

Editorial

Maristela Monteiro

Asesora principal para alcohol y abuso de sustancias,
Organización Panamericana de la Salud

Después de un largo tiempo sin actividad, me complace presentar el regreso a los boletines de INEBRIA Latina y la promoción de actividades regionales de la red.

INEBRIA Latina ha nacido en Brasil en 2004 durante la conferencia internacional sobre IBA en Ribeirão Preto, SP, con el liderazgo del Dr Erickson Furtado. Desde entonces, la OPS ha apoyado actividades de capacitación a nivel regional y en cooperación con algunos países. Tenemos cursos virtuales gratuitos y de auto-aprendizaje en el campus virtual de la OPS, más de 6,800 personas han tomado los cursos hasta ahora. Es importante mencionar que Uruguay y Mexico han incorporado tales cursos como parte de sus actividades de capacitación de profesionales del primer nivel de atención.

Una nueva publicación del Banco Mundial sobre intervenciones prioritarias en el campo de la salud mental en países de bajo y mediano ingreso indican que la intervención más costo-efectiva es la detección y la intervención breve para alcohol en atención primaria. Tal información debe servir para promover y ampliar la

implementación de las intervenciones breves en todos los servicios de salud y otras instancias, tales como servicios sociales, empresas, universidades.

En este proceso, el monitoreo continuo de la implementación es fundamental; también es necesario garantizar que las intervenciones breves sean parte de las funciones esenciales de los profesionales que trabajan en servicios públicos, que se incorporen a las guías clínicas nacionales, y que sean parte del paquete de servicios esenciales para promover el acceso universal a la salud y ampliar la cobertura de los servicios.

La investigación y la vigilancia de lo que pasa es una herramienta esencial para priorizar políticas y programas que muestren ser efectivos y costo-efectivos. La actualización científica es fundamental para la salud pública y espero que a través del boletín y otras actividades futuras, podamos fortalecer la formación de profesionales y la educación continua, ofertando mejores servicios a la población de nuestra región.

Intervenciones breves en Colombia: ¿Quiénes y cómo se están implementando?

Angélica María Claro Gálvez

Miembro del Grupo de Investigación y Desarrollo Humano
Universidad Nacional de Colombia

Colombia se ha sumado a los países que decidieron acoger la Estrategia Mundial de Reducción del Uso Nocivo de Alcohol, lo cual incluye la implementación de Intervenciones Breves en Alcohol (IBA) dentro de la esfera que da cuenta de la respuesta de los servicios de salud.

De hecho, el país ha venido impulsando las IBA desde diferentes ámbitos, por ejemplo, la elaboración de una Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia al alcohol¹, en

donde se recomienda la aplicación del AUDIT y la implementación de IBA. De igual forma, se ha promovido su uso en los ámbitos escolares y universitarios, realizando diferentes talleres para entrenar a profesionales de colegios y universidades del territorio nacional para que desarrollen habilidades para implementarlos. Adicionalmente, se han diseñado manuales de detección e intervención temprana, como el que se creó específicamente para los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes².

A pesar de estos esfuerzos, a la fecha no se ha hecho un seguimiento que dé cuenta de quiénes y cómo se están incorporando las IBA en el país, por lo que se planteó una primera exploración que tenía como objetivo identificar los contextos donde se están realizando IBA en Colombia, las características de la intervención y si contaban con un sistema de evaluación o monitoreo.

Para ello, se desarrolló un cuestionario que se distribuyó a través de correo electrónico, con el apoyo en la difusión del medio virtual infopsicológica, obteniendo respuesta de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), la Fundación Universitaria del Área Andina (FUAA)-Seccional Pereira y la Corporación Nuevos Rumbos.

Dentro de los principales hallazgos se encuentran:

- Sólo una organización ofrece las IBA como un servicio permanente. En los otros dos casos las IBA se ofrecen a clientes externos, particularmente colegios o universidades. El servicio lo paga directamente el cliente o es donado a éste gracias a financiación externa.
- Los instrumentos usados para el tamizaje fueron diferentes en todos los casos, los cuales fueron: el Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA)³, el AUDIT⁴ y el CRAFFT/CARLOS⁵.
- Todas las IBA variaron en cuanto al número de sesiones e intensidad de cada una, encontrándose las siguientes posibilidades.
 - 6 sesiones grupales de 90 minutos cada una/aplicación semanal.
 - Una única sesión de 60 minutos cuando se aplica de manera grupal o 5 sesiones de 60 minutos cuando es individual.
 - Una única sesión de 15-20 minutos y dos seguimientos/distanciados 3 meses entre sí.
- En todos los casos las IBA incorporaban los principios de la Entrevista Motivacional y el Modelo Transteórico de Cambio.
- Aunque todos evalúan el nivel de riesgo frente al alcohol, únicamente en un caso se reportó una atención escalonada en donde los componentes de la IBA se ajustan en función del nivel de riesgo y consumo.
- Las IBA son implementadas por psicólogos y trabajadores sociales. Sólo en un caso se ha incluido también a los profesores. Ninguno de los implementadores son especialistas en adicciones y su entrenamiento en IBA se ha dado de forma presencial y virtual.
- Dos intervenciones contemplan en su protocolo derivación al sistema de salud cuando se identifica posible dependencia. En el tercer caso se entrega un menú de opciones de ayuda.

- Dos IBA han sido evaluadas y cuentan con publicaciones sobre sus resultados⁷. Sólo una contempla seguimientos después de la intervención.

A pesar de que los resultados obtenidos por este ejercicio son limitados y no permiten conocer el panorama completo respecto a la implementación de las IBA en el país, los hallazgos muestran una notoria heterogeneidad en los componentes de las intervenciones y parecen indicar que todavía no se cuenta con una implementación sistemática y afianzada, siendo los ámbitos escolar y universitario los que más se han beneficiado. En el futuro, es necesario analizar si las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o los dispositivos comunitarios están incorporando las IBA dentro de sus protocolos o rutas de atención, así como la forma como lo están haciendo.

Finalmente, vale la pena mencionar el cuidado que se debe tener al hacer evaluaciones de efectividad y eficacia en las IBA que se implementen en el país, pues claramente sus diferencias en el número de sesiones, tiempo por sesión, frecuencia y contenido son variables que pueden hacer variar de manera importante los resultados que se obtengan.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias (2013). Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía No. 23. [En línea] Octubre de 2014. http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf
2. Ministerio de la Protección Social (2011). Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Bogotá: s.n.
3. Flórez-Alarcón, L. (2003). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA-PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: evaluación de etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 83-104.
4. Saunders J, Aasland O, Babor T, de la Fuente JR, Grant M (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II, *Addiction*, 88(3):791-804
5. Pérez, G. A., Scopetta, D. O. (2011). El CRAFFT/CARLOS como Instrumento para la Identificación Temprana de Consumo de Alcohol y Otras SPA: una Adaptación al Español. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2): 265-274.
6. Pérez A., Reyes M., Mejía J., Cardozo F. & Pinto C. (2014). Eficacia de la Intervención Breve Entrevista Motivacional en adolescentes colombianos. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*.
7. Flórez-Alarcón (2007). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: L. Echeverría-Sanvicente & Carrascoza-Venegas, C. (Eds.). *Diseminación de Programas de Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM.

Diseminación de las intervenciones breves en México. Resumen del informe presentado en la reunión de expertos para la reducción de la demanda, CICAD.

Silvia Morales Chainé^a, Nadia Robles Soto^b, Javier Nieto Gutiérrez^a, Raúl Martín del Campo Sánchez^b

^aFacultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

^bCentro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

En México, el número de personas que asiste a tratamiento por el consumo de alcohol tuvo un incremento del 10,9% de 2008 al 2011¹. Ante el incremento en la demanda de tratamiento, es indispensable contar con modelos de tratamiento costo-efectivos y de corta duración. En ese sentido, las intervenciones breves (IB) cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces en la reducción del consumo de drogas y para incrementar los periodos de abstinencia al alcohol, tabaco y otras drogas luego de haber recibido tratamiento, este es el caso de los modelos de IB desarrollados en la UNAM para la atención de problemas de consumo de tabaco², consumo de alcohol en población adolescente³, consumo de alcohol en adultos^{4,5} y otras drogas⁶.

En el mismo sentido, el desarrollo de procedimientos costo-efectivos para la formación de profesionales de la salud en la aplicación de los principios conceptuales y metodológicos que fundamentan las IB constituye una parte fundamental de la investigación traslacional y aplicada para la distribución, utilización y apropiación de innovaciones.

Así, con el objetivo de conocer el nivel de habilidades prácticas en la aplicación del consejo breve, Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro y Martínez, et al.⁸ llevaron a cabo un estudio con 412 participantes a través de un diseño factorial de 2 por 4 a través de la evaluación de situaciones simuladas. Reportaron que el entrenamiento y la entrega de material a los profesionales de la salud promovieron la ejecución efectiva de las habilidades de consejo breve. Concluyeron que se pueden diseminar exitosamente los programas de buenas prácticas (constituidos por la recomendación a los profesionales de la ejecución de comportamientos de interacción asociados con la adherencia de los usuarios a los programas de tratamiento y al cambio terapéutico). De ahí la necesaria creación y evaluación de tecnología para la difusión e implementación de IB a distancia.

El objetivo del presente escrito consiste en describir el procedimiento de diseminación de IB para la prevención y atención del consumo de drogas legales e ilegales a través de un programa de educación a distancia. El programa de diseminación se creó a través de una coalición de expertos en el campo de las adicciones y la educación a distancia en México integrada por especialistas de la Fundación Gonzalo Río Arronte (FGRA)^{*}, la Fundación UNAM, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), la Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia (CUAED), Facultad de Psicología (UNAM),

Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) y, por supuesto, del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).

La población blanco la conformaron los profesionales que laboran en las Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA) del CENADIC. Estos centros cubren dos funciones básicas: a) diagnóstico comunitario por medio de actividades como la prevención universal, la formación de grupos de acción comunitaria y la detección oportuna en escuelas) y b) servicios de atención a través de actividades de consejería e IB. Con su ejercicio cotidiano el personal de las UNEMES-CAPA atiende a la población de niños, adolescentes y adultos en escuelas, espacios públicos y centros comunitarios, a través del empoderamiento y movilización comunitaria.

MÉTODO

El desarrollo del programa de diseminación se llevó a cabo en tres fases. La primera tuvo una duración de 18 meses y consistió en la creación de los contenidos para la transferencia tecnológica es decir, en la instrucción pedagógica y programación tecnológica de los contenidos divididos en 7 módulos teóricos (temas selectos en adicciones, entrevista motivacional, procesos básicos del comportamiento adictivo, neurobiología de las conductas adictivas, psicofarmacología de las adicciones, política y ética en adicciones y evaluación de las conductas adictivas) y 8 módulos prácticos para el desarrollo de competencias para la detección temprana y la intervención breve de diferentes tipos de grupos: para bebedores en riesgo, fumadores, usuarios de marihuana, adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas, consumidores de cocaína, padres de menores para entrenarles en estrategias de crianza positiva (prevención de conductas adictivas), consumidores de sustancias con altos riesgo (prevención de recaídas y programa de satisfactores cotidianos)[†]; así como familiares de usuarios de alcohol y drogas (a cargo del INPRFM).

En el diseño de los cursos a distancia se incorporaron diversas herramientas tales como la comunicación asincrónica a través de foros y chats, modelamiento de habilidades por medio de audios y videos, ensayos conductuales a través de videos y páginas electrónicas de apoyo, práctica positiva por medio de cuestionarios en la plataforma Moodle, actividades lúdicas y sistemas de registro por observación directa⁹.

[†] Autores de los contenidos teóricos y prácticos: Guillermina Natera, Mariana Linage, Fernando Vázquez, Mario González, Sara Eugenia Cruz, Agustín Vélez, Silvia Morales, Alicia Alelí, Leticia Echeverría, Jennifer Lira, Tania Gordillo, Faribia López, Violeta Félix, Marcela Rosas, Kalina Martínez, Roberto Oropeza, Blanca Mantilla y Lydia Barragán.

^{*} Los autores desean reconocer la valiosa labor filantrópica de la Fundación Gonzalo Río Arronte para el programa de Diseminación de intervenciones breves en adicciones.

Las fases 2 y 3 comprenden la implementación del programa de transferencia tecnológica por medio de educación a distancia; se llevó a cabo a lo largo de cuatro años con 2,940 profesionales (75% psicólogos, 7% médicos y 17% trabajadores sociales) que laboran en las 335 UNEME-CAPA de la Secretaría de Salud que operan en el país (Figura 1).



Figura 1. Representa los 335 UNEMES-CAPA de la Secretaría de salud que operan en todo México y que han participado en el proyecto de diseminación de IB para la atención de las adicciones.

La segunda fase consistió en la capacitación de los profesionales de la salud a uno de tres tipos de programas: 1) Capacitaciones por constancias, dirigido a profesionales que obtuvieron un promedio menor a 8 en licenciatura o que cursaron licenciaturas no relacionadas con la salud (p. e. contaduría o derecho); 2) acreditación de un diplomado teórico de entre 120 a 275 horas; 3) acreditación del programa de especialización en promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo, a cargo de la unidad administrativa de posgrado, consta de 16 módulos impartidos en 3 años. Para ello, se integraron 98 grupos de 30 profesionales cada uno.

En la tercera fase se llevó a cabo la supervisión a distancia a 799 profesionales (divididos en 57 grupos de hasta 15 participantes) en la aplicación de los programas de intervención breve que cursaron en los módulos prácticos, esto se realizó a lo largo de 2 años.

RESULTADOS

El programa de diseminación permitió la acreditación por diplomado de 1,040 profesionales y 799 inscritos en el programa de posgrado. En total 1,101 profesionales de la salud han aprobado módulos por constancia.

Tan sólo en el año 2013, los UNEMES-CAPA reportaron que 2,920,786 adolescentes participaron en acciones de prevención, de ellos, 68,798 se encontraron en riesgo de consumo y por lo tanto fueron atendidos por las UNEME-CAPA por medio del consejo y la intervención breve. De igual forma, se llevaron a cabo 656,111 pruebas de detección oportuna con adolescentes en escuelas y en la comunidad y 760 grupos de acción comunitaria. En la figura 2 se presenta el número de usuarios atendidos con los programas de intervención breve que forman parte del proyecto de diseminación y transferencia tecnológica.

8,198	•Intervención Breve para Adolescentes que Inician el consumo
6,009	•Consejería Breve
3,282	•Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Drogas
2,785	•Intervención Breve para Bebedores en Riesgo
1,570	•Intervención Breve para Usuarios de Cocaína
1,208	•Intervención Breve para usuarios Crónicos
2,170	•Intervención Breve de Prevención de recaídas
1,190	•Intervención Breve para Fumadores
11,076	•Intervenciones Breves para no consumidores

Figura 2. Representa la cantidad de usuarios-participantes atendidos en los UNEMES-CAPA en el 2013 en IB para la prevención y atención de las adicciones.

Las edades del 4% de estos usuarios fluctuaron entre los 5 y 11 años, el 49% entre los 12 y 17 años, el 15% entre los 18 y 25 años, el 11% entre los 26 y 34, el 20% entre los 35 y 64 y el 1% tuvo más de 65 años.

DISCUSIÓN

El programa de diseminación de IB para la prevención y atención de las adicciones constituye un esfuerzo coordinado entre las diversas instancias en México comprometidas con las políticas públicas para la reducción del daño provocado por el inicio temprano y consumo de drogas legales e ilegales¹ a través de la formación de profesionales de la salud (psicólogos, trabajadores sociales y médicos) de los UNEME-CAPA de la Secretaría de la Salud. El programa de formación y entrenamiento supervisados que se llevó a cabo, empleó técnicas similares a las reportadas por Morales⁸, complementadas con la estrategia de educación a distancia que surgió como una necesidad para dar respuesta a la difusión de las innovaciones tecnológicas y de actualización sostenida del conocimiento.

Mediante esta estrategia de diseminación, el CENADIC consolidó: a) la implementación de una respuesta estructurada a un grave problema de salud, b) políticas públicas para la reducción de la demanda de drogas y c) una red de atención a las adicciones.

En el futuro, será fundamental evaluar la fidelidad de los programas y la adherencia terapéutica de los participantes como estrategia de validación social de los procedimientos diseminados. Reportes futuros permitirán ilustrar el nivel de conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, el efecto de la capacitación de los profesionales de la salud en la prevención y atención de las adicciones y el aporte práctico de las tecnologías de la información en el entrenamiento supervisado para la atención de las conductas adictivas. Cabe señalar que el CENADIC busca constantemente sumar esfuerzos con otras instituciones para la prevención y atención del comportamiento adictivo principalmente entre la población infantil y adolescente, entre la que se ha identificado una notable inclinación hacia el consumo de

drogas de diseño e inhalables; así mismo, el interés actual se ha dirigido a la formación de profesionales en la atención efectiva del trastorno dual en los usuarios de drogas.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.
2. Lira, M. J., González, B. F., Carrazcosa, V. C., Ayala, V. H. E. & Cruz, M. S. E. Evaluación de un programa de Intervención breve motivacional para fumadores: Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 2012; 32: 35-41.
3. Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. & Ayala, H. Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otra drogas. *Salud Mental*, 2008; 31: 119-127.
4. Ayala, V. H. E., Echeverría, S. L., Sobell, M. & Sobell, L. Autocontrol dirigido: intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 1997; 14: 113-127.
5. Sobell, L., Agrawal, S., Annis, H., Ayala, H., Echeverría, L., Leo, G., y cols. Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 2001; 36 (3): 313-331.
6. Flores, M. M. & Barragán, T. L. Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 2010; 33: 47-55.
7. Morales, C. S. Las habilidades metodológicas y conceptuales en el quehacer cotidiano de la ciencia del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2012; 4 (2): 126-129.
8. Morales S, Martínez K, Carrascoza C, Chaparro A, Martínez, R. M. J. Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las Adicciones. *Health and Addictions*, 2013; 13, (2): 109-116.
9. Vargas, C. E., Martínez, M. K. I., Pedroza, C. F. J. & Morales, C. S. Incursión del programa de intervención breve para adolescentes en el E-learning: Resultados del piloteo. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 2012; 55: 42-47.

ANUNCIOS

Participa en el **13º Congreso de INEBRIA** en Lausana, Suiza.

La fecha límite para proponer resúmenes se ha extendido hasta el **30 de Abril**.

Más información en: www.inebria2016.ch



NUEVAS PUBLICACIONES

Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(6):442-9.

El artículo presenta la estimación de la carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol medida según el número de defunciones y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región de las Américas en el 2012.

Medina-Mora ME, Monteiro M, Room R, Rehm J, Jernigan D, Sánchez-Moreno, Real T. Chapter 7. Alcohol use and alcohol use disorders. In: *Disease Control Priorities. Economic evaluation for health, Third edition. Volume 4-Mental, neurological and substance use disorders*. pp. 127-143

Este capítulo documenta cómo la mortalidad prematura asociada al consumo de alcohol afecta principalmente a los países de medianos y bajos ingresos dado que en éstos se registra más del 85% de todas las muertes atribuibles al alcohol.

Consultar el artículo completo



Contacto: Marcela Tiburcio Sainz, mtiburcio3@gmail.com