

Guía para la **Implementación** y
Sistematización de **Estrategias**
de **Detección Temprana**
e **Intervención Breve** en
Atención Primaria
en **Salud y Comunidad**

Publicación realizada en el marco del
Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD
bajo la presidencia de Brasil

Organización de los Estados Americanos **(CICAD)**
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

Universidade Federal de Juiz de Fora **(CREPEIA)**
Centro de Pesquisa Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas



CICAD/CREPEIA

**Guía para la Implementación y
Sistematización de Estrategias
de Detección Temprana
e Intervención Breve en
Atención Primaria
en Salud y Comunidad**

**Publicación realizada en el marco del
Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD
bajo la presidencia de Brasil**

Organización de los Estados Americanos (CICAD)
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

Universidade Federal de Juiz de Fora (CREPEIA)
Centro de Pesquisa Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas

Washington, D.C.
CICAD
2017

Guía para la implementación y sistematización de estrategias de detección temprana e Intervención Breve en Atención Primaria en Salud y Comunidad

Gerente de proyecto: Alexandra Hill – SSM/CICAD.

Organizadores: Telmo Mota Ronzani, Daniela Cristina Belchior Mota, Erica Cruvinel, Maira Leon Ferreira, Henrique Pinto Gomide, Cristina Fuentes Mejía, José Luis Vázquez Martínez.

Coordinación general: Adriana Montaña – SSM/CICAD.

Diseño educativo: Iohanna Roeder y Grasielle Fernandes Hoffmann.

Revisión textual: Samara Laís Zimmermann.

Traducción al español: Cristina Fuentes Mejía.

Diseño gráfico: Sebastián Vicente.

Guía desarrollada en el marco del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD, bajo la presidencia de Brasil por el Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) de la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil. Con el apoyo técnico y financiero de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)/Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Secretaria Nacional de Drogas de Brasil

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission. Group of Experts on Demand Reduction.

Guía para la implementación y sistematización de estrategias de detección temprana e intervención breve en atención primaria en salud y comunidad / [Publicación realizada en el marco del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD bajo la presidencia de Brasil].

v.; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/XIV.6.58).

ISBN 978-0-8270-6699-1

1. Drug abuse--Treatment--America. 2. Drug control--America. 3. Drug addiction--America--Prevention. 4. Substance abuse--Treatment--America. 5. Psychotropic drugs. I. Title. II. Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. III. Universidade Federal de Juiz de Fora. Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas. IV. Series. OEA/Ser.L/XIV.6.58



ÍNDICE

1	Introducción	5
2	¿Qué es la Detección relacionada con la Intervención Breve (DIB)? ¿Cuál es la relevancia de esta temática?	7
3	¿Qué dicen los estudios acerca de la Intervención Breve?	14
	¿Cuáles son los principales pasos para la implementación de la DIB?	17
	¿Cómo capacitarse en DIB?	18
4	¿De qué manera puedo preparar una capacitación en mi territorio?	20
5	¿Cuál es la dimensión del problema? Definición de necesidades	22
	¿Cómo se define necesidades?	22
	Evaluación de necesidades con base en datos epidemiológicos.....	23
	¿Cómo reconocer las necesidades en mi territorio?	24
6	¿Cómo implementar la DIB en mi territorio o servicio de salud?	25
	Caracterización del sistema de tratamiento.....	28
	Sensibilización de la comunidad	29
	Estrategias de gerenciamiento de la DIB en las rutinas del servicio de salud	30
7	¿La DIB funciona en mi comunidad o en mi unidad de servicio de salud? ¿Cómo sistematizar una experiencia de DIB desarrollada en mi comunidad?	31
	Evaluación de proceso	32
	Evaluación de satisfacción.....	34
	Evaluación de resultado	35
	Sistematización de experiencias de DIB.....	37
8	La tecnología como apoyo para las acciones en DIB (e-salud)	38
	¿Qué es e-salud?	38
	¿Cuál es la importancia de las tecnologías y cómo apoyan la prestación de servicios de salud?	38
	¿Cuáles son las evidencias en el área?	39
	Páginas web disponibles en América Latina	39

9	Buenas prácticas ¿Qué estamos haciendo en América Latina?	40
	Fortaleciendo y promoviendo acciones locales	40
	Promoviendo la capacitación en DIB a escala nacional y regional.....	41
	Centros Regionales de Referencia en Drogas (CRRs) (Brasil)	41
	Curso en línea SUPERA (Brasil)	44
	<i>Fé na Prevenção</i> (Brasil).....	45
	Estrategia nacional para reducción del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas: consecuencias sociales y sanitarias (Chile)	46
	Implementando la DIB en red: los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ) (México)	48
10	Consideraciones finales	50
11	Referencias.....	52



1

Introducción

Existe una extensa literatura relacionada con la efectividad e implementación de las Intervenciones Breves (IBs) en todo el mundo. Incluso, varios organismos internacionales *policymakers* [palabra del inglés que significa “responsables por formular políticas”] y asociaciones científicas difunden esta estrategia de salud en el área de alcohol, tabaco y otras drogas.

Guías, manuales y materiales han sido elaborados por organizaciones y países. Es posible que surja la siguiente pregunta: ¿por qué proponer una guía más para intervenciones breves?

Como ya dijimos, la estrategia de Detección e Intervención Breve (DIB) ha sido ampliamente estudiada en diferentes contextos y grupos que trabajan con el tema de las sustancias psicoactivas.

Los resultados nos señalan de forma general la importancia de la IB en la reducción del consumo, así como los riesgos asociados a éste. Sin embargo, el gran desafío para las personas interesadas en la temática, tiene que ver con el cómo se implementa esta práctica en los diversos contextos. Ante este panorama surge la siguiente pregunta: ¿cómo estimular y hacer posible la implementación de forma integral en nuestros sistemas de salud? Es en este sentido que proponemos esta guía.

En América Latina nos enfrentamos a retos en relación con la temática del consumo de sustancias psicoactivas, como también con la manera en que interpretamos y respondemos ante tal situación. Uno de los retos es la desigualdad social presente en nuestra región (países latinoamericanos), que repercute en áreas de salud, educación, trabajo, seguridad pública, entre otras.

SEPA
MÁS
!

*El material desarrollado por el Ministerio de Salud de Brasil para el curso **SUPERA** es un material interesante que puede ser leído en el siguiente link:*

https://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod4.pdf

Tal realidad nos lleva a pensar en la necesidad de construir acciones más contextualizadas en el área y no limitarnos a una única herramienta de intervención individual.

Por tanto, implementar procesos de DIB en nuestra región implica, que estos sean considerados más como estrategias de educación para la salud en vez de una simple técnica instrumental. Estos procesos deben sustentarse en el cuidado integral y en acciones intersectoriales. Al respecto, llamamos la atención hacia el conocimiento que viene siendo producido en nuestros países, la riqueza cultural y la capacidad de articulación en el ámbito comunitario, como principios de adaptación y transformación de esta estrategia a nuestra realidad.

Esta guía orienta y sugiere procesos de implementación de la DIB en América Latina, principalmente en el sector de atención primaria en salud y otros ámbitos donde se incluyen servicios de base comunitaria. Pero, más que un modelo o una estructura que deba seguirse de forma estricta y rígida, presentamos los fundamentos, así como posibles caminos a partir del conocimiento y en el cúmulo de experiencias recopiladas hasta ahora, con el fin de facilitar un tipo de implementación que sea comprendida, participativa y principalmente contextualizada a la realidad de cada país. Se pueden beneficiar de esta guía: gestores nacionales y locales de diversos sectores, gerentes de servicios de salud, profesionales de la salud, investigadores del área y otros actores sociales vinculados al tema.



2

¿Qué es la Detección relacionada con la Intervención Breve (DIB)? ¿Cuál es la relevancia de esta temática?

El uso de drogas en América Latina es percibido como un problema creciente en salud pública. El consumo medio de alcohol en las Américas es mayor comparado con el resto del mundo. En promedio, 22% de las personas que consumen alcohol en esta región hacen uso esporádico fuerte, lo que representa el consumo de seis dosis en una única ocasión, una vez por mes o más¹. Así mismo, el consumo por parte de las mujeres ha aumentado tanto

en volumen como en frecuencia, que iguala al de los hombres en varios países. La región de las Américas presenta la prevalencia más alta de trastornos por el uso de alcohol en mujeres. Se estima que el 3,2% de la población del sexo femenino presenta problemas con el uso¹.

El consumo de alcohol se relaciona con más de 200 enfermedades y lesiones. En 2012 el alcohol fue responsable por más de 274.000.000 años de vida ajustados por discapacidad (DALYs).

En las Américas, alrededor de un 5,7% de la población afirmó sufrir algún tipo de trastorno por el uso de alcohol¹. Vea en la Figura 1 la comparación de los años de vida ajustados por la discapacidad (DALYs) entre hombres y mujeres en la región de las Américas.

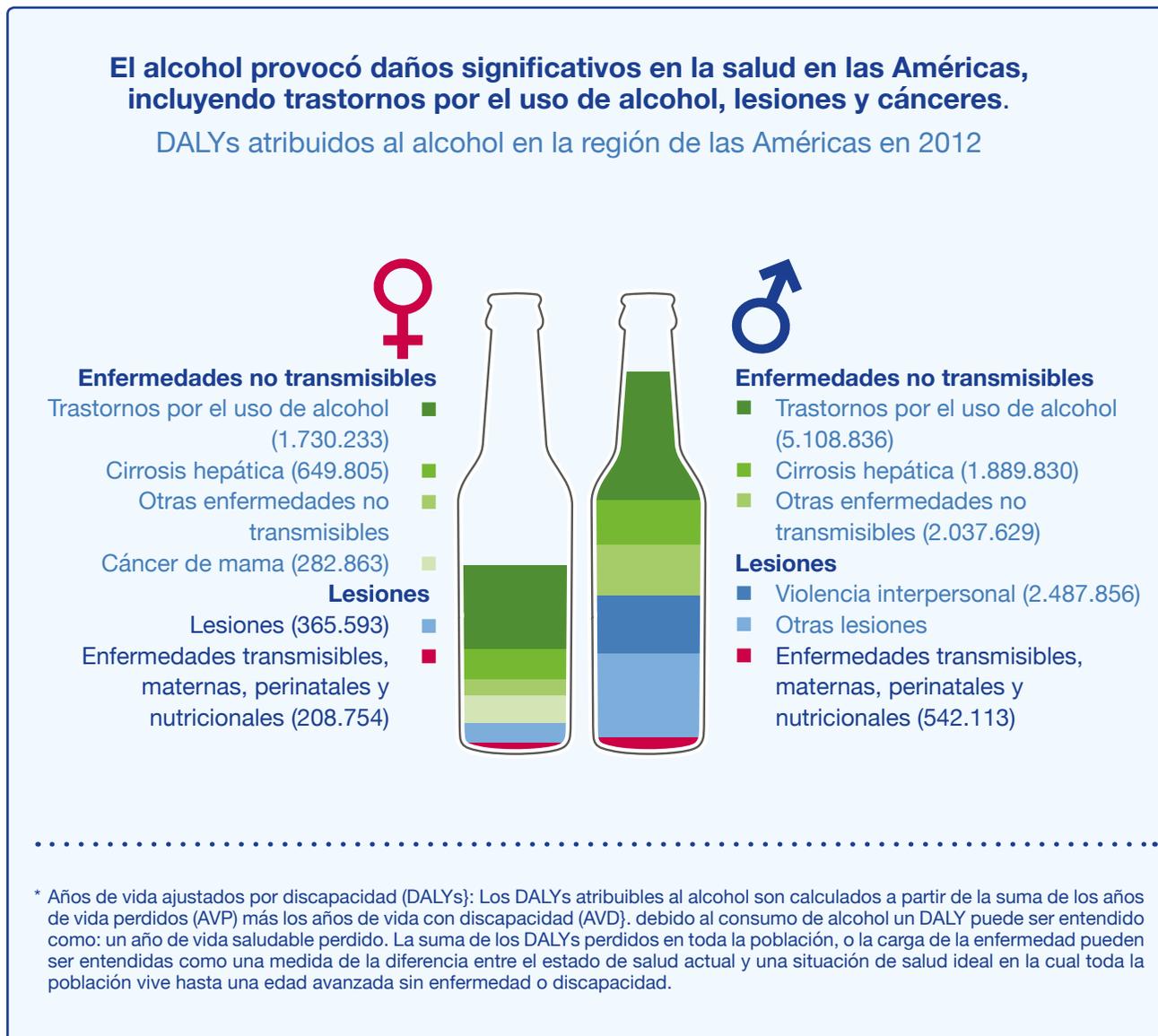
SEPA
MÁS
!

El DALY (Disability Adjusted Life Year) es un indicador sintético de salud que permite medir el impacto de la mortalidad y de los problemas de salud que afectan la calidad de vida de la población, en otras palabras, puede entenderse como un año de vida saludable perdido. Es una herramienta importante que ayuda en el diseño de políticas que permitan pensar en formas de intervención y reducción de daños causados por enfermedades.

Fuente:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela16_2.html
<http://sin-adiccion.blogspot.com/2015/04/cual-es-el-impacto-del-alcohol-y-las.html>

¹ Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2015

Figura 1 – DALYs atribuidos al alcohol en la Región de las Américas en 2012



Fuente: Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud (2015), adaptado por CICAD(2017).



La Tabla 1 muestra los datos de prevalencia de uso de drogas en diferentes países de América Latina y el Caribe. El uso de algunas drogas ilícitas, como la marihuana, cocaína y éxtasis es una realidad en muchos países. Además de la prevalencia del consumo, se sabe que usar drogas, aumenta la muerte prematura por sobredosis, VIH/SIDA, suicidio o trauma, entre otros problemas de salud, como la hepatitis B y C, dependencia de drogas, sobredosis no letal, intentos de suicidio y accidentes de tránsito (MURRAY, 2004).

Tabla 1 – Prevalencia del uso de drogas en la vida y en los últimos 12 meses de acuerdo con estudios para la población en general.

País y Año	Cannabis		Cocaína		Pasta básica de Cocaína		Éxtasis	
	Uso en la Vida	Último Año	Uso en la Vida	Último Año	Uso en la Vida	Último Año	Uso en la Vida	Último Año
Argentina (2006)	15,8 %	6,9 %	7,9 %	2,6 %	1 %	0,5 %	1,4 %	0,5 %
Bolivia (2005)	6,2 %	3,2 %	2,4 %	1,6 %	2,5 %	1,9 %	SD	
Brasil (2005)	8,8 %	2,6 %	2,9 %	0,7 %	SD	SD	0,19 %	SD
Chile (2006)	24,3 %	7 %	5,9 %	1,2 %	2,6 %	0,6 %	0,4 %	0,1 %
Costa Rica (2006)	7,5 %	1 %	1,82 %	0,2 %	SD	SD	0,2 %	0
El Salvador	6,1 %	0,35 %	1,9 %	0,2 %	0,3 %	0,08 %	0,17 %	0
Guatemala (2005)	2,8 %	0,13 %	0,8 %	0,12 %	0,3 %	0,08 %	0,03 %	0
Nicaragua (2006)	7,9 %	1,06 %	2,5 %	0,3 %	0,5 %	0	0,02 %	0
México (2002)	3,5 %	0,6 %	1,2 %	0,3 %	SD	SD	SD	SD
México (2008)	4,2 %	1,0 %	2,4 %	0,4 %	SD	SD	0,5	0,1 %
Uruguay (2006)	12,2 %	5,2 %	4 %	1,4 %	0,8 %	0,3 %	0,7 %	0,1 %

*SD - Sin datos

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2009), adaptado por CICAD(2017).

A partir de una perspectiva de salud pública, donde el consumo problemático de alcohol y otras drogas (previo al desarrollo de la dependencia) está relacionado con diversos daños a la salud o problemas sociales; se ha estado buscando desde hace varios años desarrollar estrategias que permitan identificar comportamientos de riesgo o problemas iniciales, derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Esta perspectiva también ha motivado intervenciones que enfatizan en la prevención de problemas o también considerada como reducción de riesgos relacionados con tal consumo.

Se sabe que el consumo inicial de sustancias psicoactivas es en la mayoría de los casos menospreciado, por consiguiente, los múltiples problemas no son identificados de forma adecuada. Es solo hasta el momento en que se presentan cuadros más graves o en el caso de determinar la dependencia cuando se comienza una intervención para demostrar así preocupación por el usuario. El enfoque restringido a la dependencia, acaba siendo un tratamiento más intensivo y especializado, pero con impactos limitados, además de aumentar los daños relacionados con el consumo en términos de salud pública (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha apoyado en los últimos años el desarrollo y la difusión de métodos sencillos de detección temprana vinculados a las intervenciones breves, especialmente en el nivel de Atención Primaria en Salud (APS) para el consumo riesgoso de alcohol y otras drogas.



El nivel de Atención Primaria en Salud (APS) fue definido como estratégico por algunas razones:

- Enfatiza en acciones de prevención y promoción de la salud
- Atiende diferentes condiciones de salud rutinarias que pueden tener relación con el uso de alcohol, tabaco y otras drogas
- Desarrolla acciones con base territorial
- Aproxima a los profesionales de la salud y a la comunidad. Muchas personas son atendidas por lo menos una vez por año en la APS lo cual posibilita intervenciones en estadios iniciales, es decir, antes de surgir problemas más serios relacionados con el uso y la dependencia.
- Trabaja con un equipo interdisciplinario, lo que hace viable la articulación de acciones y cooperación para el diseño e implementación de actividades.



Lo ideal es que los profesionales tengan disponibles herramientas de *screening* o de identificación que sean rápidas y prácticas, con el fin de detectar problemas iniciales o comportamientos de riesgo; que puedan ser utilizadas prioritariamente en la APS o servicios de salud con base comunitaria no especializados. En este sentido, la OMS apoyó el desarrollo de dos instrumentos de rastreo (cribado, pesquisa, screening o tamizaje) que presentamos a continuación.

El **AUDIT** (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol) es un instrumento indicado para evaluar diferentes patrones de consumo de alcohol. Los cuatro niveles de riesgo y las características del instrumento son mostrados en la Figura 2

Figura 2 – Niveles de riesgo según el AUDIT y características del instrumento

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT	Características
Consumo de bajo riesgo o abstinencia	Educación	0 - 7	Estándares internacionales.
Consumo de riesgo	Intervención Breve	8 - 15	Identifica el uso de riesgo perjudicial y posible dependencia.
Consumo perjudicial	Intervención Breve y monitorización continuada	16 - 19	De acuerdo con las definiciones del CIE-10 para dependencia y uso perjudicial.
Posible dependencia de alcohol	Derivación para servicio especializado	20 - 40	Es breve, rápido y flexible. Enfatiza en el uso reciente.

Fuente: BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. (2001), adaptado por CICAD (2017).



Acceda al instrumento AUDIT en sus versiones inglés y español <http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/> y en portugués <<http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/capa/audit-alcohol-use-disorders-identification-test-e-audit-c>>.

El **ASSIST**, a su vez, es un instrumento de detección de alcohol, tabaco y otras drogas. Los tres niveles de riesgo identificados por el instrumento son mostrados en la Figura 3. Los instrumentos de identificación permiten determinar los patrones de uso, como también direccionan una estructura de intervención para ayudar a usuarios de riesgo a reducir o suspender el consumo (BABOR *et al.*, 2001).

Figura 3 – Puntuación de riesgo del ASSIST, nivel de riesgo asociado para sustancias específicas y características del instrumento.

Alcohol				Características
0 -10	Bajo riesgo	0 -3	Bajo riesgo	Evalúa el patrón de uso general de sustancias específicas.
11 -26	Riesgo moderado	4 - 26	Riesgo moderado	Proporciona información acerca del consumo en la vida y en los últimos 3 meses.
27+	Riesgo alto	27+	Riesgo alto	Evalúa el riesgo actual o futuro de problemas. Suministra información del riesgo del consumo de drogas inyectables y dependencia adaptado

Fuente: BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. (2001), por CICAD (2017).



Acceda al instrumento ASSIST en sus versiones en portugués y español
<http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_3.1/en/>.

Junto con los instrumentos de detección, fueron desarrolladas estrategias de Intervención Breve (IB), con énfasis en el cambio de comportamiento, buscando que estas estrategias estén al alcance de profesionales de diversos sectores, que actúan en servicios de atención primaria y en sectores asistenciales. Las estrategias de IB fueron pensadas especialmente bajo una perspectiva de educación para la salud.

La IB que se asocia con los instrumentos ASSIST y AUDIT (de identificación para alcohol, tabaco y otras drogas), ha sido estudiada e implementada en todo el mundo, hace más de veinte años, con diferentes resultados (O'DONNELL *et al.*, 2014). Algunas buenas prácticas de difusión, capacitación, implementación y evaluación han sido identificadas en nuestra región como veremos más adelante. Uno de nuestros grandes desafíos es pensar en vías que faciliten la implementación de esta clase de acciones en el contexto latinoamericano.

Teniendo en cuenta el impacto del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en términos de salud pública, así como el gran énfasis en la APS dentro de nuestros sistemas de salud y la potencia de la estrategia para atender la demanda real de tratamiento en los servicios especializados, consideramos que la implementación de esta estrategia es primordial para nuestra región. Por tanto, presentaremos a continuación de manera sintetizada los principios de la Intervención Breve e indicamos posibles vías para su implementación.

3

¿Qué dicen los estudios acerca de la Intervención Breve?



¿Qué sabemos acerca de Detección asociada con la Intervención Breve (DIB)? ¿Cuáles evidencias tenemos en el escenario internacional y principalmente en Latinoamérica relacionadas con este tipo de intervención? ¿Presenta la DIB resultados positivos para todos los contextos y grupos?

Para responder estas preguntas es importante explorar investigaciones que han tenido como objeto de estudio la IB.

Los primeros estudios internacionales del tema tenían como meta evaluar la eficacia y la efectividad de la IB, comparándola con otras intervenciones más extensas. En principio, las evidencias señalaron que la IB no se diferenciaba de las más extensas y mostraron que la IB podía ser aplicada en contextos de atención primaria en salud (FORMIGONI, 1992; MCCAMBRIDGE; CUNNINGHAM, 2014). Otro de los objetivos de los estudios iniciales consistía en analizar elementos claves presentes en las IB, así como conocer cuáles aspectos influenciaron en el cambio de comportamiento del usuario. De esta manera, fueron establecidos los principios de la IB, conforme expuesto en la Figura 4. Con el pasar del tiempo, los estudios enfatizaron en la posible adaptación a otros sectores, diferentes al de la atención primaria. Otras investigaciones en cambio, centraron su atención en las barreras e impedimentos para la difusión de esta intervención.

Figura 4 – Principios de la Intervención Breve

- Es una estrategia de intervención estructurada, focal y objetiva.
- Trabaja el desarrollo de la autonomía y responsabilidad frente a los cambios.
- Presenta una duración de aproximadamente 5 a 30 minutos.
- Actúa como prevención primaria secundaria de perjuicios relacionados con el uso de drogas.

Fuente: Bien; Miller; Tonigan (1993), adaptado por CICAD(2017).



Los elementos esenciales para orientar la estructura de una Intervención Breve son denominados por la abreviatura **FRAMES**, sigla en inglés que incluye los elementos: **feedback, responsibility, advice, menu of options, empathy y self-efficacy** (Miller; Sanchez, 1993). A continuación presentamos sus definiciones y funciones.

Figura 5 – Definiciones y funciones de la metodología FRAMES

FRAMES
(MILLER; SANCHEZ, 1993)

F **Feedback** (Retroalimentación): es una respuesta proporcionada al individuo acerca del patrón de consumo de drogas.

R **Responsibility** (Responsabilidad): éste ítem enfatiza en la autonomía y responsabilidad del individuo frente a la decisión de cambiar o no su comportamiento de consumo de drogas.

A **Advice** (Orientación): se refiere a los consejos acerca de los riesgos para la salud, con el fin de cambiar conductas de consumo.

M **Menu of options** (Menú de alternativas): listado de estrategias de cambio construido junto con el paciente para ayudarlo a modificar o disminuir el consumo de drogas.

E **Empathy** (Empatía): postura comprensiva y acogedora por parte del profesional, demostrando al paciente un entendimiento de sus dificultades sin confrontar.

S **Self - Efficacy** (Autoeficacia): eficacia, confianza en sus propios recursos y optimismo del paciente frente al cambio de comportamiento.

Fuente: Miller; Sánchez (1993), adaptado por CICAD (2017).

Otras investigaciones también fueron realizadas a lo largo del tiempo, según Babor *et al.* (2006), en los últimos veinte años se han efectuado estudios clínicos estandarizados referentes a las Intervenciones Breves en diversos ambientes de atención en salud. La base de evidencias acumulada de la eficacia y efectividad de la IB ha sido documentada en revisiones sistemáticas a partir de 1993 (Bien *Et Al.*, 1993; Nilsen; Kaner; Babor, 2008; U.s. Preventive Services Task Force, 2004; Whitlock *Et Al.*, 2004; Pereira *et al.*, 2013).

Además de los criterios de eficacia y efectividad, en los últimos quince años, en el escenario internacional, una nueva tendencia busca evaluar el proceso de las intervenciones con énfasis en la identificación de elementos particulares que puedan influenciar los resultados de manera adaptada para cada individuo. Esta idea se corrobora con la revisión publicada por O'Donnell *et al.* (2014) que

analiza 56 estudios clínicos aleatorios que abarcan un amplio número de pacientes en atención primaria en salud. Sin embargo, los autores apuntan que aún hay necesidad de determinar la duración ideal, frecuencia y contenido de la IB para que los efectos se mantengan a largo plazo. Son destacados estudios que parecen indicar que el feedback estructurado y la información escrita tienen efecto positivo en el cambio sostenido de algunos comportamientos en el plazo de un año. (Pengpid *Et Al*, 2013; McCambridge; Day, 2008).



En el contexto actual, los países del hemisferio norte son los responsables por la producción de la mayor parte de estudios de IB. A su vez, la literatura en la región de América Latina está compuesta por especificidades en comparación con los países desarrollados; se trata de una región caracterizada por índices elevados de desigualdad socioeconómica, lo que representa un mayor grado de complejidad y desventaja social frente a otros países.

En una revisión sistemática efectuada con el apoyo de la CICAD, fueron encontrados 29 estudios de IB en la región latinoamericana. A continuación se pueden observar los principales resultados.

Figura 6: Principales resultados de la Revisión Sistemática (CICAD)

- Mayor número de estudios efectuado con adolescentes.
- Estudios que tratan el tema del alcohol son predominantes frente a estudios que vinculen otras drogas.
- Existe diversidad en aspectos como: enfoques teóricos, tiempo de duración y número de sesiones de las IB
- La metodología de los estudios es heterogénea.
- Es escasa la información acerca de los procedimientos adoptados en las intervenciones.
- Se presentan límites y/o barreras para la difusión de las IB en atención primaria y en hospitales.

Fuente: CICAD (2017).



Los resultados de la revisión presentada anteriormente fueron semejantes a otros estudios que discuten la necesidad de un análisis con más criterios de evidencias de las Intervenciones Breves en contextos y grupos que trabajan con diversas sustancias (McCambridge; Saitz, 2017). Los artículos que enfatizan en la evaluación del proceso de la DIB en América Latina, resaltan algunas posibles barreras: desconocimiento del consumo de sustancias, dificultades de espacio y tiempo, sobrecarga de trabajo de los profesionales de la salud, necesidad de capacitación en el tema, entre otros.

Para Longabaugh y Magill (2012), hasta el siglo XX, la investigación que se refiere a los tratamientos de alcohol y otras drogas destaca el desarrollo y la evaluación de eficacia y efectividad de las intervenciones. Sin embargo, los autores argumentan que en el siglo XXI, los estudios tienen como prioridad comprender procesos de tratamiento, es decir, mecanismos de cambio e ingredientes activos. La meta de estas investigaciones consiste en comprender la forma como funciona el tratamiento, así como su público objetivo y no se trata solamente de saber si la intervención es o no funcional.

Luego de haber presentado hasta aquí la relevancia de la implementación de acciones de detección e Intervención Breve en nuestra región, siguen algunos puntos clave para el éxito en la implementación, con base en experiencias y estudios efectuados en el contexto latinoamericano.

¿Cuáles son los principales pasos para la implementación de la DIB?

De forma sucinta, listamos a continuación sugerencias y pasos a ser considerados durante el proceso de implementación de la DIB.



- 1 Adquiera todos los conocimientos posibles acerca de su estrategia.
- 2 Busque aliados y capacite a los profesionales que participarán de la acción.
- 3 Defina las prioridades y/o necesidades de acción en su territorio.
- 4 Diseñe un plan de implementación en su territorio.

Es importante destacar que la forma como las acciones serán implementadas dependerá del contexto, estructura y realidad de cada territorio. De cualquier modo, planear y sistematizar son elementos importantes en la implementación. Otro factor clave en la implementación, consiste en definir de forma clara quiénes serán los responsables de realizar las intervenciones en las unidades de salud. Esta definición dependerá de la organización de los sistemas de salud y disponibilidad de los profesionales en la red de atención para personas que usan drogas.

¿Cómo capacitarse en DIB?

En América Latina existe un amplio número de centros de capacitación en DIB en las modalidades de educación presencial o a distancia.

A continuación, encontrará una lista de materiales, guías y centros de capacitación para acceder y conocer más del tema.

AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Este manual presenta el instrumento de detección: Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), y describe cómo usarlo para identificar personas con patrones de consumo perjudiciales o de riesgo de alcohol.

Junto con la publicación del AUDIT, la OMS también creó un manual para apoyar a profesionales de la salud en la administración de intervenciones breves para personas que presentan consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Este manual se encuentra disponible en inglés, español y japonés en el siguiente link:

[<http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/>](http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit/en/).

Intervención Breve vinculada al ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria.

El proyecto WHO ASSIST tiene como objetivo apoyar el screening y la administración de Intervenciones Breves en el consumo sustancias psicoactivas, que son realizadas por profesionales de la salud con el fin de facilitar la prevención, detección temprana y gerenciar los problemas relacionados al uso de sustancias.

El paquete ASSIST incluye tres manuales diferentes: (1) Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST); (2) Intervención Breve vinculada al ASSIST; (3) Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias.

El ASSIST se encuentra disponible en inglés, español y tailandés. Acceda al link para conocer más:

[<http://www.who.int/substance_abuse/publications/assist_sbi/en/>](http://www.who.int/substance_abuse/publications/assist_sbi/en/).

Curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).

El curso SUPERA es ejecutado en la modalidad de educación a distancia (EaD) y es gratuito, este es ofrecido en el territorio brasileño. Tiene como objetivo capacitar profesionales de las áreas de la salud y la asistencia social, para ofrecer una identificación y perspectiva correcta de los usuarios de alcohol y otras drogas. El curso provee a los profesionales diversos modelos de prevención, los capacita con instrumentos para que realicen una mejor intervención y derivación. Más información, acceda al link:

[<https://www.supera.senad.gov.br/>](https://www.supera.senad.gov.br/).



Aberta - portal de formação a distância: contextos, sujeitos e drogas

La secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas del Ministerio de la Justicia (SENAD/MJ), Brasil, dispone de una plataforma de formación on-line, de acceso libre y gratuito, con contenidos formativos en el área de alcohol y otras drogas, teniendo en cuenta los sujetos y sus contextos. Los contenidos son presentados a través de varios medios tecnológicos, dirigidos tanto a profesionales como a la sociedad civil. Podrá acceder al portal en el link

[<http://www.aberta.senad.gov.br/>](http://www.aberta.senad.gov.br/).

Treatnet Training Package- Drug Dependence Treatment

El paquete de Entrenamiento del Treatnet fue desarrollado por un consorcio internacional de especialistas clínicos, investigadores y formadores del Consorcio Internacional de Capacitación, liderado por el Programa de Abuso de Sustancias Integradas (UCLA / ISAP) de la universidad de California. Es un componente central del esfuerzo e iniciativa UNODC Treatnet para aumentar el nivel de conocimiento y habilidades acerca del abuso de sustancias en todo el mundo. Esta capacitación está disponible en:

[<http://www.unodc.org/treatment/en/training-package.html>](http://www.unodc.org/treatment/en/training-package.html).

Pan American Health Organization (PAHO)

La clase del Campus Virtual de Salud Pública de la PAHO ofrece un ambiente con varios recursos que permiten compartir conocimientos y crear redes de aprendizaje colaborativo, para apoyar a los profesionales de la región a que promuevan cambios en salud pública. Para el área de alcohol y otras drogas se disponen de cursos sobre políticas públicas y salud pública, empleo del AUDIT, ASSIST. Para saber más:

[<https://cursos.campusvirtualesp.org/enrol/index.php?id=91>](https://cursos.campusvirtualesp.org/enrol/index.php?id=91).

Realizamos también una caracterización de los centros de capacitación en diversos países. Usted podrá acceder al catálogo de centros mediante el link: [<https://issuu.com/telmoronzani/docs/directorio_final_setembro.docx>](https://issuu.com/telmoronzani/docs/directorio_final_setembro.docx). En este, usted encontrará el contenido de las capacitaciones, las modalidades y contactos de los respectivos centros.

4

¿De qué manera puedo preparar una capacitación en mi territorio?

Para llevar a cabo una capacitación en su territorio se requiere considerar aspectos claves como los siguientes:

El primero de ellos se refiere al **público objetivo**. Sería importante verificar si existen acuerdos con la gestión local para la **capacitación de equipos de trabajo**. A pesar de la alta rotación de los profesionales, lo que dificulta que los equipos sean estables, es fundamental superar el modelo individual de cualificación profesional.

En cuanto al modelo pedagógico, la expectativa de actuación está direccionada a **superar el modelo tradicional profesor-estudiante**, con la adopción de **metodologías participativas** que faciliten entre los **profesionales el debate y la posibilidad de compartir experiencias**. De este modo, durante las capacitaciones, la figura profesor mediador alcanza su máxima expresión, lo que permitirá reconocer el contexto de acción de los profesionales así como su trayectoria. Los aspectos teórico-prácticos que serán considerados en las clases funcionan como mediadores de los problemas de la realidad enfrentada por los profesionales.



La cualificación de todos los profesionales de un equipo de trabajo fortalece la creación e implementación de nuevas prácticas, reformular tanto rutinas como procesos de trabajo, así como problematizar las dificultades en la prestación de los servicios y del contexto.

(RONZANI, 2005; RONZANI; SOUZA; MOTA, 2009; COSTA et al., 2015; COSTA et al., 2013).

Cuando se **supera el modelo de clase tradicional**, se adoptan otras estrategias educativas como talleres, grupos de trabajo, entre otros, que contribuyen en el proceso enseñanza-aprendizaje. Es fundamental que los cursos promuevan la **participación de diferentes actores clave**, entre ellos gestores, gerentes y comunidad. La formación puede organizarse mediante seminarios que permitan la interacción entre miembros de los diferentes sectores y servicios. Además, las capacitaciones para profesionales pueden constituirse en espacios de verbalización de las demandas que se presentan en los servicios. La capacitación debe ser un espacio para reconocer, junto con los profesionales, cuestiones que impactan la rutina de trabajo, y así problematizar el contexto donde se implementará la DIB.



Tanto los servicios de salud como los profesionales para quienes las capacitaciones son destinadas, reflejan el contexto comunitario al que pertenecen. Un paso vital en una capacitación consiste en **sensibilizar a la comunidad local e identificar la red de servicios y actores clave**. Aumentar la concientización de los actores locales en la prevención del uso abusivo de sustancias también es importante, porque permite que la comunidad y los prestadores de servicios locales reconozcan la relevancia de la capacitación e implementación de las rutinas de DIB.

El siguiente cuadro sintetiza los principios generales para el diseño de una capacitación.



- 1 Pactar la capacitación con gestores locales y coordinadores de los servicios.
- 2 Invitar profesionales de los servicios, con el fin de capacitar equipos completos de trabajo.
- 3 Planear las capacitaciones con base en metodologías participativas que tengan en cuenta la experiencia y el contexto de los profesionales.
- 4 Procurar que la capacitación identifique y planee cómo la DIB puede ser introducida en la práctica cotidiana de los servicios de salud ofrecidos.
- 5 Incluir la participación de diferentes agentes en el proceso, invitando agentes clave de la comunidad.

5

¿Cuál es la dimensión del problema? Definición de necesidades

Una vez hay claridad conceptual y técnica de la DIB, se debe pensar en el diseño e implementación de esas acciones en el servicio de salud o en su territorio. Tres pasos fundamentales para la implementación son: (1) evaluar la dimensión del problema, (2) identificar la red con la cual se contará y, (3) reconocer las necesidades locales. A continuación encontraremos más información acerca del diseño.

¿Cómo se definen necesidades?

No existe una interpretación estándar del concepto de necesidades. La definición de necesidades es multidimensional y puede ser construida a partir de perspectivas objetivas (por ejemplo, con base en criterios diagnósticos o patrones preestablecidos); o subjetivas (incluyen la percepción que los individuos tienen de la necesidad de obtener cuidados). En detrimento del carácter valorativo del concepto, Cohen y Eastman (1997) proponen que la expresión “evaluación de necesidades” sea sustituida por “perspectivas acerca de las necesidades”, con el fin de reflejar la ausencia de una “única verdad” frente al concepto de necesidades.

A causa de la polisemia, el concepto de necesidades presenta diferentes propuestas de clasificación y subdivisión (AOUN; PENNEBAKER; WOOD, 2004). En la figura 7 podemos ver las cuatro clasificaciones para el concepto propuestas por Bradshaw (1994).

Figura 7 – Clasificaciones del concepto de necesidades

- **Necesidades sentidas:** constituyen la descripción de problemas que son reconocidos como una necesidad para el individuo.
- **Necesidades expresadas:** se refieren al momento en que un individuo demanda soporte de servicios para abordar las necesidades que percibe.
- **Necesidades comparativas:** implica la comparación de las necesidades de los individuos frente al patrón manifestado por otros individuos.
- **Necesidades normativas:** son determinadas por expertos con base en criterios, investigaciones, opiniones profesionales.

Fuente: Bradshaw (1994) adaptado por CREPEIA-UFJF (2017).

En la pirámide observamos que el uso problemático de alcohol y otras drogas puede variar alrededor de un *continuum* de riesgos y daños. La **agudeza** se refiere a los riesgos urgentes o consecuencias adversas (por ejemplo, accidentes o problemas judiciales) que pueden estar relacionados con el abuso de sustancias. La **cronicidad** está relacionada al desarrollo o agravamiento de condiciones duraderas (por ejemplo: depresión o dolor crónico). La **complejidad** está asociada a la co-ocurrencia del abuso de sustancias con factores sociales y de salud, como la falta de vivienda, desempleo, disfunción familiar, etc. (Reist; Brown, 2008).

En general, personas que hacen uso de sustancias psicoactivas poseen un patrón de consumo considerado leve o moderado. Son necesarios cuidados a largo plazo para los casos graves, en los cuales el uso de sustancias se vuelve una condición crónica, duradera y generalmente relacionada con el desarrollo de otras condiciones de salud (Angst *Et Al.*, 2002; Institute of Medicine of The National Academies, 2006).

¿Cómo reconocer las necesidades en mi territorio?

Para efectuar una evaluación de necesidades en su territorio, los instrumentos de detección pueden ser aplicados entre las personas que utilizan los servicios de atención primaria en salud. Sin embargo, se debe reconocer que muchas personas que demandan necesidades de cuidados en consumo excesivo de alcohol y otras sustancias no frecuentan esta clase de servicios. En consecuencia es relevante trabajar la prevención del uso de sustancias en alianza con la comunidad, por medio de la inserción de la salud en sectores como escuelas, asistencia social, instituciones locales, entre otras.



Emplear instrumentos de detección puede ser muy útil, además de constituirse como herramientas de intervención en educación para la salud, son también mecanismos que auxilian en la caracterización de necesidades y en la organización del sistema de atención para usuarios de sustancias en sus diferentes patrones de uso.

La implementación de la DIB se encuentra relacionada con las tres categorías presentadas anteriormente. Se trata de una cuestión de carácter **micro**, puesto que dependerá de la construcción de una vía diferente de integración con los usuarios-teniendo a la población en general como destinataria de los cuidados, y no solamente los casos considerados graves. Es una cuestión **meso**, porque es responsabilidad del sistema de salud asegurar que los profesionales sean capacitados para actuar frente a las demandas de cuidado para las cuales no fueron adecuadamente formados, como el abuso de sustancias. Es de nivel **macro**, porque políticas públicas más consistentes y con directrices bien definidas (normas, regulaciones, etc.) pueden impactar en la incorporación de la DIB en la rutina de los servicios.



De manera que, la implementación de estrategias de DIB en el contexto de la atención primaria y de otros dispositivos de base comunitaria se constituye en un **proceso de construcción de una nueva rutina asistencial**. No debe ser comprendida como una acción aislada, cuya responsabilidad se restringe a los profesionales de la salud.

Un conjunto de aspectos, abordados a continuación se interrelacionan e influyen la actuación de los profesionales para consolidar la DIB en los servicios de salud.

1) Búsqueda y oferta de ayuda.



¿En qué momento los usuarios buscan o reciben ayuda para tratar sus problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas?

La mayoría de las veces, únicamente las situaciones de alta gravedad, como en el caso de dependencia de sustancias, son objeto de oferta o búsqueda de ayuda. Las barreras estructurales, que tienen que ver con la disponibilidad de servicios y transporte; barreras actitudinales, creer que el problema no es importante, pueden llevar al bajo índice de búsqueda de apoyo por parte de las personas que usan drogas, también, para quienes soliciten cuidados profesionales. Actitudes de estigmatización por parte de los profesionales, falta de capacitación para actuar en el área, pueden generar baja oferta de ayuda.

La DIB se **constituye como una práctica estructurada para maximizar la oferta de ayuda**, además de atender casos con determinados patrones de consumo de drogas, incluye los de menor gravedad de riesgos y daños relacionados con el uso de sustancias. Al mismo tiempo, la DIB **enfatisa en la prevención**.



2) El reconocimiento de la comunidad acerca de los riesgos y daños relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.



¿Qué hacer para que la comunidad reconozca los problemas relacionados con el uso de drogas en su territorio?

El desarrollo de estrategias orientadas para que la comunidad reconozca riesgos y daños es fundamental, puesto que permiten sensibilizar a usuarios, profesionales y gestores en los problemas que implican el consumo nocivo de sustancias. Estas estrategias pueden **augmentar la percepción de que los problemas derivados del uso de sustancias son objeto de cuidado y tratamiento**, así mismo, promover la disminución del estigma relacionado con esos problemas, ampliar la búsqueda de ayuda y la oferta de cuidados (MOTA *et al*, *en prensa*).

3) Fortalecimiento de un sistema de tratamiento especializado para los casos de dependencia.



¿Cuáles son las opciones de tratamiento disponibles?

Aumentar la oferta de apoyo y tratamiento especializado a las personas que usan drogas, dentro de una red amplia de dispositivos mediante un continuum de servicios especializados, se constituye como un desafío en diversos países (RUSH *et al.*, 2012).

La carencia de recursos en el campo de alcohol y otras drogas es un problema global, siendo una de sus consecuencias la falta de opciones en tratamientos especializados, por el contrario son realizadas intervenciones inadecuadas, que pueden no respetar la integridad de las personas, e incluso violar los derechos humanos.



La DIB se organiza con las opciones de tratamiento que buscan la **integralidad del cuidado**: tratamientos que abarcan aspectos biopsicosociales, con el fin de mejorar condiciones de salud, como la calidad de vida.

Los tratamientos en el campo del alcohol y otras drogas, no deben ser fragmentados, deben incluir un plan de asistencia intersectorial y de cuidados continuos, respetando los derechos de los usuarios.

4) Las políticas públicas para asistir a las personas que usan drogas.



¿Cuáles son los paradigmas de la política estatal vigente?

Apoyar el marco legislativo que sustenta un cambio paradigmático en el área del alcohol y otras drogas es fundamental, superando la visión de que el uso de sustancias es una cuestión que debe ser abordada en la justicia penal. De este modo, como se trata de un asunto que requiere de esfuerzos intersectoriales, los tratamientos y las perspectivas deben respetar los derechos de las personas y comprenderse como un deber del Estado.



La DIB debe estar estructurada con el objetivo de ampliar la oferta de ayuda para las personas y **posibilitar reflexión** en cuanto al patrón de consumo de sustancias, **previniendo los posibles riesgos y daños relacionados**. La DIB no debe concebirse como una práctica coercitiva de los derechos de las personas.

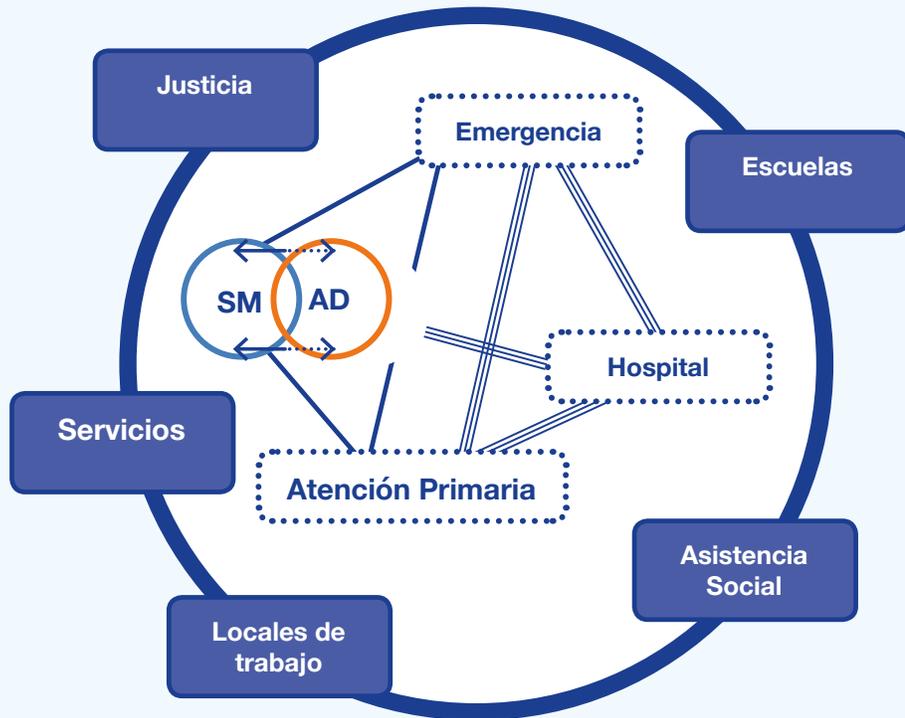
Además de las características de la capacitación, la implementación de la DIB podrá tener los siguientes componentes.

Caracterización del sistema de tratamiento

De forma ideal, un sistema de tratamiento para usuarios de sustancias está compuesto por diversos servicios y sectores, conforme puede observarse en la figura que sigue. Como parte del proceso de implementación, los profesionales deben identificar cuáles servicios y sectores están disponibles en la realidad local, para que haya continuidad en el cuidado y aumento de la derivación de casos a servicios especializados.



Figura 10 - Sistema de tratamiento para usuarios de sustancias psicoactivas



Fuente: Rush et al. (2012), adaptado por CICAD (2017).

Sensibilización de la comunidad

La sensibilización de la comunidad incluye las acciones de concientización de la población en cuanto a los riesgos y daños del uso de alcohol y otras drogas, que pueden ser realizadas en diferentes sectores.

	<p>Problematización con la comunidad: el primer paso será conducir la información por medio de estrategias participativas en alianza con la comunidad- debates en grupos de trabajo, talleres, entre otros-</p>
	<p>No es posible importar un proyecto de prevención para la comunidad: a partir de la responsabilidad compartida entre actores clave, se sugiere discutir con agentes y actores locales como pueden ser fortalecidas las estrategias de prevención para usuarios de alcohol y otras drogas.</p>
	<p>No limitarse a un objetivo específico: mediar la discusión de la prevención del uso de sustancias en diversos espacios sociales.</p>

Estrategias de gerenciamiento de la DIB en la rutina de trabajo

Como parte de las acciones de implementación, un componente esencial es gerenciar la incorporación de la DIB en la rutina de los servicios. La siguiente lista de factores, podrán contribuir para ese proceso.



- **Coordinación de las acciones de implementación:** definición entre los profesionales que conforman el equipo de salud, de quien podrá coordinar la implementación de la DIB
- **Pactar “normas”:** para que haya regularidad en la aplicación de las prácticas de la DIB, el equipo debe pactar reglas que establezcan cuando la DIB puede ser aplicada, y como puede ser inserta en las prácticas de cuidado ya existentes, el promedio de DIB que se realizará semanalmente, entre otros aspectos.
- **Organización de sistemas de información:** teniendo como meta el cuidado compartido, es importante que el equipo defina de forma sistemática la información de las DIB efectuadas, para que todos los miembros del equipo tengan acceso a los resultados y puedan contribuir con la prevención del consumo abusivo de sustancias.
- **Establecer un flujo de información en el equipo de salud:** para consolidar el proceso de implementación, es importante que el equipo establezca reuniones periódicas para debatir los resultados identificados en la DIB.
- **Incentivar la negociación con el nivel macro:** como uno de los impactos de la implementación de la DIB consiste en aumentar la derivación de casos de dependencia a servicios especializados, es importante que los profesionales de la atención primaria fortalezcan su articulación con el sistema de tratamiento y con los gestores.



7

¿LA DIB funciona en mi comunidad o en mi servicio de salud? ¿Cómo sistematizar una experiencia de DIB desarrollada en mi comunidad?

Un aspecto clave para monitorear la implementación de la DIB, es la evaluación de esta práctica. Al finalizar la evaluación obtendrá un panorama general de la experiencia de DIB en su comunidad, que le permitirá efectuar un registro o una sistematización de la experiencia. Las siguientes preguntas deberán ser formuladas tanto en la etapa de evaluación como en la de sistematización:



- ¿Los objetivos de la implementación propuestos están siendo alcanzados?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de mi actuación?
- ¿La DIB está logrando lo que se planeó?
- ¿Los actores vinculados se comprometieron con la propuesta y están satisfechos con las actividades implementadas?
- ¿Qué es necesario cambiar o mantener?

La evaluación aún no hace parte de la cotidianidad de los servicios de salud, como tampoco la sistematización de la experiencia. En ocasiones, la evaluación es percibida por los profesionales como una práctica punitiva o como una forma de rendición de cuentas. No obstante, la evaluación permite sistematizar lo vivido durante la ejecución de la intervención o del programa, el resultado de la evaluación puede ser utilizado para la toma de decisiones. De este modo, varios enfoques de evaluación se pueden emplear: evaluación de proceso, de satisfacción y de resultado, los cuales se constituyen en fuentes importantes de información que sugieren cambios en las futuras prácticas.

La base de una buena evaluación depende de la claridad de los objetivos, de las metas a corto y largo plazo, del grado de cobertura de la evaluación, y de la disponibilidad y confiabilidad de la información. Es necesario que antes de iniciar cualquier clase de evaluación, sea desarrollado un plan detallado para evitar el desperdicio de recursos, como también, para que los resultados sean útiles y prácticos. Por tanto, la planeación debe definir cuidadosamente los siguientes aspectos que posibilitan la posterior sistematización de su experiencia de DIB:



- ¿Quién será evaluado?;
- ¿Cuáles son los recursos disponibles para la evaluación?;
- Descripción del programa a ser evaluado;
- Identificar y priorizar necesidades para la evaluación
- Definición clara de una pregunta de investigación;
- Definición de medidas y del diseño a ser utilizado.
- Preparar el plan de recolección de los datos
- Asegurarse que los recursos para la investigación sean suficientes.



El contenido de esa sección fue organizado con base en una serie de manuales producidos por la Organización Mundial de la Salud para dar soporte a las evaluaciones en los servicios de salud. Para más detalles, consulte: World Health Organization (2000a); World Health Organization (2000b); World Health Organization (2000c); World Health Organization (2000d).

Evaluación de proceso

La evaluación de proceso tiene como objetivo entender de forma amplia el desarrollo de los programas. Esta clase de evaluación facilita la identificación de aspectos más destacados durante el tratamiento, a su vez, permite saber si el programa es funcional de acuerdo con el patrón esperado. La evaluación de adherencia a estos patrones es un ejemplo relevante de evaluación de proceso, donde la calidad de los servicios ofrecidos son comparados con un modelo ideal. En general, las evaluaciones incluyen cuestionamientos acerca de la cobertura y de los procesos en sí. Conozca algunas razones para realizar evaluación de proceso:



- 1 Por responsabilidad. ¿El programa está logrando lo esperado?
- 2 Para mejorar y desarrollar el programa, una vez que la evaluación señala áreas que pueden ser mejoradas; muestra detalles en profundidad de cada etapa del proceso.
- 3 Para ayudar a otros servicios a desarrollar programas similares.



La evaluación de cobertura del programa generalmente incluye información de los pacientes o usuarios, como edad, sexo, nivel escolar, residencia, actuación profesional, fuentes de derivación para el programa, consumo de sustancias psicoactivas, problemas relacionados y participación previa en programas similares. Es importante recolectar información suficiente para comparar las características de los usuarios vinculados con el perfil específico en los objetivos del programa. Esta información es esencial para planear actividades y acompañar comprometidamente acciones propuestas dentro de los servicios. Presentamos a continuación cuatro preguntas relevantes en **una evaluación de cobertura**.

Evaluaciones en el área de la intervención breve, a partir de diversos enfoques han sido realizadas en varios países de nuestra región.



Acceda a estos estudios a través de los siguientes enlaces:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000300007&script=sci_arttext

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42225834007>



- ¿Cuáles fueron las características demográficas y clínicas de los usuarios?
- ¿Cuál fue la proporción de usuarios que probablemente necesitó los servicios y que realmente recibió las intervenciones?
- ¿El programa, actividad o servicio atendió a los usuarios esperados?
- ¿Cuál fue la proporción de usuarios que completaron el tratamiento y cuáles las características de aquellos que desistieron?

Las evaluaciones de procesos de una actividad incluyen indicadores que influyen la entrada en el servicio así como evaluar actividades clínicas y administrativas con las cuales los usuarios mantienen contacto durante la intervención. Estas también vinculan evaluaciones de visibilidad del programa, factores que llevan a los profesionales a indicar el servicio y aspectos que favorecen la búsqueda de los servicios por iniciativa del usuario. Las evaluaciones pueden ser hechas con usuarios y profesionales que actúan en el servicio de derivación de casos. A continuación, construimos unas preguntas relevantes a ser tenidas en cuenta en una **evaluación de proceso** de entrada en el programa.



- ¿Cómo se enteró del programa de Detección relacionado con Intervención Breve?
- ¿Quién fue la primera persona que le indicó el servicio/programa?
- ¿Por qué eligió ese programa en lugar de otro?

La información obtenida mediante las respuestas a las siguientes preguntas debe ser registrada como parte de la sistematización de la experiencia, ya que luego de analizada servirá para conocer las fortalezas y debilidades en la prestación de servicios correspondientes a la DIB.

Usted puede adaptar estas preguntas de acuerdo con la realidad de su contexto y construir otras que considere necesarias para obtener información suficiente de todo el proceso de intervención, esto le permitirá al final, generar un informe detallado en la sistematización de su experiencia.



Sepa más acerca de evaluación de proceso a través del texto *Process Evaluation* producido por la Organización Mundial de la Salud (2000c).

Evaluación de satisfacción

La evaluación de satisfacción del cliente es una perspectiva para evaluar servicios y sistemas. Muchas veces, esa es la única oportunidad para que usuarios expresen sus preocupaciones con los servicios recibidos, permite conocer las necesidades que no fueron atendidas. Abajo señalamos los principales aspectos abordados en una evaluación de satisfacción:



- 1 La confianza en el servicio. Es importante evaluar si el servicio está siendo ofrecido de forma consistente y confiable.
- 2 La respuesta del servicio o el empeño de los profesionales en atender las necesidades de los usuarios/clientes.
- 3 La empatía de los profesionales.
- 4 La seguridad de los servicios, incluyendo la seguridad de registro de datos



Sepa más acerca de evaluación de satisfacción accediendo al *workbook* titulado *Client Satisfaction Evaluation* producido por la *World Health Organization* (2000d).

Evaluación de resultado

La evaluación de resultado mide cómo los usuarios y las circunstancias cambiaron y si la intervención realizada se relaciona con ese cambio. En otras palabras, tiene como objetivo la efectividad del tratamiento. Con lo anterior podemos preguntarnos:



¿Los usuarios redujeron el consumo de alcohol luego de recibir Intervenciones Breves?
¿La participación del paciente en mi programa fue la responsable por el cambio?

Muchas personas pueden estar interesadas en la respuesta a estas preguntas, inclusive los propios usuarios, familiares, agentes y profesionales de la salud. La forma adecuada de responderlas, es por medio de modelos experimentales que tienen como objetivo la causa entre el cambio y la intervención. Esos estudios son más conocidos como clínicos aleatorizados. Otros métodos de evaluación de resultados incluyen la comparación entre grupos y los modelos pre y post-test. Es importante recordar que las personas cambian por múltiples razones y, el tratamiento muchas veces no es la causa de esos cambios.

Los estudios clínicos de efectividad son diseñados para comprobar si las intervenciones funcionan en el escenario real de los servicios (SCHWARTZ; LELLOUCH, 1967), es decir, esta evaluación puede ayudar a entender si las Intervenciones Breves aplican para su contexto de prestación de servicios de salud. La aplicación en este sentido, se refiere a la aproximación entre el cuidado ofrecido, el espacio en el cual el estudio fue realizado y los cuidados suministrados en los servicios que irán a aplicar los resultados de la evaluación. Para eso, ilustramos aspectos generales en la Figura 12, a ser tenidos en cuenta durante la **planeación del estudio** (LOUDON *et al.*, 2015).

Figura 12: Aspectos importantes para la planeación del estudio

- 1 Los participantes seleccionados deben ser semejantes a los usuarios que podrán recibir el tratamiento, en el caso en que la detección e Intervención Breve sean implementadas como parte del cuidado de rutina.
- 2 El reclutamiento de participantes para su evaluación debe ser el mismo que se emplea en las actividades diarias de trabajo cuando se escogen participantes para recibir la DIB.
- 3 El escenario del estudio (incluyendo la organización del sistema de salud, características económicas y sociodemográficas de los pacientes, entre otras) debe ser semejante al de los servicios que pretenden implementar las intervenciones.
- 4 El estudio debe dar prioridad al equipo de salud y a los recursos disponibles en el escenario real. La experiencia profesional, entrenamiento y recursos necesarios deben ser semejantes a los disponibles en el ambiente real.
- 5 Los estudios de efectividad dejan las decisiones de la intervención bajo responsabilidad de los profesionales, así, son evitados protocolos rígidos.
- 6 Los estudios deben ser flexibles en relación con la adhesión de los participantes, utilizando recursos y orientaciones similares a la rutina de los servicios.
- 7 El acompañamiento para los pacientes debe ser similar al realizado en las actividades de rutina, se debe dar prioridad a resultados obtenidos durante el servicio. Muchos estudios utilizan los datos de la historia clínica como resultado principal. También deben ser comparados la cantidad de datos recolectados, la duración de las evaluaciones y el cuidado habitual.
- 8 Los resultados del estudio deben ser importantes para el paciente.
- 9 Los pacientes que no se adhieran al tratamiento o al seguimiento no deben ser excluidos del análisis de datos.

Fuente: LOUDON et al. (2015), adaptado por CICAD (2017).



Para saber más acerca de evaluación de resultados, acceda al texto Outcome Evaluation, construido por la Organización Mundial de la Salud (2000a).



Sistematización de la experiencia de DIB

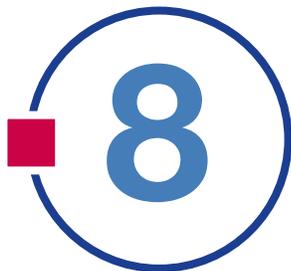
Con el fin de sistematizar una práctica desarrollada en su servicio de salud se debe tener en cuenta todo el proceso de ejecución de la Detección e Intervención Breve, y la evaluación efectuada. La sistematización debe realizarse junto con la comunidad. Se debe utilizar el banco de datos y/o sistema de información general con el fin de registrar e ir elaborando durante la sistematización la planeación estratégica adecuada. La sistematización puede construirse a partir de las siguientes temáticas:



- Planear la recolección de los datos obtenidos previamente en la aplicación de la DIB;
- Recolectar los datos
- Analizar los datos
- Realizar informe de los resultados
- Utilizar la información obtenida



Para más detalles e ideas para realizar la sistematización de la experiencia, consulte el siguiente enlace: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66584/3/WHO_MSD_MSB_00.2c.pdf



La tecnología como apoyo para las acciones en DIB (e-salud)

Sabemos que en los países latinoamericanos aún existe un gran desafío frente a la cobertura y calidad de servicios concernientes a la intervención y tratamiento de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En muchos lugares únicamente se cuenta con los servicios de APS. En este sentido, las intervenciones por medio de la tecnología pueden constituirse como una herramienta importante para apoyar las intervenciones en el área, como lo presentaremos a continuación.

¿Qué es e-salud?

La Organización Mundial de la Salud define e-salud como el conjunto de estrategias tecnológicas que mejoran la calidad de la atención y cuidado para la salud. Esas estrategias varían desde la recolección de datos por medio de registros electrónicos hasta aplicaciones para teléfonos celulares inteligentes que buscan complementar el tratamiento para diversas condiciones de salud, que incluyen el uso de sustancias.

¿Cuál es la importancia de las tecnologías y cómo apoyan la prestación de servicios de salud?

Los recursos tecnológicos son tan variados así como sus posibilidades de aplicación. Para el paciente, páginas web y aplicaciones tienen ventajas que los convierten en complementos para el cuidado de su salud por razones como las siguientes:

- 1 Facilidad de acceso;
- 2 Uso anónimo evitando el estigma;
- 3 Disponibilidad permanente
- 4 Eliminar problemas de acceso como las listas de espera.

Todas esas ventajas pueden ser aplicadas en el área alcohol y otras drogas.



Como profesional de la salud puede recomendar ese tipo de intervenciones luego de realizar su IB, también puede indicárselas a los pacientes que se encuentran en lista de espera.



¿Cuáles son las evidencias en el área?

En el área del consumo de drogas, existen investigaciones que han demostrado que las tecnologías tienen impacto positivo en la salud de las personas. Este impacto, sin embargo, no supera al de una Intervención Breve dirigida por profesionales capacitados. De esta forma, las tecnologías son recomendadas como un complemento o alternativa y no substituye el tratamiento aplicado por profesionales.

Páginas web disponibles en América Latina

La buena noticia es que se pueden encontrar muchos recursos disponibles en español y portugués vía internet. Abajo encontrará una selección de recursos gratuitos e información resumida acerca de cada uno de estos.



Alcohol

- **Beber Menos**– Esta página web indaga, interviene y encamina a los usuarios de alcohol de forma automática y gratuita. En esta, el usuario es evaluado frente a su consumo, planea metas de reducción del mismo, y accede a cursos por medio de ejercicios interactivos. Disponible en español y portugués. Link: <<https://www.saberdealcohol.mx/bebermenos>>.
- **Álcool e Saúde** (Alcohol y Salud)– Esta página web también indaga, interviene y encamina a los consumidores de alcohol de forma automática y gratuita. La evaluación es hecha rápidamente y el acompañamiento ocurre por medio de mensajes de correo electrónico. Link: <<http://www.alcoolesaude.com.br/index.xhtml>>.



Tabaco

- **Viva sem Tabaco** (Viva sin Tabaco)– Página con información y cursos para dejar de fumar. El contenido de esta web se basa en directrices de tratamiento de tabaquismo. Luego de desarrollar el plan para parar de fumar, el usuario recibe acompañamiento por medio de correos electrónicos. También ofrece soporte a través del chat con profesionales de salud capacitados. Disponible en español, portugués y en cinco idiomas más. Link: <<http://www.vivasemtabaco.com.br>>.



Múltiples sustancias

- **SEDRONAR** (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas - Argentina)– ofrece atención vía chat y telefónicamente para cualquier tipo de sustancia. Disponible en español. Link: <<https://www.argentina.gob.ar/sedronar>>.
- **SENDA** (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Chile)– Ofrece atención por chat y por teléfono para cualquier tipo de sustancia. Disponible en español. Enlace: <<http://www.senda.gob.cl>>.

9

Buenas prácticas.

¿Qué estamos haciendo en América Latina?

La literatura demuestra que existen algunas buenas prácticas en la implementación de la DIB, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria en Salud (APS) en diferentes partes del mundo. Esas experiencias nos muestran que, a pesar de algunas dificultades, es posible alcanzar objetivos en favor de la comunidad. En la presente guía, exponemos algunas experiencias de países o regiones de América Latina que se han destacado por sus acciones de capacitación o implementación de DIB.

Fortaleciendo y promoviendo acciones locales



Presentaremos los casos de Argentina, Brasil, Chile y México; cada país expone una caracterización particular en el área y pueden servir como inspiración o parámetro para planear la DIB en su país o territorio. Destacamos una vez más que cada región y lugar presenta sus propias características situadas a sus contextos, la idea aquí no es la de proponer una copia del modelo, pero sí demostrar posibilidades de acción entre países que presentan rasgos en común.

▼ El Programa Municipios en Acción (Argentina)

El Programa *Municipios en Acción* es promovido por la *Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina* (SEDRONAR), tiene como objetivo promover acciones de carácter preventivo, respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la esfera local. En este sentido, el programa tiene como base la salud pública. En primer lugar, busca descentralizar los temas y las acciones para el ámbito municipal, invirtiendo el modelo de súper especialización, direccionado para el tratamiento con enfoque interdisciplinar de la Atención Primaria en Salud.

Para participar del programa es necesario efectuar una inscripción formal a través de las provincias y luego en los municipios, allí deberá indicarse formalmente técnicos de derivación para los diferentes niveles. Los técnicos tienen la función de planear, implementar y evaluar las actividades previstas, además se articulan con otros sectores locales para una acción integrada en el área. Los técnicos reciben una capacitación para el desarrollo de las acciones en su territorio.



El programa presenta tres núcleos de acción:

- 1 Creación del observatorio local de drogas, con el objetivo de proporcionar información local del consumo de drogas y servir como información inicial para el plan local;
- 2 Desarrollar un plan local que incluye diseño, implementación y evaluación de acciones relacionadas con las drogas;
- 3 Capacitar equipos de atención primaria en salud para efectuar actividades de detección temprana e intervenciones breves.

Una vez se establece el plan de acción, el consejo local lo discute y aprueba con el fin de desarrollar la propuesta. Se resalta que cada municipio desarrolla sus actividades de acuerdo con las necesidades y singularidades locales, lo que hace que sus actividades sean variadas, sin perder de vista los objetivos generales de la propuesta.

Las acciones de DIB bajo esta perspectiva, se constituyen como fundamento para el programa, puesto que enfatizan en la APS, en el punto de vista de la salud pública y principalmente en un modelo preventivo.

El ASSIST se propone como instrumento de detección temprana durante las capacitaciones realizadas.



Para conocer más del Programa Municipios en Acción, acceda:
<www.sedronar.gov.ar>

Promoviendo la capacitación en DIB a escala nacional y regional

Los Centros Regionales de Referencia (CRRs) y los cursos en línea SUPERA e *Fé na Prevenção* son ejemplos de capacitaciones brasileñas en DIB. Abajo presentamos más información de cada uno de ellos.

▼ Centros Regionales de Referencia en Drogas *(Centros Regionais de Referência sobre Drogas CRRs) (Brasil)*

A partir de 2010, con la creación del Plan integrado de Enfrentamiento al Crack y Otras Drogas, el gobierno brasileño, mediante alianza entre los Ministerios de la Salud, Educación y Justicia – con actuación de la Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) –, ha puesto a disposición un mayor aporte financiero para la formación en el área de alcohol y otras drogas. Así, fue ampliada la cobertura y fueron creados cursos, dirigidos a los diferentes profesionales y sectores (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

Una de las propuestas fue la de los Centros Regionales de Referencia (CRRs), implementados en 2011, en cada uno de sus ciclos capacitan entre 300 y 600 profesionales, en cohortes de 80 a 100 participantes, con carga horaria entre 60 y 120 horas para cada cohorte.



De acuerdo con la revisión efectuada por Lima Júnior et al. (2015), en 2015 habían 51 CRRs en el país, en este mismo año, el plan visualizó la formación de 463.000 profesionales de la salud.

Como parte de las acciones del gobierno federal en el Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas, los CRRs fueron constituidos por medio de una convocatoria pública destinada a las Instituciones de Enseñanza Superior, publicada en 2010. Hasta el momento, se realizaron tres llamadas públicas para el financiamiento de los CRRs, así surgieron tres posibilidades de ciclos de ejecución de la propuesta.

En el primer y segundo ciclo, los CRRs ofrecieron cursos de actualización y perfeccionamiento en formato presencial para profesionales de las redes de salud, asistencia social, seguridad pública, Ministerio Público, Poder Judicial y entidades que actúan con adolescentes que cumplen medidas socioeducativas. En cada ciclo fueron formados entre 300 y 400 profesionales.

En el tercer ciclo, las acciones previstas por el CRR fueron flexibilizadas en relación con el modelo único de clase presencial, fue posible la implementación de procesos formativos, y actividades como: clases magistrales, seminarios, talleres, actividades prácticas supervisadas, apoyo a la elaboración de proyectos de intervención, supervisión clínica e institucional.



Es preciso destacar, que las actividades ejecutadas en los CRRs, aunque hayan sido más flexibles en el tercer ciclo de ejecución, tuvieron un formato previamente establecido por la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) en varios aspectos, como: perfil de los cursos, temáticas abordadas, público objetivo, carga horaria, número de cupos etc.

En general, la propuesta pedagógica se fundamenta en principios que orientan la formación permanente en salud, comprendida esta última, como una propuesta de formación que engloba la organización de los servicios, teniendo como fin la identificación de problemas cotidianos y la construcción de soluciones para los mismos.



De acuerdo con la educación permanente, los principios claves de la metodología pedagógica en los CRRs son:



(1) El proceso de construcción de conocimiento ocurre a partir de la realidad concreta en la cual los profesionales están incluidos; (2) el proceso de formación adopta una perspectiva crítica de la realidad, buscando concientizar al profesional en relación con el mundo y su proceso en los servicios de salud, apartándose de una práctica educativa que se reduzca a la transmisión de contenidos; (3) los profesionales son comprendidos como agentes activos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, mientras que el educador es visto como un mediador en el proceso de enseñanza, guiándose por una postura crítica y dialógica; (4) se procura producir un conocimiento que estimule la construcción de procesos de acción en sintonía con principios integrales e intersectoriales, teniendo en cuenta la naturaleza multifactorial del uso de sustancias psicoactivas (RONZANI et al., 2012).

Para el cumplimiento de estos principios, fueron adoptadas metodologías activas que tenían como objetivo: un análisis de la actuación del profesional, dirigido a la identificación de problemas centrales en su propia práctica y en el contexto laboral en el que actúa; la formulación de propuestas de acción, con base en el soporte ofrecido por el curso y en el intercambio de experiencias entre pares; la adecuación a la realidad institucional, para que ellos pudieran tener en cuenta las posibles restricciones de los servicios en la adopción de nuevas prácticas (RONZANI *et al.*, 2012). En dirección de estas estrategias pedagógicas, los profesionales realizaron en equipo, Trabajos de Finalización de Curso que tuvieron como objetivo el desarrollo de una estrategia de intervención, construida a partir de su realidad socio-institucional.

Propuestas de educación profesional como la de los CRRs abren espacio para la discusión de la coyuntura que influencia la práctica de los profesionales, para la verbalización y el reconocimiento de las dificultades que ellos experimentan, así como para el fortalecimiento de prácticas exitosas. Aunque la implementación de las prácticas discutidas en los cursos, tales como la DIB no ocurra en la realidad de los servicios de salud, los profesionales pueden reflexionar acerca de estos aspectos y los que se relacionan con las personas que usan drogas. Suscita reflexiones que permitan una comprensión más amplia de los temas, optando por una disminución de actitudes que estigmaticen el consumo.

Ante diversos desafíos estructurales que permean el día a día laboral, la participación en el CRR se constituye en un espacio para que los profesionales reconozcan sus limitaciones y posibilidades. Muchas veces, el profesional acaba siendo el principal responsable, lo que puede generar estancamiento en sus contribuciones y estrategias de cuidados para los usuarios de sustancias que atiende en el servicio de salud.

Las evidencias de evaluación de la implementación de los CRRs en Brasil, demuestran que esa iniciativa ha sido muy importante para la calificación general de profesionales de diversas áreas para una intervención de calidad y centrada en necesidades reales de las comunidades (RONZANI ET AL, 2012).



Para conocer más los CRRs, acceda a:

<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/prevencao/centro-regionaisreferencia.html>

▼ Curso en línea SUPERA (Brasil)

El sistema para detección del uso abusivo y dependencia de sustancias psicoactivas: Derivación, intervención breve, reinserción social y acompañamiento (SUPERA) es un curso de alcance nacional, realizado en el formato de Educación a distancia (EaD). El curso SUPERA es ejecutado en alianza con la Universidad de São Paulo (UNIFESP) es gratuito y promovido por el gobierno federal brasileño a través del SENAD.

SUPERA apareció en 2005, inicialmente direccionado para profesionales del campo de la salud, posteriormente orientado para profesionales de trabajo social. De acuerdo con las diez ediciones ya concluidas de SUPERA, participaron del curso 100.000 profesionales, oriundos de todas las regiones del país. El objetivo inicial consistió en facilitar una noción general, a manera de “alfabetización” en el área del alcohol y otras drogas, debido al déficit de formación profesional en este campo. Específicamente, SUPERA tiene como meta la capacitación de profesionales de las áreas de la salud y asistencia social para la correcta identificación y abordaje de los consumidores, familiarizándolos con diversos modelos de prevención, mostrándoles instrumentos para que mejoren la intervención y derivación de casos, de este modo responder a las demandas existentes en su trabajo cotidiano.

Los contenidos de enseñanza de SUPERA fueron distribuidos en siete módulos, incluyendo las estrategias de DIB, con una carga total de 150 horas por clase, distribuidas en 15 semanas. Su propuesta pedagógica está basada en la concepción de autoaprendizaje, los profesionales son considerados como autónomos para conducir su propio proceso de aprendizaje, definen su ritmo de estudio, priorizan temáticas, establecen relaciones con el contexto y elaboran conclusiones que serán puestas en práctica. Además de lo anterior, los profesionales pueden compartir ideas con otros participantes y con el equipo de tutores quienes orientan el proceso de aprendizaje.

Con respecto a la formación en Detección relacionada con la Intervención Breve, SUPERA emplea recursos audiovisuales e incentiva a los profesionales para que incorporen la DIB en sus



actividades diarias de trabajo, con el objetivo de indagar si las demandas de salud presentadas por los usuarios de los servicios se encuentran relacionadas con el abuso de sustancias. De forma ideal, SUPERA pretende que los profesionales puedan ser formados en el campo de alcohol y otras drogas para discutir en compañía del equipo de salud la posibilidad de implementación de la DIB en las actividades laborales cotidianas.

Los profesionales que se encuentran más motivados con el curso, que actúan en contextos donde existe mayor compromiso con la gestión para la implementación de la DIB y donde hay más profesionales capacitados por SUPERA han obtenido una mayor participación en las prácticas de DIB. Esto se constituye como un facilitador del proceso: la capacitación como un pre-requisito para la implementación, que puede ocurrir en la medida que exista compromiso por parte del equipo y de la gestión.



Para conocer más detalles de SUPERA, acceda a:
<<https://www.supera.senad.gov.br>>

▼ Fé na Prevenção (Brasil)

El curso *Prevenção del Uso de Drogas en Instituciones Religiosas y Movimientos Afines - Fé na Prevenção* - también es promovido por la SENAD, es gratuito y se ofrece en alianza con la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), en la modalidad de EaD.

Hasta el momento, fueron realizadas tres ediciones del curso que promueven acciones de prevención frente al uso de drogas y la derivación a redes de servicio; son ofrecidos 25.000 cupos para capacitar a personas que cumplen el papel de líderes religiosos o que actúan en movimientos afines. En su primera edición de *Fé na Prevenção*, la carga horaria fue de 60 horas, la segunda 90 horas y en la tercera fue de 120 horas. El contenido y la programación del curso incluyó temáticas variadas como el concepto y la clasificación de drogas, además de técnicas para el abordaje e intervención breve, formas de derivación y entrevista motivacional para prevenir consumo de alcohol y otras drogas.

En *Fé na Prevenção* se observó una gran motivación y disponibilidad por parte de los estudiantes, quienes eran profesionales que anhelaban capacitarse en razón de la demanda que atienden en el área de drogas. Aunque en general se trataba de personas consideradas legas en función de no tener una formación especializada en el campo de las drogas, son agentes fuertemente comprometidos en sus comunidades y con un papel clave para responder a las problemáticas locales. El trabajo del curso, por consiguiente, supera la formación teórico-práctica para desempeñarse en

el campo de las drogas, pues pretende un cambio de perspectiva e ideología frente al consumo de alcohol y otras drogas. Aspira reconstruir y reelaborar creencias y valores en cuanto al consumo de las sustancias psicoactivas.

En lo que respecta a la implementación de la DIB y aunque *Fé na Prevenção* haya estimulado las prácticas de los profesionales, aún es importante evaluar si el cambio de actitudes y de estigma por parte de los profesionales fue sustancial. Otro aspecto relevante del curso consistió en permitir que los profesionales discutieran acerca de la red de cuidados para los usuarios de sustancias y de este modo superar el enfoque de servicios y prácticas de cuidado aisladas y fragmentadas.

Las evidencias demuestran que esas capacitaciones se caracterizan por su costo-efectividad (CARNEIRO, FORMIGONI, 2017) y fueron efectivas en el cambio de actitudes y prácticas de los profesionales capacitados (CARNEIRO ET AL, 2012)



Para saber más acerca del curso *Fé na Prevenção*, acceda a:
<<http://www.fenaprevencao.senad.gov.br>>

▼ Estrategia nacional para reducción del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas: Consecuencias sociales y sanitarias (Chile).

Las actividades de DIB en Chile son implementadas y monitorizadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de los departamentos de Salud Mental y Atención Primaria en Salud, como por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Las acciones iniciaron en 2011 como un proyecto piloto en dos municipios, y en el mismo año fueron ampliadas para la región metropolitana, vinculando 23 ciudades.

En 2014 el programa ya incluía servicios para todas las regiones del país. Las acciones son efectuadas principalmente por profesionales de la Atención Primaria en Salud. El Estado es responsable de financiar y dar las orientaciones generales para implementar la Detección e Intervención breve. A pesar de esto, los municipios tienen autonomía para diseñar sus propias directrices en la ejecución de actividades. Desde el ámbito nacional se acompaña cerca de 350 profesionales designados como referencia en los municipios, acompañando también el cumplimiento de metas e indicadores establecidos previamente.

Las acciones de DIB están centradas en los servicios de APS y se incluyen como parte de las actividades generales de los servicios como: consultas con adolescentes, prenatal, acompañamiento de condiciones crónicas en general, etc. Tanto las actividades como el plan de acción fueron fundamentados en experiencias y guías internacionales y adaptadas al territorio chileno.



Sin embargo, fueron necesarias adaptaciones para atender las particularidades de la realidad chilena con énfasis en los problemas relacionados con el consumo excesivo en una única ocasión de alcohol (patrón *binge*). [[El Binge Drinking es un patrón de consumo de alcohol que se distingue por la ingesta de una gran cantidad de alcohol \(5 o más dosis\) en una única ocasión.](#) Fuente: PIRES et al. Patrón “binge” de consumo de alcohol y sus consecuencias en estudiantes universitarios. Porto Alegre: UFRGS. p. 818. Disponible en: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56966/Resumo_20070625.pdf?sequence=1>. Consultado en: 20 jul. 2017]

En este sentido, las guías desarrolladas en Chile priorizaron también orientaciones para reducir riesgos en una única ocasión, incluyen orientaciones para la cantidad diaria de bajo riesgo, velocidad de consumo y situaciones contra indicadas para el consumo de alcohol. Las orientaciones pretenden alcanzar también la población adolescente y de mujeres embarazadas.

Las actividades de Detección e Intervención Breve en Chile están vinculadas con las políticas de gobierno, sin embargo, son prioridad para algunas gestiones. Además de las guías técnicas desarrolladas para orientar a los profesionales, se desarrolló también una guía para orientar la distribución financiera de recursos. Esta guía pretende la distribución de recursos de acuerdo con el alcance poblacional de cada municipio y por las metas e indicadores establecidos previamente.



Anualmente son realizadas aproximadamente 600.000 detecciones e intervenciones breves en el país. El acompañamiento de las intervenciones es posible gracias al registro de datos en el sistema empleado en la atención primaria para gerenciar las metas. Las IBs son realizadas por equipos multiprofesionales, entre los que se destacan trabajadores sociales, enfermeros (as), nutricionistas, matronas, y psicólogos (as).



Los manuales construidos y adaptados por el ministerio de salud de Chile, pueden ser consultados en los siguientes enlaces:

<<https://intervencionesbrevesenalcohol.wordpress.com/>>.

<https://intervencionesbrevesenalcohol.files.wordpress.com/2014/11/01_guia-tecnica.pdf>

▼ Implementando la DIB en red: los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ) (México)

La *Comisión Nacional Contra las Adicciones* (CONADIC) es el organismo de la Secretaría de Salud de México responsable por coordinar programas y políticas para la prevención y el control de la dependencia de drogas. Este organismo cuenta con 340 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) creados en 2009 y localizados en lugares considerados de riesgo en el territorio mexicano. Los centros son atendidos por profesionales de la psicología, trabajo social y medicina. Cada profesional cumple funciones concretas para favorecer procesos de prevención. Cerca de 900 psicólogos fueron capacitados y son los directamente responsables por las detecciones e intervenciones breves.

Los CAPAS son responsables de realizar acciones de detección, intervención breve y tratamiento en alcohol y otras drogas. Estos centros dan prioridad a la detección de riesgos. Se ejecutan acciones que son orientadas principalmente para la población adolescente de las escuelas próximas al área de alcance de cada CAPA. Las intervenciones e información educativa están disponibles tanto para los usuarios de sustancias como para sus familiares. Acciones similares se desarrollan en los *Centros de Integración Juvenil* (CIJ). Los dos tipos de centros ofrecen atención ambulatoria y entre los dos suman un total de 500 unidades en todo el país.

Son actividades o programas ejecutados en los CAPAS y CIJ:

- Consejo Breve;
- Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (PIBA);
- Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores de Riesgo;
- Intervención Breve para Usuarios de Marihuana;
- Intervención Breve Motivacional para Fumadores;
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC);
- Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC);
- Programa de Prevención de Recaídas (PPRC);
- Programa de Prevención de Conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva;
- Programa para familiares de usuarios de drogas.



Los programas y modelos de IB desarrollados en México son considerados como experiencias exitosas, según el criterio de psicólogos que cumplen el papel de supervisores tanto en los CAPAS como en los CIJ desde el CONADIC, como también desde la perspectiva de psicólogos, trabajadores sociales y médicos que actúan en los centros. De este modo, los factores que los llevan a calificar los programas de IB como exitosos son los siguientes: son modelos que pueden ser replicados, están en continua consolidación, parten de las necesidades de usuarios y profesionales, los programas presentan descripción detallada en cuanto a su diseño, siguen conceptos y fundamentos teóricos que orientan la intervención, como el enfoque cognitivo conductual y análisis de comportamiento aplicado, por tanto, son programas basados en evidencias científicas.

La infraestructura y localización tanto de los CAPAS como de los CIJ hacen que México se destaque como una de las mayores redes de Atención Primaria en América Latina. La construcción de los CAPAS se encuentra articulada con la capacitación continuada de los profesionales, con la evaluación y supervisión de los programas (incluye supervisión clínica), con la identificación de necesidades para futuras capacitaciones, y con el feedback para efectuar acciones de DIB, entre otras. En 2016 se inició también un proceso para identificar buenas prácticas con el fin de generar un boletín periódico que evidencie las acciones de IB efectuadas.

Dentro de los instrumentos de DIB que son utilizados en los CAPAS se encuentran los siguientes: el POSIT para adolescentes, que es frecuentemente aplicado en las escuelas; para adultos son utilizados el ASSIST y el AUDIT. Posterior al proceso de detección, es escogido el programa de intervención (conforme citados previamente) dependiendo las necesidades identificadas en cada usuario.

Todas las fases de planeación, capacitación, implementación, supervisión y evaluación cuentan con el apoyo del CONADIC y universidades mexicanas como la *Universidad Nacional Autónoma de México* (UNAM) y la *Universidad Autónoma de Aguascalientes* entre otras instituciones académicas.

Las evidencias de las acciones de intervención breve en México, demostraron buenos resultados en términos de eficacia en comparación con otros modelos de intervención, especialmente entre adolescentes (MARTÍNEZ, K., et al 2012) y comunidad (Lira-MANDUJANO, J. et al 2009).



Para conocer más detalles acceda:

<http://salud.edomex.gob.mx/imca/home.html>.

<http://www.gob.mx/salud%7Cconadic/>.

<http://www.psicol.unam.mx/adicciones/index.html>.

10

Consideraciones finales

- Se ha recorrido un gran camino en relación con la DIB en todo el mundo y en nuestra región. La DIB puede considerarse como una acción importante de salud pública, que aumenta el acceso al cuidado, mejora la calidad y cobertura en la atención de usuarios de alcohol, tabaco y otras drogas, en el marco de la atención primaria. El gran desafío es la construcción de una sólida estrategia de implementación, teniendo en cuenta las potencialidades y retos presentes en cada uno de los países y regiones de América Latina.
- Por tanto, resaltamos los fundamentos, conforme ya presentados en esta guía, cuando se piensa en el proceso de implementación de estrategias de detección e intervención breve; insistimos en consolidar prácticas de sistematización de experiencias, con el fin de compartir información y como una forma de conocer las actividades de IB que vienen siendo desarrolladas en nuestra región, de modo que sirvan como referentes para planear futuras prácticas.
- Tenga claro cuál es el concepto de intervención breve, sus objetivos, alcances y posibilidad de aplicación a su realidad.
- Busque evidencias disponibles para los diferentes contextos y su población. Esto aumenta la probabilidad de éxito de la implementación y evita repetir errores ya cometidos antes.
- Planee la implementación de la intervención breve considerando fortalezas y posibles barreras, como también recursos disponibles en su territorio. Entre más personas de diversos sectores participen y colaboren, mayor será la probabilidad de éxito de su práctica.
- Evalúe siempre su implementación, esto le permitirá ajustar su plan de trabajo inicial. Existen diferentes clases de evaluación, conforme presentamos en esta guía, téngalos en cuenta y adáptelos de acuerdo con las características de su comunidad. Además, deben definirse los indicadores de resultado a corto, mediano y largo plazo.



- Emplee las herramientas ya disponibles para capacitación, intervención y evaluación, incluya material informativo y didáctico. Esto le va a permitir economizar tiempo y recursos financieros. Además, la búsqueda y reconocimiento de buenas prácticas le pueden servir como parámetro para todas las fases de su implementación. Tal vez algunas personas ya implementaron acciones, y encontraron problemas y soluciones semejantes a las suyas. Por lo que vale la pena conocer estas experiencias.

Esperamos que esta guía sirva como material complementario para la difusión sistemática, contextualizada e integral de la Intervención Breve en el campo de alcohol, tabaco y otras drogas.

11

Referencias

AOUN, S.; PENNEBAKER, D.; & WOOD, C. Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. **Mental Health Services Research**, v. 6, n.1, p. 33-46, 2004.

ANGST, J.; SELLARO, R.; MERIKANGAS, K. R. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 252, p. 147-154, Aug. 2002.

BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária.** Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD, 2006.

BABOR, T. F. *et al.* **Drug policy and the public good.** Oxford: Oxford University Press, 2010.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: a Manual for use in Primary Care.** Geneva: World Health Organization, 2001.

BABOR, T. F.; STENIUS, K.; ROMELSJO, A. Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. **International journal of methods in psychiatric research**, Hoboken, v. 17, p. S50-S59, June 2008. Supplement 1.

BIEN, T. H.; MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. Brief interventions for alcohol problems: a review. **Addiction**, v. 88, n. 3, p. 315-336, 1993.

BRADSHAW, J. The conceptualization and measurement of need: a social policy perspective. In: POPAY, J.; WILLIAMS, G. (Org.). **Researching the People's Health.** London: Routledge, 1994, p. 45-57.

CARNEIRO, A. P. L. *et al.* Impact of distance-learning training on substance use screening and brief intervention among health professionals and on their beliefs and attitudes toward drug use. **Addiction Science & Clinical Practice**, v. 7, n. 1, p. 87, 2012.

CARNEIRO, A. P. L.; FORMIGONI M. L. O. S. Country-wide distance training for delivery of screening and brief intervention for problematic substance use: a pilot evaluation of participant experiences and patient outcomes. *Substance Abuse*, in press. 2017.

CÁRDENAS, P. N. **Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: guía técnica para Atención Primaria de Salud.** Santiago de Chile: Ministerio de La salud de Chile, 2001



COHEN, A.; EASTMAN, N. Needs assessment for mentally disordered offenders and others requiring similar services. Theoretical issues and methodological framework. **The British Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 5, p. 412-416, Nov. 1997.

COSTA, P. H. A. *et al.* Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 5, p. 325-331, maio 2013.

COSTA, P. H. A. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n.53, p. 395-404, jun. 2015.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas: a experiência brasileira.** São Paulo: Contexto, 1992.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. **Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions.** Washington: National Academies Press, 2006.

LIMA JÚNIOR, J. M. *et al.* Educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: LAPORT, T. J. *et al.* (Org.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas.** São Paulo: Cortez, 2015. p. 155-187.

LIRA-MANDUJANO, J.; BETANZOS, G. F; VENEGAS, C. C.; AYALA, V.; HÉCTOR, E.; CRUZ-MORALES, S. E. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. **Salud mental**, México, v. 32, n. 1, p. 35-41, 2009.

MARTÍNEZ, M. K. I.; BÁRCENAS, M. A.; TREJO, P.; YOLANDA, A. En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. **Salud mental**, México, v. 35, n. 6, p. 505-512, 2012.

MCCAMBRIDGE, J.; DAY, M. Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self reported hazardous drinking. **Addiction**, v. 103, n. 2, p. 241-248, 2008.

MCCAMBRIDGE, J.; CUNNINGHAM, J. A. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. **Addiction**, v. 109, n. 4, p. 538-546, 2014.

MONTERO, M. Consciousness raising, conversion, and de-ideologization in community psychosocial work. **Journal of Community Psychology**, v. 22, n. 1, p. 3-11, 1994.

MOTA, D.C.B *et al.* (no prelo). Users of Alcohol and other Drugs Residing in the Metropolitan Region of São Paulo: Basis for the Planning of a treatment System. **Journal of Alcohol and Drug Studies.**

MURRAY, C. J. *et al.* **Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors.** Geneva: World Health Organization; 2004. 2234 p.

NILSEN, P.; KANER, E.; BABOR, T. F. Brief intervention, three decades on. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 453-468, 2008.

O'DONNELL, A. *et al.* The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. **Alcohol and Alcoholism**, v. 49, n. 1, p. 66-78, Jan./Feb. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acessado el 28 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de situação regional sobre o álcool e saúde nas Américas: um resumo**. Washington, D.C., 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108&Itemid=41530&lang=en>. Acessado el: 21 jul. 2017.

PENGPID, S.; PELTZER, K.; SKAAL, L.; VAN DER HEEVER, H. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 644, 2013.

PEREIRA, M. O. *et al.* Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.3, p. 420- 428, 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach**. Washington, D. C.: PAHO, 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas**. Washington, DC.: PAHO, 2015

REIST, D.; BROWN, D. **Exploring complexity and severity within a framework for understanding risk related to substance use and harm**. Paper presented at the International Symposium on Needs Assessment and Needs-based Planning for Substance Use Services and Supports. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health, 2008.

RONZANI, T. M. *et al.* Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 51-61, ago. 2009. Suplemento 1.

RONZANI, T. M. *et al.* **Relatório Final do Centro Regional de Referência sobre Drogas da Universidade Federal de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Crepeia, 2012.



ROOKE, S. *et al.* Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis. **Addiction**, v. 105, n. 8, p.1381–90, 2010.

RUSH, B. R. *et al.* **Development of a Needs-Based Planning Model for Substance Use Services and Supports in Canada**: Final Report. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

SARRIERA, J. C. Análise de necessidade de um grupo ou comunidade: a avaliação como processo. In: SARRIERA, J. C., & SAFORCADA, H. T. (Org.). **Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas**. 1. Ed. Porto alegre: Editora Sulina, 2010. p. 169-186.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**; Philadelphia, 140, n. 7, p. 554-556, Apr. 2004.

WHITLOCK, E. P. *et al.* Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 140, n. 7, p. 557-568, Apr. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EHealth at WHO**. Geneva: WHO, [2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ehealth/about/en/>. Accedido el: 12 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Outcome Evaluation**. Geneva: WHO, 2000a. (Workbook 7).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Planning Evaluation**. Geneva: WHO, 2000b. (Workbook 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Process Evaluation**. Geneva: WHO, 2000c. (Workbook 4)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Client Satisfaction Evaluation**. Geneva: WHO, 2000d. (Workbook 6).



ISBN 978-0-8270-6699-1

**Guía para la Implementación y
Sistematización de Estrategias
de Detección Temprana
e Intervención Breve en
Atención Primaria
en Salud y Comunidad**

**Comisión
Interamericana para
el Control del Abuso
de Drogas (CICAD)**
Organización de los
Estados Americanos
1889 F St., N.W.
Washington,
DC, 20006 USA
Tel.: 1+202.370.5069

