculares como bicicleta estacionaria, spinning, trote en máquinas de banda o también puede ser el baile, que ya hoy en día está bien incorporado en la mayoría de los gimnasios.

Consideraciones específicas: Para que la actividad física tenga efecto debe hacerse mínimo de 3 a 4 veces por semana por lo general en un gimnasio, para evitar desmotivarse al poco tiempo y tener guías constantemente en torno a su evolución.

De otro lado, en aquellas personas mayores de 40 años o aquellas menores pero con condiciones médicas crónicas es importante hacer primero una consulta con un médico para descartar condiciones cardiovasculares o de otro tipo que pueden requerir de un tratamiento específico o de un cuidado especial con algún tipo de deporte específico

Técnicas de Relajación con apoyo de profesional psicólogo:

Estas deben ser aplicadas por psicólogos y dentro de las técnicas de relajación más conocidas son las técnicas de relajación progresiva del tipo de Jacobson, técnicas de relación con imagenología de tipo Eriksoniana, etc.

TECNICAS DE AFRONTE FRENTE AL ABURRIMIENTO:

Aquí lo más pertinente es hacerse un horario escrito de Lunes a Domingo sobre la estructuración de la vida diaria de la persona, incluyendo tanto actividades académicas y/o laborales, así como las recreativas, cuidando sobre manera que las actividades estén exentas de personas o lugares que promuevan a faciliten el consumo de alcohol.

TÉCNICA DE AFRONTE FRENTE A RECAIDAS POR EMOCIONES NEGATIVAS O POSITIVAS:

Aquí es pertinente hacer un deslinde del tipo de situaciones emocionales de riesgo y sus respectivos afrontes:

- A. Irritabilidad, malgenio o intolerancia por abstinencia de consumo. Se sabe que las alteraciones emocionales tras la ingesta excesiva de alcohol pueden extenderse hasta 4 semanas después de la última ingesta. Las estrategias más adecuadas son un sueño adecuado, actividad física para modular estos estados y si el cuadro es muy intenso considerar con su médico una medicación ansiolítica específica.
- B. Irritabilidad más allá del mes. Aquí es pertinente considerar un problema asociada, sea una dependencia a sedantes, u otra adicción asociada que el paciente ocultó, o en su defecto un trastorno de ansiedad asociado. Para ello es importante hacer una evaluación por psiquiatría y seguir los lineamientos propios para el tratamiento de tales condiciones.
- C. Emociones negativas por un problema de pareja o familiar crónico. En tales casos es importante hacer una derivación a un agente de salud mental (psicólogo/psiquiatra) para su adecuado afronte.
- D. Estados emocionales positivos. Aquí se refiere al poco control con emociones más bien de alegría o de éxito o bienestar, que se convierten en estímulos para

recaer como forma de estimular o auto gratificarse. Aquí la técnica más apropiada es la autocontrol y de conductas alternativas y el trabajo con la conciencia de enfermedad ética.

- E. Estados emocionales más intensos, sea estados depresivos o ansiosos que no cede a las 4 semanas, deben hacer descartar la posibilidad de un trastorno afectivo que debe ser evaluado por un psiquiatra.

TÉCNICA DEL CONTROL DE ESTÍMULOS

Se sabe que la angustia o el deseo de tomar alcohol producido por estímulos ambientales puede durar 3 a los 12 meses, según los estudios sobre condicionamiento ambiental (Gawin, K., 1986; Saavedra, C., 1997; Schukit, M., 2009). La recomendación concreta es evitar situaciones, personas, o reuniones vinculadas al alcohol. Dado que esta es una experiencia totalmente personal, la propia persona es su propio termómetro, para evaluar su capacidad de afrontar tales situaciones y estar libre del condicionamiento ambiental y la angustia asociada. (NIDA, 2009).

SISTEMA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En nuestro modelo el sistema de Comunidad Terapéutica se rige dentro de los principios básicos reconocidos internacionalmente:

- a) Sistema de tratamiento residencial con características de una microsociedad organizada con estructura jerárquica, centrada en que el adicto asuma sus propias responsabilidades para favorecer una vida libre de drogas así como que propicie las condiciones para el cambio en su estilo y filosofía de vida a través de la incorporación mantenimiento de los valores positivos y el desarrollo de su aspecto psicológico y espirituales.
- b) Existencia de personal profesional de salud, multidisciplinario y entrenado en el campo de las adicciones, se realiza intervención psicológica y social con visitas a domicilio y trabajo con familias.
- c) Desarrollo de un programa terapéutico definido con base científica y objetivos claros orientados a un cambio de conducta a través de técnicas psicoterapéuticas diversas y complementarias conducentes a la reinserción socio familiar y el seguimiento con criterio bien definidos de diagnóstico, admisión y alta.
- d) Requiere la participación activa y organizada de la familia en el acompañamiento del proceso terapéutico que realiza el paciente.
- e) Respeto a los derechos del paciente

Sistema de Niveles

Los niveles corresponden a los diferentes estadios del proceso de tratamiento al interior de los cuales se desenvuelve el paciente durante su permanencia en hospitalización. Coexiste simultáneamente con el sistema de Comunidad Terapéutica y tiene la ventaja de proporcionar flexibilidad al modelo de tratamiento adecuándolo a cada paciente, así pueden entrar en diferentes niveles y avanzar por ellos a diferente ritmo.

A su vez permite al paciente asumir en forma gradual la responsabilidad de su recuperación y al mismo tiempo sirve como un sistema de recompensa y estímulo

positivo cada vez que completa un nivel. Es útil además como un elemento protector para evitar un alto número deserción o abandono del tratamiento.

Nosotros consideramos tres niveles:

- A) Nivel I
- B) Nivel II
- C) Nivel III

A) Nivel I.- Corresponde al primer contacto del paciente con el sistema de Comunidad Terapéutica y al cese del consumo de sustancias a través de intervenciones individuales y grupales simultáneamente en donde es acogido. En este nivel se maneja el Síndrome de Abstinencia y se procede a la desintoxicación si es necesario. Se requiere aun mantener vigilancia sobre el paciente.

El paciente permanece un promedio de 30 a 45 días, luego de los cuales es reevaluado por el Equipo Multidisciplinario para decidir la posibilidad de continuar o cambiar de nivel. Para ello deberán haberse cumplido los siguientes objetivos:

- Adaptación del paciente al sistema de hospitalización y el grado de motivación.
- Estabilización de los efectos negativos de la abstinencia.
- Identificación de los factores condicionantes y desencadenantes de la enfermedad desde la perspectiva del paciente y con la orientación del equipo terapéutico.
- Se define el perfil del paciente a través del diagnóstico multiaxial.
- Se formula el Plan Terapéutico.

B) Nivel II.- Se basa en el manejo y desarrollo potencial personal y la autoevaluación a través de la confrontación con sus conductas, pensamientos y sentimientos.

En este nivel el paciente ha aprendido a manejarse dentro de la microsociedad artificial que le provee nuestro modelo de tratamiento, y que le sirve de apoyo, está motivado y convencido de que debe poner el máximo esfuerzo para lograr sus objetivos y se muestra dispuesto a enfrentar el reto a pesar del sufrimiento que de ello se pudiera derivar. En este momento se trabaja el proceso de CAMBIO propiamente dicho y el paciente realiza una modificación en el sentido de su vida y de su existencia recuperando su sistema de valores y dignidad humana.

El promedio de permanencia es de 90 días en los cuales se programa un alejamiento relativo del entorno familiar con encuentros quincenales, a los que accede de acuerdo a la evaluación del equipo terapéutico.

Los objetivos que deben cumplirse en este nivel son:

- Eliminación de la personalidad adictiva
- Manejo y resolución de los conflictos personales
- Prevención de recaídas
- Identificación del perfil vocacional y de habilidades
- Elaboración de un plan de vida a corto y mediano plazo que involucre un



cambio de estilo y calidad de vida libre de drogas.

C) Nivel III.- Después de haber cumplido con los objetivos del Nivel II, el equipo multidisciplinario determina el cambio del paciente al Nivel III. Aquí comienza a ejercer algún nivel de autoridad y de modelo frente a sus compañeros de otros niveles, experimenta una sensación de alegría y temor al mismo tiempo porque sabe que se encuentra próximo a regresar a la sociedad real y a su grupo familiar modificado. En este momento debe comenzar a dar los primeros pasos para su reinserción laboral y obtener algún sustento económico. Muchas veces en este aspecto tenemos dificultades por cuanto muchos de nuestros pacientes no consiguen una actividad laboral relativamente sana que los proteja por lo menos en un inicio de una recaída pudiendo prolongarse un poco más de lo previsto su permanencia en el programa: en estos casos les ofrecemos las alternativas de Clínica de Día o Clínica de Noche como elemento de protección.

Así pues, en este nivel le corresponde poner en práctica los cambios y decisiones contempladas en su Plan de Vida.

- Iniciar la ejecución de su Plan de Vida a través de la reinserción en el modelo laboral o educativo.
- Reanudación o reubicación de un entorno familiar modificado.
- Incorporación a grupos de autoayuda.
- El promedio de permanencia en Nivel III es de 45 a 90 días.

Una vez culminado el Nivel III se procede a dar el alta en la etapa de hospitalización y pasa a la Tercera Etapa o de Seguimiento.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

La etapa de hospitalización mantiene una dinámica propia a través de:

1. Programación del tiempo: A través del cumplimiento estricto de un horario de actividades que involucra levantarse a las 6.00 a.m. y acostarse a las 10.00 p.m. El tiempo será invertido en diversas actividades previamente programadas y diferenciadas para cada nivel.

2. Desarrollo de Habilidades Sociales:

Incluye la revaloración personal de sus potencialidades y esquema de valores así como la participación en reuniones grupales para la elaboración del Periódico mural, participación en actividades recreativas, científicas culturales, laborterapia, talleres y deportes.

3. Actividades Socio terapéuticas:

Asamblea de Comunidad (diaria) matinal.

Reunión de autoayuda, diaria, vespertina.

Grupos de autoayuda para Nivel II y III, (N.A. y A.A.) 2 veces por semana.

4. Terapia Individual:

Cognitivo Conductual relajación.

Logoterapia

Transaccional.



Manejo del conflicto conyugal familiar

5. Terapia Familiar:

Individual y multifamiliar Coadicción.

6.6.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: FASE AGUDA

A. SÍNDROME DE ABSTINENCIA:

- Soporte PSICOSOCIAL y nutricional.
Tiamina 50 a 100 mg/día vía oral por una semana o más.
- **Alcohólico adulto sin compromiso hepático:**
Diazepam 10 mg cada 4 a 6 horas, vía oral en el primer día y luego reducir en 20% cada día según tolerancia.
- **Alcohólico adulto mayor o alcohólico con compromiso hepático:**
Lorazepam 2mgrs. V.O. cada 2 horas hasta sedación leve (1er día) luego reducir dosis en días subsecuentes a razón de 20% por día hasta suprimir la medicación.
- **Alcohólico con dependencia a Benzodiazepinas:**
Reducción progresiva de la benzodiazepinas a razón de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{8}$ de la dosis total cada 6 a 8 días o Clonazepam en dosis equivalente a la benzodiazepinas para el abuso y se reduce a razón de $\frac{1}{4}$ de dosis cada 7, 15 o 30 días V.O. Según severidad o Carbamazepina 600 a 800 mg, V.O. Diario.

B. SÍNDROME DE INTOXICACIÓN AGUDA:

- Se realiza con la evaluación del paciente en el servicio de Emergencia, en tal caso se deber derivar y/o referir a paciente a hospital general para manejo de intoxicación aguda.
- Realizar la hoja de derivación según formato de Referencia del establecimiento de salud.

C. TRATAMIENTO EN RECAIDAS

- **Naltrexone**, Se administra en dosis de 25 mg vía oral por 12 días y luego se incrementa a 50 mg/día.
- **Anticonvulsivantes: Topiramato** (prevención de recaídas): Por lo general la titulación de la dosis debe ser progresiva para evitar síntomas colaterales a razón de 25 mg cada semana hasta dosis de 100 a 300 mg/d.(Jhonson,B.,2010; Arbaizar, B.,2010;Baltieri,D.,2008;Flores,G.,2008).
- **Antidepresivos:** Es importante puntualizar que los antidepresivos en general no aumentan la abstinencia por alcohol, ni reducen la apetencia, ni la recaída de ingestas excesivas, ni la cantidad total de alcohol, ni los períodos de abstinencia, con lo cual no tienen un lugar como medida psicofarmacológica en el alcoholismo puro sin comorbilidad afectiva. (Gowin, L.,2011).

Por todas estas consideraciones, es menester seguir al paciente por varios años, dando apoyo profesional terapéutico para el desarrollo integral del mismo.

6.6.4 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: FASE DE ESTABILIZACIÓN:

Se aplica el modelo de atención según detalle del Modelo del programa de tratamiento para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas y otras conductas adictivas en el departamento de adicciones (pabellón 18) del hospital "Víctor Larco Herrera"

6.6.5 SEGUIMIENTO

Se realiza cuando el paciente ha salido de la etapa de hospitalización y regresa a su entorno, sirve para ayudarlo en el proceso de resocialización y continuar con su maduración personal y proyección al futuro que le permite consolidarse íntegramente en los diferentes aspectos de su vida de acuerdo al plan que ha desarrollado en la etapa previa y evitando las recaídas.

Se utiliza una modalidad ambulatoria a predominio individual y en forma complementaria a las intervenciones grupales.

Los objetivos a desarrollar son:

- Que el paciente continúe con el esfuerzo para obtener una madurez adecuada y su resocialización a través de la recuperación de la confianza en sí mismo.
- Que mantenga la abstinencia y una actitud de autoprotección frente al consumo de sustancias.
- Que ponga en práctica los nuevos comportamientos aprendidos y se mantenga atento frente a sus recursos y sus límites personales, para evitar las recaídas

El programa y de acuerdo a reportes de Vaillant sobre seguimiento de abuso de sustancias a largo plazo hemos considerado una duración de cinco años, después de los cuales consideramos el cuadro en REMISION.

DURACIÓN DEL SEGUIMIENTO

La duración del seguimiento se estipula entre 5 a 15 años en base a los estudios de seguimiento a largo plazo de tales pacientes (Vaillant, 1970, 1983, 1990) y además en función a la complejidad del proceso de rehabilitación. En tal sentido el tratamiento no solo se circunscribe a la abstención de la sustancia psicoactiva en cuestión, sino a la rehabilitación integral del paciente.

La función primordial una vez estabilizado abandonando el consumo de drogas, la persona debe ser capaz de enfrentar sus problemas ya sean familiares, personales, sociales, sentimentales, económicos, etc. sin recurrir a las drogas y aprender de tal modo a vivir maduramente sin la necesidad de una estimulante o sustancia psicoactiva alguna. Se sabe que el paciente que ha tenido problemas con sustancias psicoactivas queda vulnerable incluso, tal condición se debe a los cambios neurofisiológicos que se dan a nivel del cerebro y que son conocidos como la neuroadaptación (Sunderwirth, 1990) por la cual el sujeto queda con suerte de "alergia" que persiste por varios años y si la persona reincide en el consumo regular, el descontrol con el uso de la sustancia se reinstaura de manera sumamente rápida como si la persona nunca hubiese dejado de consumir anteriormente.

TERAPIA FAMILIAR



Se realiza en todas las etapas del tratamiento. La familia desde el momento que acude a solicitar ayuda para su paciente se compromete a involucrarse en el proceso terapéutico y participar activamente en éste sometiéndose también a un "cambio de actitud" a través de la orientación del equipo multidisciplinario. Se procede entonces a identificar el fenómeno de coadición y se diseñan estrategias para su modificación; en caso que el familiar comprometido requiera o padezca además algún trastorno ansioso o depresivo severo, se le insta a buscar una terapia individual específica con el psiquiatra general. Por otro lado la familia se mantiene informada sobre los logros y dificultades del paciente y ésta a su vez comunica algunos hechos que pudieran ser motivo de preocupación sobre la evaluación del paciente, esto permite el establecimiento de un diálogo fluido (alianza terapéutica) entre la familia y el equipo multidisciplinario.

Si bien al inicio la finalidad de la terapia radica en la orientación e información sobre la enfermedad, gradualmente con el involucramiento y la modificación de actitudes de esta lo que buscamos es que en la medida que el paciente mejore, la familia recupere su confianza en este y se establezcan relaciones saludables las que generalmente están deterioradas al inicio del tratamiento; de esta forma realizamos un intervención sobre el ambiente del enfermo sugiriendo modificaciones saludables que favorezcan la resocialización y la posibilidad de recaídas. Si ello no fuera posible, se advierte a la familia de su responsabilidad y las consecuencias que de ello se derivarían.

La modalidad de trabajo utilizado es a predominio grupal y excepcionalmente individual con contactos semanales o quincenales con el programa. Estos contactos se mantienen en forma indefinida y el programa se muestra disponible y abierto a sus visitas y consultas en el momento que lo requieran.

6.6.6 SIGNOS DE ALARMA

Según indicaciones del tratamiento farmacológico administrado

6.6.7 CRITERIOS DE ALTA

En el caso de pacientes hospitalizados el alta clínica se programa cuando han cumplido 6 meses de internamiento y luego de aprobar el PLAN DE VIDA, elaborado con supervisión del equipo terapéutico.

1. El alta definitiva se dará cuando el paciente ha cumplido con asistir a su tratamiento ambulatorio o de hospitalización siguiendo las pautas de nuestro modelo de tratamiento y ha mantenido abstinencia por 5 años consecutivos (Vaillant); se considera que el cuadro se encuentra en REMISION.

2. En caso de que el paciente no desee continuar con el programa de tratamiento en etapa de hospitalización, tiene derecho a retirarse en cualquier momento, previa firma de un documento de retiro voluntario que exonere al hospital de cualquier responsabilidad.

Se le brindará además la opción de solicitar atención en Consultorios Externos de Adicciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", cuando lo estime conveniente.



6.6.8 PRONOSTICO

El programa de tratamiento obtiene resultados variables en el tiempo, muchas personas con dependencia del alcohol son capaces de mantenerse abstemios tras los mismos, incluso por años. Se sabe que las personas con este problema tienen mayor probabilidad de estar desempleadas, involucradas en violencia familiar y tener problemas legales.

ESTRATEGIA PARA TERAPIAS DE GRUPO DE CONSEJERÍA

1. Ser mínimo un grupo de 4 personas
2. Debe haber un personal de salud (enfermera, psicólogo, asistente social, psiquiatra entrenados)
3. El grupo debe ser del mismo sexo y adultos.
4. Las terapias de Recaídas deben ser una para pacientes y otras para familiares en la semana.
5. Se hace la presentación del grupo con nombre de pila, y luego se escoge un tema por votación.
6. Se desarrolla el tema con la participación de la mayor parte de los integrantes y cada cierto tiempo los agentes de salud hacen una retroalimentación de lo vertido tomando como base el contenido tanto de la presente guía.
7. El tiempo es de 45 a 60 minutos por sesión.

6.7 COMPLICACIONES

FARMACOLOGICAS

Benzodiazepinas:

Se puede presentar abuso y dependencia con el empleo crónico, generalmente en pacientes con patrón de adicción a sustancias múltiples. En trastorno por consumo de alcohol se presenta una tolerancia cruzada con los tranquilizantes, por lo que para producir efectos ansiolíticos serían necesarias altas dosis.

La sobredosificación de BDZ generalmente se manifiesta por diferentes grados de depresión del SNC, que va desde la somnolencia hasta el coma.

Naltrexona:

Por lo general es bien tolerado, las náuseas es el efecto adverso más común (10%), seguido de cefalea, ansiedad y sedación. Las medidas de manejo son el uso de un antiácido para los síntomas digestivos y el uso nocturno para los problemas de sedación. Para embarazo tiene una categoría C, para la FDA.

Topiramato:

Los efectos adversos dependen de la dosis, a mayor dosis mayores efectos. Los más destacados son las parestesias (15% a 50%), anorexia y disminución de apetito (5% -19%), problemas de concentración y memoria (2% - 28% dosis dependiente), somnolencia y fatiga (9%-15%, dosis dependiente). Tiene si toxicidad fetal severa: labio leporino y paladar hendido.

Carbamazepina:

Sus propiedades farmacológicas (interacciones medicamentosas, efectos colaterales) limitan su uso. Más recientemente, ha aparecido la Gabapentina, la cual a pesar que sus mecanismos de acción no se conocen totalmente, posee muchas de las ventajas de la Carbamazepina y muy pocas limitaciones en lo



que se refiere a interacciones medicamentosas y efectos colaterales.

NO FARMACOLOGICAS

- En caso de Intoxicación severa por uso y abuso de alcohol, se procederá a derivación a Hospital General más cercano.
- Casos crónicos de alcoholismo como Wernike y Korfakoff deben ser tratados por especialidad.
- El delirium tremens constituye complicación severa de intoxicación alcohólica del mismo modo deberá ser manejado en hospital general.
- El síndrome de abstinencia neonatal es una complicación importante en caso de hijos recién nacidos de madres alcohólicas que no se trataran en consultorio externo, por lo que se derivará a centros especializados.
- Los casos de Violencia Familiar con maltrato infantil deberán ser abordados por equipo multidisciplinario.
- Aunque la **intoxicación leve o moderada no requiere de tratamiento específico**, la historia clínica y un examen físico completo son necesarios antes que el paciente abandone la sala de emergencia. Una respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas amerita una derivación a un hospital general o internamiento para una investigación exhaustiva (Walker, I., 1983; Catañeda, R., Cushman, P., 1989; Schuckit, M., 2009; Longo, D., 2012):

¿Ha sufrido de una convulsión previamente?

¿Tiene el paciente una historia de Delirium Tremens?

¿Ha tomado el paciente alguna medicación o combinación de drogas con el alcohol?

¿Tiene el paciente una historia de enfermedad ulcerosa, enfermedad cardiovascular, diabetes u otra enfermedad médica seria?

¿Ha sufrido el paciente un accidente o ha tenido algún traumatismo encefalocraneano?

¿Padece el paciente de una condición psiquiátrica seria(v. gr. Depresión con ideación suicida, psicosis, trastorno orgánico cerebral, etc.)?

¿Ha habido alguna evidencia reciente de sangrado gastrointestinal?

- Debido a que las personas intoxicadas pueden ser incapaces de sentir o expresar el lugar del dolor, **deben ser evaluados** cuidadosamente buscando lesiones traumáticas, contusiones, cortes, etc., así como obtener información de terceros o allegados.



Tabla 1. Condiciones médicas que deben ser identificadas por el personal de salud y derivadas a un centro médico para su adecuado afronte.

CONDICIÓN	HALLAZGOS CLINICOS	HALLAZGOS DE LABORATORIO
Hemorragia Intracerebral	Evidencia de traumatismo encefalocraneano, anisocoria, focalización epiléptica	Niveles de etanol más bajo que el esperado, fractura craneal ; CAT Scan(+)
Cetoacidosis Alcohólica	Cuadro de consumo reciente por varios días seguidos; vómitos náusea, epigastralgia, hipovolemia	Acidosis metabólica, cetonas en orina,
Intoxicación por Etilene Glicol	Vómitos, epigastralgia, convulsiones, nistagmus.	Cristaluria de oxalato (50% de pac.) Acidosis, hipocalcemia
Intoxicación por metanol (Alcohol tóxico por lo general mercado negro)	Vómitos, epigastralgia, edema de disco óptico, pérdida de visión	Acidosis profunda, hiperamilasemia. Toxicológico positivo.
Encefalopatía de Wernicke	Confusión, apatía, confabulación, disturbio de la memoria, parálisis 6to par, nistagmus, ataxia	
Encefalopatía Hepática	Usualmente con cirrosis: Asterixis, fetor hepaticus, hiperreflexia, hipotermia, ictericia	Hiperamonemia, alcalosis, azotemia, hipocalemia, hiperbilirrubinemia.
Hipo glicemia	Convulsiones (focal o generalizada)	Hipo glicemia
Termo regulación alterada	Alteraciones de la temperatura, capacidad de sudoración, vasodilatación	Alteración electrolítica, alteración electrocardiográfica
Infección	Hipertermia: Neumonía, bronquitis, tuberculosis, endocarditis bacteriana, Salmonelosis, difteria.	Hemograma (+), Rx detorax (+) EKG.
Pancreatitis	Dolor súbito abdominal, constante en epigastrio o cuadrante superior izquierdo c/s irradiación al tórax, espalda o flanco, se exagera en decúbito y disminuye en posición sentada y piernas apoyadas al pecho	amilacemia elevada (2-12 horas iniciados los síntomas y persiste elevada por 3-5 días).
Cardiopatía	Taquicardia, arritmia, angina, ortopnea, edema, hipertensión	EKG anormal hipertensión arterial
Hipocalcemia	Calambres musculares, hiperreflexia, espasmo carpo pedal, convulsiones, Signos de Chvostek y Trousseau	Hipocalcemia

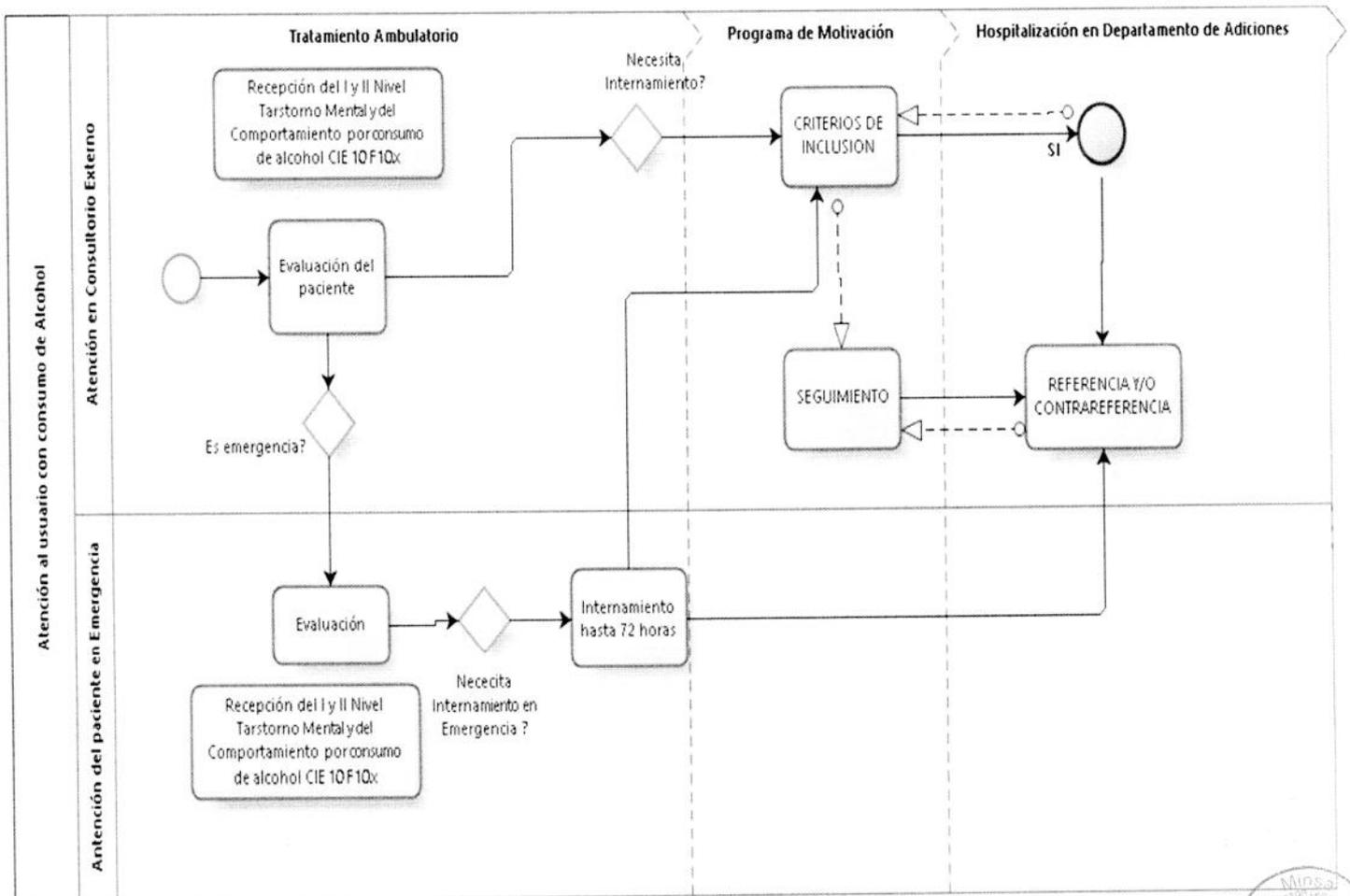


Fuente: Marco, C.,1990; Adams S; 1990;Longo,D.,2012.

6.8 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. Se recepcionarán los pacientes derivados de los Puestos y Centros de Salud Y Hospitales del ámbito de Influencia del Hospital Víctor Larco Herrera.
2. Ante la presencia de complicaciones médicas severas se debe realizar coordinaciones para derivar a hospital general para evaluación

6.9 FLUJOGRAMA



VII. ANEXOS

TERMINOLOGIA (DSM – 5 Y CIE - 10)

DROGA: Toda sustancia legal o ilegal que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, las emociones, el sujeto y el comportamiento y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola. Aunque las características de cada sustancia son importantes a la hora de comprender una adicción, lo es más a la relación que el sujeto consumidor establece.

USO DE SUSTANCIAS: Es aquella forma de consumo que no genera consecuencias negativas para el sujeto.

ABUSO: Es el consumo persistente e injustificado de algunas sustancias y los intentos de disuadir o impedir el consumo de ésta se enfrenta a una gran resistencia a pesar de advertir al enfermo sobre el riesgo o la presencia de daño somático o mental.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia. Los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo.

DEPENDENCIA: Se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica como consecuencia de la exposición a droga (Teoría de la Neuroadaptación) haciéndose más necesaria su utilización para evitar los fenómenos que ocurren con su retiro. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva a la sustancia. El diagnóstico puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína.

TOLERANCIA: Es el proceso que permite al organismo admitir progresivamente una mayor cantidad de sustancias para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

Existe la posibilidad de que determinada sustancia que genera tolerancia la induzca también para otra de similar familia farmacológica sin que el sujeto lo hubiera consumido lo que se denomina

TOLERANCIA CRUZADA ejemplo: La tolerancia a los tranquilizantes que desarrollan los alcohólicos.

ABSTINENCIA: Conjunto de síntomas que se presentan en forma absoluta o relativa hacia una determinada sustancia tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. Coincide con la disminución de la concentración en sangre de la sustancia problema

ADICCION: Término utilizado como sinónimo de Dependencia:

Actualmente se ha determinado eliminarlo de la terminología oficial por cuanto ha devenido en término con connotaciones peyorativas y se ha extendido hacia otro tipo de problemas como la adicción al dinero o la adicción a la televisión.

Puede implicar solo el cambio conductual pero no la dependencia física.

ALTA HOSPITALARIA: A la remisión de síntomas de abstinencia aguda y/o internamiento voluntario en departamento de adicciones del Hospital con máximo



de 5 días. En caso de negación de hospitalización prolongada tiene que realizar manejo ambulatorio.

EL MODELO DE ENFERMEDAD EN LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (Washton)

Este modelo plantea que se habla de enfermedad cuando la persona ha cruzado el umbral del uso al de abuso de sustancias químicas y no puede regresar a un uso controlado sin que se desencadene de nuevo la adicción. Se menciona tres estadios en la progresión de la enfermedad:

- a) Uso experimental
- b) Uso regular
- c) Uso adictivo
- d) Uso crónico

Uso Experimental.- Motivado por la curiosidad, la invitación o la presión social y el deseo de compartir una experiencia placentera y supuestamente inofensiva. Es la etapa de "luna de miel".

Uso Regular.- La sustancia empieza a ser un hecho regular en el estilo de vida del sujeto, el patrón puede ser intermitente pero aún no se evidencia consecuencias negativas sin embargo los cambios bioquímicos como la repetida estimulación del centro de recompensa cerebral y la depleción de dopamina están empezando a producirse.

Uso Adictivo.- Cuando la persona pierde el control sobre el uso de la sustancia y ya no puede escoger entre utilizarlo o no presentando necesidad irresistible de consumo a pesar de la presencia de efectos negativos con incapacidad para controlar su uso, periodos de abstinencia breves y negación de que el uso de la droga sea un problema.

Uso Crónico.- (Dependencia propiamente dicha). A medida que el consumidor avanza en su adicción aparecen diversos cambios: se vuelve más irritable, depresivo, con mal humor, distraído, poco motivado, manipulador, conflictivo, aislado, muchas veces paranoide, violento o con tendencias suicidas. Gradualmente abandona sus responsabilidades y se destruyen las relaciones con el trabajo, los amigos, la familia y la propia vida, experimenta un cambio en su sistema de valores y en la conducta que no se deben necesariamente a una psicopatía primaria sino a que en un momento dado los cambios neuroquímicos cerebrales producen importantes alteraciones de la conducta y la personalidad, que muchas veces escapan a la voluntad del consumidor.

El problema real no solamente es la muerte o el trastorno físico para la mayoría de consumidores sino también la disfunción psicosocial que lo puede llevar a convertirse en un ser degradado y un parasito social.

NIVELES MOTIVACIONALES



Se sabe que existen 6 fases motivacionales:

- i. **Etapa Precontemplativa:** Es la etapa donde no existe conciencia de enfermedad y por lo general se presenta en los primeros estadios de cualquier dependencia. Aquí la actitud del paciente para el cambio es nula y su consumo o su conducta adictiva es considerada por él (ella) como normal o sin efecto adverso alguno.
- ii. **Etapa Contemplativa:** Se refiere a la etapa donde el paciente tiene una actitud ambivalente para con la conducta adictiva; por momentos reconoce un problema y en otros lo minimiza o lo niega.
- iii. **Etapa Determinación:** Aquí ya existe una decisión para el cambio, la persona se percata muchas veces por las consecuencias adversas (personales, sociales, médicas o legales) que ya no puede continuar así y que necesita de una intervención. No obstante aún la motivación es muy frágil por lo cual las intervenciones oportunas y acordes con la realidad psicosocial del paciente son de vital importancia.
- iv. **Etapa de Acción:** Aquí ya existe una decisión más sólida para la búsqueda de ayuda, es la etapa donde ya hay una decisión firme para iniciar un tratamiento.
- v. **Etapa de Mantenimiento:** Es una de las etapas más importantes del proceso. Se sabe que se requiere de un mínimo de 3 meses para desintoxicarse del consumo y de otro lado, la fase de estabilización de una adicción se logra en los primeros 6 a 12 meses de abstinencia. (Saavedra, C, 1997; NIDA, 2009; DSM IV R, 2000). Una vez logrado una abstinencia sostenida, lo importante es lograr mantener esos logros vía los programas de prevención de recaídas y el manejo de los diversos condicionantes del paciente como pueden ser las condiciones psicológicas o psiquiátricas del mismo, los aspectos de familia, pareja y los diversos condicionantes ambientales, que puedan o no poner en riesgo de una nueva reincidencia.
- vi. **Etapa de recaída:** El problema central de las diversas adicciones y conductas adictivas es el riesgo de recaídas, que pueden ser leves, denominadas como "deslices" desde el punto de vista conductual, donde el consumo es sólo circunscrito a una circunstancia o por pocas horas sin retronar al consumo compulsivo de base, mientras que una "recaída" es considerada como un consumo similar al patrón de inicial del tratamiento.



Cuestionarios de Detección TEST DE CAGE El Test CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation; Evaluación General del Alcoholismo Crónico) es un cuestionario sencillo, de cuatro preguntas, que permite detectar el alcoholismo

	Sí	No
1. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándolo por su forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de la resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El test se considera positivo a partir de 2 respuestas afirmativas, pero una respuesta positiva obliga ya a mantener una actitud vigilante, ya que se trata de una persona en situación de riesgo.

Versión original: Mayfield et al. Am J Psych. 1974;131:1121-3. Versión española: Rodríguez-Martos et al. Drogalcohol. 1986;11:132-9.

Fuente: (Ewing, 1984).



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, 2014.

Análisis situacional de los establecimientos hospitalarios ASEH, Hospital Víctor Larco Herrera, Perú, MINSA, IGSS, DISA Lima, oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, año 2016.

Modelo del programa de tratamiento para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas y otras conductas adictivas en el Departamento de adicciones del hospital "Víctor Larco Herrera" (1991-2015) Alicia Chu Esquerre

Guía de Práctica Clínica para la Intervención Integral de personas con Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de Alcohol en el 1er y 2do Nivel de Atención. Consultor de DEVIDA, Alfredo Saavedra Castillo, Guía Nacional, MINSA. Octubre 2014.

Anales de Salud Mental –IESM-HD-HN. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Vol. XVIII-Lima Perú-Año 2002-Nº 1y 2.pp.75, 123. 5. DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Perú 2003.pp.20,58.

Babor T.F. Higgins-Biddle J.C., Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un Manual para su Utilización en Atención Primario. OMS-Generalitat Valenciana. 2001.pp.07-46.

OEA-CICAD. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas - Grupo de Trabajo: Luís Alonso B, Marck Fishmann, Ricardo Grimmson, Enrique Madrigal, Wallace Mandel.Washigton D.C. 2004

Haro, G. Cervera, G. Martínez-Raga, J. Pérez-Gálvez, B. FernándezGarcés M. y Sanjuán J.Tratamiento Farmacológico de la Dependencia de Sustancias desde una Perspectiva Neurocientífica. Madrid. 2002.

Bobes, J. Casas M. Gutiérrez M. Manual de Evaluación y Tratamiento de las Drogodependencias. Barcelona. 2003.

Sánchez-Hervás E, et al. Un modelo de Tratamiento Psicoterapéutico en Adicciones-Trastornos Adictivos(3) 2004;159-66 22.

Lineamientos técnicos - Tratamiento y Rehabilitación de personas con Consumo Problemáticos de Drogas. Ministerio de Salud de Chile. Agosto 2004. 13. Programa



PER

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de Drogas. Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas: Análisis de las Pruebas Científicas, Nueva Cork, 2003.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992. pp.97-112

Ladero P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I. Drogodependencias. Editorial Medica Panamericana, S.A. Madrid. 1998. 15. Beck A. T.Wright, F. Newman, C. & Liese, B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. The Guilford press. New York. 1993. 16. Labrador, F. Cruzado, J. Muñoz M. Manual de técnicas de modificación de la conducta. Ediciones Pirámide. 1993.

Minuchin S. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Gedisa, Buenos Aires. 1982.

Minuchin S. Familias y Terapia Familiar, Editorial Gedisa, Buenos Aires. 1977.
RAMOS, P., GARCÍA, A., GRAÑA, J.L. y COMAS, D. (Comps.) Reinserción social y drogodependencias. Barcelona: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social) 1987. 22. Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors, en M. Hersen R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification, Newbury Park, California, Sage. 1992.

ONU Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. A. G. Res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp (N° 49) 1991; 189, ONU Doc. A/46-49.

Nizama-Valladolid M. Cevallos S. Adicción familiar múltiple. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Vol XIII N° 1 Y 2. 1997.

