

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

El objetivo del proyecto OMS ASSIST es brindar apoyo y promover la prueba de detección de consumo e intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo.



SALGA DEL LABERINTO DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS
PARA LOGRAR UNA MEJOR
SALUD MUNDIAL

Organización Panamericana de la Salud
Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)
525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037,
Estados Unidos de América
Tel.: (202) 974 3151
Correo electrónico: monteirm@paho.org
www.paho.org

ISBN 978-927533234-4



9 789275 332344

INTERVENCIÓN BREVE

Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias

Manual para uso en la atención primaria



Organización
Panamericana
de la Salud

Interregional de
la Organización Mundial de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

INTERVENCIÓN BREVE

Intervención breve vinculada a ASSIST
para el consumo riesgoso y nocivo
de sustancias

Manual para uso en la atención primaria



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Edición original en inglés:
"The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use:
manual for use in primary care"
© World Health Organization, 2010
ISBN 978 92 4 159939 9

Traducción al español realizada por la Organización Panamericana de la Salud.

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

"Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria"

© Organización Mundial de la Salud, 2011

ISBN 978-927533234-4

I. Título

1. DETECCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS - métodos
2. DROGAS ILÍCITAS.
3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .
4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS - diagnóstico.

NLM WM 270

©Organización Mundial de la Salud, 2011. Todos los derechos reservados.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenido

Reconocimientos.....	iv
1 Naturaleza y objetivo del manual.....	1
2 ¿Qué es la intervención breve vinculada a ASSIST?.....	2
3 Razones fundamentales para proporcionar la intervención breve en la atención primaria.....	5
4 Modelo de cambio de conducta.....	7
5 Componentes de intervenciones breves que dan resultado FRAMES (por sus siglas en inglés).....	11
6 Componentes de intervenciones breves que dan resultado la entrevista motivacional.....	13
7 Recopilación Enfoque paso a paso para proporcionar la intervención breve vinculada a ASSIST.....	16
8 Qué hacer con los usuarios de ‘alto riesgo’ y los usuarios que se inyectan.....	22
9 Ejemplo de una intervención breve.....	24
10 Intervenciones más extensas Abordar el consumo de múltiples sustancias.....	26
11 Proporcionar intervenciones más extensas o periódicas Información, destrezas y técnicas.....	27
12 Cómo incluir la intervención breve vinculada a ASSIST en la práctica diaria.....	38
Referencias.....	39

Reconocimientos

El presente manual fue elaborado dentro del marco de trabajo del proyecto ASSIST (por sus siglas en inglés) de la OMS, coordinado, patrocinado e implementado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Administración del Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

El documento original en inglés fue escrito por Rachel Humeniuk, Sue Henry-Edwards, Robert Ali, Vladimir Poznyak y Maristela Monteiro. El borrador inicial para pruebas de campo fue preparado dentro del marco de trabajo de la Fase III del proyecto ASSIST de la OMS. Los expertos mencionados a continuación, miembros del Grupo de Trabajo de la Fase III del proyecto ASSIST de la OMS, hicieron valiosas aportaciones al primer borrador del manual: Tomas Babor (Estados Unidos de América), Michael Farrell (Reino Unido), Maria Lucia Formigoni (Brasil), Roseli Boengen de Lacerda (Brasil), Walter Ling (Estados Unidos de América), John Marsden (Reino Unido), José Martínez Raga (España), Bonnie McRee (Estados Unidos de América), David Newcombe (Australia), Hemraj Pal (India), Sara Simon (Estados Unidos de América), Janice Vendetti (Estados Unidos de América). La elaboración del borrador del manual para pruebas de campo y su desarrollo posterior fue coordinada por Vladimir Poznyak y Maristela Monteiro del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS y Rachel Humeniuk y Robert Ali de Servicios de Fármacos y Alcohol de Australia Meridional, Centro de Colaboración de la OMS para la Investigación del Tratamiento de Problemas Relacionados con las Drogas y el Alcohol (Australia).

La revisión del borrador del manual para pruebas de campo estuvo a cargo de Robert Ali y Sonali Meena (Australia) con las valiosas aportaciones de los siguientes miembros del Comité Asesor de ASSIST de la OMS y otros expertos: Thomas Babor (Estados Unidos de América), Carina Ferreira-Borges (AFRO-OMS), Alexandra Fleischmann (OMS), María Lucia Formigoni (Brasil), Walter Ling (Estados Unidos de América), Hem Raj Pal (India) y Rick Rawson (Estados Unidos de América).

La finalización del manual y su producción fue coordinada por Vladimir Poznyak (OMS), con asistencia de Lidia Segura (España). El apoyo administrativo fue proporcionado por Tess Narciso y Mylène Schreiber.

La traducción al español corrió a cargo de Nora Díaz. La revisión del texto fue realizada por Michaela Bitarrello, María Jo Vazquez y Maristela Monteiro. La edición estuvo a cargo de Mariesther Fernandez y Janet Khoddami.

Sugerencias para citas: Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Las siguientes publicaciones complementan el manual: Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL y Meena S (2011). *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

La preparación y producción del manual y la implementación del proyecto ASSIST de la OMS han sido posibles gracias al apoyo financiero del Departamento de Salud y Envejecimiento de la Mancomunidad Australiana y del Gobierno de Valencia, España.

1 Naturaleza y objetivo del manual

Este manual acompaña al documento *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*¹ y se basa en “La intervención breve para el consumo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria. Versión de anteproyecto 1.1 para prueba de campo (2003)”.² El propósito del manual es presentar la base teórica y la evidencia de la eficacia de las intervenciones breves, y ayudar a los trabajadores de la atención primaria de salud a proporcionar una intervención breve, simple en aquellos usuarios cuyo consumo de sustancias los ponen en riesgo. Este manual y el mencionado anteriormente¹ presentan un enfoque integral de la prueba de detección y la intervención breve adaptada a las circunstancias específicas de la atención primaria, y está diseñado para mejorar la salud de las poblaciones, de los grupos de usuarios y de individuos en particular. El manual describe:

- Las razones fundamentales para proporcionar la intervención breve en la atención primaria.
- Un modelo de cambio de conducta.
- Los componentes de intervenciones breves que dan resultado.

- Los principios de la entrevista motivacional y las destrezas esenciales.
- ¿Cómo vincular la prueba de detección ASSIST a una intervención breve?
- ¿Cómo proporcionar retroalimentación a los usuarios?
- ¿Cómo proporcionar una intervención breve a las personas que están en riesgo moderado?
- Ejemplos de intervenciones breves vinculadas a ASSIST.
- ¿Cómo ayudar a los usuarios que se inyectan drogas?
- ¿Cómo abordar el consumo de múltiples sustancias?
- ¿Cómo proporcionar intervenciones más extensas o periódicas.

El manual está dirigido principalmente a los trabajadores de la atención primaria de salud, pero será también de interés para médicos, enfermeras, parteras, obstetras, trabajadores sociales, de las prisiones y del servicio correccional que se encuentran ante usuarios de alto riesgo o usuarios que tienen más probabilidad de incurrir en el consumo arriesgado de sustancias.

2 ¿Qué es la intervención breve vinculada a ASSIST?

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (*The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*) fue elaborada principalmente para detectar el consumo de drogas, pero puede utilizarse también para detectar el consumo de alcohol y tabaco, especialmente en entornos donde el consumo es alto. La prueba se considera una herramienta clave para medir el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Este manual se centra principalmente en el consumo de drogas y no en el consumo de alcohol o tabaco, debido a la falta relativa de recursos en el ámbito de la atención primaria de salud en torno a las pruebas de detección e intervenciones breves dirigidas al consumo de drogas ilegales. La técnica de intervención breve que se describe en este manual se centra principalmente en modificar la conducta de los usuarios en relación con la sustancia más frecuentemente usada o la que les causa la mayoría de los problemas (la identificada por el usuario o la que obtuvo la puntuación más alta del ASSIST). Sin embargo, estas técnicas también pueden utilizarse para tratar el consumo de alcohol y tabaco, en particular el consumo combinado, aunque es probable que esto tome más de tres minutos.

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

prueba permite detectar el consumo de todas las sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opiáceos y 'otras' drogas), y determina una puntuación de riesgo ('bajo', 'moderado' o 'alto') para cada sustancia.^{3,4} Las puntuaciones de riesgo se registran en la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST, que se utiliza para proporcionar retroalimentación personalizada a los usuarios con respecto a las puntuaciones obtenidas y los problemas relacionados con su nivel de riesgo. Para iniciar una conversación (intervención breve) no antagónica con el usuario sobre el uso de sustancias, la primera pregunta del trabajador de la salud debe referirse a si le interesaría ver las puntuaciones obtenidas. Estas intervenciones breves han sido muy eficaces para identificar a los usuarios con riesgo moderado y principalmente para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias.⁵

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

TABLA 1 | Puntuación de riesgo del ASSIST, nivel de riesgo asociado e intervención

Alcohol	Todas las demás sustancias ^a	Nivel de riesgo	Intervención
0 - 10	0 - 3	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejos de salud generales
11 - 26	4 - 26	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención breve ■ Folletos de información para llevar a la casa
27+	27+	Alto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención breve ■ Folletos de información para llevar a la casa ■ Derivación para evaluación y tratamiento especializado
Drogas inyectadas en los últimos tres meses		Moderado y alto ^b	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención breve ■ Folletos de información para llevar a la casa ■ Derivación para pruebas de virus en la sangre^c ■ Derivación para evaluación y tratamiento especializado

^a Tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, 'otras drogas'.

^b Es importante determinar los hábitos de inyección. Inyectarse más de cuatro veces al mes (en promedio) en los últimos tres meses es un indicador de dependencia que requiere evaluación y tratamiento adicionales.

^c VIH y hepatitis B y C.

La prueba de detección y la intervención breve tienen por objeto identificar los problemas actuales o potenciales que puede causar el consumo de sustancias, así como motivar a los usuarios que están en riesgo a cambiar su conducta de consumo creando un vínculo entre sus hábitos actuales de consumo y los riesgos y daños asociados.⁶ En general, las intervenciones breves en la atención primaria de salud consisten en una breve retroalimentación y consejo de tres minutos de duración o una terapia breve de 15 a 30 minutos de duración.⁷ La intervención breve vinculada a ASSIST que se presenta en este manual dura alrededor de tres a 15 minutos; sin embargo, pueden utilizarse los mismos principios en intervenciones más extensas o periódicas si el tiempo lo permite.

La intervención breve vinculada a ASSIST fue diseñada específicamente para las personas con 'riesgo moderado' por el consumo de sustancias según las puntuaciones del ASSIST, y proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada paciente. Esto es las personas que no son dependientes pero consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, lo que puede llevarlas a tener problemas tanto de salud, como sociales, legales, laborales o económicos, o que exista un riesgo potencial de tener problemas de continuar el consumo de sustancias. Por lo general, las intervenciones breves no constituyen un tratamiento individual para las personas con dependencia o que están en alto riesgo por consumir sustancias. No obstante, la intervención breve podría utilizarse para alentar a este tipo de usuarios a que acepten ser derivados para evaluación y tratamiento

especializado, ya sea en un centro de atención primaria o en algún centro especializado en alcohol y drogas.

El propósito de la intervención es ayudar al usuario a que comprenda que consumir sustancias lo pone en riesgo, lo que a la vez puede servirle de motivación para que reduzca o deje de consumir sustancias. La intervención breve debe ser personalizada y brindar apoyo sin criticar o culpar al paciente.

La intervención breve vinculada a ASSIST se basa en las técnicas de FRAMES^{8,9,10} y la entrevista motivacional,⁷ que se presentan más adelante en este manual. En resumen, la intervención breve vinculada a ASSIST consta de 10 pasos principales sugeridos (o los cinco primeros pasos para una intervención más corta de tres minutos) según lo descrito a continuación:

- 1 **Preguntar** a los usuarios si están interesados en ver sus puntuaciones del cuestionario.
- 2 Proporcionar **retroalimentación** personalizada a los usuarios sobre sus puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación.
- 3 Brindar **consejo** sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
- 4 Permitir a los usuarios **responsabilizarse** de sus decisiones.
- 5 Preguntar a los usuarios cuán **preocupados** están por sus puntuaciones.
- 6 y 7 Analizar las **cosas buenas** acerca del consumo de sustancias contra las '**cosas menos buenas**' acerca del consumo de sustancias.

8 **Resumir y reflexionar** sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las cosas 'menos buenas'.

9 Preguntar a los usuarios cuán **preocupados** están por las 'cosas menos buenas'.

10 Entregar a los usuarios los **materiales para llevar a la casa** con el fin de reforzar la intervención breve.

Gran parte de los profesionales de la salud evitan hacer una prueba de detección de sustancias y por consiguiente intervenir. Se ha demostrado que las razones principales son la falta de tiempo, el sentir que no son competentes o capaces de proporcionar una intervención y la preocupación de que experimentarán resistencia y una actitud defensiva por parte de los usuarios.¹¹ La prueba de detección y el proceso de la intervención breve vinculada descrito en este manual han intentado tratar todas estas inquietudes. Tanto la prueba de detección como la intervención breve pueden proporcionarse de manera efectiva y relativamente rápida, en particular esta última, que puede durar tan solo tres minutos si se centra en la sustancia principal que ha consumido el usuario. Además, se ha demostrado que la intervención breve, descrita de manera simple paso a paso en este manual, por lo general motiva a los usuarios a reducir el consumo de sustancias y produce muy poca resistencia o una actitud defensiva.

3 Razones fundamentales para proporcionar la intervención breve en la atención primaria

El tabaco, el alcohol y las drogas ilegales están entre los primeros 20 factores de riesgo de enfermedades identificados por la Organización Mundial de la Salud.¹² Se estima que el tabaco es responsable del 8,7% de todas las muertes y del 3,7% de la carga mundial por todas las enfermedades, medida como el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y el alcohol, del 3,8% de las muertes y el 4,5% de AVAD. Las drogas ilegales representan el 0,4% de las muertes y el 0,9% de AVAD. El consumo excesivo de alcohol y otras sustancias también son factores de riesgo para una amplia variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para la relación de los usuarios y sus familias. Hay una creciente tendencia en el mundo en cuanto al consumo de múltiples sustancias, ya sea a la vez o en diferentes momentos, lo que podría aumentar aún más los riesgos.

Los trabajadores de la atención primaria de salud tienen mayor oportunidad de identificar e intervenir a los usuarios cuyo consumo de sustancias es riesgoso y nocivo. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades juegan un papel importante en el desempeño de los trabajadores de la atención primaria, ya que con frecuencia realizan una serie de actividades de prevención y detección, como las relacionadas con la inmunización, la presión sanguínea, la obesidad, el consumo de tabaco y otros estilos de vida riesgosos. Los pacientes confían en la información que reciben de los trabajadores de la atención primaria sobre los riesgos para la salud, en particular los relacionados con el consumo de sustancias.

En los países desarrollados, 85% de la población visita a un trabajador de la atención primaria de salud por lo menos una vez al año,

y es probable que los pacientes con problemas por el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias asistan a estas consultas con más frecuencia. Esto significa que los trabajadores de la atención primaria tienen la oportunidad de intervenir en una etapa temprana antes de que se desarrollen problemas serios por el consumo de sustancias y dependencia. Muchas enfermedades comunes tratadas en el ámbito de la atención primaria pueden estar relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, y el trabajador de la atención primaria puede utilizar esta relación para proporcionar la prueba de detección y la intervención breve por el consumo de sustancias. La intervención breve, por lo tanto, es parte del manejo del motivo de la consulta.

Los trabajadores de la atención primaria de salud por lo común mantienen una relación estable con los usuarios, lo que les permite desarrollar un entendimiento mutuo y comprender mejor las necesidades de estos. Por lo general, los usuarios esperan que el médico de atención primaria se involucre en todos los aspectos relacionados con su salud, y es probable que se sientan más cómodos para hablar sobre asuntos delicados, como el consumo de sustancias, con alguien a quien conocen y en quien confían. La naturaleza continua de la relación también hace que las intervenciones puedan distribuirse en el tiempo y formar parte de una serie de consultas.

Hay evidencias considerables de los beneficios de la prueba de detección y de la intervención breve por problemas de alcohol, realizadas en el ámbito de la atención primaria de salud.^{8,13-18} Senft et al.¹⁷ mostraron la reducción en la frecuencia de la ingesta de alcohol a los seis y 12 meses en bebedores riesgosos a los que se les había proporcionado una intervención breve de

15 minutos y materiales de autoayuda en un centro de atención primaria. Según el Grupo de Estudio de Intervención Breve de la OMS,¹⁸ un consejo simple de cinco minutos es tan eficaz como 20 minutos de terapia. Además, las intervenciones breves han demostrado ser una manera económica de reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados.¹⁹

Las investigaciones sugieren que las intervenciones breves realizadas en el ámbito de la atención primaria también pueden ser eficaces para el consumo de otras sustancias. Hasta la fecha, las intervenciones breves han demostrado ser eficaces para el consumo de cannabis,^{20,21,22} benzodiazepinas,²³ anfetaminas,²⁴ opiáceos²⁵ y cocaína.²⁶

Entre los años 2003 y 2007 se realizó un estudio controlado aleatorio para investigar la eficacia de la intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST sobre el consumo riesgoso de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina y opiáceos⁵ dentro del marco de trabajo del proyecto ASSIST de la OMS. Los participantes provenían de servicios de atención primaria y habían sido clasificados como de 'riesgo moderado' en por lo menos una

de las sustancias mencionadas. El estudio se realizó en Australia, Brasil, los Estados Unidos de América e India. La intervención breve se centró en la sustancia ilegal con puntuación más alta, tuvo una duración de entre tres y 15 minutos y se basó en el modelo FRAMES⁸ y las técnicas de la entrevista motivacional.⁷ El estudio se centró en la retroalimentación personalizada según las puntuaciones del ASSIST y el riesgo asociado, por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST diseñada para este propósito. La intervención breve fue reforzada con información de autoayuda que el usuario llevaría a su casa e incluía un manual de autoayuda.²⁷ Los resultados mostraron que los participantes que recibieron una intervención breve para las sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones del ASSIST después de tres meses por comparación con los participantes del grupo control. Además, después de recibir la intervención breve, más del 80% de los participantes informaron su intención de reducir el consumo de sustancias y muchos de ellos hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención breve en su conducta de salud.⁵

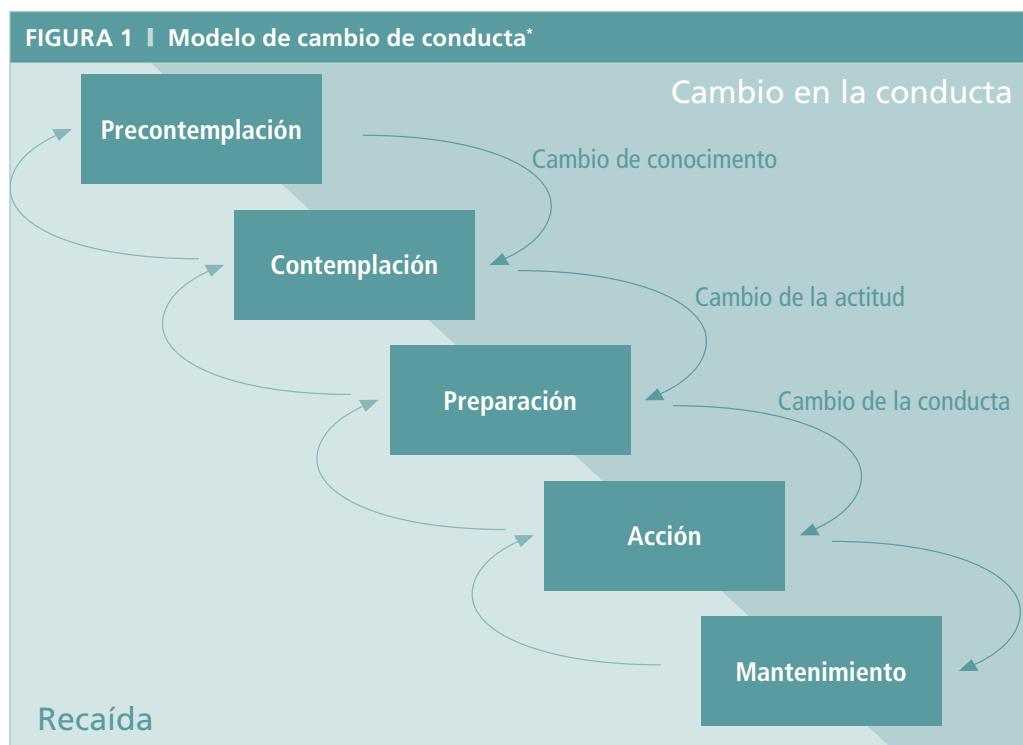
4 Modelo de cambio de conducta

El modelo de cambio de conducta desarrollado por Prochaska y DiClemente²⁸ proporciona un esquema adecuado para comprender el proceso mediante el cual las personas cambian su conducta, y considerar cuán listas están para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias u otros relacionados con el estilo de vida. El modelo propone que las personas pasan por etapas discretas de cambio y que los procesos de cambio por los que pasan parecen ser los mismos tanto si reciben tratamiento como si no lo reciben.⁷

El modelo de cambio de conducta consta de varias etapas: precontemplación,

contemplación, preparación, acción y mantenimiento, como se muestra en la Figura 1.

La intervención breve vinculada a ASSIST tiene por objeto ayudar a las personas a que avancen de una etapa a otra del cambio, es decir de la etapa de precontemplación a la de contemplación, a la de preparación (también llamada de determinación), a la de acción y por último a la de mantenimiento. El avance de la etapa de precontemplación a la de contemplación puede no resultar en una disminución tangible del consumo de sustancias; sin embargo, es un paso positivo que permitirá a los usuarios avanzar a la etapa de acción en el futuro.



* Se reproduce con permiso de McDonald J, Roche AM, Durbridge M, Skinner N (2003). *Peer Education: From Evidence to Practice. An Alcohol and Other Drugs Primer*. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA). Flinders University, Adelaide.

Es importante destacar que no hay un período establecido para avanzar de una etapa a otra (puede ser de minutos a meses o a años), y que las personas avanzan y retroceden entre etapas. No obstante, puede que algunas personas pasen directamente de la etapa de precontemplación a la de acción después de la intervención breve vinculada a ASSIST. A continuación se presenta una *breve* descripción de los procesos subyacentes conductuales y cognitivos de cada etapa. Es probable que los trabajadores de la salud que proporcionan intervenciones de más de 15 minutos o sesiones periódicas deban tener un conocimiento más amplio del modelo de cambio y las técnicas asociadas (véase el Capítulo 11 *Proporcionar intervenciones más extensas o periódicas*).

Precontemplación

Muchos de los usuarios de la atención primaria que obtienen una calificación positiva en el ASSIST podrían estar en esta etapa. La intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos sugerida en este manual está dirigida principalmente a aquellas personas que están en la etapa de precontemplación. Las personas que están en esta etapa:

- Puede que no piensen hacer cambios relacionados con el consumo de sustancias.
- Se concentran en los aspectos positivos del consumo de sustancias.
- Tienen poca probabilidad de tener inquietudes acerca del consumo de sustancias psicoactivas.
- Pueden mostrar resistencia a hablar sobre el consumo de sustancias.
- Tienen poca probabilidad de reconocer o aceptar que sus hábitos de consumo de sustancias son problemáticos.
- Tienen poca probabilidad de responder a un consejo directo para cambiar su conducta de consumo, pero pueden ser receptivos a la información sobre los riesgos asociados con su nivel y sus hábitos de consumo de sustancias (si se abordan adecuadamente por el trabajador de la salud).

Contemplación

Algunos usuarios de la atención primaria que obtienen calificación positiva en la prueba de detección podrían estar en esta etapa. La intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos sugerida en este manual también está dirigida a la mayoría de las personas que están en la etapa de contemplación. Las personas que están en esta etapa:

- Piensan en reducir o eliminar el consumo de sustancias.
- Son ambivalentes respecto a sus hábitos de consumo cuando son capaces de reconocer tanto las cosas buenas como las 'cosas menos buenas' acerca del consumo de sustancias.
- Tienen probabilidad de estar conscientes de los problemas asociados con el consumo de sustancias y pueden considerar las ventajas y desventajas de sus hábitos actuales de consumo.
- Tienen probabilidad de responder a la información sobre los riesgos relacionados con el consumo de sustancias y al consejo de reducir o de participar en una conversación sobre sus

hábitos de consumo (si se abordan adecuadamente por el trabajador de la salud).

Una proporción de personas que están en la etapa de contemplación pueden estar dispuestas a cambiar pero:

- Puede que no sepan cómo cambiar.
- Puede que no tengan la seguridad de que pueden cambiar.

Preparación/Determinación

La etapa de preparación sigue a la de contemplación e involucra hacer planes para actuar en un futuro cercano y hacer los preparativos finales antes de iniciar el cambio de conducta. En esta etapa los usuarios están comprometidos a actuar y listos para cambiar, pero todavía pueden sentir cierto grado de ambivalencia. Las personas en la etapa de preparación:

- Tienen la intención de tomar una determinación.
- Pueden compartir sus intenciones con otros.
- Realizan cambios pequeños relacionados con la conducta de consumo.
- Reevalúan su conducta actual y consideran las cosas buenas que tendría el cambio.
- Se sienten más seguros y mejor preparados para cambiar su conducta.
- Consideran las opciones disponibles.
- Escogen fechas y establecen estrategias que las ayuden a hacer el cambio.

Acción

Es probable que una menor proporción de los usuarios de la atención primaria de salud

estén en la etapa de acción. La intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos sugerida en este manual puede utilizarse y ampliarse para las personas que están en esta etapa. Las personas en la etapa de acción:

- Han decidido que necesitan hacer cambios respecto al consumo de sustancias.
- Han iniciado los preparativos para reducir el consumo o eliminarlo.
- Se involucran activamente en el cambio de su conducta.
- Han reducido el consumo o lo han eliminado por completo.
- Es probable que continúen sintiéndose un tanto ambivalentes sobre el consumo y que necesiten aliento y apoyo para mantener su decisión.

Mantenimiento

El éxito a largo plazo consiste en permanecer en esta etapa. Las personas que están en la etapa de mantenimiento:

- Intentan mantener los cambios de conducta que han hecho.
- Intentan prevenir una recaída (el riesgo de una recaída disminuye con el tiempo).
- Se concentran en las situaciones de alto riesgo y las estrategias para hacerles frente.
- Están mejor preparadas cuando establecen estrategias para evitar situaciones en las que tienen riesgo de una recaída.
- Es más probable que mantengan la abstinencia si se sienten recompensados y reciben apoyo y confirmación.

Recaída

La mayoría de las personas que intentan hacer cambios en su conducta de consumo de sustancias volverán a consumirlas por lo menos un tiempo, lo cual es normal y debe verse como parte del proceso de aprendizaje y no como un fallo. Pocas personas cambian en el primer intento y la recaída es un buen momento para ayudar a los usuarios a revisar su plan de acción. Al hacer la revisión se deben examinar los períodos, las estrategias que dieron resultado y las que fueron demasiado ambiciosas y quizá poco realísticas. Los fumadores, por ejemplo, necesitan en promedio seis intentos para dejar de fumar tabaco. Después de la recaída, los usuarios regresarán a una de las etapas anteriores, ya sea la de precontemplación, contemplación, preparación o acción. Para muchas personas, hacer cambios relacionados con el consumo de sustancias se facilita más cada vez que lo intentan hasta que en algún momento lo logran.

En conclusión, las etapas del modelo de cambio pueden utilizarse para hacer coincidir las intervenciones con la buena disposición de una persona para aceptar la información y hacer cambios relacionados con el consumo de sustancias. Aunque la etapa de cambio de un usuario no se mide formalmente ni se evalúa durante la

intervención breve vinculada a ASSIST descrita en este manual, es importante que los trabajadores de la salud entiendan estos procesos subyacentes para brindar la mejor atención a los usuarios y ser más flexibles cuando el cambio en los usuarios no es inmediatamente obvio.

Es preciso destacar que la intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos descrita en este manual está **dirigida principalmente** a los usuarios que se han comprometido con la menor cantidad de cambios, es decir los que están en la etapa de **precontemplación** y algunos de los que están en la etapa de **contemplación**. Sin embargo, los principios se pueden elaborar y extender a los usuarios que están en la etapa de contemplación y de preparación que quieren hacer cambios pero no tienen la seguridad y el conocimiento, y a los que están en la etapa de acción.

Los trabajadores de la salud no deben preocuparse demasiado en cuanto a cómo proporcionar la intervención breve y determinar dónde está el usuario en términos del cambio. La experiencia adquirida por medio de la prueba ASSIST y la intervención breve vinculada proporciona la mejor manera de comprender el proceso de cambio de los usuarios y perfeccionar aún más la intervención de 10 pasos.

5 Componentes de intervenciones breves que dan resultado | FRAMES

La experiencia clínica y los estudios sobre las intervenciones breves por el consumo de sustancias han demostrado que las intervenciones breves eficaces tienen una serie de componentes coherentes y periódicos. Estos componentes se han resumido por el acrónimo FRAMES: Feedback (Retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menu of Options (Opciones de cambio), Empathy (Empatía) y Self-efficacy (Autoeficacia).^{8,9,10} Algunos de los componentes de FRAMES también están asociados con la entrevista motivacional (descrita más adelante), que es un estilo de intervención dirigida a ayudar a las personas a avanzar en las etapas de cambio.⁷

La intención de este manual no es proporcionar una capacitación integral o completa en FRAMES o en la entrevista motivacional. Sin embargo, es importante que los trabajadores de la salud tengan algún conocimiento de estas técnicas, principalmente las dirigidas a proporcionar una intervención breve vinculada a ASSIST de tres a 15 minutos. Por lo tanto, los componentes de FRAMES y la entrevista motivacional más relevantes a una intervención breve se describen más adelante, pero se puede obtener más información en el Capítulo 11.

Los componentes de FRAMES más relevantes a una intervención breve vinculada a ASSIST son la retroalimentación, la responsabilidad y el consejo. A continuación se describen cada uno de ellos y se proporcionan ejemplos de cómo se utilizan estas técnicas dentro del contexto de la intervención breve vinculada a ASSIST. Las opciones de cambio y la autoeficacia se analizan con más detalle en el Capítulo 11 de este manual.

Retroalimentación

La disposición de retroalimentación **personalmente relevante** (por el contrario de la retroalimentación general) es un componente clave de una intervención breve. Puede incluir información sobre el consumo individual de sustancias obtenido de una evaluación o prueba de detección, en este caso las puntuaciones del ASSIST y el nivel de riesgo asociado con esas puntuaciones. Cabe mencionar que muchos usuarios están interesados en conocer las puntuaciones obtenidas y su significado.

Además, la información sobre los riesgos personales asociados con los hábitos actuales de consumo de drogas que han sido notificados durante la prueba de detección (por ejemplo, depresión, ansiedad, etc.), combinada con la información general sobre los riesgos y daños relacionados con las sustancias, constituyen una retroalimentación altamente eficaz. La tarjeta de reporte de retroalimentación que se llena para cada usuario después de completar el cuestionario ASSIST fue diseñada para hacer coincidir el riesgo personal (por ejemplo, 'bajo', 'moderado' o 'alto') con los problemas más comúnmente experimentados.

En conclusión, la retroalimentación es la comunicación de la información personalmente relevante pertinente al usuario, y la proporciona el trabajador de la salud de manera objetiva. Gran parte de la retroalimentación proporcionada en una intervención breve vinculada a ASSIST puede ser leída directamente de la tarjeta de reporte de retroalimentación.¹

Responsabilidad

Un principio clave de la intervención con los usuarios de sustancias es reconocer y aceptar que ellos son los únicos responsables de su conducta y los que tomarán las decisiones sobre el consumo de sustancias y el curso de la intervención breve. Comunicarse con los usuarios en términos como: *“¿Le interesa ver la puntuación que obtuvo en este cuestionario?”*, *“Lo que usted haga con la información que le estoy proporcionando depende de usted”* y *“¿Cuánto le preocupa su puntuación?”* le permite al usuario tener el control personal sobre su conducta y consecuencias y sobre la dirección de la intervención. Se ha comprobado que este sentido de control es un elemento importante en la motivación para el cambio y para disminuir la resistencia.⁸ Es probable que utilizar un lenguaje como: *“Creo que debería...”*, o *“Me preocupan sus hábitos de consumo (de sustancias)”* provoque resistencia en los usuarios y cause que mantengan y defiendan sus hábitos actuales de consumo.

Consejo

Un componente central de las intervenciones breves eficaces es brindar un consejo claro, objetivo e imparcial con respecto a cómo reducir los daños asociados con el consumo continuo. Los usuarios pueden no estar conscientes de que sus hábitos actuales de consumo podrían llevarlos a tener problemas de salud o de otro tipo o a empeorar los existentes. Brindar el consejo claro de que reducir o eliminar el consumo de sustancias disminuirá el riesgo de futuros problemas concientizará más a los usuarios acerca de su riesgo personal y motivará el cambio de conducta. El consejo se puede resumir por medio de una simple frase como: *“La mejor manera de reducir su riesgo de (por ejemplo, depresión, ansiedad, etc.) es reducir o eliminar el consumo”*. Una vez más, es muy importante el lenguaje que se utilice para transmitir este mensaje. Los comentarios como *“Creo que usted debería dejar de consumir (sustancias)”* o *“Me preocupa que consuma (sustancias)”* no representan un consejo claro ni objetivo.

6 Componentes de intervenciones breves que dan resultado | la entrevista motivacional

Es probable que en el contexto del ASSIST y la intervención breve vinculada, los trabajadores de la salud en el ámbito de la atención primaria tengan relativamente poco tiempo para estar con los usuarios (por comparación con el tiempo que tendría un consejero, psicólogo o profesional de las drogas y el alcohol, por ejemplo). Por lo tanto, este manual se centra principalmente en las destrezas y técnicas prácticas requeridas para proporcionar una intervención breve *más corta* a las personas que están en *riesgo moderado*, en vez de detallar la teoría subyacente o dar capacitación sobre la presentación de sesiones extensas o periódicas a los usuarios. En resumen, el mensaje principal de la entrevista motivacional está dirigido a mostrar empatía, imparcialidad y objetividad en la presentación de la información pertinente al usuario.

El enfoque de intervención breve adoptado en este manual se basa en los principios de la entrevista motivacional elaborados por Miller²⁹ y años después por Miller y Rollnick.⁷

La entrevista motivacional es un estilo de interacción centrada en el usuario, que dirige a las personas a explorar y resolver su ambivalencia sobre el consumo de sustancias (las cosas buenas con las cosas menos buenas) y a avanzar en las etapas de cambio. Es especialmente útil cuando se trabaja con los usuarios en las etapas de precontemplación y contemplación, pero los principios y destrezas son importantes en todas las etapas.⁷

La entrevista motivacional se basa en la comprensión de que el **tratamiento eficaz ayuda a un proceso natural de cambio**, y que esa motivación para el cambio ocurre en el contexto de una relación entre el usuario y el trabajador de la salud aunque el tiempo que compartan juntos sea breve.

Empatía

Un principio importante de la entrevista motivacional es la expresión de empatía por parte del trabajador de la salud hacia el usuario. En una situación clínica, la empatía consiste en un enfoque imparcial y de aceptación que intenta comprender el punto de vista del usuario y evita el uso de etiquetas como 'alcohólico' o 'drogadicto'. Es especialmente importante evitar la confrontación y culpar o criticar al usuario. La escucha experta y reflexiva que aclara y amplía la propia experiencia e intención de la persona es una parte fundamental de la expresión de empatía. La empatía del trabajador de la salud contribuye de manera importante a que el usuario responda bien a la intervención.⁷

Crear discrepancia y ambivalencia por medio de preguntas abiertas

Los usuarios tienen más probabilidad de sentirse motivados a cambiar su conducta de consumo de sustancias cuando ven una diferencia o **discrepancia** entre sus hábitos actuales de consumo y los problemas relacionados, y cómo les gustaría que fuera su vida, es decir su salud y las relaciones con los demás. El objetivo de la entrevista motivacional es crear y amplificar la discrepancia entre la conducta actual y las metas y los valores en general desde el punto de vista del usuario. Es importante que el usuario identifique sus propias metas y valores y que exprese **sus propios motivos** para el cambio.

Una manera de hacer que los usuarios expresen sus propios motivos para el cambio es que el trabajador de la salud les haga preguntas abiertas. Hacer **preguntas abiertas** es una técnica utilizada con frecuencia en la entrevista motivacional para hacer pensar y hablar a los usuarios sobre sus hábitos de consumo de sustancias. Dentro del contexto de la intervención breve vinculada a ASSIST, los ejemplos de las preguntas que pueden hacerse son: *“¿Le preocupa su puntuación (de las sustancias) en modo alguno? “¿Cuánto?” o “¿Cuáles son las cosas buenas acerca del consumo de (sustancia)?” y “¿Cuáles son las ‘cosas menos buenas’ para usted acerca del consumo de (sustancia)?”* Hacer preguntas abiertas a los usuarios también refuerza la noción de que estos son responsables de la

dirección de la intervención y de las opciones relacionadas con sus hábitos de consumo de sustancias.

Adaptarse a la resistencia

Un principio clave de la entrevista motivacional es aceptar como algo normal la ambivalencia y resistencia de los usuarios al cambio y pedirles que consideren nueva información y perspectivas sobre el consumo de sustancias. Cuando el usuario expresa resistencia, el trabajador de la salud debe replantearla o reflexionar sobre ella en vez de oponerse. Es muy importante evitar la discusión a favor del cambio, ya que esto hace que el usuario adopte una posición defensiva. Debe señalarse que dentro del contexto de una intervención breve vinculada a ASSIST son pocas las oportunidades para la expresión de resistencia de los usuarios.

Escucha reflexiva y resumen

Una respuesta de escucha reflexiva es la que adivina la intención del usuario. Es importante reflexionar sobre las intenciones y sentimientos subyacentes que el usuario ha manifestado, así como las palabras que ha utilizado. La escucha reflexiva ofrece un espejo a la persona que habla para que esta pueda escuchar al trabaja-

dor de la salud repetir lo que le ha comunicado. La escucha reflexiva muestra al usuario que el trabajador de la salud entiende lo que se ha dicho; también puede utilizarse para esclarecer lo que el usuario quiso decir.

Resumir es una manera importante de reunir lo que ya se ha dicho y de preparar al usuario para el cambio. Resumir añade fuerza a la escucha reflexiva, en especial en relación con las inquietudes y plática de cambio. Primero, los usuarios se escuchan decirlo, después escuchan al terapeuta repetirlo, y después lo escuchan de nuevo en el resumen. El trabajador de la salud puede entonces elegir, en cierto grado, qué incluir en el resumen y utilizarlo para volver a dirigir al usuario a considerar más las cosas menos buenas sobre el consumo de sustancias.

Dentro del contexto de la intervención breve vinculada a ASSIST, la escucha reflexiva y el resumen se utilizan para resaltar la ambivalencia del usuario sobre sus hábitos de consumo de sustancias y dirigirlo hacia un mayor reconocimiento de sus problemas e inquietudes. Por ejemplo: *“Entonces le gusta consumir cocaína en las fiestas y cree que no consume más que sus amigos. Por otra parte, ha gastado más dinero del que puede permitirse en cocaína y eso realmente le preocupa. Está teniendo problemas para pagar sus cuentas a tiempo. También ha observado que tiene dificultad para dormir y se siente muy preocupado por su vida”*.

Puntos importantes

En resumen, al proporcionar la intervención breve vinculada a ASSIST, el trabajador de la salud:

- Es objetivo.
- Es la vía para proporcionar la información pertinente al usuario.
- Es empático e imparcial.
- Respeta las decisiones del usuario sobre el consumo de drogas y las opciones que elige durante el curso de la intervención breve.
- Muestra al usuario que está escuchando y que no menosprecia sus respuestas.
- No discute con el usuario.
- Utiliza un lenguaje respetuoso con el usuario y lo trata como igual.
- Hace preguntas abiertas para dirigir la conversación con el usuario hacia su autodescubrimiento y finalmente hacia el cambio.

7 Recopilación | Enfoque paso a paso para proporcionar la intervención breve vinculada a ASSIST

Usuarios de riesgo moderado

La intervención breve vinculada a ASSIST consiste en 10 pasos principales sugeridos que se describen a continuación (o los cinco primeros pasos para una intervención más corta). El proceso y los ejemplos presentados en este manual describen una intervención breve dirigida solo a una droga, por lo general la que causa la mayoría de los problemas al usuario (la identificada por el usuario o la que tiene la puntuación más alta del ASSIST), o la sustancia que se inyecta (si es relevante). Intentar cambiar varias conductas al mismo tiempo puede ser difícil y hacer que el usuario se sienta abrumado y desalentado. Por lo tanto, puede tener ventajas que la intervención esté dirigida solo a una sustancia. La mayoría de las veces la sustancia de mayor preocupación será la que se inyecta o a la que se le ha dado la puntuación más alta del ASSIST (por lo general después del tabaco).

La intervención breve vinculada a ASSIST descrita en este manual tiene una duración de entre tres y 15 minutos y está dirigida a los usuarios que están en las etapas de cambio de precontemplación y contemplación, que son las etapas en las que pueden estar la mayoría de los usuarios de la atención primaria que hicieron la prueba. El Capítulo 10 de este manual proporciona una descripción de una intervención que trata el consumo de múltiples sustancias, intervenciones más extensas o periódicas y sobre los usuarios que están en la etapa de acción porque han decidido que quieren cambiar sus hábitos de consumo de sustancias.

Este método, descrito paso a paso a continuación, fue diseñado para ayudar a los trabajadores de la salud que no están específicamente capacitados para la entrevista

motivacional ni tratan de manera regular con usuarios de sustancias, a que adquieran seguridad. También sirve como esquema para los profesionales con experiencia en alcohol y drogas, y puede ampliarse y explorarse aún más para sesiones más extensas o periódicas o para tratar el consumo de múltiples sustancias.

- 1 **Preguntar** a los usuarios si están interesados en ver sus puntuaciones del cuestionario.
- 2 Proporcionar **retroalimentación** personalizada a los usuarios sobre sus puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación.
- 3 Brindar **consejo** sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
- 4 Permitir a los usuarios **responsabilizarse** de sus decisiones.
- 5 Preguntar a los usuarios cuán **preocupados** están por sus puntuaciones.
- 6 y 7 Analizar las **cosas buenas** acerca del consumo de sustancias contra las 'cosas menos buenas' acerca del consumo de sustancias.
- 8 **Resumir y reflexionar** sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las 'cosas menos buenas'.
- 9 Preguntar a los usuarios cuán **preocupados** están por las cosas 'menos buenas'.
- 10 Entregar a los usuarios los **materiales para llevar a la casa** con el fin de reforzar la intervención breve.

PASO 1 *Preguntar a los usuarios si están interesados en ver sus puntuaciones del cuestionario*

La tarjeta de reporte de retroalimentación se completa al final de la entrevista y con ella se proporciona retroalimentación al usuario sobre su nivel de riesgo por el consumo de sustancias. La tarjeta de reporte de retroalimentación se presenta en el Apéndice C del documento *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*.¹

Una buena manera de comenzar la intervención breve es preguntar al usuario:

“¿Le interesa ver su puntuación en el cuestionario que acaba de responder?”

Esta pregunta ayuda al trabajador de la salud a iniciar la intervención breve. Expresarla de esta manera le da al usuario la **opción** de lo que va a suceder a continuación y reduce inmediatamente cualquier resistencia. Una respuesta afirmativa del usuario permite al trabajador de la salud proporcionar retroalimentación personalmente relevante al usuario e información sobre su puntuación y el riesgo asociado, así como la mejor manera para reducirlo. Es importante observar que a la mayoría de los usuarios les interesa ver y entender sus puntuaciones.

Las puntuaciones del ASSIST correspondientes a cada sustancia deben registrarse en los recuadros proporcionados en la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación. El nivel de riesgo indicado por la puntuación de riesgo del ASSIST debe indicarse en los recuadros relevantes para todas las sustancias ('bajo', 'moderado' o 'alto').

La tarjeta de reporte de retroalimentación se utiliza durante la consulta para proporcionar

retroalimentación a los usuarios y se les entrega al final de la sesión para que la lleven a sus casas como recordatorio de lo que se habló. La tarjeta de reporte de retroalimentación también sirve como algo tangible para que el trabajador de la salud y el usuario se concentren durante la intervención.

PASO 2 *Proporcionar retroalimentación personalizada a los usuarios sobre sus puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación*

Los trabajadores de la salud pueden proporcionar retroalimentación personal relevante de manera objetiva a los usuarios por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación. La tarjeta debe sostenerse de manera que sea fácil de ver para el usuario y a la vez que sea fácil de leer por el entrevistador (aun si está al revés de la tarjeta).

La retroalimentación se proporciona en dos partes. Primero, las puntuaciones y el nivel de riesgo asociado con cada sustancia según aparece en la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación.

Los trabajadores de la salud deben ver cada sustancia que aparece en la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación y decirle al usuario su nivel de riesgo, ya sea bajo, moderado o alto. Después, se le explica al usuario la definición de riesgo moderado y/o alto, lo cual puede hacerse leyendo las definiciones del recuadro de la parte inferior de la primera página de la tarjeta. A continuación se muestra un ejemplo de retroalimentación

“Estas son todas las sustancias por las que le pregunté y estas son sus puntuaciones para cada una de las sustancias (señale las puntuaciones). Como puede ver, su puntuación para tabaco fue de 16, que lo pone en el nivel de riesgo moderado; su puntuación para alcohol fue de

15, que lo pone en el nivel de riesgo moderado, y su puntuación para marihuana fue de 18, que también lo pone en el nivel de riesgo moderado. Todas las demás sustancias están en el nivel de riesgo bajo. El riesgo moderado significa que está en riesgo de tener problemas de salud y de otra índole debido a sus hábitos actuales de consumo de sustancias, no solo ahora sino también en el futuro si sigue consumiendo de la misma manera”.

La segunda parte de la retroalimentación consiste en indicar los riesgos asociados con cada sustancia consumida, principalmente la sustancia (o sustancias) con la mayor puntuación. La información relacionada con la segunda parte de la retroalimentación se encuentra en la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST en una serie de nueve recuadros (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos). Cada recuadro enumera los daños, que van de menos severo (sombreado claro) a más severo (sombreado oscuro) para cada sustancia. Estos daños deben informarse al usuario tal como aparecen en la tarjeta y explicarlos más ampliamente si es necesario. Una vez más, la tarjeta debe sostenerse de manera que sea fácil de ver para el usuario y a la vez que sea fácil de leer por el entrevistador (aun si está al revés de la tarjeta).

A continuación se presenta un ejemplo de retroalimentación personalizada para una puntuación de riesgo moderado por el consumo de cannabis:

“Como su puntuación para marihuana lo pone en el nivel de riesgo moderado, los problemas asociados con sus hábitos actuales de consumo de marihuana pueden ser los siguientes: problemas con la atención y motivación, preocupación, pánico o depresión, dificultad para resolver problemas o recordar cosas, presión

sanguínea alta, asma, bronquitis y en el extremo grave de las cosas, psicosis, enfermedades del corazón y las vías respiratorias y cáncer...”

PASO 3 *Brindar consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias*

Brindar un consejo a los usuarios es crear un vínculo entre la reducción del consumo de drogas y la reducción de los daños. Los usuarios pueden no estar conscientes del vínculo entre el consumo de sustancias y los problemas existentes o potenciales, y hay que brindarles el consejo de que reducir o eliminar el consumo de sustancias reducirá el riesgo de problemas tanto en el presente como en el futuro. Una manera efectiva de dar consejo a los usuarios es decir:

“La mejor manera de reducir su riesgo de que le sucedan estas cosas (daños) es reducir o eliminar el consumo (de drogas)”.

Es importante que el consejo *no se dé* de una manera crítica o subjetiva que transmita la opinión del trabajador de la salud. Por ejemplo, expresar consejos en términos de: *“Realmente necesita hacer algo sobre el consumo de drogas”* o *“Me preocupan sus hábitos de consumo de cannabis”* puede que no sean beneficiosos porque los usuarios pueden sentirse juzgados, avergonzados, enojados, criticados y finalmente mostrarse resistentes al cambio. Expresar un consejo de manera objetiva le da al usuario la información exacta para ayudarlo a tomar su propia decisión en un ambiente neutral y a la vez alentador.

PASO 4 *Permitir a los usuarios responsabilizarse de sus decisiones*

Como se mencionó anteriormente en este manual, mantener el control personal es un factor de motivación importante para lograr el

cambio. Los trabajadores de la salud deben tener presente que el usuario es responsable de sus propias decisiones con respecto al consumo de sustancias, y esto debe reiterársele durante la intervención breve, después de la retroalimentación y el consejo. Por ejemplo, se le podría decir:

“Lo que haga con esta información sobre el consumo de drogas depende de usted... solo le comunico los daños asociados con sus hábitos actuales de consumo”.

El ejemplo anterior no solo alienta a los usuarios a responsabilizarse, sino que también refuerza la relación entre el consumo de sustancias del usuario y los daños asociados.

PASO 5 Preguntar a los usuarios cuán preocupados están por sus puntuaciones

Esta es una pregunta abierta diseñada para hacer que el usuario piense en sus hábitos de consumo de sustancias y comience a expresar cualquier inquietud que pueda tener al respecto. Utilizar preguntas abiertas en este contexto es una técnica de entrevista motivacional muy efectiva, y puede que sea la primera vez que el usuario haya hablado de sus inquietudes sobre el consumo de sustancias. Se ha comprobado que hablar de las inquietudes en un contexto alentador lleva al cambio en las creencias y los hábitos.^{7, 29} Los trabajadores de la salud deben volver a la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación para que el usuario pueda ver de nuevo sus puntuaciones y decirle algo como:

“¿Cuán preocupado está por su puntuación para (droga)?”

PASOS 6 y 7 Analizar las cosas buenas acerca del consumo de sustancias contra las cosas menos buenas acerca del consumo de sustancias

Hacer que un usuario considere y hable tanto de las cosas buenas como de las menos buenas acerca del consumo de sustancias es una técnica habitual de la entrevista motivacional diseñada para crear discrepancias o un conflicto cognitivo en el usuario. De nuevo, puede que sea la primera vez que el usuario haya pensado o expresado las ventajas y desventajas del consumo y es un primer e importante paso en el cambio de su conducta. Es preciso preguntarle al usuario sobre los aspectos positivos y negativos del consumo de sustancias ya que así el trabajador de la salud le demuestra al usuario que está consciente de las razones que este tiene para consumir sustancias.

La mejor manera de que los usuarios analicen sus hábitos de consumo de sustancias es por medio de dos preguntas abiertas. La primera se referirá a los aspectos positivos del consumo de sustancias. Diga algo como:

“¿Cuáles son las cosas buenas para usted acerca del consumo de (sustancia)...?”

Después de que el usuario haya hablado sobre las cosas buenas, pregúntele sobre las cosas menos buenas del consumo de drogas. Diga algo como:

“¿Cuáles son algunas de las cosas menos buenas para usted acerca del consumo de (sustancia)...?”

Si un usuario tiene dificultades para hablar de las cosas menos buenas, los trabajadores de la salud pueden alientarlo a hacerlo por medio de las respuestas dadas por el usuario durante la administración del cuestionario ASSIST (en par-

ticular la pregunta 4) o con preguntas abiertas que lo hagan hablar sobre los siguientes temas:

- **Salud** - física y mental.
- **Social** - relaciones con la pareja, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo.
- **Legal** - accidentes, problemas con la ley, conducir bajo la influencia de una sustancia.
- **Económico** - impacto en el presupuesto personal.
- **Ocupacional** - dificultad con el trabajo, los estudios, encargarse de la casa y la familia.
- **Espiritual** - sentimientos de autoestima, culpa, integridad.

PASO 8 Resumir y reflexionar sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las 'cosas menos buenas'

Reflexionar con los usuarios resumiéndoles lo que acaban de decir sobre las cosas buenas y las menos buenas acerca del consumo de sustancias es una manera simple pero efectiva de reconocer las experiencias del usuario y prepararlo para avanzar. Si un usuario siente que ha sido 'escuchado' es más probable que reciba y considere la información y los consejos dados por el trabajador de la salud. Resumir y reflexionar también permite al trabajador de la salud resaltar activamente los conflictos cognitivos de un usuario y hacer hincapié en los aspectos menos buenos del consumo de sustancias del usuario. A continuación se muestra un ejemplo de cómo reflexionar sobre las cosas buenas y las 'cosas menos buenas' acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las 'cosas menos buenas':

"Entonces le gusta beber porque se relaja y el primer par de bebidas lo hace sentirse feliz y el parlanchín y siente seguridad cuando sale... pero no le gusta que sea difícil dejar de beber una vez que ha empezado, ni que normalmente discute cuando toma y a menudo dice y hace cosas de

las que se arrepiente al día siguiente, como por ejemplo terminar en el hospital la semana pasada porque se lesionó en una pelea..."

PASO 9 Preguntar a los usuarios cuán preocupados están por las 'cosas menos buenas'

Esta es otra pregunta abierta semejante a la que se hizo en el paso 5 con respecto a la preocupación sobre la puntuación del ASSIST. Aunque es una repetición de una pregunta anterior, sirve para fortalecer el pensamiento de cambio en los usuarios y proporciona una base para que los trabajadores de la salud lleven la intervención breve más allá si el tiempo lo permite. La pregunta se puede plantear así:

"¿Le preocupan las cosas menos buenas? ¿Cuánto?"

PASO 10 Entregar al usuario los materiales para llevar a la casa con el fin de reforzar la intervención breve

El usuario debe recibir una copia de su tarjeta de reporte de retroalimentación y material informativo escrito para llevar a la casa cuando la sesión termine. La información escrita puede fortalecer y consolidar los efectos de la intervención breve si el usuario la lee. También puede servir de ayuda secundaria si la leen los amigos y familiares del usuario, que puede que también consuman sustancias.

En resumen, al terminar la sesión de intervención breve los usuarios deben recibir:

- La tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST.
- Panfletos de información general sobre la(s) sustancia(s) consumidas por el usuario (obtenidas de la agencia relevante en su país).
- El manual *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*.³⁰

- La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (si es relevante).

La tarjeta de reporte de retroalimentación tiene por objeto recordar las puntuaciones del usuario y los riesgos asociados con el consumo de la sustancia principal en la que se ha centrado la intervención breve. La tarjeta también contiene información sobre los riesgos asociados con el consumo de otras sustancias que puede que no hayan sido tratadas directamente durante el curso de la intervención breve, pero que quizá hayan sido consumidas por el usuario.

El manual *“Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía”*³⁰ ayuda a los usuarios a decidir si quieren cambiar sus hábitos de consumo de sustancias, y además contiene una serie de estrategias simples pero efectivas para ayudarlos a reducir o eliminar el consumo. La guía es adecuada para personas que hayan llegado por lo menos al 5° año de educación y además es muy gráfica. Los trabajadores de la salud también pueden utilizar la guía como base para proporcionar intervenciones más extensas o periódicas si es necesario.

La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse debe entregarse a los usuarios que se han estado inyectando sustancias en los últimos tres meses. Contiene información sobre los daños asociados con las prácticas de inyectarse sustancias y también estrategias sobre la minimización de los daños para los usuarios que eligieron continuar inyectándose sustancias. La tarjeta de riesgos de inyectarse se presenta en el Apéndice D del documento *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: Manual para uso en la atención primaria*.¹

Los usuarios que se inyectan requieren una intervención más amplia que la indicada en los pasos 1 al 10 descritos anteriormente (véase el Capítulo 8).

La guía y otros materiales informativos deben entregarse al usuario con una breve explicación de su contenido, en la que se emplee un lenguaje neutral que respete su derecho de elegir lo que quiera con respecto al consumo de sustancias. Diga algo como:

“Las personas encuentran esta guía útil cuando consideran si quieren reducir o no el consumo de sustancias, y si desean hacerlo, la guía les proporciona algunas estrategias útiles para ayudarlas a reducir o eliminar el consumo”.

Usuarios de bajo riesgo

Los usuarios cuyas puntuaciones se encuentran en el nivel de bajo riesgo no necesitan una intervención para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias y el tratamiento puede continuar de manera habitual. Sin embargo, es conveniente hacer hincapié en que mantenerse en el nivel de bajo riesgo es una decisión responsable y alentarlos a que continúen con sus hábitos actuales de consumo de bajo riesgo. Además, brindarles información general sobre el consumo de alcohol y otras drogas, si el tiempo lo permite, puede que sea apropiado por varias razones, a saber:

- Aumenta el nivel de conocimiento en la comunidad sobre el consumo y los riesgos asociados con el alcohol y otras sustancias.
- Puede actuar como medida preventiva para alentar a los usuarios que están en el nivel de bajo riesgo a que se mantengan en este nivel.
- Permite recordar a los usuarios con un historial de consumo riesgoso de sustancias sobre los riesgos de volver al consumo peligroso de sustancias.
- La información que se les da la pueden pasar a sus amigos o familiares que tengan problemas por el consumo de sustancias.

8 Qué hacer con los usuarios de 'alto riesgo' y los usuarios que se inyectan

Los usuarios que se han estado inyectando drogas con regularidad en los últimos tres meses (véase la nota más abajo) y/o cuyas puntuaciones del ASSIST están en el nivel de 'alto riesgo' (27 o más) para cualquier sustancia, requieren algo más que una intervención breve. No obstante, debe proporcionarse la intervención breve en estos usuarios y entregarles los materiales para llevar a la casa con el fin de **motivarlos a buscar tratamiento adicional**. También es conveniente animarlos y darles confianza con respecto a la eficacia del tratamiento, así como información sobre lo que incluye y cómo tener un mejor acceso a este. Es probable que una intervención breve para este tipo de usuarios dure alrededor de 15 minutos dada la seriedad del problema. Si el usuario ha intentado sin éxito reducir o eliminar el consumo de sustancias en el pasado (según se indica en la pregunta 7 del ASSIST), converse acerca de estos intentos anteriores. Esto puede ayudar al usuario a comprender la necesidad de un tratamiento para cambiar sus hábitos de consumo. La información sobre cómo llevar a cabo una sesión más extensa con los usuarios se presenta en el Capítulo 11 de este manual.

Los usuarios de alto riesgo como mínimo necesitan una evaluación más amplia, por ejemplo, revisar su historial de consumo de sustancias, y de preferencia, derivarlos a tratamiento especializado. Según las necesidades del usuario, el tratamiento puede incluir sesiones periódicas con el trabajador de atención primaria, terapia con especialistas en alcohol y drogas, farmacoterapia, desintoxicación en un hospital, rehabilitación residencial, asesoría grupal o un programa de 12 pasos o similar. Existen otras

opciones de tratamiento según la disponibilidad en el país o las creencias del usuario. Además, puede haber razones subyacentes asociadas con el consumo de sustancias que pueden requerir atención, como el dolor crónico, los problemas de salud mental, las dificultades en las relaciones, las demandas laborales o el desamparo. Todos los usuarios deben ser examinados y supervisados cada vez que regresen a los servicios de salud, ya sea que estén de acuerdo en recibir tratamiento intensivo o no. Debe alentárseles a programar una cita para regresar y hablar sobre el consumo de sustancias.

Es muy importante que los usuarios de alto riesgo y los que se inyectan se sometan a exámenes de salud adecuados, como pruebas de sangre y biológicas. Por ejemplo, a los usuarios que ingieren alcohol en exceso se les debe hacer una prueba de enzimas, y a los que se inyectan, pruebas de hepatitis y de VIH/SIDA y darles información sobre cómo minimizar el daño asociado con inyectarse, según muestra la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse.

Los usuarios deben saber que el consumo de drogas por vía inyectada está asociado con un aumento de probabilidad de dependencia, sobredosis (en particular si se inyectan opiáceos), psicosis (en particular si se inyectan estimulantes), infecciones locales y sistémicas, abscesos y úlceras, venas colapsadas y enfermedades contagiosas como la hepatitis B y C y el VIH.

Los usuarios que deciden seguir inyectándose deben recibir información sobre las estrategias adecuadas de minimización de daños, como por ejemplo no compartir equipo para inyectarse, higiene al inyectarse, evitar el consumo de otras sustancias al mismo tiempo (en especial alcohol y sedantes), no estar solos cuando se inyecta (en caso de sobredosis) y tener

una pequeña cantidad para empezar a fin de verificar la pureza de la sustancia que se está usando. A los usuarios también se les debe informar sobre dónde pueden tener acceso a agujas esterilizadas (o cómo pueden esterilizar agujas si no las hay disponibles) y cómo desechar de manera segura las agujas usadas.

La pregunta 8 del cuestionario ASSIST indaga sobre las sustancias que se han inyectado más recientemente. Aunque la puntuación de esta pregunta no se incluye en el cálculo de la puntuación final, es probable que los usuarios que se inyectan en promedio más de cuatro veces al mes necesiten un tratamiento más intensivo. Estas pautas se basan en los hábitos de consumo por vía inyectada que reflejarían un avance hacia el consumo dependiente en los usuarios de heroína (más de semanalmente) y los usuarios de anfetaminas/cocaína (más de tres días consecutivos). Sin embargo, el mejor curso de acción debe basarse en el juicio clínico del trabajador de la salud con base en la información que tiene disponible en el momento. Se puede encontrar más información sobre la evaluación de los usuarios de drogas inyectadas en el documento *"La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria"*.¹

9 Ejemplo de una intervención breve

A continuación se presenta un ejemplo de la sugerida intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos para una paciente de 22 años que había respondido las preguntas del cuestionario ASSIST con un trabajador de la salud. Este ejemplo se tomó de una situación clínica real en la que el cuestionario y la intervención breve fueron proporcionados a la paciente en una clínica de enfermedades de transmisión sexual de Australia. El trabajador de la salud calculó las puntuaciones de la paciente y las anotó en la tarjeta de reporte de retroalimentación. La puntuación obtenida colocó a la paciente en el nivel de riesgo moderado para los estimulantes de tipo anfetamina, tabaco y cannabis. Todas las demás sustancias cayeron en el nivel de riesgo bajo. En este ejemplo, el trabajador de

la salud se centró solo en el consumo de estimulantes de tipo anfetamina, en este caso el speed (una forma de anfetamina en polvo). Una intervención más extensa también podría abordar el consumo de otro tipo de sustancia de la paciente (cannabis y tabaco).

El ejemplo se divide en dos partes. La Parte 1 comprende el guión de una intervención más corta (de tres a cinco minutos de duración), y la Parte 2 comprende la segunda parte del guión para una intervención más extensa (de 10 a 15 minutos).

Cada paso de la intervención breve [los pasos del 1 al 10] se indica en los corchetes que están al final de los guiones correspondientes al trabajador de la salud.

PARTE 1 | Intervención breve (de 3 a 5 minutos)

Trabajador de la salud: *¿Le gustaría ver los resultados del cuestionario que acaba de responder?*
[Paso 1. Preguntar]

Usuario: *Sí, por favor.*

Trabajador de la salud (señala las puntuaciones de la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST): *Estas son sus puntuaciones para cada sustancia de la que hemos hablado. Obtuvo un 21 para tabaco, que quiere decir que está en el nivel de riesgo moderado para esa sustancia; un seis para cannabis, que quiere decir que también está en el nivel de riesgo moderado para esa sustancia, y 14 para estimulantes de tipo anfetamina, que quiere decir que también está en el nivel de riesgo moderado para esa sustancia. El nivel de riesgo para todas las demás sustancias es bajo. Estar en el nivel de riesgo moderado significa que está en riesgo de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias. Aún si ahora no está teniendo problemas, el estar en el nivel de riesgo moderado significa que puede tener problemas de salud y de otro tipo en el futuro.* [Paso 2. Retroalimentación]

Trabajador de la salud (Abre el folleto y señala el recuadro relacionado con los estimulantes de tipo anfetamina): *Como su riesgo de experimentar daños por las anfetaminas es moderado, los problemas que se asocian con sus hábitos actuales de consumo son: dificultad para dormir, pérdida del apetito, deshidratación, tensión en la mandíbula, dolores de cabeza y musculares, cambios del estado de ánimo, como sentirse preocupada, deprimida y sentir pánico o paranoia, en particular el día después de consumir, que usted mencionó cuando estaba respondiendo el cuestionario. Como el speed es un estimulante del sistema nervioso central, la estimula y puede sentir cosas como temblores, latidos irregulares del corazón y falta de aliento. Algunas personas se ponen agresivas y violentas cuando usan anfetaminas y algunas experimentan psicosis. En el extremo grave, los estimulantes de tipo anfetamina también pueden causar daño permanente a las células del cerebro, daño en el hígado y ataques.* [Paso 2. Continuación de la retroalimentación]

Trabajador de la salud: *La mejor manera de disminuir la probabilidad de que le sucedan estas cosas (indica los riesgos descritos en el recuadro) es ya sea reducir o eliminar el uso de anfetaminas. [Paso 3. Consejo]*

Trabajador de la salud: *Lo que haga con esta información depende de usted. Le voy a decir la relación entre sus hábitos actuales de consumo y los daños que puede estar sufriendo. [Paso 4. Responsabilidad]*

Trabajador de la salud (Va a la primera página del folleto y señala la puntuación de anfetaminas): *¿Le preocupa su puntuación para anfetaminas? ¿Cuánto? [Paso 5. Preocupación]*

Usuario: *Sí, me preocupa un poco. No creía que iba a tener una puntuación tan alta para anfetaminas y que podría estar en riesgo de esos tipos de problemas de salud. He estado pensando en reducir por un momento porque me hace sentir deprimida y de mal humor un par de días después de consumirlas, y llego al punto en que quizá no valga la pena seguirlas usando. Pero me hacen sentir muy bien cuando las uso, la verdad no sé...*

Termine la intervención corta entregándole al usuario los materiales para llevar a la casa según el paso 10.

PARTE 2 | Continuación de la intervención breve (de 10 a 15 minutos)

Trabajador de la salud: *Bien, ¿cuáles son las cosas buenas acerca del consumo de anfetaminas para usted personalmente? [Paso 6. Cosas buenas]*

Usuario: *Me gusta que puedo estar despierta toda la noche y salir con mis amigos cuando uso speed y que me hace sentir más activa y feliz. Nos la pasamos muy bien juntos y nos divertimos mucho.*

Trabajador de la salud: *¿Y cuáles son las cosas menos buenas acerca del consumo de anfetaminas? [Paso 7. Cosas menos buenas]*

Usuario: *Definitivamente el bajón. Me siento muy deprimida y me pongo muy irritable en el trabajo y con mi pareja. A él no le gusta que las consuma y eso está causando problemas entre nosotros. También me preocupa el efecto que pueda estar teniendo en mi estado de ánimo a largo plazo porque creo que soy más irritable ahora de lo que solía ser.*

Trabajador de la salud: *Entonces lo bueno de usar speed es que la hace sentirse alerta y activa y puede divertirse toda la noche con sus amigos y pasarla muy bien, pero lo malo es que se deprime mucho en el bajón y ha notado que se siente más malhumorada e irritable en general que antes, y que eso ha causado algunos problemas con su pareja, en particular por su irritabilidad y cambios de humor. [Paso 8. Resumir y reflexionar]*

Trabajador de la salud: *¿Le preocupan las cosas menos buenas sobre el consumo de anfetaminas? ¿Cuánto? [Paso 9. Preocupación]*

Usuario: *Sí, supongo que me preocupa el efecto que está teniendo en mi estado de ánimo en general y también esas otras cosas que se mencionaron en la hoja de puntuación, no sabía nada de eso y suena aterrador. También me preocupa si este efecto en mi estado de ánimo puede ser algo continuo, porque realmente no me gusta sentirme deprimida.*

Trabajador de la salud: *Puede llevarse a su casa esta tarjeta de reporte de retroalimentación y también le daré esta hoja de información acerca de las anfetaminas. También le entregaré este manual (Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía) que a menudo las personas encuentran útil para ayudarlas a decidir si desean o no reducir el consumo de sustancias. Si decide que quiere reducir o eliminar el consumo, además ofrece algunas estrategias que quizá le sean útiles. También puede hacer otra cita para hablar de ello si lo desea, pero eso depende completamente de usted. [Paso 10. Materiales para llevar a la casa]*

10 Intervenciones más extensas

Abordar el consumo de múltiples sustancias

Los trabajadores de la salud podrían pasar más tiempo con los usuarios en momentos en los que es necesario abordar el consumo de múltiples sustancias. Algunas de las destrezas y técnicas requeridas para proporcionar intervenciones más extensas se describen en el Capítulo 11 de este manual.

El consumo de múltiples drogas, en particular de tabaco, alcohol y cannabis, es bastante común entre usuarios que consumen sustancias ilegales, como estimulantes de tipo anfetamina, cocaína u opiáceos. A continuación se sugiere una variación de los 10 pasos principales para abordar el consumo de múltiples sustancias. Aunque se proporcionaría retroalimentación sobre todas las sustancias del nivel de riesgo moderado o alto, el enfoque de la intervención se debe dirigir hacia la(s) sustancia(s) que estén causando al usuario la mayoría de los problemas o la que le preocupe más. Aunque la intervención se centre en una sustancia predominante, los usuarios pueden obtener información sobre los riesgos asociados con otras sustancias en los materiales para llevar a la casa que se les entregaron al final de la intervención.

Variación sugerida de 10 pasos para tratar el consumo riesgoso de múltiples sustancias

- 1 Preguntar a los usuarios si están interesados en ver las puntuaciones de su cuestionario.
- 2 Proporcionar retroalimentación personalizada a los usuarios sobre las puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación:
 - | Retroalimentación general según las puntuaciones de la primera página.
 - | Retroalimentación específica de la sustancia 1 (puntuación más alta o sustancia más problemática) según la información de los recuadros individuales de la tarjeta de reporte de retroalimentación.
- 3 Brindar consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias:
 - | Retroalimentación específica de la sustancia 2.
 - | Retroalimentación específica de la sustancia 3, etc.
- 4 Permitir a los usuarios responsabilizarse de sus elecciones:
 - | Consejo general que abarque todas las sustancias.
 - | Manifestar la responsabilidad general hacia todas las sustancias.
- 5 Preguntar a los usuarios cuán preocupados están por sus puntuaciones:
 - | Guiar a los usuarios con respecto a la(s) sustancia(s) que más le preocupa(n) y concentrarse en ella(s) siguiendo los pasos 6, 7, 8 y 9.
- 6 y 7 Analizar las cosas buenas del consumo de sustancias contra las cosas menos buenas del consumo de sustancias.
- 8 Resumir y reflexionar sobre lo que los usuarios han expresado acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las cosas menos buenas.
- 9 Preguntar a los usuarios cuán preocupados están por las 'cosas menos buenas'.
 - | Repita los pasos 5, 6, 7, 8 y 9 con la sustancia que sigue según el orden de preocupación.
- 10 Entregar a los usuarios los materiales para llevar a la casa con el fin de reforzar la intervención breve.

11 Proporcionar intervenciones más extensas o periódicas – Información, destrezas y técnicas

Todos los pacientes que han sido evaluados por medio de la prueba de detección ASSIST deberían recibir retroalimentación con respecto a sus puntuaciones y niveles de riesgo, así como información o consejo sobre las sustancias que consumen según el ejemplo anterior de intervención corta de tres a cinco minutos (el nivel mínimo de intervención para todos los usuarios). Sin embargo, puede que algunos trabajadores de la salud proporcionen intervenciones más extensas o periódicas, en cuyo caso es más probable que requieran algún nivel más alto de capacitación con respecto a la mejor práctica para el tratamiento de los usuarios de drogas y alcohol. Este manual describe brevemente la entrevista motivacional y las técnicas de FRAMES necesarias para proporcionar intervenciones más extensas, o para ayudar a los usuarios que están en la etapa de contemplación y que quieren cambiar pero no tienen la seguridad ni el conocimiento, o a los que hayan avanzado a la etapa de acción y estén listos para cambiar su conducta de consumo de sustancias.

Las tácticas y destrezas para el cambio también se describen en el manual *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*³⁰ y aunque está dirigida a los usuarios, ayudará a los trabajadores de la salud a comprender el conjunto de estrategias utilizadas.

Analizar el historial de consumo de sustancias

Se recomienda que el historial de consumo de sustancias se analice en sesiones más extensas o periódicas. Aunque no será igual para todos los usuarios, la frecuencia y dosis por lo general son un buen indicador de la seriedad de los problemas de salud y de otro

tipo que presentan los usuarios. La frecuencia de consumo en los últimos tres meses se determina en la pregunta 2 del ASSIST, que contribuye a la puntuación final de riesgo. Un historial más detallado abarcaría:

▮ **Cantidad** - Cuánto, en unidades estándar o comparables, se está consumiendo.

▮ **Frecuencia de consumo** - Con cuánta frecuencia se ha consumido en los últimos tres a seis meses.

▮ **Hábitos de consumo** - Si el consumo es consistente o desenfrenado, o si ha habido períodos de abstinencia y por qué.

▮ **Duración del consumo** - Cuánto tiempo ha estado el usuario consumiendo la sustancia y la edad del primer consumo.

▮ **Vía de administración** - Si la sustancia ha sido ingerida, fumada, inyectada, inhalada, etc.

▮ **Tipo de sustancia** - En qué forma se ha consumido la sustancia: pastillas, jarabe, cristales, polvo, producto de planta (hoja, brote, goma) etc. y cualquier preparación.

Determinar el historial de consumo de una sustancia es otra manera de vigilar el consumo de sustancias de un usuario en un período determinado, y consolida la información proporcionada por el cuestionario ASSIST. La información puede utilizarse para comunicarse con otros trabajadores de la salud y determinar cuál será el mejor tratamiento para el usuario, en particular para los dependientes y de alto riesgo.

Más sobre las etapas de cambio

Contemplación

Gran parte de este manual proporciona información y técnicas para tratar principalmente con los usuarios que están en la etapa de precontemplación y algunos de los que están en la de contemplación. Sin embargo, como se describe en el Capítulo 4, algunos de los usuarios que están en la etapa de contemplación puede que estén dispuestos a cambiar pero que no sepan cómo o que no se sientan seguros de poder hacerlo. La importancia y la buena disposición y seguridad son temas que deben tratarse en las intervenciones para alentar a los usuarios a cambiar su conducta. La regla de buena disposición (Figura 2) y la regla de seguridad (Figura 3) descritas a continuación pueden ser herramientas visuales muy útiles para ayudar a los usuarios.

En esta etapa es muy importante ayudar a los usuarios a ver la ambivalencia del consumo de sustancias como una balanza de decisiones. En un lado de la balanza están los beneficios del usuario de seguir igual y los costos relacionados con el cambio (razones para seguir igual) y en el otro lado están los beneficios del cambio y los costos de seguir igual (razones para el cambio). Es poco probable que ocurra un cambio antes de que las razones para el cambio superen las razones para seguir igual. El uso de la balanza de decisiones (Figura 4) es una herramienta visual útil que puede utilizarse para analizar aún más con los usuarios las ventajas y desventajas del consumo de sustancias y crear discrepancia (o ambivalencia). Otra manera de alentar al usuario a considerar los costos y beneficios del consumo actual es ayudarlos a hacer una tabla similar a la que aparece a continuación (Tabla 2). Puede que sea conveniente pedirle al usuario que hable primero sobre lo que le gusta acerca del consumo de sustancias, es decir las cosas buenas, y después pedirle que hable sobre las

cosas menos buenas. Estas tácticas se utilizan directamente con los usuarios en el manual *“Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía”*.³⁰

Para que las personas cambien su conducta deben estar preparadas y dispuestas a cambiar.⁷ Las etapas del modelo de cambio presentado anteriormente son una manera de comprender cuán preparado y dispuesto está un usuario para hacer cambios.

La preparación y disposición del usuario para reducir o eliminar el consumo de sustancias se relaciona con la importancia que para él tiene hacer el cambio. Sin embargo, pensar que un cambio es importante no siempre es suficiente para que un usuario avance a la etapa de acción. A veces un usuario está dispuesto a cambiar pero no está seguro de que podrá hacerlo. Tanto la importancia como la seguridad son temas a tratar en las intervenciones para alentar a los usuarios a cambiar su conducta de consumo.

Una manera simple de conocer cuán importante cree el usuario que es reducir el consumo de sustancias es por medio de la ‘regla de buena disposición’⁷ (Figura 2). Esta es una escala, o regla, con gradaciones del 0 al 10, donde 0 es ‘no importante en lo absoluto’ y 10 es ‘muy importante’. Puede pedirseles a los usuarios que indiquen cuán importante es para ellos cambiar sus hábitos de consumo de sustancias.

La regla de buena disposición puede utilizarse al principio de la intervención breve para ayudar a ubicar la intervención en la etapa adecuada de cambio, o bien durante la intervención o en las sesiones periódicas como manera de alentar al usuario a hablar de los motivos para el cambio.

FIGURA 2 | La regla de buena disposición

Cuán importante es para usted reducir o eliminar el consumo de sustancias? En una escala del 0 al 10, donde 0 es 'no importante en lo absoluto', y 10 es 'muy importante', ¿cómo se calificaría a sí mismo?"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No importante en lo absoluto					Muy importante					

FIGURE 3 | La regla de seguridad

¿Cuán seguro está usted de poder reducir o eliminar el consumo de sustancias si decide hacerlo? En una escala del 0 al 10, donde 0 es 'nada seguro' y 10 es 'muy seguro', ¿cómo se calificaría a sí mismo?"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Muy seguro					

FIGURA 4 | Balanza de decisiones

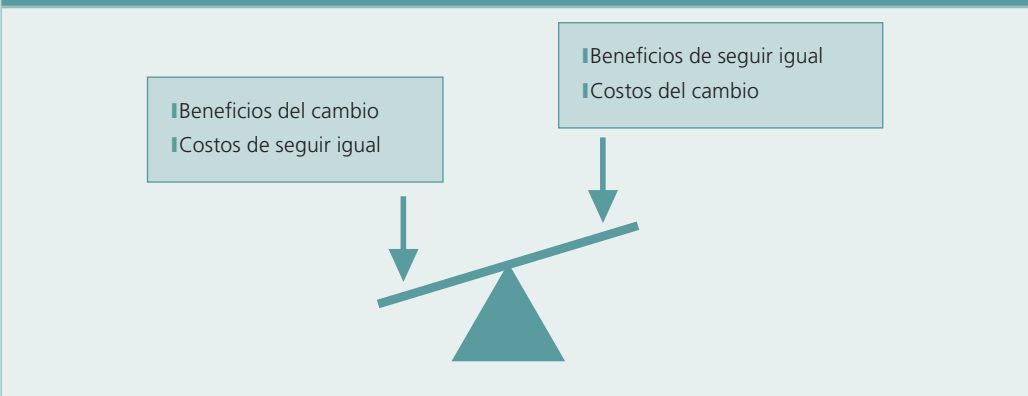


TABLA 2 | Tabla de decisiones

	Beneficios	Costos
A corto plazo		
A largo plazo		

Miller y Rollnick⁷ sugieren utilizar esta regla para obtener la puntuación del usuario y después hacer las dos preguntas siguientes:

- “¿Por qué está usted en (ejemplo, 3) y no en 0?” Esto hace que el usuario justifique verbalmente o defienda la postura que puede motivarlo a cambiar.
- “¿Qué se requeriría para que avance de un (ejemplo, 3) a un (ejemplo, 6) (un número más alto)?” Esto hace que los usuarios indiquen las estrategias posibles para un cambio y que empiecen a pensar más en el cambio.

El mismo tipo de escala puede utilizarse también para evaluar cuán seguros se sienten los usuarios y si pueden reducir o dejar de consumir sustancias.⁷ La ‘regla de seguridad’ (Figura 3) puede utilizarse con los usuarios que han indicado que para ellos es importante el cambio, o también como pregunta hipotética para alentar a los usuarios a hablar sobre cómo harían un cambio.

No es necesario mostrar esta regla al usuario, pero podría ser útil hacerlo si el usuario tiene un nivel de alfabetización bajo. Para algunos usuarios puede ser suficiente solo describir la escala por medio de palabras como las de los ejemplos anteriores.

Acción

Como se mencionó anteriormente, los usuarios que están en la etapa de acción han tomado la decisión de cambiar sus hábitos de consumo de sustancias, o puede que estén en el proceso de abstinencia o reducción. Es probable que los usuarios que están en esta etapa continúen sintiéndose ambivalentes sobre el consumo de sustancias y necesiten aliento y apoyo para mantener su decisión. Con base en la intervención de 10 pasos descrita

anteriormente, las técnicas que son útiles para los usuarios que quieren entrar en la etapa de acción son las siguientes:

- Negociar objetivos y metas para cambiar en conjunto las conductas riesgosas relacionadas con el consumo de sustancias.
- Sugerir una variedad de estrategias que el usuario podría elegir como ayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias (opciones de cambio).
- Ayudarlos a identificar situaciones donde puedan estar en riesgo de una recaída.
- Discutir con el usuario su plan de acción para reducir o eliminar el consumo de sustancias.

Estas estrategias se detallan más adelante en “Más sobre FRAMES”.

Mantenimiento

Los usuarios que están en la etapa de mantenimiento intentan mantener los cambios de conducta de consumo que han hecho y el éxito a largo plazo significa permanecer en esta etapa. A pesar de los muchos cambios que han hecho los usuarios en esta etapa, aún experimentarán ambivalencia y deseos de volver a consumir sustancias. Por lo tanto, los usuarios que están en esta etapa necesitan una confirmación de que están haciendo un buen trabajo y ánimo para continuar. Los trabajadores de la atención primaria de salud pueden ayudar a las personas que están en esta etapa felicitándolas por sus logros y reforzando sus estrategias para evitar situaciones en las que estén en riesgo de una recaída, o bien ayudándolas a avanzar después de una pequeña recaída.

Más sobre la entrevista motivacional

Retroalimentación

Como se explicó en el Capítulo 6 sobre la entrevista motivacional, proporcionar retroalimentación a los usuarios es una parte importante del proceso de intervención. Sin embargo, la manera en la que se proporciona la retroalimentación es importante para que el usuario realmente la escuche y la asimile. Al proporcionarse la retroalimentación se debe tener en cuenta lo que el usuario está dispuesto a escuchar y lo que ya sabe. El estilo empático y las destrezas específicas descritas anteriormente en este manual pueden tener una gran influencia en cuán bien creen los usuarios que han entendido la retroalimentación.

Una manera simple y eficaz de proporcionar una retroalimentación que tome en cuenta el conocimiento y el interés actual del usuario, y que respete su derecho de elegir lo que desea hacer con la información debe constar de tres pasos:

- Suscitar buena disposición e interés por la información.
- Proporcionar retroalimentación de manera neutral e imparcial.
- Suscitar la interpretación personal.

1 Suscite una buena disposición e interés por la información, por ejemplo: pregúntele al usuario lo que ya sabe y lo que le gustaría saber. También puede ser útil para recordarle al usuario que él es el responsable de lo que haga con la información. Por ejemplo:

- *“¿Le gustaría ver los resultados del cuestionario que acaba de responder?”*
- *“¿Qué sabe acerca de los efectos de las anfetaminas en su estado de ánimo?”*

2 Proporcione la retroalimentación de manera neutral e imparcial. Por ejemplo:

- *“Su puntuación para opiáceos fue de 18, lo que significa que el nivel actual de consumo de opiáceos lo pone en riesgo de tener problemas de salud y de otro tipo”.*
- *“Las anfetaminas afectan la química del cerebro que regulan el estado de ánimo, y el consumo regular puede hacerlo sentir deprimido o ansioso y a algunas personas hasta molestas y violentas”.*

3 Suscite la interpretación personal. Por ejemplo: pregúntele al usuario lo que piensa sobre la información y qué le gustaría hacer. Puede hacerlo por medio de preguntas clave, como las siguientes:

- *“¿Cuán preocupado está por su puntuación para opiáceos?”*
- *“¿Cuán preocupado está por el efecto de las anfetaminas en su estado de ánimo y su salud mental?”*
- *“¿Cómo se siente al respecto?”*
- *“¿Hacia dónde vamos desde aquí?”*
- *“¿Qué le gustaría hacer al respecto?”*
- *“¿Qué es lo que más le preocupa?”*

Destrezas específicas

La entrevista motivacional utiliza cinco destrezas específicas. Estas destrezas se utilizan en conjunto para alentar a los usuarios a hablar, explorar su ambivalencia sobre el consumo de sustancias y esclarecer sus motivos para reducir o eliminar el consumo de sustancias.⁷ Las primeras cuatro destrezas se conocen con el acrónimo OARS (por sus siglas en inglés): Open ended questions (Preguntas abiertas), Affirmation (Confirmación), Reflective listening

(Escucha reflexiva) y Summarising (Resumir). La quinta destreza es “suscitar conversación sobre el cambio” y consiste en el uso de las cuatro destrezas mencionadas para guiar al usuario a presentar argumentos con el fin de cambiar su conducta de consumo de sustancias.

Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas requieren una respuesta más larga y dan la entrada para que la persona hable. A continuación daremos algunos ejemplos de preguntas abiertas:

- *“¿Cuáles son las cosas buenas acerca del consumo de sustancias?”*
- *“Dígame las cosas menos buenas acerca del consumo de... (droga)”.*
- *“Parece tener algunas inquietudes sobre sus hábitos de consumo de sustancias; hábleme más sobre ellas”.*
- *“¿Qué es lo que le preocupa al respecto?”*
- *“¿Cómo se siente sobre...?”*
- *“¿Qué le gustaría hacer al respecto?”*
- *“¿Qué sabe sobre...?”*

Confirmación

Utilizar palabras de reconocimiento y comprensión ayuda a crear una atmósfera más alentadora y a establecer buenas relaciones con el usuario. Confirmar las fortalezas y los esfuerzos del usuario para el cambio ayuda a cimentar la seguridad, mientras que reafirmar con palabras de automotivación (o plática de cambio) alienta la buena disposición al cambio. Algunos ejemplos de confirmación son:

- *“Gracias por venir hoy”.*
- *“Aprecio que esté dispuesto a hablarme sobre sus hábitos de consumo de sustancias”.*

- *“Usted obviamente es una persona ingeniosa para haber tratado con esas dificultades”.*
- *“Me doy cuenta de que usted es una persona muy fuerte”.*
- *“Es una buena idea”.*
- *“Es muy difícil hablar sobre... Realmente aprecio que continúe con esto”.*

Escucha reflexiva

Una respuesta de escucha reflexiva es la que trata de adivinar lo que el usuario quiere decir. Es importante reflexionar sobre las intenciones y sentimientos subyacentes que el usuario ha expresado, así como las palabras que ha utilizado. La escucha reflexiva ofrece un espejo a la persona que habla para que esta pueda escuchar al trabajador de la salud repetir lo que le ha comunicado, y muestra al usuario que el trabajador de la salud comprende lo que se ha dicho; también puede utilizarse para esclarecer lo que el usuario quiso decir. La escucha reflexiva eficaz alienta al usuario a seguir hablando y el trabajador de la salud debería darle el tiempo suficiente para que eso suceda.

En la entrevista motivacional la escucha reflexiva se utiliza activamente para resaltar la ambivalencia del usuario sobre el consumo de sustancias, para dirigir al usuario hacia un mayor reconocimiento de sus problemas e inquietudes y para hacer hincapié en las preguntas que indican que el usuario está pensando en cambiar. Algunos ejemplos son:

- *“¿Está sorprendido porque su puntuación muestra que está en riesgo de tener problemas?”*
- *“¿Es realmente importante que mantenga su relación con su pareja?”*
- *“¿Se siente incómodo al hablar de esto?”*
- *“¿Está molesto porque su pareja lo molesta sobre sus hábitos de consumo de sustancias?”*

- *“¿Le gustaría reducir el consumo de sustancias en las fiestas?”*
- *“¿Realmente disfruta consumiendo sustancias y no le gustaría dejar de hacerlo, pero también puede ver que le está causando algunos problemas económicos y legales?”*

Resumir

Resumir es una manera importante de reunir lo que ya se ha dicho y de preparar al usuario para el cambio. Resumir añade fuerza a la escucha reflexiva especialmente en relación con las inquietudes y plática de cambio. Primero los usuarios se escuchan decirlo, después escuchan al terapeuta repetirlo, y después lo escuchan de nuevo en el resumen. El terapeuta elige qué incluir en el resumen y puede utilizarlo para cambiar la dirección haciendo hincapié en algunas cosas más que en otras. Es importante que el resumen sea claro y conciso. A continuación se da un ejemplo de resumen.

“Entonces le gusta consumir speed y éxtasis en las fiestas y cree que no consume más que sus amigos. Por otra parte ha gastado más dinero del que puede permitirse en drogas, y eso realmente le preocupa. Se le está dificultando pagar sus cuentas y ya cancelaron sus tarjetas de crédito. Su pareja está molesta y usted realmente no quiere molestarla. También, ha observado que tiene problemas para dormir y dificultad para recordar las cosas”.

Suscitar una conversación sobre el cambio

La quinta destreza: “suscitar una conversación sobre el cambio” es una estrategia para ayudar al usuario a resolver la ambivalencia con el fin de que presente los argumentos para el cambio. Las cuatro categorías principales de conversación sobre el cambio son las siguientes:

- *Reconocer las desventajas de seguir igual.*

- *Reconocer las ventajas del cambio.*
- *Expresar optimismo sobre el cambio.*
- *Manifestar la intención de cambiar.*

Hay varias maneras de suscitar una conversación sobre el cambio con el usuario.

Por ejemplo, por medio de preguntas abiertas directas como las siguientes:

- *“¿Qué le preocupa acerca del consumo de sustancias?”*
- *“¿Qué cree que pasará si no hace ningún cambio?”*
- *“¿Cuáles serían las cosas buenas acerca de reducir el consumo de sustancias?”*
- *“¿Cómo quisiera que fuera su vida dentro de cinco años?”*
- *“¿Qué cree que le daría resultado si decidiera cambiar?”*
- *“¿Cuánta seguridad tiene en que puede hacer este cambio?”*
- *“¿Cuán importante es para usted reducir el consumo de sustancias?”*
- *“¿Qué piensa sobre sus hábitos actuales de consumo de sustancias?”*

Más sobre FRAMES

La experiencia clínica y la investigación de las intervenciones breves por el consumo de sustancias demuestran que las intervenciones breves eficaces tienen una serie de componentes coherentes y periódicos. Estos componentes se han resumido por medio del acrónimo FRAMES: Feedback (Retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menu of options (Opciones de cambio), Empathy (Empatía) y Self-efficacy (Autoeficacia).^{8,9,10} La retroalimentación, responsabilidad y consejo se analizan en el Capítulo 5 de este manual, y la empatía en

el Capítulo 6. Esta sección proporciona más detalles sobre las diferentes opciones y la autoeficacia.

Opciones de cambio

Las intervenciones breves eficaces y los recursos de autoayuda le brindan al usuario una serie de opciones para reducir o eliminar el consumo de sustancias, lo que le permite pensar y elegir cuáles serían las estrategias más adecuadas. Brindar opciones refuerza el sentido de control y responsabilidad personal para cambiar, y puede ayudar a fortalecer la motivación del usuario hacia el cambio. En el manual *“Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía”*³⁰ se presentan una serie de estrategias que ayudarán a los usuarios a cambiar su conducta y que pueden utilizarse de manera individual o con otras diferentes opciones, a saber:

- *Anotar en un diario de consumo de sustancias (dónde, cuándo, cuánto se consumió, cuánto se gastó, con quién, por qué).*
- *Ayudar a los usuarios a preparar reglas de consumo de sustancias para sí mismos.*
- *Identificar situaciones de alto riesgo y estrategias para evitarlas.*
- *Identificar otras actividades en vez del consumo de drogas: pasatiempos, deportes, clubes, gimnasio, etc.*
- *Alentar al usuario a identificar a las personas que pudieran darle apoyo y ayudarlos en los cambios que quieren hacer.*
- *Brindar información sobre otros recursos de autoayuda e información escrita.*
- *Invitar al usuario a regresar a sesiones programadas regularmente para revisar sus hábitos de consumo y trabajar juntos con la guía para reducir o eliminar el consumo de sustancias.*

■ *Brindar información sobre otros grupos o profesionales de la salud que se especializan en problemas relacionados con el alcohol y las drogas.*

■ *Ahorrar el dinero que normalmente se gastarían en sustancias y utilizarlo en otra cosa.*

Autoeficacia (seguridad)

El componente final de las intervenciones breves eficaces es alentar en los usuarios la seguridad de que pueden hacer cambios en su conducta de consumo de sustancias. Las personas que creen que podrían hacer cambios tienen más probabilidad de hacerlo que las que se sienten impotentes para cambiar su conducta.⁷ Es especialmente beneficioso suscitar frases de autoeficacia en los usuarios ya que es probable que crean lo que se escuchan decir a sí mismos.

Ejemplo de una intervención breve más extensa

El siguiente ejemplo de intervención breve más extensa se basa en la intervención breve vinculada a ASSIST de 10 pasos y utiliza algunas de las destrezas específicas y técnicas descritas anteriormente. Las técnicas de FRAMES y la entrevista motivacional utilizadas se presentan en corchetes después del guión. El usuario es un hombre de 33 años de edad que vive con su pareja y su pequeño hijo y trabaja a tiempo completo. Fuma cannabis después del trabajo y el fin de semana, y según sus puntuaciones del ASSIST, está en el nivel de bajo riesgo para todas las sustancias excepto para cannabis, ya que obtuvo una puntuación de 23 que lo coloca en la categoría de riesgo moderado.

Ejemplo de intervención breve más extensa

Trabajador de la salud: *Gracias por revisar este cuestionario junto conmigo. ¿Sería justo decir que la marihuana es la droga que usa más en el presente?* [Confirmación]

Usuario: *Sí, básicamente.*

Trabajador de la salud: *¿Cuánto fumaría, digamos, en un día promedio después del trabajo?* [Tomar historial breve]

Usuario: *Normalmente una o dos pipas durante la tarde.*

Trabajador de la salud: *¿Sería esa la cantidad que se fuma los fines de semana?* [Tomar historial breve]

Usuario: *Sí... probablemente un poco más... quizá tres o cuatro, no lo sé, a veces pierdo la cuenta.*

Trabajador de la salud: *¿Y por cuánto tiempo ha estado fumando marihuana, quiero decir, cuántos años?* [Tomar historial breve]

Usuario: *Comencé cuando estaba en los veinte, así que probablemente por cinco años en total.*

Trabajador de la salud: *Muy bien ¿Le gustaría ver los resultados del cuestionario que respondió?* [Suscitar]

Usuario: *Sí.*

Trabajador de la salud: *Si lo recuerda, se le hicieron preguntas sobre el consumo de alcohol y drogas y sobre si ha tenido problemas relacionados con el consumo de sustancias (muestra al usuario la primera página de la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST). Su puntuación para marihuana fue de 23, que lo coloca en el nivel de riesgo moderado. Su puntuación para todas las demás sustancias está en el nivel de bajo riesgo. El riesgo moderado significa que está en riesgo de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias, no solo ahora sino también en el futuro si continúa fumando marihuana de la misma manera. (Abra la tarjeta de reporte de retroalimentación y señale el recuadro C que detalla los riesgos para el cannabis). Como su riesgo de daños por el consumo de cannabis está en el nivel de consumo moderado, los problemas asociados con sus hábitos actuales de consumo son: problemas con la atención y motivación, preocupación, depresión, pánico, paranoia, disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas, alta presión sanguínea, asma y bronquitis, enfermedades del corazón y los pulmones.* [Proporcionar retroalimentación]

Trabajador de la salud: *La mejor manera de reducir la probabilidad de que le sucedan estas cosas (indique los riesgos descritos en el recuadro) es ya sea reducir o eliminar el consumo de marihuana.* [Brindar consejo]

Trabajador de la salud: *Lo que haga con esta información depende de usted. Yo solo le voy a decir la relación que hay entre sus hábitos actuales de consumo y los tipos de daños que puede estar sufriendo.* [Responsabilidad]

Trabajador de la salud: *¿Cuán preocupado está por su puntuación para marihuana?* [Pregunta abierta, suscitar una expresión de automotivación sobre la preocupación]

Usuario: *Sí... no sé... quiero decir... supongo que es un poco preocupante que está causando esto en mi cerebro... no lo sé.* [Discrepancia]

Trabajador de la salud: *¿Qué le gusta acerca de fumar marihuana, quiero decir cuáles son las cosas buenas que tiene?* [Preguntas abiertas, explorar las ventajas y desventajas]

Usuario: *Me relaja, especialmente cuando regreso a casa del trabajo. Realmente me ayuda a despejarme y olvidar el día. También es bueno cuando estoy con los amigos o en una fiesta el fin de semana porque lo pasas mejor.*

Trabajador de la salud: *¿Cuáles son las cosas menos buenas sobre fumar marihuana?* [Preguntas abiertas, explorar las ventajas y desventajas]

Usuario: *Pregúntele a mi compañera, ¡siempre me molesta por eso! Creo que probablemente, lo peor para mí es que parece que afecta mi memoria y concentración en el trabajo. A veces después de un consumo desenfrenado la noche anterior, al día siguiente en el trabajo me siento confundido y muy cansado. Si me siento muy mal a veces no voy a trabajar ese día.*

Trabajador de la salud: *Entonces, fumar marihuana lo ayuda a relajarse y despejarse después del trabajo, pero también lo hace ser olvidadizo y sentirse cansado y a veces hasta falta al trabajo. También mencionó que a su compañera le molesta que fume, ¿por qué cree que sea?* [Escucha reflexiva, replantear, pregunta abierta]

Usuario: *No le gusta que me drogue todo el tiempo porque dice que no hago nada más que sentarme y ver la televisión y que siempre se me olvida hacer las cosas. Dice que no hago lo suficiente en la casa y que ella siempre tiene que hacer de todo y cuidar al bebé. Pero, bueno, yo trabajo y traigo a casa el salario de cada semana...*

Trabajador de la salud: *Y es difícil para usted porque fumar marihuana lo ayuda a relajarse pero al mismo tiempo no ayuda en la casa porque se está drogando, y eso afecta su memoria y concentración y a veces se olvida de hacer cosas que ella confía que usted va a hacer* [Resumen, empatía]

Usuario: *Sí, pero eso podría ser porque siempre estoy cansado porque no siempre duermo bien si el bebé llora en la noche* [Resistencia].

Trabajador de la salud: *¿Entonces el motivo por el que se le olvidan las cosas y le cuesta trabajo concentrarse y ayudar a su compañera después del trabajo es porque no duerme lo suficiente?* [Adaptarse a la resistencia, reflexión amplificada]

Usuario: *Bueno, en parte. Creo que también es en parte porque fumo mucho.* [Ambivalencia]

Trabajador de la salud: *¿Cómo afecta su capacidad de concentrarse y recordar cosas en el trabajo cuando fuma mucho? ¿Tiene algún ejemplo específico?* [Pregunta abierta]

Usuario: *De hecho el otro día casi tengo un accidente usando uno de los montacargas en el trabajo. Era un lunes temprano y no me estaba concentrando mucho porque había fumado bastante el fin de semana. Casi atropello a uno de mis compañeros de trabajo, él estaba bastante conmovido por eso, y yo también.*

Trabajador de la salud: *¿Qué pasaría si hubiera tenido un accidente en el trabajo porque no se estaba concentrando?, etc.* [Pregunta abierta, estimular una conversación sobre el cambio].

Usuario: *Ese es un pensamiento horrible. Bueno, probablemente perdería mi trabajo y eso sin duda causaría dificultades en casa porque soy el único que trabaja por el momento, de manera que no tendríamos ingresos. También tendría que vivir sabiendo que lastimé a alguien y me sentiría realmente culpable de eso. Supongo que también estaría en grandes problemas si descubren que estaba fumando marihuana antes del accidente.*

Trabajador de la salud: *Entonces, si usted tuviese un accidente en el trabajo por no estar concentrado, eso podría tener implicaciones de largo plazo para sus compañeros de trabajo, y también financieramente para usted y para su vida familiar, y quizás inclusive legalmente. ¿Le preocupa eso?* [Reflexión, resumen, pregunta abierta]

Usuario: *Sí, cuando comienzo a pensar en ello de esa manera, por supuesto que me preocupa. Pero no sé si yo podría en realidad reducir el consumo de marihuana. En realidad no sé por dónde empezar.*

Trabajador de la salud: *OK – ¿Cuán importante es para usted reducir o dejar de fumar? En una escala del 0 al 10, donde 0 es “no importante en lo absoluto” y 10 es “muy importante”, ¿cómo se evaluaría usted en esa escala?* [Regla de seguridad, estimular una conversación sobre el cambio]

Usuario: *Diría quizás un 6 o un 7.*

Trabajador de la salud: *Muy bien – Piense en esa misma escala nuevamente, pero ahora evalúe su seguridad para reducir, donde 0 es “nada seguro” y 10 es “muy seguro”, ¿dónde se colocaría usted?* [Regla de seguridad]

Usuario: *Probablemente alrededor de un 3.*

Trabajador de la salud: *Así que parece que reducir el consumo de marihuana es bastante importante para usted en este momento, pero quizás usted no está realmente seguro cómo podría lograrlo. ¿Puedo contarle acerca de este folleto que nosotros a veces entregamos a las personas para ayudarlas a reducir?* [Resumir, suscitar]

Usuario: *Por supuesto.*

Trabajador de la salud: *Este es un folleto (muestra al usuario el documento Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía³⁰) que las personas a menudo encuentran útil para ayudarse a decidir si desean o no reducir el consumo de sustancias. Si usted decide que quiere reducir o dejar de usar marihuana, la guía le proporciona algunas estrategias que usted quizá encuentre útiles. Estas son estrategias que han demostrado ser muy eficaces para ayudar a las personas que quieren reducir el consumo. Por ejemplo (abra el folleto), llevar un registro del consumo de sustancias en un diario de consumo lo ayudará a formarse una buena idea de cuánto usted está usando, cuándo tiene mayor probabilidad de usar y cuánto gasta. También puede utilizar este diario para identificar cuándo es que tiene mayor probabilidad de fumar marihuana y luego planificar las estrategias para evitar esas situaciones. La guía también es útil para analizar las cosas buenas y no buenas de consumir marihuana y cómo encajan con sus otras metas en la vida. Le daré este folleto para que se lo lleve a casa y si usted desea puede volver para otra cita y hablar más de ello.* [Opciones de cambio]

Trabajador de la salud: *¿Cree usted que alguna de estas cosas podrían ayudarlo, o hay alguna otra manera que usted piensa que quizá sea mejor? ¿Puede que usted haya utilizado otra estrategia en el pasado para ayudarlo a hacer los cambios en su vida?* [Suscitar, motivar la autoeficacia]

Usuario: *En realidad mi compañera mantuvo un registro alimentario cuando ella estaba en dieta y ello parece que la ayudó mucho. Ella perdió mucho peso. Yo nunca he hecho algo como eso anteriormente, pero si dio resultado para ella podría probablemente dar resultado para mí. Eso me hace sentir que yo quizá pueda al menos reducir el consumo de marihuana si leo ese folleto y llevo un diario.*

Trabajador de la salud: *Bueno, es muy bueno que usted haya identificado algo que podría darle resultado y aprender de las experiencias de otros. Buena suerte con ello y si usted quiere retomar nuevamente la conversación en unas semanas para conversar acerca de cómo le va, no dude en hacer una cita.* [Confirmación]

12 Cómo incluir la intervención breve vinculada a ASSIST en la práctica diaria

El documento *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*¹ presenta información detallada sobre cómo incluir el ASSIST en la práctica diaria. Los procedimientos detallados en el manual bajo las secciones de ‘Planificación’, ‘Capacitación’, ‘Vigilancia’ y ‘Retroalimentación’ son importantes para proporcionar intervenciones breves vinculadas a ASSIST. Se debe prestar atención especialmente a las preguntas relacionadas con el acceso a recursos y servicios para aquellos usuarios que tengan una puntuación de riesgo moderado o alto en la prueba de detección. Los servicios de salud deberán proporcionar a los usuarios materiales informativos para llevar a la casa, entre ellos el folleto *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*.³⁰

Otro tema importante a considerar es el de la ayuda periódica a los usuarios en relación con los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Tanto los trabajadores de la salud como los propios usuarios deben conocer las opciones de apoyo disponibles, como evaluación y tratamientos adicionales (tanto en el ámbito de la atención primaria como en un servicio especializado en alcohol y sustancias), grupos de autoayuda, terapia con fármacos (como metadona, buprenorfina, acamprosate, etc.), grupos y servicios de apoyo, tratamientos de desintoxicación (ya sea interna o ambulante) y rehabilitación interna. El acceso a jeringas y equipo limpio para inyectarse también debe ser considerado (de acuerdo con las políticas

de cada país y jurisdicción), además de las instalaciones, con el fin de hacer exámenes de laboratorio para enfermedades transmisibles.

Por último, es importante también que los trabajadores de la salud adquieran las habilidades requeridas para brindar atención y apoyo a los usuarios que consumen sustancias con frecuencia, como por ejemplo algún tipo de asesoramiento psicológico cuando sea necesario. Los trabajadores de la salud, además de leer los dos manuales mencionados,^{1,30} deben recibir adiestramiento en la prueba de detección ASSIST y la entrevista motivacional si es posible.

Referencias

- 1 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- 2 Henry-Edwards S, Humeniuk RE, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2003) *Brief intervention for substance use: guidelines for use in primary care. Draft version 1.1 for field testing*. Geneva, World Health Organization.
- 3 WHO ASSIST Working Group (2002) The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.
- 4 Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcera R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V y Simon S (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.
- 5 Humeniuk RE, Dennington V y Ali RL (2008) *The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organization.
- 6 Babor TF, Higgins-Biddle JC (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b).
- 7 Miller W, Rollnick (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd. Ed. New York and London, Guilford Press.
- 8 Bien TH, Miller WR, Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88;315-336.
- 9 Miller W, Sánchez V (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En: Howard G, ed. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN, University of Notre Dame Press.
- 10 Miller W, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- 11 Barry KL, Blow FC, Willenbring M, McCormack R, Brockmann LM, Visnic S (2004). Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: Implementation and barriers. *Substance Abuse*, 25(1):27-36.
- 12 World Health Organization (2009). *Global Health Risks*. Geneva, WHO.
- 13 Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O, López del Val A (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. *Family Practice*, 15(6):562-588.
- 14 Heather N (1996). The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviours*, 21:857-868.
- 15 Maisto SE, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelly ME (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 62(5):605-614.

- 16** Miller WR , Wilbourne PL (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). *Addiction*, 97(3):265-277.
- 17** Senft RA, Polen MR, Freeorn DK, Hollis JF (1997). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(6):464-470.
- 18** WHO Brief Intervention Study Group (1996). A randomized cross-national clinical trial of brief intervention with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7):948-955.
- 19** Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM (2001). Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52(6):863-870.
- 20** Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21:55-64.
- 21** Lang E, Engeland M, Brook T (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19:111-116.
- 22** Stephens RS, Roffman RA, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5):898-908.
- 23** Bashir K, King M, Ashworth M (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44:408-412.
- 24** Baker A, Boggs TG, Lewin TJ (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96(1279-1287).
- 25** Saunders B, Wilkinson C, Phillips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90:415-424.
- 26** Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent clients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5):858-862.
- 27** Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL (2003). Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A guide. Draft version 1.1 for Field Testing. Geneva, World Health Organization.
- 28** Prochaska JA, DiClemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- 29** Miller W (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11:141-172.
- 30** Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Meena S (2011). *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: Una guía*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.