

Protocolo para el Abordaje Integral del Consumo Problemático de Alcohol

Septiembre 2015



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN
Ministerio de Salud

Todos los días, toda la vida



La conformación del Grupo encargado de la elaboración del presente Protocolo nace de la necesidad planteada dentro del seno de la Red Provincial de Alcoholismo, en distintas reuniones de Capacitación de Coordinadores de la RED.

El contenido del mismo surge como síntesis de los debates y discusiones de todos los coordinadores de Grupos de Alcoholismo de la Provincia de Neuquén, siendo elaborados por una Comisión de Trabajo conformada por referentes de distintos Hospitales y Zonas Sanitarias. Asimismo se recabo aportes y sugerencias del Servicio de Adicciones del Hospital Castro Rendón.

Red Provincial de Alcoholismo

Comisión Redactora

MOLINA Javier	Coordinador GIA Chos Malal.
GODOY MARTA	Coordinador GIA Chos Malal.
ORTIZ Sebastián	Coordinador GIA Chos Malal.
VILTE CHAVES Citlali M.	Coordinadora GIA Cutral Có. Plaza Huincul.
PALACIOS Mirtha	Coordinadora GIA Cutral Có. Plaza Huincul.
ALBERTI Susana	Coordinadora GIA Cutral Có. P. Huincul.
CONTRERA Elida	Coordinadora GIA Cutral Có. P. Huincul.
DIAZ SAYAGO Leonardo	Coordinador GIA Cutral Có. P. Huincul.
VALLE Alejandro	Coordinador GIA Cutral Có. P. Huincul.
PARRA Antonio	Coordinador GIA Loncopué.
CARDENAS José	Coordinador GIA Loncopué.
MARTINEZ Luís de María	Coordinador GIA Loncopué.
ARRATIA Oscar	Coordinador GIA Loncopué.
BERARDI Norma	Coordinadora GIA Loncopué.
BORGUERO María Pía	RED Neuquén.
FORTUNA Fabio	Servicio Adicciones Neuquén.
RANIQUEO Mario	Coordinador GIA Rincón de los Sauces.
LUCERO Silvana	Coordinadora GIA Rincón de los Sauces.
BOSOLASCO Edgardo	Coordinador GIA Zapala.

INDICE

<i>Introducción</i>	4
<i>Propósito y Objetivos específicos</i>	5
<i>Marco Legal</i>	6
<i>Marco Conceptual</i>	8
<i>Caracterización del Problema</i>	12
<i>Tipos de Consumo</i>	13
<i>Abordajes e Intervenciones:</i>	17
I. <i>Prevención Integral</i>	17
II. <i>Prevención Primaria Especifica</i>	17
III. <i>Prevención Secundaria</i>	19
IV. <i>Asistencia</i>	20
<i>Intervención Terapéutica</i>	20
• <i>1ra. Etapa de Contacto y Desintoxicación</i>	20
• <i>Síndrome de Abstinencia Alcohólica</i>	21
• <i>2da. Etapa de Mantenimiento de Abstinencia</i>	25
• <i>3ra. Etapa de seguimiento, prevención de recaídas y alta</i>	26
• <i>Recaptación</i>	27
• <i>Derivación o referencia asistida</i>	28
<i>Evaluación</i>	30
<i>Anexo 1</i>	31
• <i>Flujograma de atención de las adicciones</i>	31
• <i>Flujograma de atención según consumo</i>	32
• <i>Abordaje integral frente al consumo de alcohol</i>	32
<i>Anexo 2</i>	33
• <i>Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT)</i>	33
<i>Historia de la Red Provincial de Alcoholismo</i>	36
<i>Bibliografía</i>	39

INTRODUCCIÓN

En el año 2007 las distintas experiencias de atención de pacientes alcohólicos y de los dispositivos locales grupales existentes en la Provincia, confluyen para construir un espacio horizontal, colectivo y participativo: La Red Provincial de Alcoholismo, que asume el compromiso de consolidar el trabajo de los grupos de alcoholismo y jerarquizar la tarea de los mismos.

Uno de los desafíos colectivos que surgen de este espacio, es la confección del presente PROTOCOLO para el ABORDAJE INTEGRAL DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL en el Sistema Público de Salud.

Este **Protocolo de Procedimientos** propone acciones y actividades basadas en los principios de la APS, con fuerte enfoque en la prevención y promoción de la vida saludable, con orientaciones prácticas. Aporta herramientas para que los equipos, en los Centros de Atención Primaria de la Salud, realicen una eficaz labor de detección- en los distintos niveles - y la intervención oportuna y resolutive, sobre el consumo problema y la dependencia a sustancias psicoactivas.

Está dirigido a los equipos de Salud y busca orientar su quehacer y alentar las innovaciones que en cada nivel local se considere necesario, con el objetivo central de lograr mayor efectividad y satisfacción de la comunidad usuaria. Brinda herramientas para la asistencia en guardia, consultorio externo e internación.

La población en general es la destinataria del presente protocolo, los grupos etéreos vulnerables y las personas que presentan algún tipo de problemática de consumo a sustancias psicoactivas.

A los fines operativos, el presente protocolo se divide en dos partes: una de **Asistencia**, que orienta las prácticas - esencialmente pero no excluyente - intrahospitalarias, y otra de **Prevención**, más abocada al abordaje en red y comunitario.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Propósito:

Brindar herramientas para el abordaje integral del consumo problemático y adicciones: desarrollando habilidades para una vida saludable, elevando los factores de protección para las situaciones de riesgo, en la población general, en perspectiva de protección de derechos en niños, adolescentes y jóvenes, en el marco de las políticas nacionales y provinciales de salud mental para la promoción, prevención y asistencia.

Objetivos Específicos:

- Promover la difusión, conocimiento y socialización del presente protocolo dentro de los equipos de salud.
- Orientar a los integrantes del Equipo de Salud para la detección y abordaje de personas con consumo de riesgo, consumo problemático y adicción a sustancias psicoactivas.
- Orientar, acompañar e intervenir en la asistencia y rehabilitación a personas con consumo problemático de alcohol privilegiando la oportunidad del contacto con efectores de salud en: la consulta externa, la guardia, internación, visitas domiciliarias y salidas al área rural.
- Aportar recomendaciones, sugerencias y herramientas para la promoción de la vida saludable y la prevención en las distintas etapas de la problemática.

MARCO LEGAL

Los principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental, y los tratamientos de las adicciones deberán basarse en una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinarios de atención, que priorice la participación y el acompañamiento familiar y comunitario.-

En este sentido, nuestra Constitución Nacional en su reforma del año 1994, incorporó en su art. 75, inc. 22 a los tratados que gozan de jerarquía internacional. A través de ellos, se ha reconocido internacionalmente ciertos principios y derechos humanos, tales como el derecho a la vida y a la salud.-

Al respecto, cabe destacar al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su art. 12; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en sus arts. I y XI; la Convención Americana sobre Derechos del Hombre, en su artículo 4º; al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 6º y a la Declaración Universal de Derechos Humanos en sus arts. 3 y 25.-

Tratados internacionales ratificados por Argentina:

- Convención Única de Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961), modificada por el protocolo de 1972;
- Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas (1971);
- Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988);
- Estrategia Antidrogas en el Hemisferio aprobada por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones (Buenos Aires-octubre de 1996), (decreto 1339/96). -

En ese contexto, en noviembre de 2010, el Poder Legislativo sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las jurisdicciones.-

El 28 de mayo de 2013, a través del Decreto N° 603/2013 se reglamentó la Ley Nacional N° 26.657. En este, fueron precisados y desagregados los contenidos de la Ley necesarios de reglamentación. También fue dada mayor visibilidad a sus ejes centrales en tanto marco para las futuras políticas de Salud Mental.-

En el Cap. II, art. 3 de la ley, se define el concepto de salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas (...)”.-

Y en su art. 4 instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”. En el campo de las adicciones, se tiende a superar la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria.

Además para darle marco legal a este protocolo se deben tener en cuenta las siguientes leyes: la ley nacional 23.737; ley nacional 26. 529 y su correlativa provincial ley 2611.-

MARCO CONCEPTUAL

A lo largo de la historia, las bebidas alcohólicas han sido consumidas en muchas sociedades con diferentes propósitos. Dependiendo de cada cultura, tomar alcohol puede ser un símbolo de inclusión o exclusión, de celebración o un acto sacro. No obstante, en la actualidad el consumo de alcohol se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel internacional.

Es frecuente escuchar en las crónicas policiales de hechos violentos la infaltable pregunta acerca de los delincuentes: ¿estaban drogados? ¿estaban alcoholizados? como si la conducta criminal fuera efecto de una sustancia y no de una persona responsable de sus actos. Evidentemente, para ciertos sectores es más sencillo hablar del flagelo de “la droga o del alcohol” que del creciente nivel de violencia y de exclusión en nuestra sociedad, ya que abordarlo desde esta otra perspectiva llevaría a hablar de políticas sociales llevadas a cabo por el Estado.

La propuesta es abordar esta realidad desde la relación que la persona puede tener con la sustancia. Si desplazamos el haz de luz hacia la relación de los seres humanos con las drogas veremos, por ejemplo, que algunas de ellas fueron consumidas en ciertas comunidades indígenas durante mucho tiempo. Allí cumplían una función importante en ciertos ritos religiosos o de iniciación y no crearon adicciones. Aquí advertimos que la relación que estos pueblos tenían con estas drogas era diferente a la que se tiene en nuestra cultura occidental judeo-cristiana. En la sociedad actual las drogas legales –alcohol, tabaco, fármacos- son un objeto más de consumo y se ofrecen a través de campañas publicitarias que prometen éxito, placer, diversión, eficacia, según el caso. Las drogas ilegales – marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, etc.- son concebidas como sustancias demonizantes. Paradójicamente el consumo de drogas requiere atención médica, pero la tenencia constituye un delito.

En síntesis, el problema no es la sustancia que se consume. El problema es para qué o por qué se consume?

Entendemos que el abordaje de las adicciones debe partir de considerarlo desde la tríada epidemiológica que incluye al individuo que sufre la problemática psicosocial, la sustancia que es el agente necesario pero no suficiente para producir la drogadependencia y el contexto social, económico, político y cultural.

La presencia de adicciones en la sociedad argentina constituye hoy un problema de creciente envergadura. Se percibe en los datos estadísticos, los emergentes sociales donde las adicciones están implicadas y en la preocupación de padres, docentes, equipos de salud y las autoridades de estamentos gubernamentales. No sólo por la salud de los jóvenes, sino por la repercusión negativa que estas conductas tienen en sus posibilidades de aprender y construir una vida propia en el futuro.

Al tiempo que se reconoce el problema, se considera que los espacios comunitarios son muy potentes para las tareas de prevención, tanto por lograr una llegada directa a la población en el ámbito de lo local, como por el hecho de contener en diversos espacios –escuelas, clubes, plazas, entre otros– a pequeños y jóvenes en etapas tempranas de la vida, óptimas para intervenir efectivamente.

La prevención es concebida como una tarea eminentemente educativa, pero esta función social no es exclusiva responsabilidad de la escuela. Por eso, es importante que los adultos construyan una posición y determinen el rol que juegan frente al difícil tema de las adicciones: tanto frente a su manifestación concreta como, más específicamente, en la generación de alternativas de prevención de conductas adictivas.

Así planteado, las adicciones y sus emergentes sociales, deben ser abordados con este enfoque conceptual, priorizando un Programa integral de concientización, sensibilización y educación comunitaria; un marco legal y una estructura organizativa para ejecutar y hacer cumplir las normas y leyes; y un marco normativo en la asistencia y tratamiento. Ya que el fácil acceso de las sustancias psico activas es un facilitador y potenciador de todas las conductas señaladas.

Epidemiología del alcohol y otras sustancias psicoactivas en argentina y provincia del Neuquén

En la última década, el consumo de alcohol en nuestro país, especialmente entre los adolescentes, ha crecido en forma sorprendente. La edad de inicio es cada vez más temprana, ya que los varones comienzan a beber a los 13 años y las mujeres, a los 14. Según datos de un estudio en hogares, en el conurbano bonaerense abusan del alcohol el 23% de los menores de 15

a 17 años, mientras que el 44% hace un uso social del mismo. Esto significa que el 67% de ellos consume alcohol.

Entre los mayores, el porcentaje de abusadores se sitúa alrededor del 30% en la franja etaria de 18 a 40 y alrededor del 19% en la franja de las personas de 41 a 65 años. La dependencia afecta entonces al el 7% de los jóvenes de entre 16 y 24 años.

Habría que considerar que un 6% de los alcohólicos adultos ha comenzado a beber a los 10 años de edad y que, según los profesionales dedicados al tema, el alcohol se concibe como la puerta de entrada al consumo de otras drogas.

El problema más generalizado en nuestro país no es el alcoholismo como adicción, sino el abuso en el consumo. Por lo general, existe una relación causal entre el volumen medio de alcohol consumido y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos.

Además de los efectos directos de la embriaguez y la adicción, se estima que el alcohol causa en el nivel mundial aproximadamente un 20% a 30% de los siguientes problemas: cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, epilepsia, homicidio y accidentes de tránsito. El abuso de alcohol, además, puede causar daño del cerebro –deterioro de la memoria, psicosis, alucinaciones, pérdida del equilibrio, pérdida de concentración– úlcera péptica, inflamación intestinal, diarreas, hepatitis alcohólica, entre otras enfermedades. También interfiere en la capacidad de cuidado en las relaciones, con consecuencias de exposición a riesgos como el SIDA y las ETS o de embarazos no deseados, etc., y es factor causal de una proporción elevada de lesiones intencionales o violentas y no intencionales.

La adicción al alcohol debilita los lazos familiares y los vínculos con la escuela, el trabajo y el entorno social general. A mayor cantidad de alcohol que consuma el individuo, mayor riesgo de daños, accidentes de tránsito, problemas laborales, violencia doméstica, ahogamiento, suicidio y otros problemas sociales y legales.

Según los datos oficiales de la Sedronar, se pueden ver los siguientes resultados sobre el consumo de sustancias psicoactivas: unos 600.000 argentinos, el 2,9 por ciento de la población de entre 16 y 65 años, consumen drogas ilegales; la marihuana y la cocaína son las sustancias que más se utilizan y cuyos índices son más altos en la ciudad de Buenos Aires que en el Interior; un estudio reciente reveló que el 61 por ciento de los que toman drogas lo hace menos de cinco

veces por mes, mientras que prácticamente la mitad de los que las consumen comenzó a hacerlo entre los 12 y los 15 años.

De las sustancias ilegales, la marihuana es la de uso más difundido: un 5 por ciento de los jóvenes la ha usado alguna vez, aproximadamente 50.000 lo han hecho recientemente y la edad de inicio en esa práctica se ubica alrededor de los 15 años.

En nuestro país, las últimas encuestas, además de marcar el crecimiento del consumo y el descenso en las edades de inicio, hacen una especial referencia al policonsumo. Esto significa que es muy difícil encontrar un adicto que sea consumidor de una sola sustancia.

CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

Entendemos que en el abordaje de los consumos problemáticos de alcohol y otras sustancias debe partir del análisis de la tríada epidemiológica:

- el individuo que sufre la problemática psicosocial,
- la sustancia que es el agente necesario pero no suficiente para producir la drogodependencia
- el contexto social, económico, político y cultural.

En esta tríada, las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen la cualidad de modificar la conciencia, el ánimo y los procesos cognitivos del individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y además, generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia de la sustancia.

El consumo de sustancias más allá de ciertos márgenes y contextos, puede provocar diversos problemas a la persona que las usan y a su grupo social. Lo que en un principio puede significar una forma de participación en los grupos de pertenencia, se transforma en algunas de esas personas, en un hábito más intensivo o frecuente, que termina por diferenciarlo del grupo inicial, por efecto de factores predisponentes del sujeto o del medio, interfiriendo en las tareas propias del desarrollo (estudio, trabajo, formar o mantener una familia). Si se mantiene en el tiempo puede determinar consecuencias en la salud física y mental, en el ajuste social y en las capacidades personales en general.

TIPOS DE CONSUMO

A continuación se definen los tipos de consumo y las categorías diagnósticas a los fines de diseñar las estrategias de intervenciones: preventivas y/o asistenciales.

- Consumo en riesgo: de alcohol, drogas o ambas.
- Consumo problema: de alcohol, drogas o ambas.
- Dependencia: alcohol, drogas o ambas.
- Consumo Episódico Excesivo de alcohol (CEEA).

Consumo en riesgo:

Se trata de un patrón de consumo de sustancias tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidades de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastornos por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema).

Consumo problema:

Es aquel tipo de consumo continuo o recurrente de sustancias psicoactivas que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Incluye tanto a las personas a quienes se diagnostica una enfermedad física, un trastorno mental o conductual asociados al consumo, como a aquellas que, sin presentar una condición mórbida manifiestan problemas tales como: menor rendimiento y cumplimiento escolar, académico o laboral según sea el caso, presencia de sanciones de tipo policial o judicial, alteraciones de la armonía familiar, participación en episodios de violencia y otras circunstancias similares Esta información es brindada por el propio consultante y/o de un familiar o persona cercana.

Dependencia a sustancias psicoactivas:

Todas las consecuencias más o menos evidentes, que se aprecian en el consumo problema, se encuentran también presentes pero más acentuadas, en la dependencia.

Los criterios para el diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E. 10), son los siguientes:

- Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada en relación con otras conductas que antes del consumo, tenían alto valor.
- La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso de ingerir la sustancia (compulsión, “Craving”).
- Si la persona vuelve a consumir la sustancia luego de un periodo de abstinencia, reaparecen rápidamente los diversos síntomas o manifestaciones de la dependencia.
- El diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de las siguientes manifestaciones:
 - Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
 - Las personas reconocen una menor capacidad para controlar sea el comienzo del consumo de una sustancia, sea para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
 - Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa.
 - Se confirma porque los síntomas característicos se alivian al consumir nuevamente la misma sustancia que los provoca.
 - Aumento de la tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producía con dosis más bajas.
 - Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia.
- Aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

- Persistencia en el consumo a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario

Consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA):

Es la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNEs=60 Gr/cc alcohol puro) en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas). Esta práctica se registra con mayor frecuencia durante los fines de semana, en escenarios nocturnos, por fuera del marco de la alimentación y del ámbito familiar, siendo su motivación principal la búsqueda del estado de embriaguez. Este tipo de consumo produce significativas alteraciones comportamentales y del estado de conciencia, ocasionando daños en el individuo que ingiere la sustancia, además de provocar situaciones violentas por accidentes de tránsito; hechos violentos, delictivos, familiares, entre otros.

El paciente con problemas de CEEA, requiere atención emergentológica, siendo derivado de inmediato a la Guardia para su atención.

Sustancias de consumo

Sustancias - Alcohol:

El alcohol etílico es un compuesto químico de características anestésicas. Por lo tanto se lo considera una sustancia psicoactiva y no un alimento, aunque tenga un potencial energético o calórico.

El alcohol etílico, denominado también etanol, es el más difundido de los alcoholes y la más popular de las sustancias psicoactivas, cuyo consumo ha sido legal y culturalmente aceptado en casi todas las sociedades a lo largo de la historia. El consumo de alcohol constituye una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial. Su consumo tiene consecuencias por intoxicación aguda, aumentando el riesgo de accidentes y violencia doméstica. Por otro lado el consumo crónico se asocia no sólo con enfermedades hepáticas, cardiovasculares y cáncer, sino también con problemas psicosociales.

Drogas de uso ilícito:

Entre las más frecuentemente utilizadas se encuentran aquellas con efectos farmacológicos estimulantes del sistema nervioso central (cocaína y derivados, anfetaminas y derivados, diversas sintetizadas), otras con efectos sedantes (heroína) y otras con efectos predominantemente alucinógeno (cannabis, LSD, Mezcalina, ciertos hongos).

Medicamentos utilizados fuera del ámbito de la medicina ("fármacos"):

Aquí se encuentran algunos hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); sedantes o ansiolíticos (benzodiazepinas); estimulantes y anorexígenos (derivados anfetamínicos); analgésicos y anestésicos (morfina, codeína, fentanil, otros).

ABORDAJES e INTERVENCIONES

Teniendo en cuentas la multiplicidad de condicionantes culturales y socioeconómicos que intervienen en esta problemática social, este Protocolo propone los siguientes abordajes e intervenciones:

I. PREVENCIÓN INTEGRAL

Es el componente fundamental de la APS y consiste en desarrollar un modelo con un enfoque integral e integrador de la atención de la salud, que apunte a reparar las causas que predisponen y facilitan el consumo de sustancias psicoactivas.

A partir de experiencias concretas dentro de la Red de Alcoholismo, proponemos:

- Abordaje integral de cada realidad local según las necesidades y recursos con que cuenta.
- Planificación y ejecución de políticas públicas para la promoción de hábitos de vida saludable, a nivel municipal.
- Generación de espacios culturales, deportivos
- Difusión de legislaciones vigentes y promulgación de ordenanzas locales.
- Diseño y creación de campañas de sensibilización e información adecuadas a los grupos poblacionales y recursos de cada espacio socio geográfico.
- Aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud con énfasis en la participación social, intersectorialidad, multidisciplina y tecnología coherente con la cultura e historia de cada comunidad en las políticas municipales.
- Planificación y ejecución de políticas públicas donde la prevención y asistencia sean cuestión de Estado en todos sus estamentos.
- Implementación de políticas públicas de salud, reforzando las existentes que contribuyan al cambio de conductas tendientes a modificar el comportamiento de aceptabilidad social frente al consumo de ciertas drogas permitidas.

II. PREVENCIÓN PRIMARIA ESPECÍFICA

- Es en el primer nivel de intervención, con estrategias de APS.
- Se realiza mediante actividades específicas de sensibilización, concientización e información sobre las adicciones transversalizando los programas provinciales y acciones construidas con toda la población.
- Se desarrolla especialmente con grupos de riesgo: niños, niñas, adolescentes y jóvenes menores de 18 años.
- Con menores de 6 años, es primordial trabajar con los padres, madres u otros significativos.
- Las intervenciones preventivas se llevarán a cabo en ambientes comunitarios: escuelas, clubes, iglesias, lugares de trabajo, vecindarios...

Las actividades del primer nivel de atención priorizan la **detección precoz** del consumo de riesgo que se inicia mediante la **consulta personal** (independientemente si busca o no tratamiento) por problemas asociados al consumo de alcohol o drogas; por **referencia de docentes**, otros **profesionales informados o sensibilizados** por la temática, por **familiares alarmados** o porque uno o más miembros de la familia consumen sustancias psicoactivas.

Para que la alarma de una familia o la preocupación de los compañeros, un profesor o un supervisor, se transformen en detección precoz, se requiere que los establecimientos de salud primaria cuenten con recursos humanos informados y capacitados para recibir preguntas y consultas de esos sectores, a trabajar sobre ellas y a buscar activa e imaginativamente la consulta directa del afectado.

La **Detección Oportuna** inicial se sustenta en que todo el equipo de salud esté sensibilizado, capacitado e informado para dar respuesta a las demandas y referir a los servicios específicos; proveer de roles específicos a los Equipos: Agentes Sanitarios; Enfermería; Médicos; Operadores Comunitarios y de un cuestionario de tamizaje o screening (tres preguntas claves), para aplicar a todo consultante que orientará hacia riesgos o problemas.

En el caso del alcohol, el instrumento de detección a utilizar es un cuestionario (recomendado por la OMS) que permite, a la manera de un filtro, o "screening", reconocer una mayor

probabilidad de presentar consumo en riesgo, consumo problema y dependencia. Se trata del "Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol" (AUDIT). Ver Anexo.

Es una condición previa al consumo problema.

A diferencia del alcohol, el concepto de **Consumo en Riesgo** aplicado a drogas ilícitas, se hace a toda persona que consume drogas en forma ocasional o regular. De esta manera el consumo en riesgo incluye el llamado consumo experimental y recreacional, sin criterios de consumo problema.

- Dispositivos que den respuesta a las demandas referidas al equipo salud.
- **Consejerías**, compuestas por profesionales de los equipos psicosociales o de salud mental capacitados específicamente en adicciones.
- Recepción de consultas de familiares, personas cercanas, potenciales usuarios, utilizando entrevistas dirigidas, que será de especial valor en el caso del riesgo o problemas asociados al consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas.
- Evaluación diagnóstica integral: intervención oportuna y efectiva que se puede realizar en la APS, clave para realizar este primer contacto.

III. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la intervención preventiva que consiste en impedir o retardar el desarrollo de una enfermedad o de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficientes para ello. Dirigida primordialmente a consultantes que presentan consumo en riesgo de alcohol o de drogas o de ambos tipos de sustancias. Consiste en un conjunto ordenado de actividades, centradas en facilitar una decisión informada y autónoma del consultante, en orden a suprimir o moderar el consumo.

- El instrumento fundamental de la intervención preventiva es la Consejería, realizada por integrantes de la RED y del equipo de Atención Primaria de la Salud, con experiencia y capacitación acreditada.

- La participación de grupos de rehabilitación en la intervención preventiva, puede ser beneficiosa para consejería, información y apoyo mediante testimonios, experiencias de personas en tratamiento y a asesoramiento de coordinadores rehabilitados.

IV. ASISTENCIA

Intervención Terapéutica: Consiste en un conjunto ordenado de actividades, orientado a obtener la supresión o moderación del consumo, el mejoramiento de las condiciones generales de salud física y mental y un mayor grado de abordaje psicosocial o, en su defecto, la referencia del consultante a un nivel de atención que se adecúe a sus necesidades.

Se tendrá referenciará a los siguientes dispositivos; CAPS, Servicios de Salud Mental y Adicciones, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Voluntaria para los usuarios que presentan consumo problemático o dependencia al alcohol/ drogas, con o sin comorbilidades, en quienes el nivel de compromiso psicosocial y físico es moderado o grave.

Objetivos finales de la Intervención Terapéutica:

1. Suspensión o moderación sostenida de consumo.
2. Resolución o alivio de complicaciones y comorbilidad física y psíquica.
3. Recuperación de la conducta individual y social (abordaje psicosocial).
4. Reinserción social.

1RA ETAPA: CONTACTO Y DESINTOXICACIÓN

- Contacto: El contacto con los Servicios de Salud, puede ser por el propio paciente intoxicado, por familiares y/o terceros, por el Poder Judicial u otras instituciones, pudiendo realizarse por consultorio externo, guardia, demanda espontánea al equipo psicosocial, derivado de un Centro Salud o por interconsulta.

- **Desintoxicación:** La tarea fundamental es **ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE PRIVACIÓN** que llevan al consumo y que aparecen minutos después de dejar de hacerlo, en el caso de la cocaína y la pasta base; en el caso del alcohol se produce horas después; en el caso de la marihuana y las benzodiazepinas o las anfetaminas, luego de varias horas o días.

SÍNDROME de ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Definición: Es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en una persona que ha desarrollado dependencia física al mismo. Los síntomas pueden aparecer a las 06-24 hs.

Síntomas: La abstinencia alcohólica empieza tras unas horas después de la interrupción o la reducción del consumo alcohólico intenso y prolongado.

Los síntomas máximos ocurren entre las 24 y 48 horas, con: hiperactividad autonómica, temblores, alucinaciones, náuseas, vómitos, agitación psicomotriz, ansiedad, convulsiones. Alteraciones de la esfera cognitiva, social, ocupacional. Los síntomas no deben ser atribuidos a otra enfermedad médica o psiquiátrica definida.

Objetivos: el objetivo es **disminuir y controlar síntomas y signos de abstinencia, prevenir convulsiones y evitar aparición de delirium tremens**. Evaluar necesidad de internación, grado de intoxicación y seguridad personal y enfermedades y/o patologías concomitantes, así como complicaciones asociadas a su adicción. Si hay riesgo vital (agitación suicida o agresiva, estados de oscuridad de conciencia, enfermedad física grave descompensada, convulsiones) y el consultante no acepta la internación, está indicada la internación compulsiva de acuerdo a la normativa de la Ley 26.657. La droga de elección son las benzodiazepinas, de larga duración como el Diazepam, que disminuye aparición de convulsiones, o de segunda elección, de vida media corta como Lorazepam. Ambas poseen igual eficacia para reducción de síntomas y signos de abstinencia.

Tratamiento Ambulatorio: Si la persona presenta un síndrome de abstinencia menor y no tiene un estado de deshidratación, cuenta con contención y acompañamiento familiar, el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado. Se sugiere el siguiente esquema:

- Tiamina 100 mg día
- Ácido fólico 1 mg día
- Diazepam 10 mg cada 6 u 8 horas o como alternativa, Lorazepam 2 mg cada 6 hs, este último se recomienda en las hepatopatías porque no tiene pasaje hepático (en nuestra experiencia el uso del diazepam ha sido de mejor resultado; en estos pacientes también asociamos carbamazepina 200 a 400 mg V. Oral; como antirrecurrential y por su capacidad de modular trastornos ansiosos e impulsividad y en prevenir recaídas; es aconsejable, por la experiencia acumulada, contar con un acompañamiento para la administración de medicación y contención).
- Hidratación abundante.

Internación:

En el caso que el paciente presente agitación Psicomotriz con síntomas neurovegetativos acentuados, falta de adherencia al tratamiento ambulatorio, recaídas recurrentes, imposibilidad de contención familiar y/o cuadro de intoxicación aguda, se opta por la internación donde se utiliza la vía parenteral. *El uso de la vía parenteral* en la internación responde a varios objetivos:

- **Sujeción del paciente** ya que la modalidad es a puertas abiertas y no hay medidas de contención física; al estar con un suero el paciente se ve con menos posibilidades de "escapar" de la situación.
- **El uso de la vía como un método disuasivo**, es decir, esta forma le da a la persona una sensación de "gravedad" de su cuadro lo cual se utiliza posteriormente como estrategia de reflexión y motivación para el cambio.
- **Tener una vía de acceso rápida al medio interno** del paciente por si se presentara alguna complicación que así lo requiera (convulsiones, deshidratación, ansiedad, trastornos del sueño, etcétera).

La internación debe ser **no menor de siete días**; concretar el abordaje precoz por el equipo Psicosocial y por coordinadores de los grupos de alcoholismo- adicciones.

El **alta hospitalaria** debe ser **acordada por el equipo interdisciplinario**, y articulando con el grupo terapéutico y red de referencia del paciente. Y otros dispositivos de contención.

Esquemas de tratamiento:

- A DOSIS FIJA: consiste en administrar Benzodiazepinas con un intervalo fijo por 4 a 7 días. Luego reducir la dosis un 25 % diario según control de síntomas. Se pueden emplear dosis adicionales si el paciente lo requiere. Evitar la sedación excesiva. Diazepam: 10- 40 mg/ día. Cada 6 u 8 Hs. Durante 4-5 días, según respuesta clínica. Dosis adicionales 10-20 mg cada 2 hs. Si es preciso. Reducir en un 25 % de la dosis por día hasta resolución completa. Duración tratamiento de 4-7 días. Lorazepam: como alternativa, 4 - 8 mg./ día. Cada 6 hs. 1-2 días según respuesta. Dosis adicionales de 1-2 mg cada 1- 2 hs. Si es preciso. Descenso dosis de 25% diaria.
- A DOSIS DE CARGA: consiste en administrar dosis alta de Benzodiazepinas al inicio de la abstinencia a intervalos frecuentes, hasta controlar los síntomas o hasta la sedación excesiva. Valorar clínicamente al paciente antes de cada dosis. Diazepam:20 mg cada 2 hs. Mientras el paciente este sintomático. Continuar hasta resolución cuadro. NO dar dosis si esta sedado.
- BASADO EN LOS SINTOMAS: se administra Benzodiazepinas siguiendo un esquema de tratamiento según la puntuación de la escala de síntomas CIWA-Ar, de forma horaria. Se necesita personal entrenado en el manejo de la escala CIWA-Ar.

Otra alternativa farmacológica:

Comenzar con un plan de solución fisiológica de 1000 cc más 20 mg de Diazepam, más Tiamina 100mg (pueden ser disueltos en el suero o vía oral) más 1 ampolla de vitamina C (ac. Ascórbico) en tubuladura, más complejo B6 y B12. Este esquema se administra durante 12 horas seguidas y luego se intercala con 1000 cc de solución con dextrosa 5% mas 20 mg Diazepam, mas 2 ampvit B1, B6, B12, pasar en 12 hs, de esta forma también se trata la hipoglucemia (recordar que siempre se debe administrar tiamina antes que la glucosa debido a que la entrada en la célula es más lenta que esta última que es casi inmediata).

Tratamiento de las complicaciones:

- *Delirium tremens*: Diazepam: 10 mg. Ev continuar con 5 mg ev cada 5 minutos hasta que el paciente se encuentre " tranquilo pero despierto". Caso de precisar más de 80-100 mg en 1

hora, o con riesgo elevado de complicaciones considerar derivación Unidad de cuidados intensivos.

- NO administrar dosis alguna con el paciente sedado.
- Recomendación: En pacientes con Insuficiencia Hepática es recomendable usar Benzodiazepinas que no presenten fase oxidativa para ser metabolizada en Hígado, como el Lorazepam. Menor riesgo de sobre dosificación.

Tratamiento en casos de abstinencia alcohólica con convulsiones:

- Se recomienda el uso de **benzodiazepinas como tratamiento de las convulsiones**.
- El 10-25 % de pacientes alcohólicos con abstinencia presentan crisis comiciales generalizadas en las primeras 48 hs. Las Benzodiazepinas y la Carbamazepina pueden prevenir su aparición.
- La Fenitoína no debe usarse como profilaxis. Solo se recomienda usar en epilepsia no relacionada con el alcoholismo. O con factores epileptógenos asociados como: lesiones focales cerebrales, TEC, antecedente de meningitis o encefalitis, antecedentes de crisis previos a la abstinencia.
- El uso de Sulfato de magnesio se recomienda en caso de comprobar Hipomagnesemia. 1 gr. EV/ 6-12 hs. O 250_500 mg VO /6 hs. Durante 48 hs.

Cuándo usar neurolépticos:

- Se recomienda su uso en pacientes con síntomas psicóticos: alucinaciones y/o agitación severa, estas evolucionan hacia la normalización espontáneamente en pocos días. Si son severos pueden usarse neurolépticos, durante 5 a 15 días, en dosis diarias variables, como adyuvante de las benzodiazepinas.
- NO se recomienda su uso para la abstinencia por descender el umbral epileptógeno.
- Haloperidol 5 a 10 mg diarios, EV o VO. Continuar durante 5 a 15 días o Risperidona 1 a 4 mg/día.
- Otra medicación tener en cuenta como coadyuvante es la Levomepromazina, en Dosis que no superen los 25mg/ día

Recomendaciones para el uso de Tiamina:

En el caso de sospecha de Encefalopatía de Wernicke: Oftalmoplejía, ataxia y síndrome confesional. Como prevención en pacientes con estigmas de etilismo crónico que presenten desnutrición, enfermedad hepática descompensada, en abstinencia aguda,, antes y durante el inicio del tratamiento de abstinencia, ingresado con enfermedad o lesión grave, la dosis en los primeros días debe ser EV a razón de 100 mg/día. Luego por vía oral.

2DA. ETAPA: MANTENCIÓN DE LA ABSTINENCIA ASINTOMÁTICA

Requiere que el profesional, equipo de Salud y/o grupo tratante influya e impulse en el paciente, un proceso psicológico y social que incluye comprensión y evaluación de su situación personal, motivación y voluntad de cambio, esfuerzos sostenidos para controlar la fuerza de su propio hábito de consumo y de las presiones del contexto, así como readquirir hábitos saludables para sus necesidades psicosociales.

Todo tratamiento requiere necesariamente competencias psicosociales, biomédicas y acompañamiento de los grupos institucionales de alcoholismo-adicciones, mediante intervención de coordinadores y rehabilitados, que conformarán el equipo tratante.

Actividades sugeridas:

- entrega de información,
- apoyo y refuerzo emocional,
- facilitar el conocimiento y aceptación de sí mismo, tanto de las fortalezas como debilidades,
- facilitar identificación y compromiso con nuevas metas personales,
- orientar en el reconocimiento de las situaciones de riesgo para el consumo y en las estrategias para enfrentarlas sin recaer (prevención de recaídas).
- apoyar la reintegración armónica en la propia familia,
- apoyar los esfuerzos para lograr la reinserción escolar o laboral,

- reconocer los sentimientos encontrados (contrasentimientos) que generan en el tratante, las resistencias del consultante, para transformarlos en elementos aprovechables para establecer una relación de ayuda psicológica veraz y eficaz.
- abordar aspectos culturales, perspectiva de género, construcción de masculinidad.

En determinadas situaciones, el disulfiram se maneja como un agregado complementario de la decisión del consultante de abstenerse del alcohol. El uso de disulfiram no admite moderación del consumo.

Se utiliza para facilitar la adquisición de habilidades personales que hacen posible vivir normalmente, sin mayores restricciones, sin usar bebidas alcohólicas. No es un tratamiento a permanencia. La duración de un tratamiento con disulfiram se evalúa cada seis meses y no debe durar más de 2 años.

Los antidepresivos con frecuencia serán necesarios, durante la rehabilitación, por la frecuencia de comorbilidad con depresión. Previa consultoría o interconsulta, el seguimiento del tratamiento antidepresivo, puede ser hecho por el médico de Atención Primaria, en especial si es en base a fluoxetina u otro de los antidepresivos en uso en la APS.

3RA. ETAPA: SEGUIMIENTO, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y ALTA

El seguimiento comenzaría luego del proceso de desintoxicación y tendría como uno de sus objetivos la prevención de recaídas, mejorando la calidad de vida de la persona. Se deben realizar sugerencias para el Plan Terapéutico, determinando la modalidad de abordaje (seguimiento individual, inclusión a grupos, entrevistas psicosociales, terapia psicológica, entre otras.)

Debemos contemplar en esta etapa que:

- La intervención terapéutica puede durar el tiempo que el equipo y la persona estimen adecuado, su cambio de hábitos y de estilo de vida es el mejor indicador de su evolución.

- El alta, teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica, queda a criterio del equipo tratante.
- Durante todo el tratamiento se privilegian las intervenciones grupales, la atención de la familia real o la sustituta, amigos y pares (otras personas del grupo).
- En caso de recaídas, trabajar con la persona la continuidad del tratamiento y las causas que lo llevaron a volver al consumo.
- Algunos aspectos a tener en cuenta son: la utilización del tiempo libre (Si trabaja a jornada reducida o completa), el manejo del dinero, el abandono del grupo de “amigos” que continúan bebiendo y lo perjudican, remarcar que no existen medicamentos mágicos, sí coadyuvantes, dentro del proceso general de recuperación. En definitiva, el cambio del estilo de vida a formas más saludables.
- Una persona recuperada de la dependencia alcohólica no puede volver a beber más en su vida, aunque se proponga controlarse.

Por la naturaleza del cuadro clínico y de la significación social del consumo de sustancias psicoactivas, los abandonos de los tratamientos serán corrientes, así como las altas prematuras o forzadas por el consultante. En tales casos, se enfatizará a la persona que la recomendación del equipo o del profesional tratante, es la continuidad del tratamiento, pero que se acuerda su suspensión, a voluntad del mismo. Se cambia de esta manera, el concepto habitualmente utilizado “alta bajo responsabilidad del paciente”, con una connotación más bien de desvinculación, por uno más adecuado a la naturaleza del cuadro clínico de Seguimiento y Reingreso terapéutico.

RECAPTACIÓN

El reingreso al tratamiento es una estrategia adecuada cuando se producen ausencias prolongadas a actividades acordadas o indicadas, priorizando situaciones de riesgo (violencia en la familia, autoagresión, recaídas luego de un grado de recuperación significativo, etc.).

El equipo de salud busca activamente el reingreso del consultante a la intervención terapéutica, a través de contactos telefónicos, visitas al domicilio, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de “puertas abiertas”.

Esta es una tarea fundamental de los grupos terapéuticos:

*La presencia ocasional o regular, de personas de los grupos en las actividades de la intervención terapéutica.

* Actividad dentro y fuera del consultorio

* Intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, otras actividades complementarias con los consultantes, permiten influir en el grado de aceptación hacia ellas y recíprocamente proveen a los equipos de salud una perspectiva diferente y más cercana de la realidad personal y familiar del consultante.

*Los miembros más preparados de los grupos, pueden ser determinantes en la persuasión y apoyo que requerirá un consultante que ha recaído para reingresar a tratamiento.

DERIVACIÓN O REFERENCIA ASISTIDA

Se plantea la **DERIVACIÓN A SERVICIO ESPECIALIZADO O DE MAYOR COMPLEJIDAD** cuando se producen reiterados fracasos del tratamiento ambulatorio y la persona acepta otra modalidad de abordaje terapéutico (Servicio de Adicciones, Comunidad Terapéutica de Arroyito).

En cada caso, el equipo encargado, explicará e informará claramente a la persona consultante y su familia, los motivos por los cuales se le indica la derivación y, si corresponde, las características del Plan de Tratamiento al que se le envía para continuar el proceso terapéutico.

Los establecimientos del segundo nivel: Centros de Día, casas de medio camino, hospital de día, podrían pensarse como alternativas de tratamiento entre la estrategia ambulatoria y las comunidades terapéuticas.

Recomendaciones Claves:

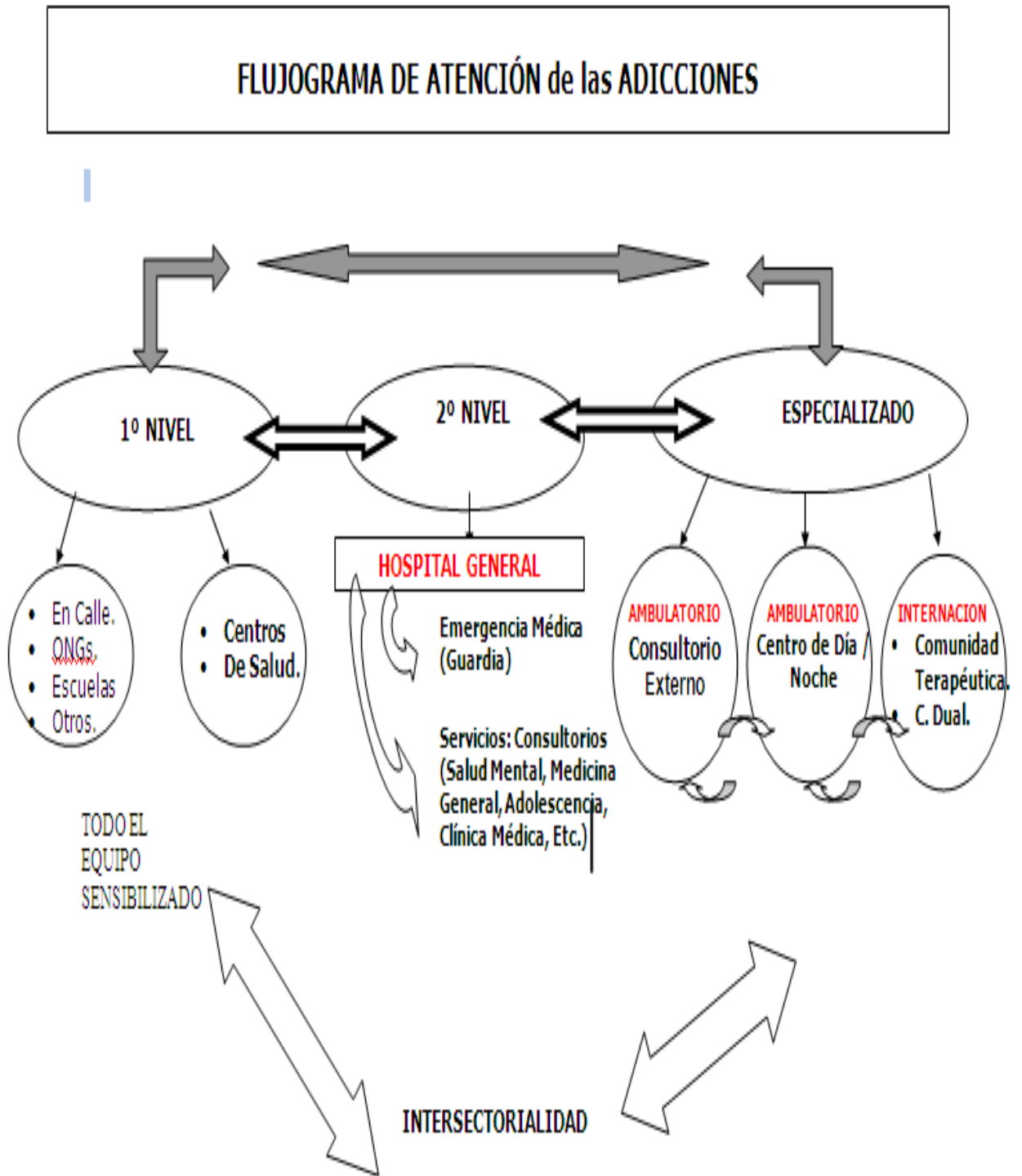
- Priorizar tratamientos lo menos restrictivos posibles, fomentando la participación de las personas en su entorno social.
- Priorizar los tratamientos ambulatorios, que mantienen al individuo ligado a su grupo social brindando la posibilidad de realimentar su conexión con el medio , evitando el aislamiento.
- Reservar la administración de Medicación Psicofarmacológica para aquellos casos que lo requieran, estableciendo el criterio de limitación al tiempo adecuado, teniendo presente el riesgo de potenciar la morbilidad cuando no están adecuadamente indicados y administrados.
- Reservar como último recurso asistencial terapéutico la **estrategia residencial** (internación prolongada) se comprende como medio de recuperación de la salud.
- Utilizar siempre **criterios de protección integral**, facilitando la elección de proyectos alternativos al uso abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

El presente protocolo se ha desarrollado con la necesidad de abordar la asistencia inmediata de la mayor cantidad de situaciones posibles en los diferentes contextos sanitarios que identifican a la Provincia de Neuquén y teniendo en cuenta las características específicas del SSPP.

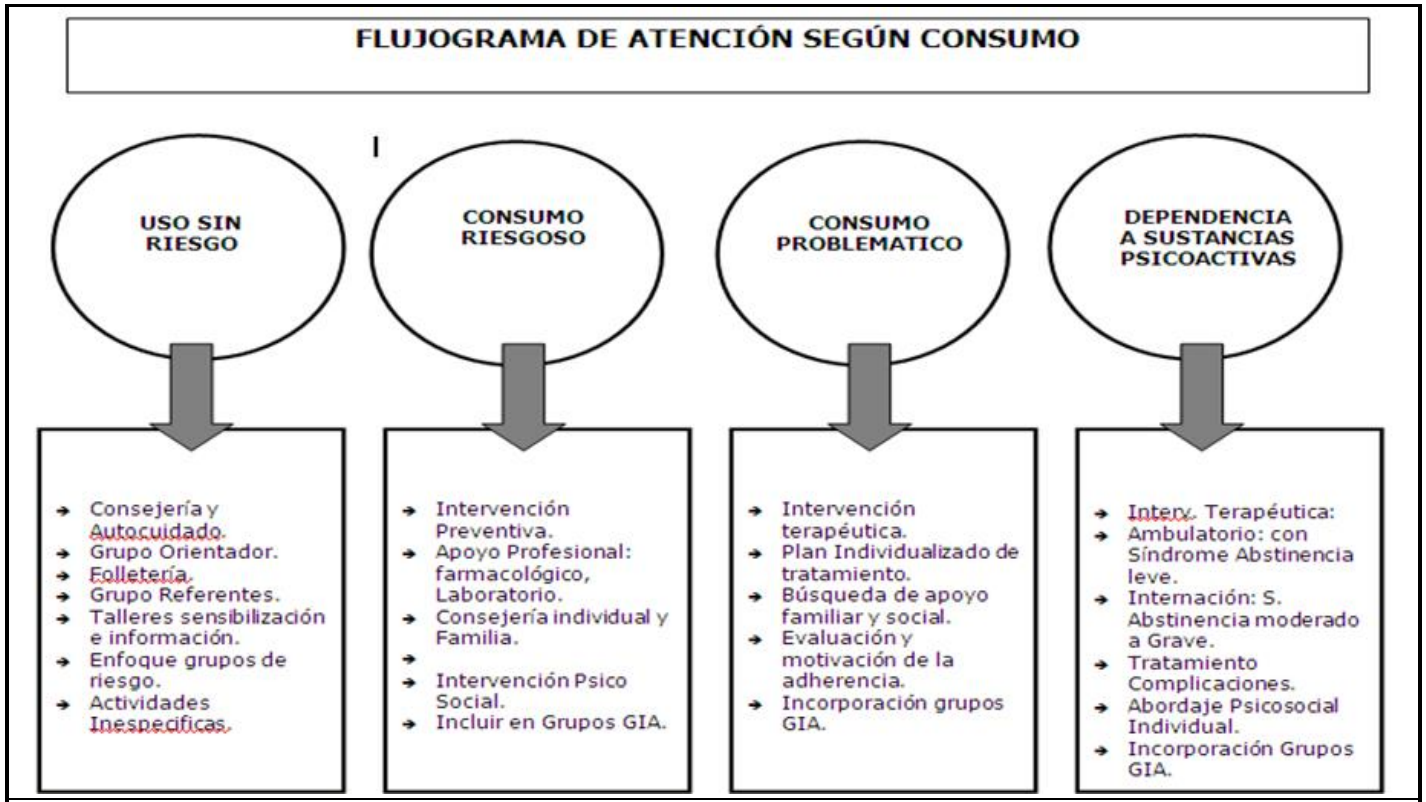
Estos lineamientos tienen el objetivo de orientar la actividad de los agentes de salud que intervengan en cada instancia de la asistencia para mejorar la calidad del abordaje ofrecido. Su uso como herramienta de intervención deberá adecuarse a cada caso particular y a la realidad de cada zona, con lo cual estará en revisión permanente.

Será el Departamento de Salud Mental (Dirección General de Atención Primaria de la Salud - Dirección Provincial de Salud) el responsable de monitorear cada seis meses a partir de su Disposición, el funcionamiento de los dispositivos y prácticas implementadas en este protocolo y realizar los ajustes que se requieran o se consideren pertinentes en virtud de nuevas leyes y/o resoluciones que pudieran surgir, evidencia científica y epidemiológica, modalidades de intervención, líneas de acción u otros, consultando a los especialistas que se considere oportuno, solicitando las Disposiciones Legales que se requieran.

ANEXO I:

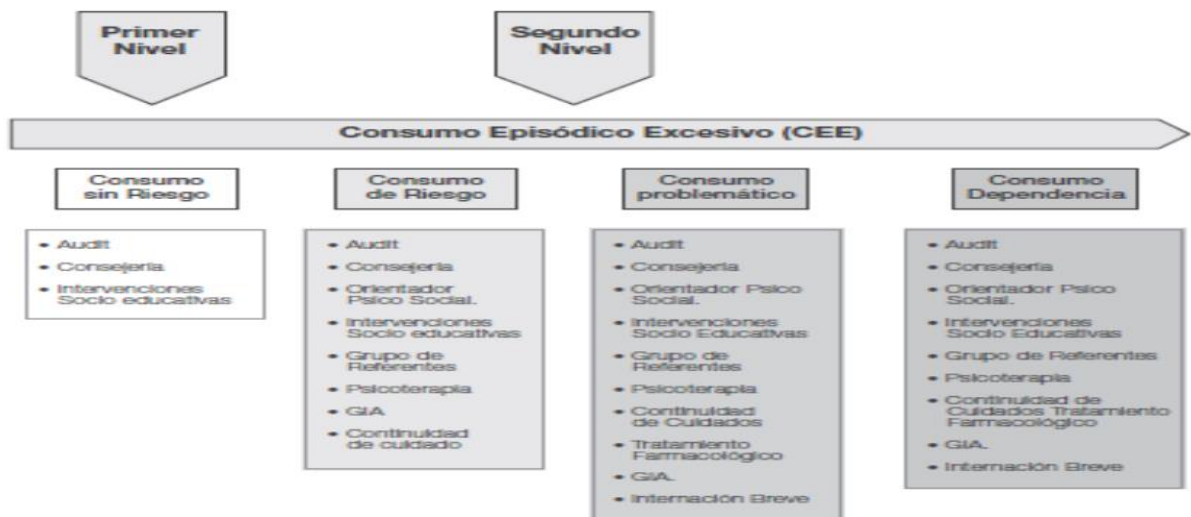


FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN SEGÚN CONSUMO



[Pautas para la Atención Integral (PAI) - Frente al Consumo Excesivo de Alcohol]

ABORDAJE INTEGRAL FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL



ANEXO 2:

Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Tenga en cuenta una unidad estándar de bebida alcohólica es igual a:

1 botella o lata de cerveza de 350 cc.

1 vaso de vino aproximadamente 150 cc. O

1 trago de licor solo o combinado 45 cc. (Whisky, ron, vodka u otros).

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o caso a diario	
8. ¿ Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					TOTAL	

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca. <u>Pase a la N° 9.</u>	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: Definitivamente Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: Definitivamente Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber

HISTORIA DE LA RED PROVINCIAL DE ALCOHOLISMO

En la Provincia del Neuquén se venían desarrollando experiencias locales, desde el año 1995 aproximadamente, con la conformación de grupos de autoayuda en la problemática del alcoholismo crónico, como un dispositivo que diera respuestas a necesidades locales de personas que una vez desintoxicadas en centros asistenciales y /o por consultas de las propias personas o familiares, no contaban con la contención para mantener una abstinencia asintomático y aumentaba así el riesgo de recaídas.

Estas experiencias se encontraban aisladas entre sí, en distintas localidades de nuestra provincia como en: Zona Norte en Chos Malal; Las Ovejas; Tricao Malal; Andacollo Y El Cholar. En Zona Centro: El Huecú; Loncopué; Alumine; Las Lajas y Zapala. En zona Sur: Junín de los Andes; Villa La Angostura y San Martín. En Confluencia: Plotier; Centenario. En Cutral Co; Rincón de los Sauces y en Neuquén Capital.

Cada grupo tenía modalidades y características particulares, con coordinadores institucionales del Sistema de Salud, pero con una fuerte raíz Comunitaria. Si bien la mayoría desarrollaban sus tareas grupales dentro de los ámbitos Hospitalarios no eran totalmente reconocidos por el sistema sanitario y funcionaban más como voluntades aisladas que como parte de los programas de Salud.

Así este acontecer grupal se nutría de prácticas insertas en la raíz popular, en la subjetividad local (modos de percibir de enfermar, de sufrir, de gozar),, donde confluían saberes populares que se articulaban y enriquecían con el saber científico o más académico, que a su vez nutría y protegía a sus integrantes del desgaste. La verdadera Construcción Social del Conocimiento.

Por estas características señaladas comienzan a relacionarse y contactarse informalmente, sobre todo los coordinadores Institucionales y así en el año 2007 se comenzaron a realizar contactos entre algunos coordinadores de grupos de distintas localidades y surgió la necesidad de tener espacios de Capacitación y Encuentros de Grupos.

En Junín de los Andes se realiza una Reunión con algunos efectores de Salud que venían participando de los GIA y se convoca a una Reunión en la Ciudad de Zapala en ese año. Así surge el primer Encuentro de Coordinadores de los G. Institucionales de la provincia y se conforma la RED PROVINCIAL de ALCOHOLISMO.

El propósito central de la misma es confluir en un espacio común para intercambiar experiencias, saberes, generar Reservas de Salud Comunitaria y capacitación conjunta de Coordinadores de Grupos: GIA.

En Marzo del 2008 tiene lugar en Zapala el PRIMER ENCUENTRO PROVINCIAL de los GRUPOS GIA, de la Red.

En Julio del 2008 Reunión de Red en Zapala y Se programan Jornadas provinciales de capacitación de Coordinadores. En Agosto del 2008 la primera reunión de capacitación de coordinadores en Chos Malal. Se trabajan herramientas para el trabajo grupal, 20 grupos!! Fundamentos cuánticos y cualitativos para que se visualice el problema. En Noviembre de ese año, capacitación de Coordinadores en Loncopué, se trabajó sobre metodología de talleres y experiencias de prevención.

Desde entonces se planifican los encuentros anuales de los Grupos de Alcoholismo de toda la Provincia con una frecuencia de dos anuales y tres Encuentros de los Coordinadores al año. Hasta la fecha la RED organizó 23

reuniones de Coordinadores para capacitarse y 14 encuentros provinciales de los grupos, en distintas sedes, cada sede organiza y recibe a los grupos. En los primeros años la financiación de dichos encuentros se realizaban con fondos locales: donaciones, Rifas, eventos para recaudar fondos, y ayuda de instituciones locales. En los últimos años se inició una experiencia de institucionalizar los GIA, sin que perdieran su identidad, su raíz Comunitaria y su autonomía organizativa. Así la financiación de los encuentros forman parte del presupuesto del sistema de salud y la organización es tarea de los integrantes de la RED.

En el encuentro de grupos realizado en la ciudad de Caviahue, en Diciembre del 2014 se planifico con la Dirección de Salud Mental de la Subsecretaria de Salud realizar una capacitación anual sobre el Consumo problemático de Alcohol y otras adicciones, el cual se viene llevando a cabo con docentes de Buenos Aires, con una modalidad mensual de 07 módulos anual. Que se encuentra en su etapa final. Está planificado para el año 2016 repicar este curso a demás integrantes del Equipo de Salud y otras Instituciones con capacitadores de la propia RED que se están formando. Asimismo en el citado encuentro se proyectó construir entre todos un PROTOCOLO para el ABORDAJE INTEGRAL de las ADICCIONES, que se encuentra en su etapa final, cuya finalidad es para el año 2016 socializar en todos los Hospitales de la Provincia y difundir esta estrategia para tener un programa único e integral que aborde y construya alternativas de soluciones a este grave problema socio-económico y sanitario actual de nuestra Comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Decreto Reglamentario 603/2013.
- Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N°24.788.
- Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha frente al Consumo Excesivo de Alcohol. Año 2011.
- Anteproyecto programa Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones.
- Taller Nacional de Formación en Prevención de Adicciones. Programa Escuela Segura. México 2010.
- Guía Clínica de Recomendaciones para Atención por Consumo Episódico Excesivo en Adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Año 2010.
- Ministerio de Salud. Normas técnicas y programáticas en Beber Problema. Publicaciones de Salud Mental N° 2. 1993.
- Guía Adicciones: tratamiento Integral. Dirección Salud Mental y Adicciones. M.S.N.
- Prevención de Adicciones, Barzani Carlos Alberto Lic Psicología. Artículo Agosto 2003.
- Protocolo de Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. Dávila Esteban; Dávila Eduardo y otros. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, N° 3, marzo de 2008, págs. 20 a 29.
- Adicciones. Publicaciones. Secretaría de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires., en <http://www.sada.gba.gov.ar> .
- Herramientas para Prevenir el Consumo Abusivo de Alcohol. Kornblit, Ana lía; Camarotti, Ana Clara y otros. Febrero 2014.
- Imaginarios Sociales y Prácticas de Consumo de Alcohol en Adolescentes de Escuelas de Nivel Medio. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Octubre 2005.
- Salud Pública y Economía Política el caso del Alcoholismo. Pellegrini, Jorge. 2008.
- Uso de antiepilépticos en adicciones Unidad de Alcoholismo y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.
G. PonceR. Rodríguez-Jiménez.