

Editorial

Marcela Tiburcio

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Apreciables colegas,

Este número del boletín INEBRIA Latina es el último de 2016, un año en el que tratamos de reactivar red en la región. Para ello, llevamos a cabo diferentes acciones con la colaboración de la Secretariado de INEBRIA y la Organización Panamericana de la Salud.

Una de las primeras actividades realizadas fue la encuesta enfocada en conocer los temas de interés para los miembros de la red, en el número anterior compartimos los hallazgos más relevantes.

A partir de la información que nos proporcionaron, dimos inicio a lo que se espera sea una larga serie de seminarios virtuales o webinars en los que investigadores latinoamericanos nos compartirán sus experiencias en la implementación de programas de detección e intervención breve. El primero estuvo a cargo de Guillermina Natera de México y el segundo tendrá lugar a mediados de diciembre, lo impartirá Telmo Ronzani de Brasil.

La página web de INEBRIA se actualizó, y con ella la sección dedicada a INEBRIA Latina, continuaremos los esfuerzos por incluir información que sea de interés para todos los que formamos parte de esta red.

Considerando este tercer número, en el boletín hemos publicado información sobre avances en la

implementación de programas de detección e intervención breve en Colombia, Panamá, Puerto Rico y México. Nos hace falta conocer qué hacen los colegas de otros países por lo que reiteramos la invitación a contribuir con un nota en el 2017.

En la primera sesión temática de INEBRIA, que tuvo lugar en Estocolmo, Suecia, se presentó una revisión breve acerca de los avances en el desarrollo, evaluación e implementación de programas de detección e intervención breve en diferentes países latinoamericanos.

Hemos reactivado la comunicación vía correo electrónico con los integrantes de INEBRIA Latina para compartir información sobre eventos, publicaciones, oportunidades de capacitación, etcétera. La participación de todos es muy relevante para hacer crecer nuestra red y fortalecerla, por ello, los alentamos a compartir sus publicaciones y proyectos por este medio.

Durante 2017 continuaremos fortaleciendo esta forma de intercambiar información y fomentar el trabajo conjunto, esto sólo es posible con la participación de todos los que formamos parte de la red, por lo que nuevamente extendemos la invitación para hacernos llegar sus aportaciones.

Programas dirigidos a atender el consumo de alcohol y sustancias en Puerto Rico

Nichole Mundo-Bruno, M.S., Julimar Sáez-Colón, Ph.D.
Universidad Carlos Albizu, Puerto Rico,

El uso de alcohol y de otras sustancias en Puerto Rico ha ido en aumento en los últimos años. Reyes¹ realizó en 2008 una investigación donde encontró que *"Puerto Rico tiene uno de los policonsumos más alto a nivel de toda Latinoamérica, comparado con países productores como es Bolivia, Colombia, México. Tenemos menos consumo que Estados Unidos pero más que estos países de Latinoamérica"*.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas² la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas³. La American Psychiatric Association³ define los

trastornos por consumo de sustancias como un patrón problemático de la sustancia que crea dificultad significativa o angustia manifestado por al menos 12 meses. La información que provee Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)⁴, indica que el uso de sustancias es el problema de salud mental de mayor impacto en Puerto Rico.

ASSMCA completó un estudio en el 2008 en el que encuestaron a más de tres mil personas entre las edades de 15-74 años sobre trastornos por uso de sustancias y las necesidades de tratamiento. Según esta investigación, uno de cada seis adultos en Puerto Rico (16.9% de la

muestra recopilada) tiene un uso problemático de alcohol. Por otra parte, las tasas de uso de servicios para alcohol revelaron que menos del 10% de estos adultos con uso de alcohol problemático recibió algún servicio especializado para este trastorno durante los 12 meses previos al estudio. En relación al uso problemático de sustancias, el estudio estimó que alrededor de 111,000 adultos en Puerto Rico padece un trastorno por uso de sustancias. De esta cifra significativa de individuos, menos del 25% de ellos recibió tratamiento especializado.

Según las estadísticas presentadas por SAMHSA⁵ en la Encuesta Nacional de Servicios de Tratamiento para el Abuso de Sustancias, Puerto Rico presenta un total de 13,091 usuarios de sustancias. Esta población cuenta con solo 152 unidades que atienden estas problemáticas. Solo el 24% de estos individuos tuvieron acceso a servicios especializados, mientras que un 19.3% accedieron a servicios de consejería religiosa y auto-ayuda.

Los tratamientos especializados en Puerto Rico para el uso problemático de sustancias o de alcohol, se clasifican en tres tipos de programas: gubernamentales, de base religiosa y de base comunitaria. ASSMCA⁶ es la instancia gubernamental que se encarga administrar los servicios de salud mental en Puerto Rico. Ofrecen programas residenciales para adolescentes y adultos con uso problemático de sustancias, trastornos emocionales severos y personas que han sido intervenidas judicialmente en relación a sustancias controladas. Estos programas ofrecen evaluación médica, social, psicológica y pruebas de laboratorio. También ofrecen orientación, consejería, terapia grupal e individual, charlas psicoeducativas y coordinación de servicios estatales y privados.

Por otra parte, los servicios de base religiosa a pesar de que muchos son organizaciones sin fines de lucro, reciben donativos legislativos de parte del gobierno de Puerto Rico⁶. Estos programas cuentan con el respaldo de líderes religiosos y su acercamiento terapéutico para el uso de sustancias se enfoca de gran manera en aspectos espirituales. Estos centros ofrecen programas residenciales donde le proveen servicios de nutrición, efectos para aseos, trasportación para citas, "instrucción bíblica", consejería grupal, individual, servicios de VIH y orientación a familiares. Algunos proveen servicios de trabajo social.

Finalmente, las organizaciones de base comunitaria ofrecen programas de prevención, consejería, trabajo de alcance comunitario, grupos de apoyo y servicios médicos. Algunas organizaciones han desarrollado programas que se enfocan en la reducción de daños dirigidos a personas con uso problemático de sustancias inyectables en comunidades. Estos se encargan de

adentrarse a las comunidades y hacer intercambios de jeringuillas para disminuir el riesgo de contagio y reinfección del VIH/Sida y Hepatitis C. Además ofrecen servicios de referido a los participantes para entrar a programas de recuperación, recibir orientación y realizan pruebas toxicológicas.

En conclusión, el uso problemático de sustancias es uno de los mayores problemas de salud mental en Puerto Rico. A pesar de que se ofrecen servicios para atender estos trastornos y que existen alternativas de tratamiento, según revelan las estadísticas, no se llegan a cubrir las necesidades de más de la mitad de la población. Es importante utilizar esta información para continuar concientizando, implementando y desarrollando programas que estén basados en evidencia científica para atender el uso problemático de sustancias en Puerto Rico.

Referencias

1. Periódico el Nuevo Día. (2011). Grave y Múltiple el consumo de Drogas en PR. 31 Foro Anual de Investigación y Educación del RCM. Recuperado de <http://www.noticel.com/noticia/104253/grave-y-multiple-el-consumo-de-drogas-en-pr.html>
2. National Institute on Drug Abuse (2014). Drug, brains and behavior. The science of addiction.
3. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (2009). Trastornos de Sustancias y Uso de Servicios en Puerto Rico-Encuesta Hogares 2008. Puerto Rico: ASSMCA.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013). National Survey of Substance Abuse Treatment Services. State Profile Puerto Rico. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. <http://www.datafiles.samhsa.gov>
6. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (2011). Perfiles de Admisión a Tratamiento de la clientela atendida desde el 1ro de julio de 2010 a 30 de junio de 2011. Equipo de Estadísticas y Análisis de Datos.
7. Universidad Central del Caribe (2006). Directorio De Recursos y Servicios. Instituto de Investigación, Educación y Servicios en Adicción.

Barreras en la adopción de intervenciones breves: Qué dicen los investigadores, directivos y terapeutas de centros de adicciones en México

Kalina Isela Martínez Martínez^a, Ayme Yolanda Pacheco Trejo^b,
Leticia Echeverría San Vicente^c, María Elena Medina-Mora Icaza^d

^aUniversidad Autónoma de Aguascalientes, ^bUniversidad Modelo De Yucatán,
^cUniversidad Nacional Autónoma de México, ^dInstituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

La evidencia empírica recopilada a través de numerosas investigaciones y décadas de años de trabajo, sugiere que las intervenciones breves para el tratamiento de alcohol y otras drogas destacan como una innovación científicamente comprobada para la resolución eficaz de este problema de salud pública¹.

Si consideramos las cifras, alarmantes y en aumento, de personas consumidoras, las consecuencias negativas del consumo, la diversidad de población involucrada y los altos costos de la prevención y tratamiento de las adicciones, no cabe duda que se justifica el esfuerzo por lograr transmitir adecuadamente esta tecnología a las instituciones y profesionistas de la salud que dan batalla directamente a este fenómeno². Al respecto, en México se cuenta con una importante trayectoria en el campo de las adicciones que ha permitido adaptar, evaluar y diseminar diferentes intervenciones breves para conductas adictivas a nivel nacional.^{3, 4, 5, 6}

En este contexto, el objetivo del presente trabajo fue identificar las barreras para la adopción de los programas de intervención breve, apelando a la propia voz de los actores e incluyendo diferentes perspectivas para lograr una mejor comprensión tanto de las dificultades, como de las posibles soluciones. Se incluyó la participación de investigadores responsables de iniciar procesos de transferencia de los programas de intervención breve, directivos y terapeutas de centros de atención y prevención de adicciones.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte cualitativo con una muestra intencional conformada por 16 expertos en procesos de transferencia en el campo de las adicciones (5 investigadores, 8 terapeutas y 2 directivos que aplican programas de intervención breve en Centros Nueva Vida). Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas a profundidad, se informó el carácter confidencial de las mismas y se solicitó autorización para grabar. Posteriormente las entrevistas se transcribieron y se llevó al cabo un análisis de contenido.

La guía de entrevista para los investigadores exploraba los siguientes rubros: 1. Experiencia en la transferencia de las intervenciones breves a profesionales de la salud, 2. Estrategias implementadas en la transferencia, 3. Barreras en el proceso de transferencia, 4. Seguimiento de la transferencia y logro del proceso, 5. Otra información importante.

En cuanto a los directivos y terapeutas los temas fueron: 1. Conocimiento sobre los programas de intervención breve, 2. Conocimiento/significado de trabajar con programas de intervención breve basados en evidencia científica 3. Capacitación y supervisión recibida durante el

proceso de transferencia de los programas de intervención breve, 4. Modificaciones a los programas, 5. Barreras en la implementación de los programas, 6. Ventajas y limitaciones de los programas de intervención breve, 7. Otra información importante.

RESULTADOS

A partir del análisis de las entrevistas se identificaron diversas barreras para adoptar los programas en los escenarios clínicos. Entre éstas destacan: procedimientos de índole burocrático y políticas institucionales, desconocimiento de bases teóricas del programa y la diversidad de usuarios que demandan el servicio (ver tabla 1).

Utilidad de los resultados: El proceso de transferencia de tecnología requiere de un esfuerzo deliberado y conjunto para lograr la adopción de los programas en los escenarios clínicos. Las barreras señaladas por los propios actores que participan en el proceso deben considerarse en el desarrollo de estrategias dirigidas a diseminar los programas de intervención breve. Particularmente, fue posible rescatar las opiniones de tres roles de actores: investigadores, directivos y terapeutas, encontrando convergencias y divergencias hacia el fenómeno que nos ocupa.

Los datos muestran que los investigadores tienen una visión más amplia y general de la problemática involucrada en la adopción de los programas, tal visión probablemente es resultado de haber desempeñado dos o más roles (directivos, capacitadores y/o terapeutas) lo cual les confiere más elementos para poder identificar las variables, circunstancias y condiciones específicas relacionadas con la transferencia de la tecnología de las intervenciones breves. Asimismo, se observa una mayor confianza en el éxito del tratamiento cuando se aplica con fidelidad; esta visión puede deberse a que los investigadores instrumentan el modelo en escenarios en los que se logra un mayor control de las variables implicadas y de los criterios de inclusión.

Por el contrario, los terapeutas tienen una visión más concreta, pero más realista de la situación ya que se enfrentan manera cotidianamente a escenarios reales que presentan múltiples problemáticas: a) necesidad de cumplir tiempos institucionales que difieren de las necesidades de los programas; b) atención de usuarios cuyas características exceden los objetivos del programa, c) no contar con los materiales necesarios para realizar su trabajo. Lo anterior indudablemente afecta la efectividad del tratamiento y, por ende, la motivación del terapeuta y su sentido de autoeficacia. Los directivos señalaron barreras tales como: a) resistencia de los terapeutas a la adopción de nuevos programas, b) los programas no son acordes a las características de los usuarios que solicitan atención y c) alta rotación de personal.

Tabla 1. Barreras para la adopción de programas de intervención breve

INFORMANTE	BARRERA	EJEMPLOS
1. Investigadores	1. Institucionales	Procedimientos <ul style="list-style-type: none"> •Trámites burocráticos •Políticas institucionales •Tiempos institucionales vs. Tiempo del paciente •Cuotas del paciente
		Económicas <ul style="list-style-type: none"> •Carencia o limitaciones en Materiales •Infraestructura •Recursos humanos
		Humanas <ul style="list-style-type: none"> •Comunicación deficiente entre mandos •Lenguaje de los manuales demasiado técnico •Creencias y estereotipos que dificultan la capacitación
	2. De los capacitadores y terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> •Desconocimiento o poca afinidad con las bases teóricas del modelo •Dificultades para supervisar y ser supervisados
	3. De los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> •No cumplen con los criterios de admisión especificados para los programas: •Baja escolaridad, analfabetismo
4. De los investigadores	<ul style="list-style-type: none"> •Contraste entre metas del investigador y metas reales de la población •Dificultades para flexibilizar la aplicación del modelo y lograr la adopción •Dificultades resultantes del uso técnico del lenguaje 	
2. Terapeutas	1. Del usuario	<ul style="list-style-type: none"> •Personas que no cumplen criterios de admisión •Déficit cognitivo •Baja escolaridad •Deprivación cultural •Dependencia severa •Situaciones de vida compleja
	2. Del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> •Necesidades de formación en el modelo •Desconocimiento o no aplicación del modelo •Falta de capacitación •Carencia de experiencia en el programa •Necesidad de entrenamiento específico en la entrevista motivacional •Materiales repetitivos
	3. De la institución	<ul style="list-style-type: none"> •Dificultades para cumplir "cuotas" de pacientes •Trabas burocráticas •Falta de recursos económicos •Carencia de recursos humanos
3. Directivos	1. Del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> •Problemas del terapeuta para trabajar con el modelo teórico •Necesidades de capacitación •Edad y experiencia (a mayor edad y experiencia, más difícil la adopción)
	2. Del programas de I.B.	<ul style="list-style-type: none"> •Necesidad real de atender a personas que no cumplen con los criterios de admisión
	3. De la institución	<ul style="list-style-type: none"> •Rotación entre puestos •Barreras económicas

REFERENCIAS

1. Newbury-Birch, D., Coulton, S., Bland, M., Cassidy, P., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Kaner, E., McGovern, R., Myles, J., Oyefeso, A., Patton, R., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J., Drummond, C. (2014). Alcohol Screening and Brief Interventions for Offenders in the Probation Settings (SIPS Trial): a Pragmatic Multicentre Cluster Randomized Controlled Trial. *Alcohol and alcoholism*, 49(5) 540-548.
2. Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4) 351-365.
3. Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrazcosa Venegas, C., Ayala, H., & Cruz-Morales, S. (2009).

Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(1) 35-41.

4. Martínez, K. I., Pedroza, F., Salazar, M. L., & Vacio, M.A (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 40 (3). 11-31.
5. Natera, G., Medina, P., Callejas Pérez, F., Juárez, F., & Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena de México. *Salud Mental*, 34(3) 195-201.
6. Oropeza, R., Medina-Mora, M. E., & Sánchez, J. (2008). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2). 2 19-231.

ANUNCIOS

Participa en el **14º Congreso de INEBRIA**
New York, Septiembre 14 y 15, 2017



Más información [aquí](#)

Sociedad Española de Patología Dual



Visita su página web [aquí](#)

WEBINARS

Detección temprana e intervención breve del consumo de sustancias en Centros de Atención Primaria a la Salud a través del ASSIST: Un estudio binacional México-Estados Unidos

Impartido por: Guillermina Natera Rey.
Directora de Investigaciones
Epidemiológicas y Psicosociales del
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente Muñiz, México.



Impartido el lunes 19 de septiembre 2016
Escucha la grabación [aquí](#)

Implementación de un programa de detección e intervención breve utilizando un abordaje comunitario: Desafíos a superar.

Impartido por: Telmo Mota Ronzani.
Docente del Departamento de
Psicología da Universidade Federal de
Juiz de Fora (UFJF), Brasil. Doutor em
Ciências da Saúde e Coordenador do
Centro de Pesquisa, Intervenção e
Avaliação em Álcool e Drogas
(CREPEIA).



Jueves 15 de diciembre 2016
11:00 am (hora de Washington)
Entra a la sesión webex [aquí](#)